



# O ČEM TAKÉ PŘEMÝŠLEJÍ NAŠI MEDICI

---

Sborník studentských prací (2023)  
Psychiatrická klinika  
Lékařská fakulta v Plzni Univerzity Karlovy

## O ČEM TAKÉ PŘEMÝŠLEJÍ NAŠI MEDICI...

Sborník studentských prací (2023)

Sestavili:

doc. MUDr. Jiří Beran, CSc.; PhDr. Markéta Celerová, Ph. D.;  
Alena Korelusová; Mgr. Vojtěch Linka; Vojtěch Pišl, MSc.  
a prof. MUDr. Jan Vevera, Ph.D.

Texty esejí neprošly jazykovou korekturou.

Pro ARBYD CZ foto © Tomáš Dittrich

---

Toto dílo je licencováno pod licencí Creative Commons Uvedte původ 4.0 Mezinárodní (CC BY 4.0), která umožňuje neomezené použití, šíření a reprodukci v jakémkoli médiu za předpokladu, že je uveden původní autor a zdroj.

ISBN 978-80-88120-32-2

## Obsah:

<b>PŘEDMLUVA</b>	<b>5</b>
<b>ÚSMĚVY BÍLÉ UNIFORMY</b>	
<i>(Esej získala Cenu děkana)</i>	
<b>Dominik Fridrich</b>	<b>17</b>
<b>JAK EMPATICKÁ (NE)SCHOPNOST LÉKAŘE OVLIVNÍ JEHO PACIENTY</b>	
<i>(Esej získala Cenu děkana)</i>	
<b>Natalie Miloschewská</b>	<b>22</b>
<b>DĚTI – NEVIDITELNÉ OBĚTI DOMÁCÍHO NÁSILÍ</b>	
<b>Sofie Bednářová</b>	<b>28</b>
<b>BODY IMAGE</b>	
<b>Adriana Bernklauová</b>	<b>36</b>
<b>PALIATIVNÍ PÉČE A JAK MLUVIT O SMRTI S PACIENTEM A BLÍZKÝMI</b>	
<b>Laura Brejníková</b>	<b>41</b>
<b>SDĚLOVÁNÍ ZÁVAŽNÉ DIAGNÓZY</b>	
<b>Nadia El Mahmoudi</b>	<b>47</b>
<b>JE SPRÁVNÉ SDĚLIT PEDIATRICKÝM PACIENTŮM JEJICH ZÁVAŽNOU/ TERMINÁLNÍ DIAGNÓZU?</b>	
<b>Barbora Franková</b>	<b>57</b>
<b>KOMUNIKAČNÍ DOVEDNOSTI LÉKAŘŮ V MODERNÍ MEDICÍNĚ</b>	
<b>Lucie Lásková</b>	<b>63</b>
<b>PROČ NENÍ HIPPOKRATOVA PŘÍSAHA AKTUÁLNÍ?</b>	
<b>Adéla Loukotová</b>	<b>69</b>

<b>JAK SI (NE)NARUŠIT PSYCHICKOU POHODU UŽÍVÁNÍM SOCIÁLNÍCH SÍTÍ</b>	
<b>Nicole Malá</b>	<b>75</b>
<b>THE USE OF PSYCHEDELICS IN THE TREATMENT OF DEPRESSION</b>	
<b>Theresa Manten</b>	<b>81</b>
<b>PERSISTENT LIMITS TO MEDICAL EPISTEMOLOGY</b>	
<b>Sebastian Pennartz</b>	<b>88</b>
<b>GENDEROVÁ DISORFIE A ZMĚNA POHLAVÍ</b>	
<b>Tomáš Randa</b>	<b>95</b>
<b>INVOLUNTARY HOSPITALIZATION</b>	
<b>Myrto-Zoi Salteri</b>	<b>100</b>
<b>HUMAN EMBRYONIC STEM CELL RESEARCH – ETHICAL DEBATE</b>	
<b>Patricia Siebold</b>	<b>107</b>
<b>WHY IS ANOREXIA NERVOSA A FEMININE DISEASE?</b>	
<b>Lison Vulliet</b>	<b>112</b>

# Předmluva

Vážení čtenáři,

předkládáme zde výbor nejlepších esejí, které odevzdali studenti Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Plzni v akademickém roce 2022/2023 v rámci předmětu Lékařská psychologie a etika.

Smyslem tohoto předmětu není vychovat ze studentů psychology a etiky, ale poskytnout jim základní informace o těchto tématech. O tom, jak jsou důležitá, nás v minulosti přesvědčila pandemie covidu-19. Ta odbornou i laickou veřejnost stavěla před dilema, zda má přednost svoboda jednotlivce (perspektiva individuálních svobod), nebo bezpečí veřejnosti (perspektiva veřejného zdraví) a s ním spojená očkovací povinnost a povinnost dodržovat další pandemická nařízení.

Medicínská stránka pandemie byla do značné míry řešena očkovaním, protilátkami a standardními postupy preventivní medicíny „Ruce – Roušky – Rozestupy“. Zásadním problémem zůstávalo, jak přimět občany, aby tato doporučení akceptovali. Klasickým příkladem je očkovací povinnost. Smíme občany k očkovaní nutit? A byly tu i další etické problémy. Například povolávání mediků posledních ročníků na praxe místo studia. To jsou jen různé varianty základní etické otázky: Smíme udělat to, co udělat můžeme?

Epidemie, stejně jako války a katastrofy včetně katastrof individuálních, jakými může být vážná nemoc, nejsou tvořeny jen fyzikální nebo biologickou událostí, ale také lidskou reakcí na ně. Právě to je jednou z hlavních oblastí zájmu psychologie. Navzdory představám, že jako příslušníci druhu homo sapiens – tedy rozumní lidé – jednáme na základě racionálních faktů, je naše rozhodování ovlivněno chybami v poznání (cognitive errors) a emocionálními předsudky (emotional biases), které často vedou k iracionálním rozhodnutím (Myšlení rychlé a pomalé - Daniel Kahneman).

Krise, jakou byl covid, pro většinu z nás znamenají prohru. Zaprvé po věčné stránce, protože omezení služeb a osobních svobod zapříčiňuje

řadu pragmatických obtíží při dosahování každodenních i dlouhodobějších cílů.

Zadruhé z hlediska vlastního sebevědomí, protože přestáváme rozumět světu, v němž žijeme. Kromě konkrétních plánů a cílů tak velké krize ohrožují dvě jistoty klíčové pro naši psychickou spokojenost.

Krize znemožňují realisticky plánovat budoucnost. Pocity nepředvídatelnosti a bezmoci přitom psychika toleruje špatně. Ukazují to už laboratorní pokusy na zvířatech, konkrétně naučená bezmocnost, která se používá jako zvířecí model deprese. Pokud do poloviny podlahy kotce, kde je zvíře umístěno, začnete pouštět drobné elektrické výboje, zvíře zareaguje a přesune se do druhé půlky. Když schéma změníte, zvíře se opět přesune. Pokud ale začneme výboje posílat naprosto náhodně, zvíře (i člověk) rezignují. To je podstatou naučené bezmocnosti. Naučí se, že se nemá smysl snažit. Taková pasivita pak trvá i v budoucnosti, kdy experimentátoři změni prostředí a nabídnou zvířeti možnosti úniku. (Naučený optimismus: Jak změnit své myšlení a život – Martin E. P. Seligman).

A dále nás krize typu covidu připravují o jistotu vlastního intelektuálního zázemí, které nám najednou k pochopení a vysvětlení dění ve světě okolo přestalo stačit. Realita proto některým lidem připadala natolik nepravděpodobná, že jako pravděpodobnější vysvětlení zvolili, že jsou obelháváni. Lidé neochotní přiznat si vlastní chybu u takových vysvětlení zůstávají a budou zůstávat i nadále. Například profesoři medicíny, kteří vystupovali proti rouškám, očkování či obhajovali neúčinné terapeutické postupy. Jak tomu rozumět?

Odborníci v nové situaci neměli data, takže začali rozvíjet teorie a hypotézy. Některé se časem potvrdily, jiné začaly odporovat postupně získávaným datům. Většina odborníků je tak postupně zavrhlaby málo pravděpodobné nebo téměř vyloučené, zatímco někteří u nich zůstali. Disentní názory jsou cenné a je správné dávat jim prostor k testování. A co se děje, když testování takového názoru selže? Část lidí si přiznává, že se mýlila, a odejde bohatší o metodiku jak testovat svoje znalosti. Část lidí, včetně akademickými tituly ověřených odborníků, toho není schopna. Chovají se pak celkem uniformně. Najdou si slabé

místo převládajícího paradigmatu (představ a teorií, které v dané společnosti dominují) a proti tomu protestují. Při covidu to například byly rozdílné informace o účinnosti roušek nebo chybné testování nepřesnými testy. Realita je doběhne (prokáže se, že roušky mají smysl, testování se zlepší a dá se určit, u jakých populací je vhodné). A tak se někteří zklamaní odborníci posunou dál a dál, až se časem uchýlí k otevřeným lžím.

Psychologie podobnou situaci označuje jako kognitivní disonanci, tedy rozpor mezi tím, co si myslíme, a skutečností. Autor této teorie Leon Festinger a jeho tým se vmísili do sekty, která věřila, že Země bude zničena vesmírnou katastrofou 21. prosince 1953. (Když se proroctví nesplní: Studie skupiny, která předpověděla konec světa – Leon Festinger a kol.)

Kupodivu, když se zničení v ohlášeném termínu nekonalo, s vírou části lidí to nepohnulo. Místo, aby si přiznali, že věřili hlouposti, hledali čím dál obskurnější vysvětlení, které jim dovolilo udržet si navzdory realitě původní přesvědčení. To našli v tom, že mimozemšťané se nad nimi nakonec smílovali.

Teorie kognitivní disonance byla v různém uspořádání úspěšně ověřena. Zajímavé bylo, že čím více do původní hlouposti lidé investovali (například prodali kvůli své víře ve zkázu světa dům, opustili dobrou práci, nebo v jiném případě věnovali více času nesmyslné činnosti), tím více na původní hlouposti lpěli. Tak se i původně rozumní lidé dostávají do náruče extrémistů. Ti totiž vědí, že to, co lidé potřebují, je porozumění. Nabídnou otevřenou „mateřskou“ náruč, kde je ukonejší a ubezpečí, že mají pravdu.

Během epidemie covidu bylo zvykem kritizovat vládu za chaotickou komunikaci. Ale ještě větší kritiku zasluhují odborníci včetně lékařů, kteří mají v popisu práce na univerzitách provozovat a hájit svobodné bádání a ve státních úřadech zase situaci popisovat, modelovat průběh onemocnění či epidemií, vypočítávat rizika a na základě této činnosti doporučovat léčbu či jiná terapeutická omezení, třeba karanténu či nošení roušek.

Žádný vědec není schopen říct, co přesně bude za několik měsíců či let, a přesto to každý s překvapivě vysokou mírou přesnosti dělá. Postup je jednoduchý. Sesbíráme všechny dostupné informace o daném problému a shrneme je do jednoho odstavce zvaného úvod. Z něj každý, kdo problému rozumí, pozná, zda jsme odborníci, známe klíčové práce ve svém oboru a navrhneme něco smysluplného – nebo naopak chceme dělat něco, o čem už naši kolegové prokázali, že to nefunguje.

V dalším odstavci, který má název metodika, pak popíšeme, jak přesně chceme postupovat. Nemusí jít jen o pokusy v laboratoři či experimentální léčbu, může jít o počítačové modelování nějakého jevu, například průběhu infekce.

To, co zjistíme, shrneme ve výsledcích. Ty nejsou dokonalé, mají své limity, mohli jsme totiž testovat jen na malém vzorku nebo na velmi specifické populaci, výsledky nemusí být přenositelné na celý svět. Právě to si kolegové, kteří jsou v problému orientováni, mohou odvodit z popsané metodiky.

A pak přijde diskuze. To je místo pro spekulace a dojmy, i ty však musí být srozumitelně vysvětleny a odůvodněny. Prvního půl roku epidemie covidu se v Česku všichni odborníci vrhali rovnou sem – do diskuze. Přeskočili poctivou vědeckou práci a pustili se do spekulací a dojmů. Jenže bez metodiky a výsledků to byla cesta špatným směrem. K „eminence-based medicine“, tedy k medicíně založené na autoritě přednášejícího, nikoliv na výsledcích, tedy „evidence-based medicine“. V prvních chvílích nové situace samozřejmě nemáme data, která by nám umožňovala jednoznačný úsudek o tom, co je optimální. V takových chvílích dává smysl utíkat k autoritám a zkušenosti, již ale stále musíme opírat o jasnou analýzu možných přínosů a rizik, včetně rizika, že se ve svých předpokladech mýlíme.

## **Evidence based proti Eminence Based**

Eminence Based Argumentace:

My jsme tu měli několik lékařů, kteří se bohužel nakazili a nechali si velmi rychle dovézt z Rakouska ivermektin. I Rakušané ho používají na



léčbu svrabu. Do pěti dnů byli všichni negativní. U žádného se nevyvinulo ani středně vážné onemocnění covidu.

Já osobně jsem za svoji relativně dlouhou kariéru podepsal asi 1500 úmrtních listů. V mých rukách zemřelo „X“ pacientů, které jsem neuměl zachránit, protože to byla katastrofa. Kdo to nezažil a neviděl na vlastní oči, jak se umírá, tomu se lehko řekne: nepoužívejte to, není to vyzkoušené. Ale ten, kdo to viděl na vlastní oči a kdo to vidí na vlastní oči, tak chce bojovat proti tomu, aby ti lidé zbytečně neumírali. Proto bych řekl, že je potřeba ten ivermektin vyzkoušet.

Přednosta kliniky anesteziologie a intenzivní medicíny Východoslovenského ústavu srdečních a cévních nemocí Pavol Török.

### **Evidence Based Argumentace**

Považuji účinek ivermektinu na SARS-CoV-2 za neprokázaný a určitě bych tento lék nepodal pacientovi ani profylakticky, ani terapeuticky.“

„Přístup slovenských úřadů mne udivuje, dostaly se asi pod tlak veřejného mínění... Jen doufám, že v souvislosti s touto neprověřenou léčbou nikdo nebude poškozen významně na zdraví,“

prof. Petr Husa, přednosta Infekční kliniky FN Brno.

### **Jak si s informacemi poradili autoři článku**

Naštěstí jsou i tací, kteří se odhodlali zkusit něco nového, i když ne dokonale vyzkoušeného. Přednosta kliniky anesteziologie a intenzivní medicíny Východoslovenského ústavu srdečních a cévních nemocí Pavol Török je jedním z nich.

### **Jak to dopadlo**

Slovenská i česká vláda nakoupily během COVID desetitisíce balení tohoto léku, který je proti COVID neúčinný.

Čerpáno:

Novinky.cz - ivi, špf, sts, zr. Ivermektin léčí Covid 19, ale v Česku nesmí. Proč? [online]. 20. 2. 2021. [cit. 23. 5. 2023]. Dostupné z: <https://www.novinky.cz/clanek/koronavirus-ivermektin-leci-covid-19-ale-v-cesku-nesmi-proc-40351613>

Právě práci s emocemi ovládají šarlatáni a demagogové mnohem lépe než vědci. Emočně vypjatá situace jim vyhovuje, klesá totiž kontrola a nabízejí se možnosti k obchodům ve zrychleném režimu, ve stresu a bez dozoru. Je to stav, kdy se miliardy ze státního rozpočtu přelévají neznámo kam podle nejasných kritérií (vědecky řečeno: na základě neznámé metodiky).

A tady je třeba zmínit poslední část vědeckých publikací, kde autoři musí vysvětlit, kdo jim dal peníze a zda nejsou v konfliktu zájmů. Například zda nemají finanční vztahy s firmami, kterých se jejich práce týká, zda od nich nepřijali sponzorské dary nebo jiné výhody. Jsou to zkrátka nepřijemnosti. Když píšete do odborného tisku, ručíte za ty informace svou vědeckou kůží, svou pověstí. Když se podepíšete pod fakta, která se ukážou jako chybná a zavíní to vaše neznalost nebo manipulace, neměl byste už další peníze dostávat, můžete přijít o místo a zcela jistě se znemožníte před kolegy. Tak proč riskovat? Když však odborník nepodložené věci zveřejňuje v běžných masmédiích, nehrozí mu nic. Za nic neručí, konflikt zájmů přiznávat nemusí. Pak se nelze divit, že místo toho, aby odborníci nesli svou kůži na trh v seriózních vědeckých časopisech, psali své dojmy na web a do novin.

Experti se mají vyjadřovat ke svým oborům a právě na jejich odbornosti by se měla veřejná diskuse zakládat – nesmí u toho ale zapomínat oddělovat názory a hypotézy od prokázaných faktů.

Cílem esejí bylo, aby se právě tohle studenti medicíny naučili. Aby ukázali, že dokážou rozpoznat šarlatány s profesorskými tituly od odborníků. Aby ke složitým tématům uměli přistupovat z více hledisek a dovedli se v nich za pomoci literatury zorientovat. Kultivace kritického myšlení nám může pomoci, abychom se chyb v úsudku nedopouštěli. Sebereflexe nám pomůže překonat ego a opravit se, pokud se spleteme, To jsou základní nástroje, které v sobě musíme pěstovat, abychom dokázali čelit dezinformacím a konspiračním teoriím, které tu sice byly vždy, ale jejichž dosah a viditelnost současné informační technologie značně zvyšují. A epidemie covidu nám dokázala, že mohou vážně komplikovat i léčbu.

## Isoprinosine - Od hry se slovíčky k dezinformacím

Lék Isoprinosine (inosinum pranobexum) se používá k terapii některých virových onemocnění. Bylo racionální předpokládat, že by mohl být účinný proti COVID 19. Profesor epidemiologie MUDr. Jiří Beran se na základě dobré osobní zkušenosti s tímto lékem rozhodl provést studii ke sledování jeho účinnosti (1). Při publikování výsledků tvrdil, že se jednalo o prospektivní studii. Prospektivní studie je typ sledování, kdy pacientům ve srovnatelném stavu podáme testovanou látku nebo placebo (nebo látku se známým a měřitelným efektem) a pak porovnááme výsledky. To ovšem autoři neudělali. Z hlediska metodiky se jednalo o retrospektivní sběr dat z poregistrační studie. Při tomto sledování pozorování vyhodnotíme, jak dopadli lidé, kterým jejich lékaři zkoumaný lék předepsali, ve srovnání s lidmi, jimž jejich lékaři lék z nějakého důvodu nedali. Toto sledování má svou hodnotu, protože zasáhne skupiny pacientů, které obvykle do dvojité slepých studií nejsou zvaní (například lidé se závislostmi, kojící matky, psychiatričtí pacienti). Neumožňují nám ale určit, zda je lék účinný a jak. Profesoru Beranovi to ale jeho studie blíže neznámým způsobem umožnila. (Český klub skeptiků Sisyfos se domnívá, že šlo o vnuknutí.) Profesor tvrdil, že „šance člověka, že nezemře, je třikrát větší, pokud bude užívat tento lék“.

Práce přitáhla pozornost odborníků a Státního ústavu pro kontrolu léčiv, kteří text prostudovali. Kromě výše zmíněného podvodu poukázali na neadekvátně malou kontrolní skupinu (jen 14 klientů) a chybné statistické zpracování. V další fázi epidemie, kdy se ukázalo, že jim propagovaný lék nefunguje, se přihlásil k názorům prof. Václava Klause, který se domníval, že boj proti Covidu je instrumentem k přeměně společnosti (2). V projevu při vzniku Charty 22, jejímž byl mluvčím, konstatoval: po roce jsem prožl, že celý Covid je ve své podstatě zástěrka k ukrajování osobních svobod.

Studie profesora Berana je porušením základních principů práce s vědeckými informacemi. Navzdory tomu referoval už tehdy neplatné výsledky v Parlamentu ČR a vlivem jeho autority se Isoprinosine dostal do povědomí veřejnosti. Lékaři ho často a zbytečně předepisovali.

Narativ o tom, že „Mocní“ vědí, že levný a účinný lék proti COVIDU je k dispozici, ale vlády to tají, aby mohly očkovat a omezovat lidská práva, byl konspiračními weby intenzivně šířen: „Čech otestoval fungující lék proti koroně.; Farmakolichváře trefí šlak“; „Česko v moci lhářů! Péče sorosovských euromarxistů o zdraví lidu: Proč bojovníci proti COVIDu neprosadili volný prodej fungujících léků jako v Polsku?“; „Profesor Beran: Lék na Covid-19 už dávno máme! Tady je!“ nebo „Profesor Beran: Lék na Covid-19 máme! Přesto se bude očkovat!“ (3).

1) BERAN, Jiří et al, Inosine Pranobex Significantly Decreased the Case-Fatality Rate among PCR Positive Elderly with SARS-CoV-2 at Three Nursing Homes in the Czech Republic. *Pathogens*. 2020; 9(12):1055.

2) KLAUS, Václav a WEIGL, Jiří. Covid – 19: Pouhá nemoc nebo instrument k přeměně společnosti? In: Institutvk.cz [online]. 5. 10. 2020. [cit. 23. 5. 2023]. Dostupné z: <https://www.institutvk.cz/files/newsletter/99.pdf?rand=484>

3) HAMPLOVÁ, Ludmila. Isoprinosine není zázračným lékem proti covid-19. Jeho českou studii provází vážná odborná i etická pochybení. [online] 17. 1. 2021 [cit. 23. 5. 2023] Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2021/01/isoprinosine-zrejme-neni-zazracny-lek-proti-covid-19-jeho-ceskou-studii-provazi-vazna-eticka-pochybeni/>

Kritickou prací s informacemi přitom lékař nepotřebuje jen ke svému veřejnému působení, byť i to je součástí profese. Také v přístupu ke konkrétnímu pacientovi diktují etické i legislativní standardy požadavky na léčbu na úrovni současného poznání. Rozhodnout, který z možných postupů požadavky na léčbu lege artis aktuálně splňuje, ovšem není triviální úkol: „současné poznání“ totiž lze nahlédnout jen skrze mozaiku zastaralých zkušeností převzatých od starších kolegů a vzájemně si protiřečících závěrů aktuálních akademických studií zasazených do rámce odborného úsudku a vlastní praxe (více o tom viz např. Burns & Foley, 2005; Dawes et al., 2005).

Vyhodnocení kvality informací jednotlivých fragmentů takové mozaiky

přítom vyžaduje – mimo samotného biomedicínského přehledu – i onu schopnost kritické práce s daty a reflexi vlastní zaujatosti a omylnosti. Pokud chybějí, lékaři zbývá buď slepě následovat postupy svých učitelů bez ohledu na vývoj oboru a specifika konkrétní situace, nebo svůj úsudek zkreslit vlastními předsudky a omyly. Pandemie přinesla zářné příklady obojího. Slepé následování naučených postupů vedlo některé lékaře k domněnku, že pandemii lze vyléčit stejně jako respirační virózu jednotlivého pacienta, nebo že se jí naopak bránit nelze – aniž by si uvědomovali epidemiologické a společenské souvislosti, které z každodenní praxe neznají. Neschopnost pochopit vlastní zaujatost zase vedla lékaře k odmítání lege artis postupů a propagaci pochybných alternativních terapií, od veterinárních přípravků po „holistickou“ léčbu akutního virového onemocnění. Konkrétním případem může být propagace Ivermectinu a Isoprinosinu.

Důsledky takového selhání se neprojevují jen v extrémní pandemické situaci, ale i v každodenní klinické praxi, kdy lékař trvá na obsolentních postupech nebo pacienta bezdůvodně ochuzuje o možnost volby a o terapeutické postupy, které nejsou v souladu s jeho předsudky. Expertní rozhodnutí jsou denním chlebem lékařů – a různí experti mohou dospět k různým závěrům. Odlišná stanoviska různých odborníků ke konkrétnímu problému jsou zdravým projevem různosti jejich zkušeností, dokud se odborníci shodnou, že současné poznání neumožňuje jednoznačně favorizovat jeden konkrétní postup.

V médiích i praxi se však denně setkáváme se situacemi, kdy jeden klinik popírá expertizu druhého: část odborné veřejnosti veřejně „bojuje“ proti nadužívání psychofarmak, část nevěří efektivitě psychosociálních terapií; část uznává domácí porody jako legitimní volbu, část nikoli; část diagnostikuje podle ověřených kritérií, část podle jakési „intuice“. Podobné rozepře svědčí o neschopnosti překonat vlastní předsudky a rozlišit omyly, domněnky a fakta.

Právě rozlišení fakt, na nichž se zakládá lékařství, od domněnek a omylů, na nichž staví pokoutné šarlatánské praktiky, přitom umožňuje nabídnout pacientovi optimální terapeutický postup – a také mu nechat možnost volby. Právě možnost volby, která redukuje frustraci a posiluje

spolupráci, leží v základech moderního partnerského přístupu k pacientovi oproti tradičnímu přístupu paternalistickému, ztělesněnému v Hippokratově přísaze.

Eseje shrnuté v této publikaci jsou ukázkou schopnosti nadaných studentů zformulovat konkrétní otázku a na základě relevantních informací vyjádřit svůj odborný postoj. Jejich kvalita nespočívá v tom, že by s nimi nebylo možné nesouhlasit. Naopak: klíčovou kvalitou odborného textu je, že s ním nesouhlasit lze. Autoři předkládaných esejí srozumitelně definovali svá tvrzení a ve své argumentaci se odkazovali k informacím, jejichž původ lze dohledat a ověřit (Ne snad pro pochybnosti o existenci toho zdroje – ale pro dohledání detailů, jakým způsobem taková informace vznikla a v čem třeba může být zkreslená). Jejich texty tak nabízejí jasné stanovisko, které můžeme na základě argumentace buď přijmout, nebo se pokusit vyvrátit.

Bez nedostatků přitom nejsou ani texty běžně publikované v odborných zdrojích. Absolvent moderní lékařské fakulty by měl být schopný typické chyby v argumentaci odhalit a ve vlastních názorech se jí vyhnout. I proto patří eseje do výuky lékařství.

Jako varování před některými odbornými floskulemi jsme studenty upozornili na vynikající pomůcku neznámých autorů „Průvodce vědeckým žargonem“ ze kterého zde vybíráme:

<b>Průvodce vědeckým žargonem</b>	
<b>je již dlouho známo</b>	<b>nezjistil jsem si původní pramen</b>
<b>projevuje se tu určitý trend</b>	<b>tyto údaje jsou v podstatě bezcenné</b>
<b>ačkoliv nebylo možné přinést na tyto otázky jednoznačnou odpověď</b>	<b>pokus se nezdařil, ale doufám, že jej i tak budu moci publikovat</b>
<b>k podrobnému studiu byly vybrány tři vzorky</b>	<b>ostatní výsledky nedávaly smysl</b>

ve veškeré dostupné literatuře	vše, co se mi podařilo vygooglit
tyto výsledky budou obsahem příští studie	jednou se do ní snad pustím, jestli mě k tomu někdo dokope/poskytne finanční prostředky
z vlastní zkušenosti	jednou
v několika případech	dvakrát
panuje názor	já si myslím
panuje všeobecný názor	pár kolegů si to myslí taky
podle statistického výzkumu	říká se
statisticky vyjádřený odhad významu těchto zjištění	pustý odhad
pečlivá analýza dosažitelných údajů	tři stránky poznámek se mi rozmazaly, když jsem si na ně zvrhl kafe
mnoho další práce, než budeme schopni porozumět tomuto jevu v jeho úplnosti	já mu nerozumím
po následné práci mých kolegů	ani oni mu nerozumějí
doufám, že tato studie podnítl další výzkum	já s tím končím

## Literatura:

FESTINGER, L. a kol. Když se proroctví nesplní: Studie skupiny, která předpověděla konec světa. Portál. 2021.

SELIGMAN, M. E. P. Naučený optimismus: Jak změnit své myšlení a život. BETA- Dobrovský. 2013.

BURNS, H. K., & FOLEY, S. M. Building a Foundation for an Evidence-Based Approach to Practice: Teaching Basic Concepts to Undergraduate Freshman Students. *Journal of Professional Nursing*. 2005. 21(6); 351–357. <https://doi.org/10.1016/J.PROFNURS.2005.10.001>

DAVES, M., SUMMERSKILL, W., GLASZIOU, P., CARTABELLOTTA, A., MARTIN, J., HOPAYIAN, K., PORZSOLT, F., BURLS, A., & OSBORNE, J. Sicily statement on evidence-based practice. *BMC Medical Education*. 2005. 5(1); 1–7. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-5-1>

KAHNEMAN, D. Myšlení rychlé a pomalé. Jan Melvil. 2012.

Prof. MUDr. Jan Vevera, Ph.D.

Vojtěch Pišl, MSc.



## Dominik Fridrich

Esej získala Cenu děkana

### ÚVOD

Úsměv jako nástroj psychiatra a psychoterapeuta, ale i lékaře a jakéhokoliv zdravotnického personálu. Ve své eseji se zaměřím na využití smíchu ve zdravotnictví, jak ho lze použít v každodenním profesním, ale i osobním životě a jeho komplexním vlivu na organismus jako celek.

Pro začátek je potřeba rozlišit veselost jako emoční stav, smích jakožto motorické a zvukové projevy veselosti (emočního stavu) a humor (kognitivní zpracování skutečnosti, která vyvolá smích a veselost). (Nešpor, 2010). Nejdůležitější je veselost, ta dokáže pozitivně ovlivnit emoce a zdraví, lze ji navodit pomocí humoru či smíchu. Není potřeba, aby byl smích spontánní, většinou se lidé usmívají a smějí v běžné společenské interakci, ale i ze zdvořilosti. I to má pozitivní efekt na jejich emoce a komunikaci.

### Léčba smíchem

Smích lze aplikovat jako léčebný prvek v několika podobách, můžeme pacientům na oddělení promítat humorné filmy, konverzovat s humorem, možná je i polechtat. Avšak nejčastěji se v českých nemocnicích setkáme s nástrojem jménem zdravotní klaun.

Nemocnice jsou nepříjemná záležitost, zvláště pak pro děti. Strach, úzkost a stres spojený s hospitalizací a lékařským výkonem zvyšuje práh bolestivosti, narušuje a prodlužuje daný zákrok, ale může mít i do budoucna negativní následky pro pacienta. Dle studie Markova a spol. (2021) až 60 % dětí trpí předoperační úzkostí, která vede k nárůstu postoperačních komplikací, které mohou trvat až 6 měsíců po zákroku. Jeden z nástrojů zmírnění předoperačního stresu může být využití zdravotních klaunů, jsou to vyškolení odborníci na terapii smíchem. Jejich účelem není pacienta pouze rozesmát, ale zároveň i připravit na scénář, co se s nimi bude následující dny dít, používají formy artera-

pie, muzikoterapie, canisterapie. Účel klauna není tedy jenom odvést pozornost od dění nemocnice, ale aktivně se podílí na komplexním léčebném plánu a zlepšení kvality života při hospitalizaci a vytvoření pozitivního vztahu do budoucna se zdravotnickým zařízením jako takovým, snižuje riziko rozvoje syndromu bílého pláště. Zdravotní klaun není určen pouze dětem, lze ho využít i na pracovištích pro dospělé, jako je geriatric, u dementních pacientů, ale i nedementních dospělých.

Již staří Řekové si byli vědomi pozitivních účinků smíchu a humoru na naše zdraví, léčebné intervence v podobě divadla a humoru indikované tehdejšími lékaři byly dokumentovány již na začátku 13. stol. př. n. l. (Markova a spol, 2021).

Smích a úsměv můžou pomoci při zmírnění stresu a zlepšení nálady. Když se smějeme či usmíváme, uvolňují se v našem těle mimo jiné endorfiny, jsou to látky endogenního charakteru, které mají schopnost tlumit bolest a elevovat náladu. To může jednoznačně zvýšit kvalitu života pacienta, redukovat stres a anxiózní stavy spojené s hospitalizací. Smíchem lze mírnit úzkost, smutek a hněv u zdravých lidí i u osob, které trpí duševním onemocněním. Gelkopf a spol. (2006) pouštěli jedné skupině pacientů dlouhodobě hospitalizovaných s diagnózou schizofrenie po dobu tří měsíců filmy s komediálním obsahem. Druhé skupině pouštěli běžné filmy nekomiálního charakteru. Pacienti, kteří sledovali humorné filmy, vykazovali méně známek deprese a úzkosti a byli aktivnější.

Hayashi a spol. (2016) provedli studii téměř na 20 tisících Japoncích, jedna skupina Japonců se příliš nesmála a druhá skupina se smála téměř každý den, studie ukázala, že jedinci ve skupině aplikující humor a smích každodenně méně trpěli na kardiovaskulární onemocnění, dyslipidémie, hypertenze a infarkt.

Podobné výsledky měli Sugawara a spol. (2010), kdy popsali negativní vlivy deprese, vzteku a úzkosti na kardiovaskulární systém, dále popsali příznivý efekt smíchu a navozeného sledováním komediálních filmů a seriálů na vlastnosti a funkci cév, převážně pozitivní vliv na endoteliální funkci a na centrální arteriální řečiště. Celkem 17 probandů sledovalo v konkrétních dnech 30 minut humorného seriálu

nebo poklidného dokumentu, při sledování humorného filmu se zvýšil krevní tlak a srdeční frekvence, zatímco při sledování dokumentu tyto změny na kardiovaskulárním systému nepozorovali.

Chang a spol. (2013) provedli studii, kde sledovali hladinu stresu a stresových hormonů u dospívajících Číňanů, skupina, u které byl pravidelně aplikován humor, měla jednoznačně nižší úroveň stresu a signifikantně nižší hladiny stresových hormonů (kortizolu). Krom humoru v této studii používali ke zmírnění stresu také čínské meditační cvičení *Qigong*. Smích mírní stres i podle studie autorů Toda a Ichikawa (2012). Shin a spol. (2011) použili léčbu smíchem u žen při mírnění stresu a vyčerpání po porodu.

Mimo jiné, přátelský úsměv na straně lékaře a obecně každého zdravotníka indikuje pacientovy přátelské úmysly a bývá chápán i jako projev zdravého sebevědomí. Na druhou stranu falešný a křečovitý úsměv ze strany lékaře může způsobit i nedůvěru a jaksi strašidelně.

Zayts a Schnurr (2011) zjistili, že lékaři při interakci s pacienty používají smích a úsměv poměrně často. Lze tak vytvořit uvolněnější atmosféru a usnadnit komunikaci, i když se týká citlivějších záležitostí, které se pacientovi hůře sdělují. Občas je v těchto situacích vhodné mít se zdravotní sestrou dohodnutý nenápadný nonverbální znak, kterým dáme sestře najevo, aby opustila ordinaci a nechala nám s pacientem potřebné soukromí.

Co se děje s tělem: obličej

Svaly obličeje jsou velmi specifické, nekončí na kloubech jako většina svalů, ale upínají se na pokožku a pohybují především kůží, právě to nám dává možnost jemné změny výrazů tváře, jakožto jedním z hlavních nástrojů mezilidské komunikace. Hlavním valem úsměvu je *musculus zygomaticus major*, ten táhne koutky úst šikmo vzad a směrem vzhůru k lícni kosti, kde se upíná *m. orbicularis*, který zvedá tváře, což vede k vytváření vějířku vrásek v koutcích očí. Právě zmíněné vrásky okolo očí jsou hlavním rozdílem mezi spontánním (opravdovým – dušenovým úsměvem) smíchem, a ne pro smích předstíraný. Pomocných svalů je kolem úst celá řada, jejich aktivací se rozšiřují ústa ale i nos

a tím se usnadní výdech. Čím hlasitější a silnější smích je. Tím více svalů se zapojí. V případě velkého hlasitého řehotu se zapojí téměř všechny mimické svaly. V tom, jaké svaly jsou při smíchu zapojeny, hraje roli i emoce, zdali je smích překvapený nebo zdali se ho osoba snaží zmírnit. Při smíchu lze také popsat projasnění očí, to je následek většího slzení a většího objemu krve a dalších tekutin v očích. Velmi intenzivní smích může končit zavřením očí (Nešpor, 2010).

Co dalšího se děje

Při smíchu dochází ke snížení stresových hormonů – kortikoidů, zvýšení IgA protilátek a tím k posílení slizniční imunity. Zvyšuje odolnost vůči bolesti, zvyšuje tepovou frekvenci a prokrvuje se pokožka, dochází k vazodilataci povrchových cév. Po skončení smíchu se tepová frekvence i krevní tlak snižují, často i pod původní hodnoty (Nešpor, 2010).

Úsměv lišácký – tzv Duchennův úsměv neboli úsměv radosti, tento úsměv nelze vůlí ovládat. Dochází k zapojení dvou hlavních svalů – *m. zygomaticus* a *m. orbicularis oculi*. U tohoto typu úsměvu je zásadní jeho možnost v přechodu ve spontánní smích, objevuje se při pocitech radosti a pobavení, ale i při interakci mezi rodičem a dítětem.

Byla vyslovena hypotéza obličejové zpětné vazby, kdy výraz tváře není pouze exprese daných emocí, ale může určitou emoci i spouštět, tato hypotéza byla v četných experimentech víceméně potvrzena, probandi se po snaze usmívat cítili lépe a zlepšila se jim nálada.

## ZÁVĚR

K čemu smích slouží? K uklidnění sebe i druhých, k posílení imunity, jako projev laskavosti, projev souhlasu, pochvaly, povzbuzení. Lze s ním projevit nadhled a sebevědomí, má analgetické a anxiolytické účinky, lze s ním účinně bojovat proti depresi, napomáhá učení.

Ze zmíněných studií lze konstatovat, že využití smíchu jako terapeutického nástroje nemusí být zajímavé pouze pro psychiatry a psychotherapeuty, nýbrž i pro kardiology, gynekology, chirurgy a snad každého klinického lékaře. Avšak i mikrobiolog se může čas od času zasmát. Humor nám pomůže i při syndromu vyhoření. Jeho účinky jsou komplexní, používáme ho denně, aniž bychom si uvědomili jeho sílu.

## ZDROJE

Gelkopf M, Gonen B, Kurs R, Melamed Y, Bleich A. The effect of humorous movies on inpatients with chronic schizophrenia. *J Nerv Ment Dis.* 2006 Nov;194(11):880-3. PMID: 17102716.

Hayashi K, Kawachi I, Ohira T a spol. Laughter is the Best Medicine? A Cross-Sectional Study of Cardiovascular Disease Among Older Japanese Adults. *J Epidemiol.* 2016 Mar 12

Chang C, Tsai G, Hsieh CJ. Psychological, immunological and physiological effects of a Laughing Qigong Program (LQP) on adolescents. *Complement Ther Med.* 2013; 21(6):660-8.

Markova, Gabriela & Houdek, Lukas & Kocabova, Zuzana. (2021). To the Operating Room! Positive Effects of a Healthcare Clown Intervention on Children Undergoing Surgery. *Frontiers in Public Health.* 9. 653884. 10.3389/fpubh.2021.653884.

Mora-Ripoll R. The therapeutic value of laughter in medicine. *Altern Ther Health Med.* 2010 Nov-Dec;16(6):56-64. PMID: 21280463.

NEŠPOR, Karel. Léčivá moc smíchu: smích a zdraví, smích a vztahy, smích a práce, smích a výchova. 4., rozš. vyd. V Praze: Vyšehrad, 2010. ISBN 978-80-7429-054-1.

Sugawara J, Tarumi T, Tanaka H. Effect of mirthful laughter on vascular function. *Am J Cardiol.* 2010; 106(6):856-9.

Zayts, O. and Schnurr, S. Laughter as medical providers' resource: negotiating informed choice in prenatal genetic counseling. *Research on Language and Social Interaction,* 2011; 44(1):1

Shin HS, Ryu KH, Song YA. Effects of laughter therapy on postpartum fatigue and stress responses of postpartum women. *J Korean Acad Nurs.* 2011; 41(3):294-301.

Toda M, Ichikawa H. Effect of laughter on salivary flow rates and levels of chromogranin A in young adults and elderly people. *Environ Health Prev Med.* 2012 Nov;17(6):494-9. PMID: 22481535

# Jak empatická (ne)schopnost lékaře ovlivní jeho pacienty

## Natalie Miloschewská

Esej získala Cenu děkana

Empatie je definována jako schopnost vžít se do kůže někoho jiného, a porozumět tak tomu, co tato osoba cítí, myslí si a jejímu chování. Empatický člověk má schopnost dívat se na stejný problém z různých úhlů pohledu. Je to druh emoční inteligence a lze ji rozdělit na kognitivní empatii, která souvisí se schopností porozumět psychologické perspektivě jiných lidí, a afektivní (nebo emoční) empatii, která souvisí se schopností soucitu.

Dnešní medicína je víc založená na důkazech, anglicky tzv. Evidence-based medicine (EBM).

EBM má tři složky: vlastní klinická zkušenost lékaře, nejlepší dostupné vědecké důkazy v dané oblasti, a potřeby a preference pacienta. Tyto tři složky tvoří základ optimalizované péče o pacienta, ale ne vždy to takhle funguje [1]. Často se stává, že se lékař soustředí víc na svoje vlastní klinické zkušenosti a dojde ke konfliktu s preferencemi pacienta, s vědeckými důkazy a případně i se zkušenostmi kolegů. Takovým chováním získá lékař možná zvýrazněnou roli autority, pravděpodobněji ale též nespokojeného pacienta a může dojít i k chybě diagnózy či léčby. Zdravotník, ať už lékař, sestra nebo jiný, musí mít na paměti, že neléčí jen nemoc, ale člověka, který má vlastní pocity a zkušenosti.

Medicína založená na empatii není v rozporu s medicínou založenou na důkazech, protože systematické přehledy ukazují, že empatie prospívá pacientům. Rostoucí počet studií ukazuje, že zvýšená empatie lékařů může snížit bolest a úzkost a má další pozitivní zdravotní dopady. Zároveň pomáhá zlepšit obecnou kvalitu péče a zvyšuje spokojenost pacientů [2].

Kvalita klinického rozhovoru je zejména založena na verbální i neverbální komunikaci mezi lékařem a pacientem. Je na lékaři, aby zlepšil

svoji citlivost v rozpoznávání toho, co nemoc představuje v životě pacienta [3]. Během klinického rozhovoru je nutné zachovat určitý emocionální přístup k pacientům a snažit se bez posuzování porozumět tomu, co pacient cítí a jak se chová. Pacient, který se cítí pochopen, bude pravděpodobněji správně pokračovat v léčbě a získá důvěru ke zdravotnímu systému.

Existují dokonce různé výzkumy, které se snaží analyzovat vztah mezi syndromem vyhoření a empatií mezi zdravotníky. Mnohé z těchto studií ukazují negativní vztah mezi syndromem vyhoření a empatií, to znamená, že čím méně empatický je zdravotník, tím větší je pravděpodobnost vzniku syndromu vyhoření [4]. I když ještě není k dispozici dost důkazů, aby se mohl potvrdit tento negativní vztah, můžeme si být jisti, že zvýšení empatie mezi zdravotníky a pacienty vede k humanizaci medicíny.

Implementace empatie musí být samozřejmě prováděna opatrně a vědecky tak, aby se zajistilo, že se vyhneme negativním důsledkům, vyplývajícím například z dodatečné emocionální práce zdravotnického pracovníka. Zdravotníci by taky měli brát na vědomí, že je potřeba najít rovnováhu mezi tím, kolik věnuje pozornosti druhému a kolik sobě, a nenechat se zahltit potřebami pacientů. Důsledně poskytovat pacientům empatickou péči je těžké. A je to těžší, pokud je ke zdravotnickému pracovníkovi vyjádřeno málo empatie ze strany kolegů i pacientů. Kultura empatie tedy vyžaduje, aby veškerý zdravotnický personál přijal a modeloval empatii a vytvořil systémy a procesy, které ji podporují [2].

### ***Vztah lékař-pacient***

Vztah lékař-pacient se vyvíjel od „paternalistického“ vztahu k „partnerskému“ vztahu v dnešní době. Stále jsou pacienti, hlavně ze starší generace, kteří vidí lékaře jako autoritu, „otce“, který ví všechno, co je potřeba vědět a bude se o ně starat. Tito pacienti očekávají, že všechno ohledně léčby rozhoduje sám lékař. Dnešní partnerský vztah spočívá v tom, že pacient je respektován jako rovnocenný partner, který má být informován o své diagnóze, zdravotním stavu a o možnostech léčby, a sám se může rozhodnout, pokud to jeho zdravotní a psychický stav

dovolí. Lékař by ještě měl brát v úvahu intelektuální úroveň a vzdělání pacienta a informovat ho o jeho stavu tak, aby to pro něj bylo srozumitelné.

Vztah lékař-pacient přesahuje specifické klinické setkání mezi dvěma jednotlivci, což zahrnuje více než kladení otázek, provádění fyzického vyšetření, předepisování léků a osobní péče. Tento vztah je směs odborné a osobní dovednosti [3]. Vztah lékař-pacient je interakce, která zahrnuje důvěru a odpovědnost. Je to lidský vztah, který jako každý jiný svého druhu, není bez komplikací.

Je třeba mít na paměti, že lékař neléčí nemoc samotnou, ale nemocné lidi. Aby cvičil empatii, zdravotník si může představit sebe na místě pacienta nebo předstírat, že pacient je jeho blízký a drahý člověk. A tak si může položit otázku: „chtěl bych být takto léčen, kdybych byl právě tímto pacientem?“, nebo „chtěl bych, aby mé děti / moji rodiče měli lékaře, jako jsem teď já?“.

Existují studie, které hodnotily empatii lékařů působících v soukromém i veřejném zdravotnictví. Pacienti hodnotili lékaře ze soukromého sektoru jako empatičtější než lékaře z veřejného sektoru. Jedním z důvodů tohoto výsledku by mohly být pracovní podmínky lékařů v soukromém sektoru, které jsou obecně lepší než ve státních nemocnicích [5].

V článku publikovaném v roce 2022, se v rámci dvou studií testovalo, zda práce v nočních směnách ovlivnila způsob hodnocení, jak lékaři hodnotili bolesti pacienta, jejich empatii k bolesti pacienta a jejich rozhodnutí o její léčbě. Nepřekvapivě se prokázalo, že lékaři v nočních směnách, kteří jsou již unavení, nevyspalí a stresovaní, mají málo empatie k bolesti pacientů [6]. V takových případech je jasně vidět, jak nedostatek empatie lékaře přímo ovlivní léčbu pacientů, kteří nezískají dostatečnou potřebnou pomoc a odejdou nespokojení ze zdravotnického zařízení.

V jiném článku, publikovaném v roce 2015, jeden výzkum zkoumal vztah mezi spokojeností pacientů po jediné návštěvě ordinace specialisty na chirurgii ruky, a jak pacienti hodnotili lékařskou empatii. Prokázalo se, že na spokojenost pacientů měla empatie lékaře nejsilnější vliv. Ani



délka čekání na ošetření a ani věk a zkušenosti lékaře neměly tak velký vliv na jejich spokojenost. Klíčovým faktorem tedy byla právě empatie lékaře [7].

Zdravotnictví v České Republice má dobrou úroveň vzdělání, moderní přístroje a další technické vybavení, léky a je v tomto směru na úrovni s ostatními zeměmi rozvinutého světa. Bohužel to ale samo o sobě nestačí k úplně skvělé péči o pacienta. Češi a mnoho cizinců z různých zemí, kteří žijí v České republice, si pomocí sociálních sítí stěžují na nelidské chování lékařů a dalšího zdravotnického personálu z různých klinik a nemocnic. Zároveň si mezi sebou doporučují odborníky tam, kde o ně bylo dobře postaráno a cítili se jako jednotlivci respektováni. Existuje dokonce webová stránka s názvem „Známý Lékař“, kde mohou pacienti české lékaře hodnotit.

### **Učí se studenti medicíny empatii ve škole?**

Studenti medicíny na lékařských fakultách v České republice absolvují výuku lékařské psychologie a etiky. I když má každá fakulta pro tento předmět jiný název, jde o předmět, který se mimo jiné zaměřuje i na to, aby se studenti naučili komunikovat s pacienty. Průzkum mezi studenty všech ročníků a středoškolskými studenty přijatými ke studiu na 3. Lékařskou fakultu v Praze ukázal pokles empatie u studentů 3., 4. a 5. ročníku. V těchto ročnících již studenti absolvují praxi v nemocnicích, kde jsou v kontaktu s realitou a mají přímý kontakt s lékaři a pacienty. Mezi důvody tohoto poklesu empatie patří nedostatek času, komplikování nespolupracující pacienti, vysoká výuková zátěž, a nedostatek vzorných lékařů [8].

### **Jak to funguje v českém zdravotnictví z pohledu praxe v nemocnici**

Lékaři mají často hodně pacientů, a proto nemají tolik času věnovat se každému pacientovi zvlášť. Studenti českých lékařských fakult se již od třetího ročníku účastní praxe v nemocnicích, kde se začínají učit vést klinický rozhovor a získat tak co největší množství potřebných informací o zdravotním stavu pacienta a jeho nejbližších rodinných příslušníků. Mnoho pacientů, kteří souhlasí s tímto klinickým rozhovorem se studenty, je již v důchodovém věku a rádi si povídají. Během

odebírání anamnézy prodlužují svoje odpovědi na otázky, protože chtějí vysvětlit, co dělali, co cítili, co si mysleli, jak se chovali a kdo u toho byl. Vyšetřující lékaři je často přerušují a nenechají domluvit, protože se snaží pouze získat určité konkrétní informace a konec. Je pochopitelné, že lékaři nemají čas poslouchat úplně všechno a musí se soustředit na nejdůležitější informace. Ale také je třeba mít na vědomí, že hospitalizovaní pacienti mohou mít obavy, úzkost nebo depresi.

Závěr:

I když je empatie při jednání s lidmi nesmírně důležitá, je to něco, co mnoha zdravotníkům nejen v České republice, ale i ve světě, chybí. Je třeba se více zaměřit na roli empatie v komunikaci mezi lékaři a pacienty a znovu naučit odborníky, že pacient je člověk s pocity a životem, a ne jenom balíček nemocí, které je potřeba co nejrychleji vyléčit a poslat ho pryč. Pacient, který se necítí pochopen, bývá k léčbě zdrženlivější a ztrácí důvěru ve zdravotní systém. Být empatictějším profesionálem nutně neznamená, že se musí s pacientem trávit více času, ale mít obecně lepší lidský přístup k pacientům i kolegům.

Zdroje a citace:

Smith R, Rennie D. Evidence-Based Medicine — An Oral History. JAMA.

2014;311(4):365–367. <http://doi.org/10.1001/jama.2013.286182>

Howick J, Rees S. Overthrowing barriers to empathy in healthcare: empathy in the age of the Internet. Journal of the Royal Society of Medicine. 2017;110(9):352-357.

<http://doi.org/10.1177/0141076817714443>

Costa FD, Azevedo RC. Empatia, relação médico-paciente e formação em medicina: um olhar qualitativo. Revista Brasileira de Educação Médica. 2010;34:261-9.

<https://doi.org/10.1590/S0100-55022010000200010>

Helen Wilkinson, Richard Whittington, Lorraine Perry, Catrin Eames. Examining the relationship between burnout and empathy in health-care professionals: A systematic review.

Burnout Research, Volume 6, 2017, Pages 18-29, ISSN 2213-0586.  
<https://doi.org/10.1016/j.burn.2017.06.003>

De Souza Barros P, de Oliveira Falcone EM, de Pinho VD. Avaliação da empatia médica na percepção de médicos e pacientes em contextos público e privado de saúde. Arq. ciênc. saúde. 2011;18(1):36-43.

[https://repositorio-racs.famerp.br/racs\\_ol/vol-18-1/IDS%205%20-%20jan-mar%202011.pdf](https://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-18-1/IDS%205%20-%20jan-mar%202011.pdf)

Shodam Chosten-Hillel, Ido Sadras, Tom Gordon-Hecker, Alex Gileles-Hillel, „Physicians prescribe fewer analgesics during night shifts than day shifts“. PNAS, vol. 119, No. 27

<https://doi.org/10.1073/pnas.2200047119>

### Sofie Bednářová

#### Úvod

Pro psaní eseje jsem si zvolila téma domácího násilí, neboť si myslím, že jde o velmi aktuální problematiku, jež se ve společnosti vyskytuje od nepaměti, ale teprve nedávno se o ní začalo více mluvit. Dle Policie ČR se jedná o nejrozšířenější násilí z hlediska výskytu, nejméně kontrované z hlediska latence a zároveň nejvíce podceňované z hlediska závažnosti a jeho frekvence. V poslední době ale již můžeme pozorovat narůstající zájem o řešení této problematiky, jak ze strany právní, sociální, tak i lékařské.

[Zdroj: H. J. Schneider, německý kriminolog, prezentace Policie ČR pro projekt Právo žít! 8. 4. 2022, 1. LF Praha]

Má motivace pro výběr tohoto tématu vznikla seznámením se s ACE studií (Adverse childhood experience's) z roku 1998. Dr. Vincent Feltiti a dr. Robert Anda, ve které byl zjišťován dopad adverzních zážitků z dětství na naše zdraví a život v dospělosti. Zde bylo dotazováno přes 17 000 dospělých (pracujících a s dobrou zdravotní péčí) na jejich negativní zkušenosti z dětství, konkrétně na jakékoliv fyzické či psychické týrání, sexuální zneužívání, soužití se závislým či duševně nemocným, případně ztráta pečující osoby z důvodu opuštění, smrti či rozvodu). Výsledkem bylo, že 64 % respondentů si v dětství prošlo alespoň jednou takovou traumatickou zkušeností. A čím více jich dotyční zažili, tím více byli také v dospělosti ohroženi alkoholismem či zneužíváním jiných návykových látek, ischemickou chorobou srdeční, depresemi, rizikovým sexuálním chováním, partnerským násilím, obezitou, nemocemi plic a jater, pokusy o sebevraždu, potraty a dalšími negativními jevy ovlivňující jejich zdraví. A to ve mně vzbudilo prvotní zájem k tomuto tématu.

A dále mě tato problematika nadchla díky interakci s MUDr. Natalií Stoklasovou, radioložkou ve FN Hradec Králové, která ve svém volném čase organizuje školení a různé workshopy na téma domácího násilí pro širokou veřejnost. A ve spolupráci s policií ČR a sociálními pracovníky připravuje pro studenty medicíny projekt Právo žít!, obsa-

hující interaktivní semináře zaměřené na rozpoznání domácího násilí a rady, jak by se při takovým situacích měl lékař chovat.

V první části tohoto eseje obecně definuji, co je považováno za domácí násilí a kdo jím může být ohrožen. Dále se zaměřuji již na jednu konkrétní velmi zranitelnou oběť, kterou je právě dítě – neviditelná oběť. V poslední části zmiňuji doporučený postup, jak s ohroženým dítětem komunikovat a jak bychom se k dané situaci měli, jakožto budoucí lékaři, postavit.

### Základní informace o domácím násilí

Domácí násilí můžeme definovat jako fyzické, psychické nebo sexuální násilí mezi intimními partnery či osobami, žijícími ve společné domácnosti. Dále je ale také nutné zmínit sociální izolaci a ekonomickou kontrolu, jenž se mezi formy domácího násilí v dnešní době řadí také. Důležitým aspektem, vymezujícím tuto problematiku, je opakovaný výskyt násilných incidentů, které ale probíhají vždy tzv. za zavřenými dveřmi, tj. skryté před zraky veřejnosti. Role se při takových situacích nemění a akt je vždy jednostranný. Je tedy důležité rozlišovat pojem domácí násilí od tzv. italské domácnosti, kde se role střídají. V případě domácího násilí dochází obvykle během doby také ke stupňování a oběť s tím zároveň ztrácí schopnost včas daný problém řešit a vystoupit z komplikovaného vztahu.

[Zdroje: Věstník MZČR, ročník 2008, částka 3; informace podané od PČR]

### Domácí násilí ve vztahu k dětem

V širším slova smyslu pod pojem domácí násilí můžeme zahrnout násilí páchané právě na dětech (popř. seniorech), žijících v jednom společném obydlí. Ve vztahu k dítěti má domácí násilí dle MZČR 3 formy.

Situace, které přímo ohrožují život nebo fyzickou integritu dítěte (např. může hrozit zranění) nebo jsou jím jako takové vnímány.

Vystihuje to syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte, k němuž vydalo MZČR oficiální postup v souladu s metodickým

opatřením „Postup lékařů primární péče při podezření ze sy. CAN“ (CAN z angl. Child Abuse and Neglect) - viz *oddíl Doporučený lékařský postup při podezření na sy. CAN.*

Události, při kterých je dítě v roli svědka násilí. Obvykle mezi rodiči/partnery. Protože i děti v roli pouhého svědka domácího násilí jsou u nás v ČR považované za týrané, zneužívané a zanedbávané. Dále také situace, při kterých dítě o páchaném násilí slyší vyprávět a samotné vyprávění v něm vyvolá pocit strachu a bezmoci.

Agresivní chování dětí vůči jiným členům rodiny

[Zdroj: Věstník MZČR, ročník 2008, částka 3]

Traumatické události bývají obvykle náhlé, neočekávané, s pocity bezmoci a myšlenkami o tom, že daná situace již přesahuje naše možnosti a aktuální kapacitu ji dobře zvládnout. V tomto okamžiku záleží především na odolnosti jedince, věku, dalšího kontextu a také závažnosti traumatické události. Je nutné vždy posoudit vliv na psychické zdraví dítěte a dopad na jeho chování a žití.

[Zdroj: Jochmannová, 2021]

Dle výzkumu Mladé hlasy, Unicef, z roku 2017 hovoří 14% českých dětí o tom, že doma zažívají násilí.[Zdroj: UNICEF, <https://www.unicef.cz/mladehlasy/>] Další zajímavou statistikou je také výzkum agentury Nielsen Atmosfere pro LOM, 2018, který se zaměřoval naopak na rodiče. Výsledky ukázaly, že 63% českých rodičů schvaluje facku jakožto plně adekvátní prostředek pro výchovu dítěte. A o rok později zveřejnilo Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky statistiku, kde uvádí, že za rok 2019 zemřelo vinnou domácího násilí hned 6 dětí.

Dopad domácího násilí na dítě

Domácího násilí má na děti větší dopad, než si možná myslíme. V první řadě je třeba zmínit psychický stav dítěte. To obvykle prožívá pocity úzkosti, bezmoci, viny, strachu a kolikrát i vzteku a deprese. Dítě v takových situacích přichází o základní vývojovou potřebu, kterou je pocit bezpečí. Trauma, kterému je nuceno čelit, mu přichází od nejbližších,

a tak není pochyb, že velmi rychle ztrácí důvěru. Dále u něj můžeme pozorovat různé psychosomatické projevy, mezi které patří insomnie, časté bolesti břicha a hlavy, poruchy s příjmem potravy, poruchy s vyměšováním a celkově vyšší nemocnost dítěte. Dopad domácího násilí na dítě můžeme ale také pozorovat na jeho chování. Bývá často verbálně i fyzicky agresivní, mívá potřebu vyrušovat ve škole, špatně se učí, má potřebu utíkat z domova nebo má tendenci vyžadovat si často pozornost.

Jak rozpoznat ohrožené dítě?

Dětské oběti domácího násilí mohou být velmi hyperaktivní a impulzivní anebo právě naopak výrazně hypoaktivní a apatické. Můžeme u nich pozorovat poruchy pozornosti, potíže s krátkodobou pamětí a poruchy spánku. Také se více vyskytuje enuréza (nechtěné močení v období, kdy by dítě svou mikci již mělo být schopné kontrolovat) či enkopréza (neschopnost udržet stolici).

Dále mívají problémy ve vztahu k druhé osobě, kde jsou nedůvěřiví, mají problém vyjádřit své pocity, vyžadují zvýšenou kontrolu nad tím druhým, nebo mohou být až agresivní. Často pak sahají po návykových látkách, jakožto způsob „samoléčby“ nebo se sebepoškozují. U takovýchto dětí si můžeme povšimnout i poruchy řeči, vývojové regrese, různé nepřiměřené úlekové reakce na neutrální podněty, depresí, úzkostí a více se u nich vyskytují alergie, stěhovavé bolesti hlavy a břicha, časté záněty středouší, astma nebo jim mohou více vypadávat vlasy.

Při komunikaci s nimi jsme schopni zaregistrovat tendence chránit rodiče a popírání situace doma navzdory důkazům. Mohou se také chovat i předčasně vyspěle, protože jsou postaveni do situace, starat se o své mladší sourozence a přejímají zodpovědnost za věci a situace, které jim nepřísluší a nemohou se tak věnovat aktivitám, které by byly k jejich věku adekvátní. Tyto děti považují násilí od blízkých osob za normální a běžnou věc, případně se za situaci doma stydí. Právě často až ve škole, kde vnímají společenskou normu, zajišťují, že vztahy v rodině mohou fungovat i jinak, lépe.

Rizikové signály jsme schopni vypočítat nejen na dítěti, ale také

na jeho rodičích. Obvykle je jejich chování charakterizováno silně autoritářským výchovným stylem, manipulačním chováním, fyzických trestáním dítěte, ponižováním dítěte či kladením nepřiměřených požadavků. Kolikrát má rodina, popřípadě konkrétní člen, historii jiných násilných incidentů a viditelné kriminální chování často ve spojení s různými typy závislostí. Může se ale také jednat pouze o strach jednoho rodiče z druhého, který rozpoutá nevhodné chování i vůči dítěti.

[Zdroje: Buriánová, 2019; Jochmannová, 2021; Wünschová, 2016]

Komunikace lékaře s dětskými oběťmi

Nikdy bychom neměli bagatelizovat používání věty jako např.: *„To se přeci někdy stává, že se rodiče nepohodnou, ne?, To jistě nebude tak hrozné, ne?, To se mi ani nechce věřit, že by tvůj tatínek... vždyť já ho znám a je to takový milý pán., A nezlobil/a jsi ho náhodou moc?“*. Také není vhodné vyjadřovat přehnanou lítost jako třeba *„Chudáčku malej, to musí bejt úplně horzné vyrůstat v takové rodině, vid?“* Zároveň bychom ale ani neměli zjišťovat přílišné detaily, protože by to v dítěti mohlo vzbudit dojem výslechu a mohlo by se cítit rozrušeně. Není naším úkolem zjistit, kdo z rodiny je agresorem a vyřešit celou situaci, to již přísluší policii. V žádném případě bychom ale neměli takové děti ignorovat a nechat situaci být, aby se vyřešila sama. Lékař je často právě jeden z mála, komu je oběť schopna věřit a svěřit se mu.

A jak bychom s nimi měli tedy komunikovat? V první řadě je třeba, aby slyšely, že domácí násilí není v pořádku a že to rozhodně není jejich vina. Měli bychom jim vyjádřit, že nás mrzí, co doma zažívají a že tu jsme pro ně, pokud by se nám s tím chtěly svěřit. Jsme připraveni si poslechnout, co je trápí a že nám záleží na jejich zdraví a bezpečí. Obeznamit je s faktem, že se s tím jistě dá něco dělat a že existují organizace, které tyto situace umějí řešit. Je důležité je také informovat o ohlašovací povinnosti a domluvit se s ním na dalších krocích (pozn. Ohlašovací povinnost u obětí nad 18 let je jen v případě, že jsme jako lékaři přesvědčeni o tom, že je jejich situace natolik závažná, že dané osobě může jít o život. V jiných případech je lékař stále vázán lékařským tajemstvím a smí pouze doporučit vyhledání pomoci). Nesmíme ale zapomenout z dítěte sejmout případné pocity viny z toho,



že se nám svěřilo a povědělo nám své rodinné tajemství, a naopak ho právě podpořit a povědět mu, jak je statečné a že díky němu je teď možné jemu i jeho rodičům pomoci.

[Zdroj: Centrum LOCIKA, <https://www.centrumlocika.cz/>]

Doporučený lékařský postup při podezření na sy. CAN

Lékař primární péče by měl mít kvalitně vedenou zdravotnickou dokumentaci, obsahující mj. informace o aktuálním sociálním zázemí dítěte a jeho změnách. Měl by se případně pozastavit nad častou změnou ošetřujícího lékaře nebo nad opakovaným vyhledáváním lékaře s nedůvěryhodnou anamnézou, která např. neodpovídá mechanismu úrazu nebo jiného poškození. Při přijetí podezřelého dítěte do péče je nutné provést komplexní vyšetření včetně výšky, hmotnosti, obvodu hlavy, BMI, vyšetření moči a měli bychom poznamenat také anomálie v chování a při navazování kontaktu. Obzvláště bychom měli věnovat pozornost popisu zhojených poranění, jizvám, tetováním, opruzeninám, úrovni hygieny, stavu oblečení a stravování dítěte. Takové vyšetření by se mělo provádět u zcela odhaleného dítěte. V případě podezření ze sexuálního zneužívání zvláště pozorně vyšetřit genitálie a s tím i řitní otvor. Všimát bychom si měli také případných stop krve či spermatu na prádle. Veškeré zjištěné informace je lékař povinen zapsat do dokumentace a v případě podezření na sy. CAN neprodleně telefonicky informovat Orgán sociálně právní ochrany dětí, kde také oznámí i svůj další postup, kam dítě odesílá, a také kontaktovat státního zástupce či policejní orgán.

*„V souladu s ust. §67 bb odst. 3 zákona 20/1966 Sb., v platném znění, lze konstatovat, že pokud jsou ve zdravotnické dokumentaci o nezletilém pacientovi zaznamenány takové údaje o jeho zákonném zástupci, které zdravotnickému pracovníkovi nezletilý pacient sdělil, z nichž lze zároveň vyvodit podezření na zneužívání nebo týrání nezletilého pacienta, může zdravotnický pracovník omezit zpřístupnění zdravotnické dokumentace zákonným zástupcům. Stejný postup lze aplikovat v případě, že o to nezletilý pacient sám požádá.“*

[Zdroj: Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky, ročník 2008, částka 3, str 41]

Další postup pro lékaře vyplývá z konkrétní situace a ze zdravotního stavu dítěte. Lékař pozve dětského pacienta na příští kontrolní vyšetření, popřípadě jej může ihned nechat hospitalizovat (v případě, že jiná cizí osoba vyslovila podezření na sy. CAN nebo dokonce dítě pomoc vyhledalo samo, dochází k hospitalizaci vždy).

*„Podezření na sy. CAN podléhá oznamovací povinnosti, a to v souladu s § 10 a § 53 zákona č. 359/1999 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Oznamovací povinnost je taktéž stanovena v ust. § 168 trestního zákona. Pokud negativní jednání vůči dítěti dosahuje intenzity trestného činu, je třeba upozornit na zákonnou oznamovací povinnost vyplývající z § 168 trestního zákona č.140/1961 Sb., neboť každý, kdo se hodnověrným způsobem dozví, že jiný spáchal trestný čin týrání svěřené osoby, a takový čin neoznámí bez odkladu státnímu zástupci nebo policejnímu orgánu, dopustí se tím trestného činu neoznámení trestného činu. Rovněž každý má povinnost překazit spáchání trestného činu týrání svěřené osoby, pokud páčání nebo dokončení takového trestného činu nepřekazí, dopustí se tak trestného činu, kterým je nepřekažení trestného činu (§ 167 trestního zákona). Příkladem překažení trestného činu je včasné oznámení státnímu zástupci nebo policejnímu orgánu. Jedná se o významné prolomení povinné mlčenlivosti zdravotníků ve vztahu k týraným a pohlavně zneužívaným dětem, neboť v těchto případech se povinnosti zachovávat mlčenlivost podle zvláštního právního předpisu nelze dovolávat.“*

[Zdroj: Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky, ročník 2008, částka 3, str 41]

## Závěr

Jsem velmi vděčná, že téma domácího násilí přestává být ve společnosti tabu a že se s touto problematikou snažíme pracovat. Těší mě, že si společnost již začala uvědomovat, že násilí může mít i jinou formu nežli fyzickou nebo že se může vyskytovat v jakékoliv rodině. Zasaňuje všechny sociální vrstvy, jen s jediným rozdílem: Čím vzdělanější rodina, tím sofistikovanější formy násilí. Z pohledu budoucího lékaře si myslím, že by se obětem domácího násilí mělo věnovat dostatek času a pozornosti a nikdy bychom to neměli brát na lehkou váhu. Obzvláště

ve vztahu k dětem, neboť ty jsou často neviditelnými oběťmi.

Kontaktní adresy pro pomoc při ohrožení domácím násilím

Pomoc ohroženým dětem

Centrum Locika - linka Dětství bez násilí +420 601 500 196

Chat pro děti na [www.detstvibeznasili.cz](http://www.detstvibeznasili.cz)

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

mail: [poradna@centrumlocika.cz](mailto:poradna@centrumlocika.cz)

Linka bezpečí 116 111 (bezplatné, nonstop), možnost i chatu pro děti na adrese <https://www.linkabezpeci.cz/>

Dětské krizové centrum, Non stop linka důvěry 777 715 215, 241 484 149, možnost chatu pro děti na <https://www.ditekrize.cz/>

Poradenství pro rodiče a odborníky

Rodičovská linka pomoci 606 021 021

Linka pro rodinu a školu - 116 000 (bezplatné, nonstop)

Akutní pomoc pro všechny, kteří hledají pomoc

Bílý kruh bezpečí 116 006 (bezplatné, nonstop)

APIC – Asociace pracovníků intervenčních center- <http://www.doma-ci-nasili.cz/>

Acorus 283 892 772 - včetně možnosti utajeného ubytování

Rosa 602 246 102 - včetně možnosti utajeného ubytování

Profem 608 222 277 - specializace na tematiku sexuálního násilí na ženách

Mobilní aplikace Bright Sky CZ

### Adriana Bernklauová

#### Úvod

V této eseji bych se chtěla věnovat hlavně, jak můžou sociální sítě a fitness kultura ovlivnit pohled na naše vlastní tělo. Jakým způsobem může příspěvek na sociální síti člověku ublížit více, než si to uvědomuje a jestli je v pořádku přidávat na sociální sítě upravené fotky k dokonalosti. Chtěla bych poukázat na problematiku, proč je důležité na své tělo nahlížet pozitivně a nesrovnávat své tělo s ostatními, i když se jedná o jedince v kondici.

#### Vliv sociálních sítí a kultura fitness

V dnešní době si každý člověk může založit účet na sociálních sítích a sdílet své koníčky, najít lidi s podobnými koníčky a v celku to může být velmi pohodlné prostředí pro většinu lidí. Na druhou stranu si každý může přidávat, co chce, což v případě propagace poruch příjmu potravy, vyvolává určité znepokojení. Tento obsah člověk ani nemusí vyhledávat, ale díky algoritmu se může dostat mezi komunitu lidí, kteří se navzájem podporují v nezdravém chování ohledně jídla a pohledu na vlastní tělo. Když si to představíme z pozice mladé dívky, která pouze hledá právě ty svoje zájmy a narazí na příspěvky dívek s dokonalou postavou, bez nedostatků, může se cítit znechuceně ohledně svého těla, protože ona přece takhle nevypadá, tak nemůže být krásná. (1,2)

Někomu se to může zdát úsměvné, že by tohle mohl být problém dnešní doby, ale je to mnohem vážnější, než se na první pohled může zdát. Spousta dívek tak cítí tlak ze strany společnosti, aby se pokusily vypadat co nejlépe. A právě touha po dokonalosti vede mladou dívku k posedlosti hubnutím, negativnímu pohledu na své vlastní tělo. Tyto dívky se ve skutečnosti nepokouší uspokojit samy sebe, ale společnost, která ignoruje, co vlastně těmito vysokými standardy způsobuje. Ještě závažnější situace nastává, když narazí na příspěvky s hashtagy #proana a #thinspiration, které propagují právě poruchy příjmu potravy. Poté se dívky mohou ocitnout v situaci, kde udělají cokoliv pro to, jen

aby vypadaly lépe. Přestanou jíst, plánují si šílené diety, které se nedají dlouhodobě udržet. Celkově si postupně tímto stylem narušují pohled na své vlastní tělo do té míry, kdy už ani neví, jak ve skutečnosti vypadají. (1,2,3)

Na vině jsou hlavně celebrity, které se chlubí svou dokonalou postavou. Jsou propagovány hlavně velmi štíhlé pasy, velké poprsí a pozadí. Samozřejmě nesmí chybět i bezchybná pleť bez vrásek, jizev nebo akné. Není divu, že to má hlavně na ženy negativní vliv. Hlavně když tyto na pohled dokonalé celebrity takhle ani nevypadají. Každá fotka, která je přidávána ať už na sociální sítě nebo do časopisů je upravována. Ideály krásy, ke kterým je vzhlíženo, jsou už z tohoto principu nemožné dosáhnout. (4,5,6)

Zdá se, že vliv sociálních sítí uživatelům spíše škodí, než že by zlepšoval kvalitu života. Tomu tak bylo, než začala propagace „body positivity“, kde se pokouší lidé poukázat na to, že mít nedostatky je naprosto přirozené a měli bychom mít rádi své tělo takové, jaké je. Dívky ukazují, že je normální mít strie, trochu tuku navíc, zvětšené póry nebo pokožku s akné. Nebo ukazují, jak upravují svoje fotky, jakým způsobem pózují a poté ukazují, jak vypadají v běžném životě. Což je na rozdíl od propagace anorexie a nedosažitelných ideálů neskutečný posun. Jen tyto pozitivní příspěvky měly dopad na psychiku žen takový, že se snížilo užívání cigaret a zvýšila se fyzická aktivita. Tím se podstatně zlepšila nejen jejich psychika, ale i jejich celkové zdraví. (7)

Otázkou je, zda by se mladé dívky měly pohybovat na sociálních sítích, když na jednu stranu je může ovlivnit obsah negativně nebo naopak pozitivně. Každý by měl mít přístup k něčemu, co ho zajímá, negativní stránka těchto aktivit je spíše problémem regulace obsahu. Dejme tomu, že se například na Instagram každou minutu přidá přes 60 000 příspěvků. Takové množství obsahu je zkrátka nemožné kontrolovat, zda neobsahuje nevhodné nebo zavádějící informace. (5)

Naprosto nevinně může působit kultura fitness. Přece co může být špatného na tom, že se člověk chce pohybovat a vypadat o trochu lépe? Na začátku to má rozhodně na jedince pozitivní vliv. Začne se více pohybovat, zdravěji jíst a cítí se mnohem lépe ve svém těle. Zajímavé je,

že tito lidé mají sice menší prevalenci, aby se u nich projevila porucha příjmu potravy, ale není to ani výjimečné. Proč se u nich může objevit například anorexie nebo jiné formy poruch příjmu potravy? Jako u té mladé dívky, kterou jsme si zmiňovali hned na začátku, tak i tento jedinec si hledá svoje zájmy na sociálních sítích. A může narazit na někoho kdo má více svalů, vypadá lépe než on a podobně. (8,9)

Právě ta touha po lepší postavě, lepším vzhledu, a hlavně porovnávání se s ostatními může vyvrcholit až k rozvinutí muskulární dysmorfie, kdy si jedinec myslí, že má nedostatečně vyvinuté svalstvo. Což může vést hlavně mladé muže k zneužívání steroidů, které jim mohou způsobit neplodnost, gynekomastii a v nejhorším případě to může skončit smrtí. (9)

Podobně jako u celebrit s upravenými fotkami setkáváme se i u fitness kultury s jedinci, kteří tvrdí, že si svoje tělo vybudovali pouze díky dobré stravě a speciálnímu tréninku. Chlubí se velmi obdobně jako celebrity svým tělem na sociálních sítích a snaží se motivovat ostatní, že pokud budou dělat to co oni, tak můžou vypadat stejně. Ve skutečnosti vytváří pouze iluzi, čeho je možné dosáhnout přirozenou cestou, protože sami využívají preparáty, které zvyšují výkonnost, jako jsou například již zmíněné steroidy. Tyto zatajené informace mohou velmi uškodit hlavně mladým mužům, kteří se snaží mít co největší svaly, aby zapadli do kritérií krásy pro muže. Hlavně z tohoto důvodu je důležité, aby se o využívání steroidů ve fitness kultuře více mluvilo. Nekonečné porovnávání svého těla s jiným, které možná vypadá trochu lépe, právě může přímo nebo nepřímo způsobit poruchu příjmu potravy nebo již zmíněnou muskulární dysmorfii. (9)

## Závěr

Je jasné, že nás sociální sítě hodně ovlivňují ať už pozitivně nebo negativně. Hlavní je nebrat všechno, co je prezentováno někým jiným jako pravdivé. Může nám to hodně ublížit po psychické stránce, což poté škodí i našemu fyzickému zdraví. Nahlížet na všechno s rezervou a zamyslet se, zda daný jedinec nepropaguje nezdravé ideály. Jak už jsem v textu zmiňovala, tak je velmi důležité nesrovnávat se s ostatními v tom slova smyslu, že si o sobě myslíme jen to nejhorší. Člověk

by měl být ohledně sebe kritický, ale ne do takové míry, kdy už jen z principu nesnáší pohled na vlastní tělo.

## Zdroje

(1) Gemma Sharp, Ysabel Gerrard, The body image “problem” on social media: Novel directions for the field, *Body Image*, Volume 41, 2022, Pages 267-271, ISSN 1740-1445

(2) Anne J. Maheux, Savannah R. Roberts, Jacqueline Nesi, Laura Widman, Sophia Choukas-Bradley, Psychometric properties and factor structure of the Appearance-Related Social Media Consciousness Scale among emerging adults, *Body Image*, Volume 43, 2022, Pages 63-74, ISSN 1740-1445

(3) Kate E. Mulgrew, Samantha Courtney, Women’s response to, awareness of, and interest in body functionality content on Instagram, *Body Image*, Volume 43, 2022, Pages 54-62, ISSN 1740-1445

(4) Sarah E. McComb, Jennifer S. Mills, The effect of physical appearance perfectionism and social comparison to thin-, slim-thick-, and fit-ideal Instagram imagery on young women’s body image, *Body Image*, Volume 40, 2022, Pages 165-175, ISSN 1740-1445

(5) Zoe Brown, Marika Tiggemann, Attractive celebrity and peer images on Instagram: Effect on women’s mood and body image, *Body Image*, Volume 19, 2016, Pages 37-43, ISSN 1740-1445

(6) Orla McGovern, Rebecca Collins, Simon Dunne, The associations between photo-editing and body concerns among females: A systematic review, *Body Image*, Volume 43, 2022, Pages 504-517, ISSN 1740-1445

(7) Sophie L. Nelson, Jennifer A. Harriger, Cindy Miller-Perrin, Steven V. Rouse, The effects of body-positive Instagram posts on body image in adult women, *Body Image*, Volume 42, 2022, Pages 338-346, ISSN 1740-1445

(8) Isabella G. Pilot, Lauren A. Stutts, The impact of a values affirmation intervention on body dissatisfaction and negative mood in women exposed to fitspiration, *Body Image*, Volume 44, 2023, Pages 36-42, ISSN 1740-1445

(9) Kaleb W. Cusack, Trent A. Petrie, E. Whitney G. Moore, Self-compassion, body satisfaction, and disordered eating symptoms in male collegiate athletes: A longitudinal analysis, *Body Image*, Volume 43, 2022, Pages 134-142, ISSN 1740-144



# Paliativní péče a jak mluvit o smrti s pacientem a blízkými

**Laura Brejníková**

Úvod

V této eseji chci na základě vlastní zkušenosti otevřít téma paliativní péče a komunikace lékaře s pacientem a jeho blízkými ve vztahu ke smrti. Nejprve vysvětlím pojem paliativní péče, který veřejnosti ještě není úplně známý. Dále se vyjádřím k filmu Jednotka intenzivního života a k přístupu dvou účinkujících lékařů ve vztahu k problematice komunikace s nevléčitelnými pacienty. V návaznosti na tuto problematiku uvedu svou zkušenost s přístupem lékařů v nejmenované nemocnici z pohledu rodinného příslušníka umírajícího pacienta a otevřu tak téma komunikace mezi lékařem, pacientem a jeho blízkými.

Cílem mé eseje je představit obor paliativní péče a přednést své argumenty, jak by měl lékař vystupovat v problematice oblasti sdělování informací o smrti u dospělých i dětí.

Co je paliativní péče?

Paliativní péče je péče orientovaná na kvalitu života nevléčitelně nemocných pacientů a jejich blízkých. Základním pilířem je přístup, který se dívá na pacienta jako na celek, takže nejen na jeho tělesnou stránku, ale i na psychickou a sociální. Cílem této péče není pacienta vyléčit nebo mu prodloužit život, ale udržet co největší kvalitu jeho života s nevléčitelnou nemocí. Jedná se hlavně o mírnění bolesti, zachování důstojnosti a podpora pacienta i jeho blízkých.[1]

Mně je tento relativně nový obor dobře známý. Nicméně by bylo vhodné zabývat se tím, zda je tento pojem známý i lidem v mém okolí. Proto jsem se rozhodla využít na tento rychlý kvantitativní průzkum sociální síť Instagram, kde jsem svým sledujícím položila otázku 'Znáte pojem paliativní péče?'

Žila jsem v domnění, že je toto téma již veřejnosti známé, nicméně

průzkum ukázal, že to není tak úplně pravda.

Popis průzkumu 'Znáte pojem paliativní péče?'

- respondenti: věkově 18 – 30 let
- počet respondentů: 44, z toho 25 studentů medicínských oborů
- respondenti, kteří odpověděli ANO: 33, z toho 25 studentů medicínských oborů
- respondenti, kteří odpověděli NE: 11, z toho 0 studentů medicínských oborů

Z průzkumu vyplývá, že je paliativní péče známá především mezi studenty medicínských oborů. Se smrtí se setkáváme častěji než běžná populace a máme do tohoto směru určitý náhled. V nemedicínské veřejnosti je tato oblast stále vesměs neznámá.

Lékař a paliativní péče

*Na lékaře pracujícího s umírajícími jsou kladeny vysoké nároky nejen na medicínské znalosti, ale i komunikační dovednosti, poskytování podpory a na jeho osobnost. Lékař by měl být flexibilní, s vysokou tolerancí k zátěži a zároveň s rozumně zdravou sebedůvěrou, schopný komunikovat s týmem a umět rychle utvořit s pacientem vztah založený na důvěře. Měl by být také dostatečně empatický, speciálně vyškolen pro práci s utrpením, bolestí, umíráním a smrtí. [5]*

Myslím si, že takto by měl vypadat ideální lékař v práci s umírajícími. Realita běžného lékaře je ale bohužel jiná. Obor paliativní péče ještě není tak rozšířený, aby mohli s pacienty a jejich blízkými o smrti mluvit jen vyškolení lidé. Podle mého názoru se na oblast komunikace s umírajícími dává malý zřetel již na lékařské fakultě. Mladí medicíci se v oblasti psychologie sice vzdělávají, ale rozhodně ne dostatečně pro oblast, která bude po výběru oboru pro mnohé z nich důležitou součástí. Obecně spíš žiju v iluzi, že jako lékařka budu životy zachraňovat a že smrt se mých budoucích pacientů netýká. O to těžší je setkání s realitou, která je neúprosná a krutá, hlavně když mi umírá někdo blízký. V souvislosti s paliativní péčí a komunikací o smrti jsem zhlédla film, který toto téma otevírá.

## Film Jednotka intenzivního života

Jednotka intenzivního života je film z roku 2021, který zrežirovala Adéla Komrzý. Dokument pojednává o problému dnešní medicíny, která dokáže zachránit mnoho strastí lidského života, ale nezaobírá se opačnou stránkou a to dobrou smrtí. Jeho hlavním cílem je otevřít téma paliativní péče lékařům i veřejnosti.[3]

Film se natáčel na Oddělení paliativní péče Všeobecné fakultní nemocnice na Karlově náměstí v Praze a hlavní úlohu v něm sehráli dva lékaři z paliativního týmu, doc. MUDr. Kateřina Rusinová, Ph. D. (dále jen Kateřina) a MUDr. Ondřej Kopecký (dále jen Ondřej).

Kateřina mi přijde jako lékařka na správném místě, sdělovala dostatek informací formou hodnou dané situaci, přistupovala k pacientům i jejich blízkým dostatečně empaticky a zároveň si dokázala udržet odstup.

Ondřej mi nebyl svým přístupem moc sympatický. Jeho projev na můj dojem postrádal dostatek příjemného vystupování a empatie. Působil dost chladně a jeho poznámky typu „Jste moc mladý na smrt, že?“ mi přišly nemístné a zbytečné. Nicméně jeho přístup nezavrhuji, protože to může být jakýsi způsob obrany před přílišným vcítěním se do situací, které by člověka na denní bázi mohly uvést do velmi nepříjemného stavu. Ten ve svém krátkém článku rozebírá Martin Kupka (Českomoravská psychologická společnost). Pojednává o tom, jak moc je péče o umírající náročná pro blízké i pro lékaře, kteří jsou takto pod chronickým stresem. Ten má za následek velké spektrum negativních dopadů na člověka. *Výzkumy naznačují, že v pozadí mnoha nemocí je přítomen faktor chronické, dlouhodobé zátěže – kardiovaskulární onemocnění, narušená funkce imunitního systému, nespecifické bolesti zad, onemocnění trávicího traktu. Samostatnou speciální problematikou je syndrom vyhoření.* [4]

### Komunikace s umírajícím pacientem a jeho blízkými

Toto téma bych chtěla uvést svou špatnou zkušeností, kdy moje blízká osoba (dále jen blízká) onemocněla rakovinou slinivky. Navštěvovala kvůli tomu dvě zařízení spojené s onkologickou péčí, jedno v Praze a jedno ve středočeském kraji. Lékaři v obou zařízeních vystupovali

profesionálně. Zádrhel ale byl v poskytovaných informacích. Moje blízká byla uvedena do situace, že je její nádor léčitelný. Lékař nám dokonce popisoval, co všechno za zákroky budou blízké dělat a že bude všechno v pořádku. Tudíž jsme celá rodina žili v domnění, že má blízká naději. Bohužel jsme se na další kontrole dozvěděli, že je nádor v lokaci, kde operovat nelze a že má tedy blízká poměrně málo času do konce svého života. Nutno podotknout, že lékaři z obou zařízení měli dostupné stejné množství informací a vyšetření, a přesto nám sdělili naprosto si odporující informace. Což mělo vliv nejen na celou rodinu, ale hlavně na psychický stav blízké, která se na základě toho zhroutila. Pravdivou prognózu jsme se dozvěděli až tři dny před smrtí blízké, kdy přišla do nemocnice ve velmi špatném stavu se selhávajícími játry. Nakonec zemřela v nemocnici pod dávkami sedativ.

Dle mého názoru není na místě uklidňování pacienta lživými informacemi o jeho diagnóze. Samozřejmě je důležité sdělovat informace s citem, ale měly by být pravdivé alespoň v základní podstatě. Pokud lékař nemá jistotu v diagnóze nebo prognóze, tak by měl radši říct, že si ještě není jistý a nemůže sdělit žádné informace.

Také by se mělo brát na vědomí, jak to má pacient s blízkými. Pokud je pacient sám a blízké nemá, tak má lékař sdělení o smrti těžší, protože je s pacientem sám a nemůže mu v tu chvíli poskytnout dostatečnou oporu. Nicméně pokud má pacient blízké, kteří se o něj starají, tak by měli informaci o špatné prognóze slyšet oni spolu s pacientem, protože dokážou pacientovi v této těžké chvíli poskytnout potřebnou podporu.

Samozřejmě nesmím zapomenout, že roli nehraje jen samotný lékař, ale i veškerý zdravotnický personál, který v konečném důsledku tráví s pacientem mnohem více času než samotný lékař. Ve spoustě případů je chování právě těchto lidí velmi důležité a i oni by měli působit dostatečně empaticky. Zároveň ale musí zůstat profesionální a udržet si od těchto věcí dostatečný odstup, aby zvládali práci pod výše zmíněným chronickým stresem.

Kromě dospělých ale umírají i děti a zde narážím na další významné úskalí, a tím je umírající dětský pacient. U dětí je problém hlavně v porozumění smrti jako takové. Existují studie, které ale ukazují za-

jímavá fakta. *Zaměřovaly se na popis emočního prožívání dětí při setkání s tématem smrti. Velkým přínosem bylo překvapivé zjištění, že děti se smrtí zabývají a přemýšlí o ní, a to nejen děti nemocné nebo děti, které se se smrtí osobně setkaly (Kastenbaum, 2000).*[6] Toto zjištění je skvělé, protože ukazuje, že jsou děti schopné smrt vnímat již od útlého věku. Nicméně hlavním omezením komunikace s dítětem o smrti tkví v tom, že podle Piagetovy teorie začínají děti vnímat smrt jako definitivní a nevratnou událost až ve věku 9-10 let, čemuž se musí sdělování informací přizpůsobit.

Ve výsledku je v problematice umírání dětského pacienta zásadní hlavně komunikace s jeho rodiči, kde by se podle mého názoru vždy mělo vyskytovat dostatek citu a pochopení v závislosti na situaci, že jim umírá potomek. *Umírání a smrt dítěte vždy znamená děsivou a nepřijemnou cestu nejen pro rodinu, ale také pro zdravotníky.* [6] Čímž se dostávám k dalšímu aspektu umírání dětského pacienta. Zdravotníci jsou totiž také citliví lidé. *V klinické praxi se u sester velmi často setkáváme s prožíváním hlubokého smutku, zklamání a bezmoci.* [6] Neměl by se tedy v komunikaci brát ohled pouze na rodiče, ale i na zdravotnický personál, protože pořád umírá dítě nejen rodičům, ale i lidem, kteří o něj pečují ve zdravotnickém zařízení.

## Závěr

Pro shrnutí bych chtěla říct, že paliativní péče je rozhodně velmi žádoucí a perspektivní obor, který by se měl více dostat do podvědomí veřejnosti i lékařů. Lékaři by se v tomto oboru měli více vzdělávat a především vystupovat během komunikace o smrti s dostatečnou dávkou empatie, vstřícnosti a měli by být připraveni poskytnout pacientovi do značné míry oporu. Zároveň by si ale měli udržet zdravý odstup a nevžívat se tolik do těchto těžkých situací. Sama bych chtěla takovou lékařkou být a budu se snažit tohoto ideálního cíle dosáhnout.

Nakonec bych chtěla dodat, že to nejsou jen lékaři, kteří musí komunikovat o smrti, ale i nelékařský personál, který trpí tímto typem stresu stejně jako lékaři a proto by se na něj v žádné oblasti nemělo zapomínat.

V konečném důsledku bychom se všichni měli chovat ohleduplně k sobě navzájem, smrt totiž není jednoduchá pro nikoho z nás, ať už jsme pacient, blízký, nebo zdravotník.

## Zdroje a citace

Citace jsou v textu psány kurzívou.

[1] Obecná a specializovaná paliativní péče v ČR (MUDr. Ondřej Sláma, Ph. D.)

<https://www.solen.sk/storage/file/article/af6a9ed66bb837eec-c430ff37f3263da.pdf>

[2] Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci (MUDr. Bohumil Skála, Ph.D., MUDr. Ondřej Sláma, prof. MUDr. Jiří Vorlíček, CSc., MUDr. Ladislav Kabelka)

[https://www.hospicvysocina.cz/wp-content/uploads/2015/10/Doporucene\\_postupy\\_pro\\_praktiky\\_PALIATIVNI\\_PECE.pdf](https://www.hospicvysocina.cz/wp-content/uploads/2015/10/Doporucene_postupy_pro_praktiky_PALIATIVNI_PECE.pdf)

[3] Film Jednotka intenzivního života (2021)

[4] Paliativní péče a riziko syndromu vyhoření (Martin Kupka)

<https://www.infona.pl/resource/bwmeta1.element.49d4c0ec-6de6-46b4-8b37-8f614918a564>

[5] Komunikační dovednosti lékaře o smrti a umírání v péči o pacienty, kterým hrozí smrt (PhDr. Jaroslava Raudenská, Ph.D., PhDr. Alena Javůrková, Ph.D.)

<https://www.solen.sk/storage/file/article/ac7b5044ac14549032c1bc9f-936b5f3e.pdf>

[6] Etická dilemata v komunikaci s umírajícím dítětem (Jaroslava Raudenská)

[https://www.fnmotol.cz/\\_sys\\_/FileStorage/download/2/1040/sbornikzkonferencecestakmodernimuosetrovatelstvixiv.pdf\\_%3B#page=16](https://www.fnmotol.cz/_sys_/FileStorage/download/2/1040/sbornikzkonferencecestakmodernimuosetrovatelstvixiv.pdf_%3B#page=16)

[7] Paliativní medicína a dobrá smrt

<https://casopisvnitrnilekarstvi.cz/pdfs/vnl/2014/89/12.pdf>

### Nadia El Mahmoudi

Jaká by měla být vhodná komunikace mezi lékařem a pacientem ve chvíli, kdy smrtelně onemocní, ve chvíli, kdy se objeví v horizontu jeho života konkrétnější obrys jeho konce? Má lékař právo radit pacientovi, jak strávit zbytek svého života? Pacient má právo znát svůj zdravotní stav, ale má také právo ho neznat, pokud nechce? Jak lékař pozná, zda pacient svůj zdravotní stav chce nebo nechce znát? Poznává to ze slov nebo z neverbální komunikace pacienta? Řeknou mu to pacientovi příbuzní? Pomůže mu v situaci lékařův nadřízený?

Sdělování závažné diagnózy a dalších nepříznivých informací pacientovi

Vždycky jsem si myslela, že jednou ze základních potřeb pacienta je touha po informacích. Předpokládala jsem, že když pacient přichází k lékaři, přeje si získat informace, potřebuje si utvořit představu o svém zdraví či nemoci, aby ji uměl zařadit do svého života. Současná medicína přistupuje k pacientovi partnersky, tedy informuje pravdivě, bez ohledu na závažnost diagnózy a prognózu dalšího života pacienta, neboť věří, že informovaný pacient více důvěřuje lékaři, lépe s ním spolupracuje a komunikuje (Vymětal, 2003). Důvody pro pravdu tedy v současném pojetí rozhodně převažují nad důvody pro milosrdnou lež (*pia fraus medica*), ke které se v léčbě pacienta přistupovalo v minulých dobách.

Reakcemi pacientů na sdělování závažné diagnózy se celoživotně věnovala švýcarskoamerická lékařka Elizabeth Kübler-Ross (1926-2004), která vyzorovala určité podobnosti v reakcích lidí, kteří se dozvěděli, že se jejich život chýlí ke konci. A to přestože zohlednila individuální rozdíly mezi pacienty, mezi jejich osobnostmi, mezi vnějšími okolnostmi a jejich dosavadními životními zkušenostmi. I tak vysledovala určité zákonitosti, tzv. fáze reakcí psychiky na umírání. Jedná se o fáze popření, agrese, vyjednávání, deprese a přijetí (Elisabeth Kübler-Ross, 2015).

První fáze - popření a negace: Po prvotním šoku vždy nastává fáze, kdy pacient odmítá přijmout a vzít na vědomí fakt své smrtelnosti. Přestože se dozví a od lékaře slyší, že jeho diagnóza je perspektivně neslučitelná s dalším životem, psychika odmítá informaci „slyšet“ a přijmout ji jakoby „za svou“. V této fázi není pacient připraven přijmout svou smrt, nechce si ji připustit, nepřijímá ji.

Druhá fáze - agrese: Nemocný propadá silným emocím vzteku a zloby. Často cítí i závist, hněvá se na všechno a na všechny. Okolí by mělo tento hněv pochopit a dovolit pacientovi emoční odreagování, nepohoršovat se, nechat ho uvolnit jeho emoce a napětí.

Třetí fáze - vyjednávání: Nemocný hledá možnosti, kterými by si pomohl. Často slibuje, obrací se k víře a Bohu. Někteří pacienti v této fázi už částečně diagnózu přijímají, ale přejí si nemoc oddálit.

Čtvrtá fáze - deprese: Pacienti si začínají uvědomovat nevyhnutelnost jejich životní situace, propadají depresivním emocím, pocitům smutku, osamění, pocitům prázdnoty. Často tuto fázi doprovází pocity viny, neboť si začínají uvědomovat, že opouští své blízké. Zažívají strach o vlastní rodinu, co s ní bude, až tu nebudou. V této situaci se očekává od zdravotníků i od rodiny trpělivost, schopnost naslouchat, respektovat lidskou důstojnost.

Pátá fáze – smíření a přijetí: Pacient ztrácí zájem o informace. Uzávirá se do sebe, místo slov častěji používá gesta. Jedná se o dobu klidu. Přítomnost blízkých v této fázi pomáhá předejít pocitům osamění. Fázi smíření je nutno odlišit od rezignace, která se spíše projevuje emočním vyčerpáním.

Přestože Kübler-Ross jednotlivé fáze seřadila za sebou tak, jak obvykle přicházejí, nemusí vždycky zachovat daný sled. Některé z nich se mohou opakovaně vracet a střídat a mohou se dvě nebo tři v jediném dni prolínat. Nejsou stejně dlouhé, některá může i chybět. Souhlasím s autorkou, že každý pacient není schopen dosáhnout poslední fáze přijetí a smíření.

Neumím si úplně jasně představit, jak se lze smířit s vlastní smrtí. Umím si představit pocit rezignace, pocit odevzdání se osudu, nemo-



ci, Bohu, přírodě atd., ale úplné přijetí vědomí vlastní smrti, si představit neumím. Říkám si, kde není naděje na život, může být nějaký život? A jak by vypadal? Jak by se žil? Podstatný rozdíl mezi přijetím a rezignací vnímá Elizabeth Kübler-Ross v tom, že pacienti, kteří svůj osud přijali, získávají velmi osobitý výraz vyrovnanosti a míru. V jejich tvářích vysledovala stav vnitřní důstojnosti. Lidé, kteří na svůj osud rezignovali, tento výraz postrádali, naopak v jejich tvářích zahlédla zahořklost a duševní trýzeň jako výraz pocitu marnosti, zbytečného usilování a chybějícího míru.

### Sdělování závažné diagnózy příbuzným

U pacientů dospělých a svéprávných lze informovat příbuzné jen s jejich souhlasem. Fázemi přijetí negativní zprávy, které popsala Elisabeth Kübler-Ross (2015) totiž neprochází jen umírající, ale také jeho nejbližší příbuzní. Ti emočně trpí spolu s pacientem, také prochází šokem ze sdělené diagnózy a následně velmi často psychickou krizí, při které se vyrovnávají s bolestivými emocemi. Stejně jako nemocní zažívají pocity strachu, úzkosti, zloby a velmi často intenzivní pocit bezmoci. Dívat se bezmocně na umírajícího blízkého člověka, kterému bychom rádi pomohli mnohem více, než můžeme, bývá hodně těžké (Vodáčková a kol., 2002). Vypořádávají se s pochybnostmi o léčbě a jinými negativními myšlenkami, navíc jsou nuceni poskytnout psychickou oporu umírajícímu a přitom všem ještě mobilizovat psychickou sílu k řešení praktických záležitostí kolem pacienta.

Jeden z nejtěžších momentů lékaře podle mě proto nastává ve chvíli, kdy má sdělit rodině, že jejich příbuzný umírá. Jak nastavit kontakt s rodinou, jaký způsob komunikace bude vhodný u konkrétní rodiny a jaký naopak úplně nevhodný. Každý jsme jiný a každý potřebujeme v těžkých momentech něco jiného. Za nejpodstatnější aspekt kontaktu s rodinou proto považuji vnímavost a otevřenost. Můžeme teoretizovat, co znamená empatie a empatická komunikace, ale co když je pro každého tou vhodnou empatií něco úplně jiného? Psychoanalytička Verena Kastová ve své publikaci inspirativně popisuje fáze truchlení. Kastová (2000) popisuje truchlení jako proces, při němž se odpoutáváme od člověka, kterého jsme ztratili, a který nás

svým budoucím odchodem opět přivádí k tomu, abychom žili svůj vlastní život. Život, který zůstává nadále obohacen o to, co jsme s tímto člověkem získali. Je tomu tak při blížící se smrti milovaného člověka, při jeho úmrtí, ale také při rozchodu s partnerem apod.

počáteční šok, popírání ztráty - její nepřijetí; trvá minuty, dny až týdny. Člověk ztrácí schopnost vnímat, bolest se odštěpí, nastává strnulost. Dále se může projevovat protestováním, nevěřícností, nebo „očekáváním záhadného vyléčení nemocného“ nebo „návratu zemřelého“ apod.

Fáze propukajících emocí – člověk se „probouzí ze snu“, uvědomuje si skutečnost, s tím přichází také obrovské množství střídajících se emocí – bolest, lítost, úzkost, strach, hněv, vztek, zlost, agresivita, pocity viny. Navzdory tomu se mohou objevit také pocity radosti nad začátkem nové etapy života. Jde o velmi náročné období, které není lehké překonat.

Fáze hledání, sebe-nalézání a odpoutávání – nastává po uklidnění bouřlivých emocí. V této fázi lidé nejsou schopni odpoutat se od myšlenek na zemřelého, což je v pořádku. Hledají ho na fotografiích, ve vzpomínkách, vyprávěních, na jeho oblíbených místech. Nadešel čas na to, aby ve vzpomínkách znovu prožili čas s milovanou bytostí a těšili se z pěkných situací, ale připomenuli si také situace obtížné. V tomto okamžiku si totiž lidé uvědomují, co zemřelý vnesl do jejich života, čím je obohatil. To co v nás díky jemu ožilo, se neztrácí spolu s člověkem, který odešel, ale zůstává v nás.

Fáze nového vztahu ke světu a k sobě – člověk se začíná opět přibližovat jiným lidem, se ztrátou se vyrovnává a zbavuje se bolesti ze ztráty. Někteří lidé si však namísto vzpomínek na zemřelého uchovávají právě onu bolest a podlehnou rezignaci a zoufalství.

Období od sdělení diagnózy po úmrtí pacienta může trvat odlišnou dobu a pro lékaře musí být extrémně náročné vysledovat, v jaké z výše popsaných fází psychické reakce se rodina pacienta aktuálně nachází, aby zvolil tu nejvhodnější formu komunikace a podpory. Od lékaře je proto vyžadována extrémní senzitivita, vnímavost, empatie,

ale také komunikace s ošetřujícím zdravotním personálem, který prožije v průběhu hospitalizace nemocného mnohem více běžných interakcí s rodinou než lékař.

### Zásady komunikace závažné diagnózy

Často je v literatuře citováno, že má lékař pacienta informovat o jeho zdravotním stavu šetrně, pravdivě, přesto empaticky (Vymětal, 2003). Informovat šetrně, ano, ale jak mám být jako lékařka komunikačně šetrná k pacientovi, který na mě jako na lékaře křičí, nadává mi a prochází fází agrese. Informovat pravdivě, ano, ale jak mám zacházet s pravdou, když je pacient ve fázi popření a negace a pravdu prostě není připraven slyšet? V rozhovoru odbíhá k jiným tématům, dokola se ptá na postup léčby, přestože mu sděluji nepokračování v kurativní léčbě apod. Jednat empaticky, ano, ale jak mám projevit empatii k rodině, která z důvodu psychického zhroucení plánuje žalobu na celý lékařský tým i nemocnici, ve které umírá jejich příbuzný? Konfliktních dilemat může nastat opravdu mnoho, proto jsem hledala v literatuře, zda jsou nějaké cesty jak kontakt s pacientem nastavit co nejjemněji. S ohledem na jeho psychické možnosti, limity aktuálního psychického stavu, fázi přijetí „pravdy“, fázi reakce na prožívanou „krizovou situaci“ apod.

Souhlasím s postojem, že pacient má vědět svůj zdravotní stav, být informován o pravděpodobném vývoji své nemoci, o dostupných možnostech léčby kurativní i paliativní, i o pravděpodobnosti jeho vyléčení. Aniž by si lékař udělal na pacienta čas, není možné očekávat bezpečné navázání vztahu mezi lékařem a pacientem. I v limitujících podmínkách českého zdravotnictví bych nepodceňovala význam volby klidného místa, kde takový rozhovor proběhne. Jako pacient bych si přála být v takové chvíli v soukromí, nerušená jiným zdravotním personálem ani pacienty na pokoji. Potřebovala bych dostatek času k porozumění tomu, co mi lékař říká, možná bych se v důsledku šoku potřebovala opakovaně ujistit na pravivosti již sdělených informací, potřebovala bych se ptát, zjišťovat. Potřebovala bych od svého lékaře ujistit, že se mohu v příštích dnech doptat, změnit názor, případně i změnit ošetřujícího lékaře či zařízení, ve kterém se rozhodnu nadále léčit. Prostě ujistit, že neobtěžuji, že mám možnost své další dny života

ovlivnit, spolurozhodovat, podílet se, aniž bych ztratila respekt, úctu a důvěru svého současného lékaře. Pokud však jako pacient potřebuji takovýto přístup lékaře, je vůbec možné, aby sdělení proběhlo v jednorázovém kontaktu s lékařem? Vcítím-li se do role umírajícího pacienta, nedovedu si představit sebelepší rozhovor, který by jedním kontaktem citlivě nastínil můj blížící se konec život. Stejně jako je léčba pacienta určitý proces, i komunikace o smrtelném onemocnění by měla podle mého názoru probíhat postupně, v krocích, možná určitou formou „provázení“ pacienta. Inspirujícím je pro mě metoda (S-P-I-K-E-S), která v podstatě moji laickou představu o „provázení“ pacienta kopíruje. (Pechačová a kol, 2022).

Protokol 6 kroků provází pacienta k pravdě postupně, tzv. aproxima-  
tivně, krok po kroku.

#### S – SETTING (PROSTŘEDÍ)

Špatnou zprávu vždy sdělte osobně. Zvolte místo, kde vás nikdo nebude rušit a nemůže slyšet. Vypněte si mobilní telefon. Vyhradte si na rozhovor dostatek času. Nepodceňujte přípravu na rozhovor. Důležitá je forma sdělení, ale i co se stane poté. Pozvánka k osobní schůzce nad výsledky může být pro pacienta prvním signálem, že něco není v pořádku. Rozhovor byste rozhodně neměli přerušovat jinými pracovními povinnostmi. Svým pacientům můžete navrhnout, aby na schůzku přivedli někoho blízkého nebo aby si váš rozhovor nahráli.

#### P – PERCEPTION (VNÍMÁNÍ SITUACE)

Ptejte se. Otázkami zjistíte, co pacient o svém zdravotním stavu ví a co od vaší schůzky očekává: „Už vám někdo nějaké informace sdělil?“, „Jak rozumíte svému současnému zdravotnímu stavu?“. Usnadní vám to rozhodování, jak a o čem konverzaci začít. Pacienta poslouchejte a nepřerušujte. Tím krok po kroku také zjistíte, jak psychicky vyladěný je pacient slyšet pravdu o své diagnóze.

#### I – INVITATION (VÝZVA)

Každý člověk je jiný, má jiné kulturní a sociální zázemí, jiné vzdělání, jejich schopnost přijímat špatné zprávy a mluvit o nich se liší. Vždy se ujistěte, co všechno chce pacient vědět. Nikdy automaticky nepřed-

pokládejte, že by celou pravdu neunesl. Upřímně zvažte, jestli se touto myšlenkou jen nebráníte nepřijemné povinnosti. Připusťte si vlastní strachy a uvědomte si, jak ovlivňují vaše jednání s pacientem.

## K – KNOWLEDGE (POZNÁNÍ)

Pro předání medicínských informací pacient potřebuje čas. Dopřejte proto pacientovi možnost se na přijetí špatné zprávy připravit: „Přál bych si, abych pro vás měl lepší zprávu.“ nebo „Je mi líto, že vám musím oznámit...“ mu k tomu dá potřebný prostor. Na začátku omezte množství informací. Pamatujte, že po sdělení špatné zprávy bude pacientova schopnost přijímat nebo si zapamatovat další fakta omezená. Nepoužívejte cizí slova a lékařské termíny, u kterých si nejste jisti, že jim pacient rozumí. Pravděpodobně se při rozhovoru nevyhnete odpovědi na otázku „Kolik mi zbývá času?“

Nikdy neříkejte žádné přesné číslo, vždycky se budete mýlit.

## E – EMPATIE

Ponechte prostor, pro vyjádření emocí nemocného a empaticky na ně reagujte. Dejte najevo, že chápete, že se váš pacient dostal do těžké situace. Nikdy nikomu neříkejte „Vím, jak se cítíte,“ pokud tomu tak skutečně není. Přiznejte, že jste v podobné situaci sami nikdy nebyli, ale že jste připraveni ji s ním sdílet. Mějte pozitivní přístup, zároveň nikdy nezastírejte, že se jedná o situaci, která může mít potenciálně vážné důsledky. Neslibujte nic, co nemůžete splnit. Buďte připraveni i na velmi emotivní reakce a snažte se na ně reagovat klidně, zároveň dejte najevo, že jsou naprosto namístě a není potřeba se za ně stydět. Nikoho nesuďte. Může se vám drát na mysl myšlenka, že si ke své těžké zdravotní situaci pacient dopomohl sám svým životním stylem. Nenechte podobné úvahy, aby ovlivnily vaše jednání.

## S – STRATEGIE A SHRNUTÍ

Stručně shrňte vaši konverzaci a předněte plán do budoucna. Jak už jsme zmínili, ujistěte se, že pacient „slyšel“ všechny důležité informace. Ujistěte se, že pacient ví, jak vás kontaktovat a domluvte si další schůzku. V mezidobí by měl pacient mít dostatek času zpracovat první informace.

Osobně vnímám ve vztahu mezi lékařem a pacientem velmi důležitý respekt k individuálním odlišnostem každého pacienta, který by se měl projevit právě tolerancí k odlišnému tempu v přijetí závažné diagnózy. Sdělování špatných zpráv po krocích umožní pacientovi dostatečný čas a prostor dát najevo, že nechce v rozhovoru pokračovat. Že není na přijetí úplné informace o svém zdravotním stavu aktuálně připraven a to podle mého názoru velmi pomůže lékaři v přizpůsobení komunikace s konkrétním pacientem. Zachová partnersky nastavený vztah lékaře a pacienta, získá pacientovu důvěru, pocit bezpečí a spolupráci v léčbě. Podle mého názoru vztah lékaře a pacienta taktéž upevní, pokud lékař pacienta nezahlučuje medicínskými pojmy a odbornými výrazy, za které se lékaři v emočně náročných situacích možná někdy i rádi „schovávají“. Myslím si, že lékař by měl odpovídat převážně na otázky, které si pacient sám vyžádá, a to srozumitelně, na sociální úrovni pacienta. Lékař by se měl dotazy přesvědčit, zda pacient porozuměl, zda informacím rozumí, ideálně formou otevřených otázek. Tedy otázek, na které není odpověď ano-ne. Lékař se může ptát, jaké pasáží informací pacient rozumí lépe a jaké hůře, co by si rád ujasnil apod. Vnímám jako pochopitelné, že pacient obvykle potřebuje čas, aby plně pochopil význam informace, kterou slyší. Výhodné je proto i poskytování informací v tištěné podobě.

Je mi blízké pojetí, že by lékař nikdy neměl vyslovit, že je situace pacienta beznadějná. Souzním s postojem, že by lékař nikdy neměl brát pacientovi naději. Naději k čemukoliv. Lze popravdě přiznat, že situace pacienta je vážná nebo těžká. Myslím si, že pokud pacient nechce nic vědět, má na to právo. Jakmile je diagnóza potvrzena, měl by být pacient informován, že je vážně nemocen. Zároveň by mu měla být dána ihned naděje, tj. že by mu lékař měl říci o možnostech léčby. Včetně možností paliativní léčby. Poté je dobré počkat, až se pacient začne ptát na detaily. Osobně bych nikdy neříkala pacientovi, že umírá. Volila bych raději formulaci, že je vážně nemocen a že my lékaři děláme vše, co je v našich lidských silách, aby se cítil co nejlépe. Informovala bych pacienta tedy šetrně. Pravdu bych nikdy nevnucovala. Informace bych podávala v návaznosti na pacientovu představu o jeho vlastním stavu. Vnější pozorovatel pozná velmi těžko, zda je již pacient připraven čelit

smrti, proto opatrnosti není nazbyt. Raději bych počkala, až budu mít více signálů o jeho postoji a budu si více jistá, že je již připraven. Například do chvíle, kdy pacient sám nastolí téma smrti, začne se ptát konkrétněji apod. Jestliže vyjádří strach ze smrti, je dobré jej vyslechnout a zeptat se, z čeho konkrétně má obavy. (Kübler-Ross, 2015). V této fázi bych vnímala jako užitečné přivzat ke spolupráci klinického psychologa.

## Závěr

Pracuje-li lékař v pomáhající profesi, pracuje s lidskými emocemi, dotýká se života, ale i smrti a umírání. A k umírání patří proces truchlení. Pacient i jeho rodina truchlí z představy ztráty života blízké osoby, na kterou nejsou aktuálně psychicky připraveni. Truchlí za život, který plánovali žít a již neprožijí. Konfrontují se v plné síle s emocemi a psychickým zhroucením, s nehlubšími strachy a úzkostmi, které jen může život přinést. Říkám si a vracím se k otázce v eseji již zmíněné, jak bych to já potřebovala od svého ošetřujícího lékaře slyšet. „Slečno, umíráte! Zařídte si vše potřebné, co potřebujete pro sebe a svou rodinu. Máte před sebou posledních pár týdnů života“. Asi bych ocenila vřelý a bezpečný kontakt se svým lékařem, dostatek času na přijetí takto vážné informace, ujištění, že neobtěžuji. Přijetí mé osoby, bez ohledu na bouřlivost bolavých emocí, které možná v různých fázích kontaktu s ošetřujícím lékařem vyplavou na povrch. Ať už to bude bouřlivý, nezadržitelný pláč nebo jiné projevy vzteku a zoufalství, ocenila bych, aby se mnou v danou chvíli lékař vydržel a nesnažil se mě pod tlakem uchlácholit. Spíše bych byla ráda, aby mi poskytl prostor a čas projevit své emoce a nechal mi je ventilovat a odžít. Často mi otevřený průchod emocí pomáhá rychleji situaci přijmout a zotavit se z ní. Pokud bych byla vulgární a vzteklá, ocenila bych, aby si můj lékař nebral mé projevy agrese osobně, byl silný, a porozuměl jim jako fázi mého truchlení. I v takto těžké životní situaci bych velmi potřebovala cítit lékařův respekt, lidskou důstojnost a především naději.

## Literatura:

Elisabeth Kübler-Ross (2015). O smrti a umírání. Portál, Praha

Kastová, Verena (2000). Krize a tvořivý přístup k ní. Portál, Praha

Pechačová, a kol (2022). Praktické strategie sdělování závažných zpráv v onkologii. Onkologie.

2022;16(1):50-52

Vodáčková, Daniela a kol.(2002). Krizová intervence. Portál, Praha

Vymětal, J. (2003). Lékařská psychologie. Portál, Praha



# Je správné sdělit pediatrickým pacientům jejich závažnou terminální diagnózu?

**Barbora Franková**

## ÚVOD

Obeznamení pacienta se závažnou diagnózou často není jednoduchou záležitostí ani při dospělém, což teprve když se jedná o dítě nebo mladého adolescenta. Je vůbec správné sdělit nezletilému pacientovi jeho diagnózu, především když se jedná o terminální onemocnění? Jakou roli sehrává věk, rodinné zázemí nebo také emoční stabilita? Co všechno musí lékař zvážit při komunikaci?

## JÁDRO

### Nesouhlas rodiče

Sdělování diagnózy určitě není příjemný prožitek pro jakoukoliv stranu. Situace při pediatrickém pacientovi je o to obtížnější, že lékař sděluje diagnózu opakovaně a podávaná zpráva má potenciál mít větší emoční dopad na všechny zúčastněné. Nejdříve rodičům, kteří jsou mnohdy v panice a nedokážou tak narychlo vstřebat všechny potřebné informace. Pak znovu rodičům, avšak již po prvotním šoku a častokrát s více detaily. V ideálním případě se pak lékař a rodiče shodnou, jak postupovat při mluvení s dítětem. Ve většině případů je nejlepší možností dozvědět se o dané situaci od rodičů/blízkých a až pak mluvit s lékařem. Jsou to lidi, ve které mají jejich děti největší důvěru a cítí se v jejich přítomnosti nejbezpečněji. Obzvláště choulostivá je však situace, když rodiče nesouhlasí se sdělením diagnózy z různých důvodů. V následujících odstavcích jsem vybrala několik nejdůležitějších faktorů, které je zapotřebí zvážit při rozhodování se.<sup>1,2,3,4</sup>

### Emoční stabilita dítěte

Hlavní důvod rodičů pro zadržení jakýchkoliv informací je převážně zcela jednoduchý, a to, že chtějí chránit své dítě po psychické i fyzické stránce. Jelikož není v jejich moci vyléčit ho nebo si s ním vyměnit místo, chtějí zabezpečit alespoň, aby nemuselo prožít víc bolesti, než je nevyhnutelné.<sup>2,3</sup>

Jak říká Dr. Diekema z dětské nemocnice v Seattle, USA: „Nikdy to není proto, že by byli zlomyslní nebo špatní lidé. Rodiče se snaží chránit své dítě. Někdy si myslí, že by jejich dítě pravdu citově nezvládlo, v jiných případech se domnívají, že by mu pravda skutečně způsobila fyzickou újmu.“<sup>1</sup>

Nastává vnitřní rozkol, jak dané dítě nejlépe chránit. Emocionální zátěži se v této situaci vyhnout bohužel nedá. I když dítěti nepovíme, co nás trápí, mnohé z nich vycítí, že je něco špatně. V té chvíli je to již jenom otázka času, kdy bublina praskne. Dítě nemá nic konkrétního, s čím by mohlo pracovat. To vytváří prostor pro zmatenost, úzkost, strach nebo dokonce hněv a následné chybné závěry. Následky zmíněného počínání mohou mít mnohem větší negativní dopad než pravda samotná. Je na místě se tedy zeptat, jestli doopravdy chráníme dítě a jeho emoce, anebo ty naše. Chránit a rozumět svým vlastním emocím je samozřejmě v tak náročné situaci také nevyhnutelné, avšak ne na úkor dítěte. Dospělý má přece jen více zkušeností a lepší dostupnost zdrojů, které mohou pomoci vypořádat se.<sup>1,2,3</sup>

Další důležitá otázka, která se nabízí, je, jak po emocionální stránce ovlivní dítě, když se to dozví od někoho jiného? Může se stát, že uvidí rodiče potají plakat nebo něco zaslechne z telefonátu s příbuznými či od personálu. V dnešní době technologií není náročné dohledat informace o nejrůznějších chorobách. Kdyby se něco podobného stalo, nejenže jsou takhle získané informace více děsivé a nesrozumitelné (strach z neznáma mají i dospělí), ale mnohdy také nepravdivé a nevztahující se na daný stav. Jak pak vysvětlíme prolomenou důvěru? Následně vyvstává také riziko, že i když budeme od toho momentu říkat jenom pravdu, dítě bude stále podezřívavé, že mu pokaždé lžeme.<sup>1,2</sup>

### Emoční stabilita rodičů/blízkých příbuzných

Táto část je neoddelitelně spjatá s tou předchozí. Znovu se vracíme k rodičovskému instinktu a přirozené potřebě chránit. Je nevyhnutelné brát v potaz, jak danou situaci emocionálně zvládají rodiče, protože jejich beznaděj a frustrace se mohou snadno přenést na dítě. Je třeba chápat, že jsou ve stresu, neustálém strachu a panice. Právě se jim zhroutil svět, ale i tak se snaží být silní pro své dítě. Lékař by měl

být oporným bodem a zůstat trpělivý i pokojný. Nechat prostor pro zpracování informací, zopakovat nejdůležitější informace a ujistit, že je otevřený všem dotazům.<sup>1</sup>

Pokud rodiče nechtějí, abych jejich dítě cokoliv vědělo, otázkou stále zůstává, či dokážou ustát neustálé ukrytí tajemství. Co když pravda vyjde najevo na povrch v nejnevhodnější čas? Pokusit se pochopit jejich důvody a obavy, vysvětlit svůj postoj a hranice, které jako lékař nejste ochotni překročit. Na druhé straně se musíme ujistit, že rodiče jsou ztotožnění s tím, jak se rozhodli postupovat v rámci komunikace s dítětem. Konečné rozhodnutí je bude sprovázet celou budoucností, především když bude léčba neúspěšná.<sup>1,2</sup>

Onkoložka, Dr. Abby Rosenberg, odpovídá následovně: „Rodina musí přežít smrt svého dítěte. Musí se přes to přenést. Je nezbytné, aby měli pocit, že udělali správnou věc.“<sup>1</sup>

### Věk a autonomie

Věk je velice důležitá proměnná. Hlavně starší často touží po určité nezávislosti v rozhodování, i když poslední slovo má samozřejmě stále rodič nebo zákonný zástupce. Někteří se naopak sami rozhodnou, že chtějí vědět jenom nejzákladnější věci. I když jsme se rozhodli jít cestou sdělení diagnózy, měli bychom se řídit podle potřeb a otázek pacienta. Když jsou pacienti již zainteresovaní do konverzace, měli bychom jim dát volný prostor pro všechny otázky, které by je mohly zatěžovat. Vždy je lepší, když víme, co konkrétně dítě trápí a poskytneme mu informace z první ruky, které můžou buď rodiče, anebo lékaři formulovat způsobem, který bude nejcitlivější.<sup>1,3</sup>

Další možností je také oddálení určité části diagnózy nebo prognózy do doby, kdy bude pacient starší a vyspělejší. Především mladší děti nemusí znát všechny detaily efektů dané léčby, ale je užitečné vysvětlit přinejmenším takovou „základní linii“, proč bude muset být delší čas v nemocnici, a k tomu průběh dané léčby. Otevřený a upřímný přístup přispěje alespoň k částečné eliminaci stresu z neznámé a nové situace, v níž se pacient i rodiče nachází.<sup>1,2,3</sup>

Zvláštní pozornost bychom měli věnovat také neverbálním signálům,

které naznačují, že diskusi je třeba odložit, protože dítě na ni není připraveno. Mezi ně patří například změna tématu, chybějící oční kontakt/odvrácení pohledu, vrtění se nebo hraní se s hračkami.<sup>3</sup>

### Hranice ošetřujícího lékaře

Další výzva přichází, když se jedná o značnou nejistotu v oblasti diagnózy, a s tím související množství a povaha informací podaných rodičům a pacientům. Neslibovat, ale ani zbytečně neděsit. Není také hanbou říct, že prognóza je zatím hodně nejasná a nechcete se hrnout do unáhlených závěrů. Jak jsem již psala výše, lékař by měl být oporným bodem v celém tom zmatku, který pacient i jeho blízcí prožívají. Kde však končí jeho zainteresovanost?<sup>2,4</sup>

Jednou ze základních hranic je (ne)lhát na žádost rodičů. Zde je znovu zapotřebí vyslechnout jejich obavy a důvody, pro které váhají, případně může pomoci rozhovor s dětským psychologem, aby dokázali správně určit co je pro jejich dítě a rodinu ta nejlepší cesta. Jakmile však po tom všem pevně stanovili svou preferenci, co se sdělování týče, je neuctivé snažit se dotlačit je k změně názoru. Když by se nešlo shodnout na jiném řešení, tak pak stojí za to pouvažovat, jestli není vhodné přenechat daného pacienta jinému ošetřujícímu lékaři nebo ujasnit rodičům, že pokud se mě dítě zeptá přímou a cílenou otázkou, tak nechci lhát.<sup>1,2</sup>

Další z hranic je naopak jedna z těch, na které bychom měli neustále pracovat a posouvat ji do potřebných mezí. Je to instinkt, čím dříve ukončit nepohodlnou konverzaci. Zde je důležité si uvědomit, že my nejsme na straně diskuse, která se právě dozvídá život měnící náročnou zprávu. Měli bychom si opakovaně najít dostatek času i nejméně rušivé místo pro sdělení informací. V tomto případě toho víme nejvíc o dané chorobě, progresi, plánu a efektech léčby a je na nás, abychom co nejefektivněji zodpověděli všechny dotazy a eliminovali paniku.<sup>3</sup>

### ZÁVĚR

Situace, kdy musíme dítěti sdělit jeho závažnou diagnózu, nebude nikdy snadná a bezbolestná. Konečné rozhodnutí, zda sdělit, či nikoli, je třeba pečlivě zvážit. Na jedné straně je důležité, aby dítě a jeho rodina diagnóze jasně rozuměli, a mohli tak činit informovaná rozhodnutí

o léčbě a péči. Na druhé straně je zásadní chránit emocionální pohodu dítěte a vyhnout se zbytečnému stresu.

Je třeba předcházet situaci, kdy se dítě dozví svou diagnózu jen tak nešťastnou náhodou od někoho jiného a má v tu chvíli pocit, že nemůže nikomu důvěřovat a že zůstává na celý problém samo. Zatajováním všech informací podkopáváme důvěru a pocit bezpečí či ochrany v době, kdy to dítě potřebuje nejvíc. Nikdo by nechtěl být konstantně v nejistotě, proč se všichni najednou chovají divně.

Rozhodnutí o tom, kdy a jak sdělit diagnózu, by mělo být učiněno případ od případu s ohledem na věk dítěte, jeho úroveň porozumění, jakož i na preference rodiny a její podpůrný systém. V některých případech může být správná cesta pozdržení určitých částí informací, dokud nebude dítě starší. Obecně je lepší říct pravdu, abychom se mohli lépe vypořádat s úzkostí, strachem a nezodpovězenými otázkami, které dítě trápí. Spolupráce lékaře a pacienta je pro léčbu vždy esenciální a jak dospělý, tak i dítě jsou schopni lépe se přizpůsobit situaci, když vědí, co očekávat.

## ZDROJE

(1)Seattle Children's Hospital. (n.d.). To Tell or Not to Tell: When Parents Want to Keep Health Information From Patients. <https://www.seattlechildrens.org/research/centers-programs/bioethics/about/news/parents-keep-health-information-from-patients/>

(2)Rosenberg AR, Wolfe J, Wiener L, Lyon M, Feudtner C. Ethics, Emotions, and the Skills of Talking About Progressing Disease With Terminally Ill Adolescents: A Review. *JAMA Pediatr.* 2016 Dec 1;170(12):1216-1223. doi: 10.1001/jamapediatrics.2016.2142. PMID: 27749945; PMCID: PMC5636611. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5636611/>

(3)ASCO - American Society of Clinical Oncology. (2018). Navigating cancer care: Advanced Cancer: Caring for a terminally ill child. <https://www.cancer.net/navigating-cancer-care/advanced-cancer/caring-terminally-ill-child>

(4) Miller, G. (2009, s. 74). *Pediatric bioethics.*

[https://books.google.sk/books?hl=sk&lr=&id=NrAhAwAAQBA-J&oi=fnd&pg=PA73&dq=telling+truth+to+pediatric+patients&ots=-xHHd-CbJ1&sig=3VFui61obnkfYwy0ppvwutGiyEk&redir\\_esc=y#v=onepage&q=telling%20truth%20to%20pediatric%20patients&f=false](https://books.google.sk/books?hl=sk&lr=&id=NrAhAwAAQBA-J&oi=fnd&pg=PA73&dq=telling+truth+to+pediatric+patients&ots=-xHHd-CbJ1&sig=3VFui61obnkfYwy0ppvwutGiyEk&redir_esc=y#v=onepage&q=telling%20truth%20to%20pediatric%20patients&f=false)

## Lucie Lásková

Komunikace je pilířem budování interpersonálních vztahů. Důležitost dobře vedené komunikace mezi lékařem a pacientem je dle mého názoru nezpochybnitelná. Tento fakt lze podložit zejména množstvím literatury publikované v posledních desetiletích, která se cele nebo alespoň okrajově zabývá problematikou vedení konverzace mezi lékařem a pacientem. Právě vysoká aktuálnost mě motivovala ke zvolení tématu Komunikační dovednosti lékařů v moderní medicíně pro moji esej. Ráda bych zmapovala současnou úroveň jedné z klíčových soft skills u praktikujících lékařů a zároveň zodpověděla níže uvedené otázky:

Nejsou na lékaře kladeny příliš vysoké požadavky z hlediska komunikačních dovedností?

Můžeme označit za prvotřídního lékaře osobu s kvalitními odbornými znalostmi, ale zároveň indelikátní na komunikačním poli?

Vzhledem k doporučenému rozsahu práce a značné obsáhlosti mnou zvoleného tématu jsem si vědoma, že výsledkem bude pouze nepatrná sonda, ne-li spíše pouhé zamyšlení. Avšak troufám si tvrdit, že jakýkoliv příspěvek věnovaný poznatkům ke konverzaci mezi lékaři a pacienty, byť zanedbatelného významu, bude žádoucí, neboť může posloužit jako spouštěč k daleko rozsáhlejším diskuzím a příspěvkům na dané téma, které povedou k pokroku, tedy povýší moderní lékařství o stupeň výše.

Jelikož jsem studentkou medicíny, vybízí se nejprve zamyslet se nad tím, do jaké míry je kladen důraz na rozvíjení komunikačních dovedností u lékařů již v rámci studia. Oceňuji, že existuje snaha rozvíjet komunikační dovednosti u budoucích lékařů. Nicméně se domnívám, že oproti výuce odborných znalostí je jí prisuzována podřadná role. V tomto názoru mě utvrzují především studijní programy lékařských fakult, ve kterých obvykle bývají předměty týkající se komunikace mezi lékaři a pacienty volitelné, nikoliv povinné. Dále pak monografie Etika

a komunikace v medicíně v souvislosti s komunikací uvádí, že lékaři, zdravotničtí pracovníci a sestry citují: „*Musí zaujímat zásadní postoje, přičemž se očekává, že intuitivně zvolí správné řešení a komunikačně i lidsky tíživé situace zvládnou ku prospěchu nemocných a jejich příbuzných.*“

Z citace usuzuji, že se od lékařů očekává určitá míra intuice. Spoléhat se na intuici v rámci interakce s pacienty může být dle mého názoru ošemetné. Stejně jako se učíme odborným znalostem v oblasti medicíny, tak si potřebujeme osvojit procesy intuitivního jednání. A to obzvláště ve světě, kdy se od útlého věku učíme řídit se spíše racionem. Proto naslouchání intuici není pro většinu z nás přirozené a potřebujeme se s ní naučit pracovat alespoň během vysokoškolských studií.

Kromě očekávání, že lékaři přirozeně využijí při léčbě pacientů také svoji intuici, odhaduji, že dalším z důvodů, proč je výuka komunikace v rámci studia medicíny upozaděna, může být to, že je tato problematika těžko uchopitelná. Co vlastně znamená správná komunikace? Proč ji vyučovat, když nelze vytvořit šablonu, podle které by se mohli všichni lékaři řídit? I stejná vyjádření přeci mohou různí lidé chápat odlišně. Jsem toho názoru, že všechny tyto argumenty jsou sice opodstatněné, nicméně dopis předsedkyně Etické komise České lékařské komory MUDr. Heleny Stehlíkové jasně dokazuje vysokou aktuálnost problematiky komunikace mezi lékařem a pacientem a navíc poukazuje na alarmující současný stav. Citují: „*Etická komise ČLK dostává ročně desítky dopisů od pacientů a jejich příbuzných, kteří si chtějí postěžovat. Většinou se nejedná o stížnosti disciplinární, tedy na kvalitu péče, ale na, jak to stěžovatelé nazývají, etické chování lékaře. Dostalo se jim kvalitní péče, ale postrádají správnou komunikaci a, jak se říká, slušné chování ze strany lékaře.*“<sup>1</sup>

Proto bych uvítala více praxe, řešení komunikačních modelových situací či sdílení vlastních zkušeností z praxe ze strany vyučujících, konkrétně třeba chyby, kterých se dopustili. V souvislosti se stížnostmi pacientů se mi vybavil vlastní zážitek z mládí, kdy jsem se zranila při basketbalovém zápase a potřebovala jsem ošetření ruky. Jelikož

---

1 Lékař a pacient v medicíně: Ptáček, Bartůněk a kolektiv, Grada 2015. s.17.



jsem tehdy byla nadějnou sportovkyní, nepřicházelo v úvahu, aby nápravu kontuze ruky provedl kdokoliv, proto jsem musela z Kralup nad Vltavou vážít cestu do Prahy do nemocnice na Františku k odborníkovi přes tato zranění. Dodnes nezapomenu, a to již uběhlo přes deset let, jak hrubě se mnou pan doktor komunikoval. Stručně řečeno vyjádřil značné znechucení nad banalitou mého zranění. Samozřejmě nijak nerozporuji, že roztráštěný bérec bolí více. Avšak bagatelizování vážnosti zranění nebylo nikterak ku pomoci a pouze prodloužilo dobu, kterou jsem v ordinaci strávila, neboť ve mně vzedmulo příliv negativních emocí a já spolupracovala daleko hůře, než kdyby se mnou lékař jednal s pochopením, či alespoň vstřícněji. Tento v mých očích negativní příklad bych však ráda vnímala jako svoji vnitřní motivaci, proč zvládat komunikaci s pacienty lépe.

Deset let je dlouhá doba, proto jsem se rozhodla ještě navštívit interní kliniku Fakultní nemocnice Královské Vinohrady jako doprovod seniorky s poškozeným nervem po úrazu pravé ruky. Zde jsem se setkala s jiným komunikačním prohřeškem, konkrétně zesměšňováním. Ve snaze navázat komunikaci s postarším pánem, využil lékařský personál medicínského úzu nemocniční identifikační pásky, kterou si „spletl“ s drahými hodinkami. „*Co máte na ruce? Rolexky?*“ „*Co máte na srdci? Šelest?*“

Ani další konverzace, kterou jsem měla možnost zaslechnout v čekárně, neaspirovala na vyhodnocení odpovědí vynikající v otázce respektu v dotazníku spokojenosti pacienta. Žena v produktivním věku dostala sice zcela jasnou, avšak velmi nelichotivě podanou informaci o dalším postupu. „*Jste mladá, tak se napijete!*“

Po vyslechnutí výše uvedených konverzací mezi personálem nemocnice a pacienty jsem se dokázala vcítit do autorů stížností adresovaných Etické komisi. Jak ale situaci nahlíží druhá strana, tedy lékaři? I oni bývají kolikrát vystaveni verbálním útokům ze strany pacientů. Navíc často pracují pod velkým tlakem. Množina světa lékařů a světa pacientů bývá obvykle bez průniku, je tedy chyba pouze na straně lékařů? Pro maximalizaci počtu argumentů a protiargumentů jsem se rozhodla uspořádat menší debatu, na kterou jsem pozvala nejen lékaře,

studenty medicíny, ale i osoby z jiných oborů, rovněž také nestudující. Tato, v tomto ohledu heterogenní skupina, čítala šest lidí. Minoritu tvořili zastánci tvrzení, že jsou na moderní lékaře kladeny příliš vysoké požadavky. Argument, že jsou přepracovaní a unavení sice zrcadlí reálnou situaci v mnoha nemocnicích, nicméně řekněme si zcela narovinu, jak se zachová pacient, který nebude spokojen s poskytnutou lékařskou péčí?

Pravděpodobně nejen, že svoji negativní zkušenost bude sdílet s okolím, ale také omezí nebo zcela přestane vyhledávat lékařskou péči. Může existovat lékař bez pacienta? Protože pacient bez lékaře ano... Je naivní domnívat se, že na světě mohou existovat pouze lidé zdraví. Nicméně pokud by se podařilo snížit počet nemocných, lékařům by se dozajista ulevilo. Nedostatek lékařů? Já se však znovu tážím, jestli není spíše příliš mnoho nemocných? Považuji za alibismus a velmi povrchní jednání argumentovat nedostatkem lékařů. Povolání lékař můžeme zařadit mezi taková zaměstnání, která vzbuzují respekt u širší veřejnosti a na lékařské fakulty se ročně hlásí tisíce studentů<sup>2</sup>, proto považuji za irelevantní argument, že není z čeho vybírat. Usilujme spíše o radikální snížení počtu nemocných, aby měli lékaři na své pacienty více času. Přístupujme k pacientům jako k rovnocenným partnerům, ptejte se jich na jejich názor a nepřebírejte za ně, pakliže to je jen trochu možné, zodpovědnost za rozhodnutí. Myslím si, že být lékař, není profesí, ale posláním. Komunikační dovednosti se nebojím stavět na stejnou úroveň jako odborné znalosti, byť mám prozatím pouze základní znalosti vlivu psychiky na lidské zdraví.<sup>3</sup>

Rétorika, jinými slovy nauka mluveného projevu, byla vyučována již ve Starověkém Řecku. Právě Aristotelovské pojetí lékaře<sup>4</sup> má své opodstatnění rovněž v moderní medicíně. Pacienti volají po laskavých, přátelsky se chovajících lékařích a psychika pacienta byla uznána jakožto důležitý faktor při léčbě. Ve společnosti 21. století stále existuje zcela nekritické nazírání lékaře a jeho autoritě nemůže konkurovat lékařský personál. Po zamyšlení se, nastudování základní odborné literatury,

2 Lfhk.cuni.cz (12. 12. 2022)

3 Vliv psychiky na zdraví: Asbjorn, Lilleba, Grada.

4 Lékař a pacient v medicíně: Ptáček, Bartůněk a kolektiv, Grada 2015. s. 24.

přátelské diskuzi a dni stráveném na interním oddělení Fakultní nemocnice Královské Vinohrady jsem se utvrdila v názoru, že ač jsou nároky kladené na lékaře vysoké, rozhodně je nelze považovat za přílišné. Řešit nedostatek lékařů prvním způsobem, který by se vybízel jakožto nejjednodušší, tedy skrze snížení požadavků na studenty medicíny, je podle mne kontraproduktivní. Takovýmto prvoplánovým řešením bychom ohrozili nejen renomé českého zdravotnictví, ale také pacienty. Je tedy zapotřebí více edukovat a motivovat lidi, aby o své zdraví lépe pečovali. Vezměme si kupříkladu zdravotní pojišťovny, obrazně řečeno, kolik z nich nabízí úhradu sportovních kroužků namísto podpory v léčbě obezity? Některé již ve svých programech kladou větší důraz na prevenci, ale celkově je před námi ještě dlouhá cesta, abychom zdraví začali globálně vnímat jakožto společenskou hodnotu. Právě díky osvětě by nemuselo být zapotřebí tolik lékařů a mohli bychom preferovat kvalitu před kvantitou. Ačkoliv nelze sestavit dokonalý návod, podle něhož by se lékaři řídili v interakci s jejich pacienty, vždy lze pracovat na rozvoji slovní zásoby pro komfortní pocit při volbě adekvátních výrazových prostředků, empatii, intuici, to vše poslouží ku prospěchu komunikace. Takového lékaře potřebuje moderní společnost. Proto se pouze lékař, který má odborné znalosti na vysoké úrovni, a navíc zvládá komunikaci s pacienty, může nazývat prvotřídním specialistou.

Ukažme, že se nespokojíme pouze s penzem odborných znalostí. Jsem přesvědčena, že nevzroste jen úroveň našeho zdravotnictví, ale přímo úměrně se sečtělostí a pracovitostí na nedostatcích vzroste i naše lidská hodnota.

Použitá literatura:

Lékař a pacient v medicíně: Ptáček, Bartůněk a kolektiv, Grada 2015.  
ISBN 978-80-247-9908-7

Průručka komunikace pro lékaře: Tate, Grada 2005.  
ISBN 80-247-0911-2

Praktická komunikace v medicíně: Linhartová, Grada 2007.  
ISBN 978-80-247-1784-5

Etika a komunikace v medicíně: Ptáček, Bartůněk a kolektiv.  
Grada 2011. ISBN 978-80-2473976-2

Tichý dech: Trachta, Paseka 2013.  
ISBN 978-80—7432-313-3

# Proč není Hippokratova přísaha aktuální?

## Adéla Loukotová

### Úvod

Jako téma své eseje jsem zvolila problematiku aktuálnosti Hippokratovy přísahy v dnešním světě. Jako studentka medicíny se často dostávám do diskuzí týkajících se kritiky pracovníků ve zdravotnictví. Nejednou se mi stalo, že oponující strana zmínila právě Hippokratovu přísahu. To mě donutilo se zamyslet, zdali je vůbec vhodné se neustále odkazovat na text, který vznikl pravděpodobně v 5. století př. n. l. Tím spíše, když přímo na Hippokratovo jméno žádný lékař v českých zemích nepřísahal.<sup>1</sup>

Ráda bych ve své eseji nastínila, proč je Hippokratova přísaha dle mého názoru pohledem dnešní optiky neaktuální.

### Obsah

V první řadě by bylo vhodné si připomenout toho, jehož jméno samotný kodex nese. Hippokratés z Kósu je považován za otce moderní západní medicíny. O detailech jeho života se ale stále vedou dohady. Narodil se na ostrově Kós v roce 460 př. n. l. a pravděpodobně zemřel v roce 377 př. n. l. v Lárrise v Thesalii.<sup>2</sup> Pocházel z rodiny léčitelů a tak si k lékařství přirozeně vytvořil kladný vztah. Jeho otec, lékař Herakleidas, byl zároveň i jeho učitelem.<sup>3</sup> Poté, co se naučil základům lékařského učení, cestoval údajně po Malé Asii a Řecku.<sup>2</sup> Hippokratés propojil umění medicíny s filozofií, čímž položil základy lékařské etice. Svým moderním přístupem k lékařství tak dokázal nahradit tehdejší léčitelství. To se často obracelo k nebesům a považovalo nemoc za boží trest. Hippokratés sledoval průběh chorob v širších souvislostech. Dokázal racionálně propojit příčiny onemocnění s životním stylem pacienta. Se stoupajícím věhlasem založil lékařskou školu, která se věnovala obecnější diagnostice nemocí, pasivní léčbě a prognóze pacienta. Hippokratovská škola proslula nejen pokrokovým přístupem k lékařství, ale taktéž úspěchy v klinické praxi. Jedním ze stavebních kamenů Hippokratova učení byla jeho teorie o existenci čtyř základ-

ních tělesných tekutin. Věřil, že lidské tělo funguje správně, pokud jsou v rovnováze čtyři lidské tekutiny – krev, hlen, černá a bílá žluč. Pokud se v těle člověka vyskytl nepoměr těchto tekutin, onemocněl a k úspěšnému vyléčení bylo nutno je vyrovnat do původního stavu. Pomocí tohoto principu Hippokratés určoval i temperament člověka. Rozdělil lidskou osobnost do čtyř typů podle toho, jaká tekutina v jeho těle převažuje – sangvinik (krev), choleric (bílá žluč), melancholik (černá žluč) a flegmatik (hlen). Toto rozdělení se v psychologii osobnosti využívá dodnes, moderní medicína však teorii čtyř lidských tekutin dávno vyloučila jako nesprávnou.

Ústředním dílem Hippokratova života je Corpus Hippocraticum. Jedná se o 61 spisů, které jsou připisovány spíše než Hippokratovi jeho žákům.<sup>1</sup> Tento svazek obsahuje texty zejména z oblasti anatomie, chirurgie, fyziologie a dietetiky.<sup>3</sup> Jeho součástí je i často zmiňovaná Hippokratova přísaha. Dnes nevíme, kdo je autorem samotné přísahy, a stejně tak se mnozí dohadují o datu jejího vzniku. Nejuznávanějším názorem je výklad historika medicíny Ludwiga Edelsteina. Dle jeho vysvětlení přísaha vznikla okolo konce 4. století př. n. l. a jejím autorem musí být jeden ze stoupenců starověkého filozofa Pythagora. Pravidla chování jsou totiž napsána v souladu s pythagorejským učením.<sup>4</sup> Pythagorejci museli chovat úctu ke svému učiteli, uznávali touhu po vědění stejně jako touhu po náboženství a kladli velký důraz na lékařské tajemství. Tento pohled na lékařské umění byl velmi vzdálen běžné lékařské praxi tehdejšího Řecka. I přes počáteční rozpaky společnosti se texty Corpus Hippocraticum staly základem pozdějších lékařských kodexů. Výrazný vliv získala hippokratovská tradice po svázání s etikou křesťanskou. Nový výklad přísahy tak vyznával jednoho Boha, kladl důraz na odpovědnost křesťanského bratrství a tajemství učení bylo změněno na vyučování kohokoliv, kdo chce být vyučen. Z Hippokratovy přísahy vychází slib lékařský, který byl závazně přijat v roce 1948 na sjezdu Světové lékařské asociace v Ženevě.<sup>5</sup>

Toto znění lékařského slibu do jisté míry zachovává původní Hippokratovu myšlenku. Zároveň ale reaguje na zločiny lékařů nacistického Německa a komunistického Sovětského svazu. „*Nedopustím, aby se náboženské, nacionalistické, rasistické, stranické nebo třídní*

*předsudky vetřely mezi mé povinnosti a pacienty.*“<sup>6</sup>

I na území tehdejší Československé socialistické republiky měl lékařský slib své specifické znění. Do roku 1989 českoslovenští lékaři místo starověkým bohům slibovali věrnost ČSSR a jejímu lidu. Dále na místě, kde Ženevský slib stanovoval zachovávat absolutní lékařské tajemství, Lékařský slib ČSSR ukládal povinnost pouze zamlčovat soukromé informace nepovoláním osobám. V roce 1990 na tento slib navazoval Obnovený lékařský slib, který prošel pouze drobnými úpravami.<sup>5</sup>

Obnovený lékařský slib bez implicitního odkazu na Hippokratovu přísahu je dodnes používán při lékařských sponzích 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze a Lékařské fakulty Masarykovy univerzity v Brně. Ostatní lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Lékařská fakulta Ostravské univerzity využívají při promócích druhou verzi sponze, ve které se naopak vyskytuje implicitní odkaz na Hippokratovu přísahu. Vlastní verzi lékařského slibu má Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, a ačkoliv je v ní obsaženo nejvíce témat z původní Hippokratovy přísahy, výslovný odkaz na její znění taktéž chybí.<sup>7</sup>

Proč tedy není původní Hippokratova přísaha využitelná i dnes? V následující části eseje bych vybrala problematické části originálního textu doplněné o vysvětlení, proč by nešly aplikovat u dnešních absolventů lékařských fakult. Všechny výňatky přísahy použité v této části jsem převzala z knihy Marty Munzarové Lékařská etika od A do Z.<sup>8</sup>

*„Přísahám při lékaři Apollonovi a Asklepiovi a Hygieii a Panaceii a při všech bozích a bohyních, jež беру za svědky, že budu plnit podle svých schopností a podle svého úsudku tuto přísahu a smlouvu.“*

Již v úvodu přísahy se budoucí lékař zpovídal antickým bohům. V dnešní době a v našem převážně ateistickém státě je dovolávání se jakéhokoliv boha přinejmenším podivné. Ačkoliv například křesťanské hodnoty často souzní s hodnotami, kterých by měl dosahovat absolvent lékařské fakulty, studující samotní jsou často různých pohledů na náboženství jako takové.

*„Budu považovat toho, který mě naučil tomuto umění, za rovnocenného svým rodičům a budu žít svůj život v partnerství s ním, bude-li mít potře-*

*bu peněz, rozdělím se s ním o svůj díl, budu se dívat na jeho potomky tak jako na své bratry v mužské linii a budu je učit tomuto umění – budou-li si přát být tomuto učeni, a to bez odměny a bez smluvní listiny. Podělím se o předpisy, ústní instrukce a o všechny ostatní vědomosti se svými syny a se syny toho, který mě učil, a s žáky, kteří podepsali závazek a složili přísahu dle lékařského zákona, ale s nikým jiným.“*

Není náhodou, že v aktuálních lékařských sponzích se zdůrazňuje zachování úcty k fakultě. Dnes už je totiž prakticky nemožné, aby jeden učitel zvládl vychovat plnohodnotného lékaře. Za vzděláním jednoho studenta stojí stovky univerzitních pracovníků a lékařů. Nelze tedy všechny tyto osoby postavit na místo rovnocenné rodičům. Stejně tak je v této části přísahy velmi problematický důraz na předávání učení pouze potomkům v mužské linii. Podíl absolventek lékařských fakult ale meziročně stoupá. Například v roce 2018 činily ženy 71 procent absolvujících lékařských fakult.<sup>9</sup> Nejen proto by bylo nemyslitelné vyučovat medicínu pouze muže. Taktéž žijeme v zemi s platným zákoníkem práce a nikdo po nikom nemůže vynucovat vyučování bez nároku na mzdu.

*„Nepodám nikomu smrtící látku, i kdyby ji ode mne žádal, a ani nikomu tuto možnost nenavrhnu. Podobně nepodám ženě abortivní prostředek.“*

Samotné téma eutanázie není předmětem této eseje. Kontroverzním tématem, které hýbe nejen lékařským světem, je však vykonávání potratů. Dle mého názoru by měla žena mít možnost se rozhodnout, zda potrat podstoupí či ne. V našem státě je tato možnost zachována, což považují za správné. Vadí mi radikální názory, které bojují proti provádění potratů. Myslím, že v moderní medicíně mají interrupce své místo.

*„Nepoužiji nože, dokonce ani ne u lidí trpících kameny, ale ustoupím ve prospěch těch, kteří se zabývají touto prací.“*

Tato věta naprosto odporuje praktikování chirurgie. Odstraňování kamenů zmíněné v přísaze značí chirurgické odnětí ledvinových kamenů. Dříve tato práce příslušela ranhojičům a lazebníkům. Ti však k těmto praktikám neměli dostatečné znalosti. Proto bylo potře-



ba obě tyto profese propojit a tak dát vznik chirurgii. Rozvoj tohoto lékařského oboru má v historii medicíny nezastupitelné místo. Díky jejímu neustálému vývoji kupředu se mnohonásobně snížila mortalita pacientů, i když i k tomu vedla dlouhá cesta.

*„Cokoliv uvidím, nebo uslyším v průběhu léčení, nebo dokonce mimo léčení v pohledu na život lidí, to, co se v žádném případě nesmí šířit mimo dům, vše si nechám pro sebe. Vždyť bych se musel stydět o tom mluvit.“*

Tato část mohla zcela platit v době, kdy jeden lékař zastával celé lékařské umění. Což bylo samozřejmě možné, protože tehdejší medicínské poznatky byly značně omezené. Medicína se ale posouvá nesmírně rychle kupředu a obsáhnout celé lékařské spektrum je téměř nemožné. Proto je potřeba mezi lékaři z různých oborů komunikovat. Kdybychom měli striktně dodržovat Hippokratovu přísahu, nemohli bychom informace o pacientech sdělovat lékařům ani zdravotnickému personálu. Proto se odkaz na lékařské tajemství ze sponzí některých lékařských fakult zcela vytratil.

## Závěr

Hippokratova přísaha jistě položila pevný základ lékařské etiky. Dodnes je používána jako symbolický soubor chování a přesvědčení lékařů. I proto se na ni některé lékařské fakulty odkazují ve svých sponzích. Nicméně všeobecné přesvědčení společnosti, že lékař se musí přesně chovat dle bodů antické přísahy je naprosto mylné. Za tohoto předpokladu by zdravotnictví bylo plné mužských internistů, kteří by mezi sebou nemluvili. Myslím, že společenský předpoklad, že lékaři musí dodržovat Hippokratovu přísahu, škodí všem praktikujícím lékařům. Spoustu lidí ji rádo používá jako argument k tomu, že doktor nemá mít na určité věci vlastní názor. Laici často ani nemají ponětí o plném znění přísahy. Lze tak zaslechnout argumenty typu: „Složil Hippokratovu přísahu, tak ať léčí a mlčí.“ Dle mého názoru je tedy Hippokratově přísaze přikládán společností větší význam, než v dnešním světě má. Závěrem bych ráda řekla, že přísaha způsobila ve vývoji medicíny zásadní převrat, který umožnil transformaci z léčitelství v moderní medicínu. Tuto důležitost jí nikdo nevezme, avšak myslím, že je čas, aby se tato antická přísaha připojila k antickým metodám léčení a udělala místo etickým pravidlům, které odpovídají modernímu světu.

## Zdroje

KUŘE, Josef. Kapitoly z lékařské etiky. 2., upr. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2012. ISBN 978-80-210-5951-1. Str. 10

KUBÁTOVÁ, Michaela. Práva pacientů a srozumitelná edukace během hospitalizace [online]. Zlín, 2014 [cit. 2022-12-28]. Dostupné z: <https://digilib.k.utb.cz/handle/10563/29127>. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Vedoucí práce Pevná Lenka. Str. 17

HANÁK, Přemysl. Pediatrie pro praxi [online]. 16. 2015, 202 s. [cit. 2022-12-28]. ISSN 1803-5264. Str. 201

MUNZAROVÁ, Marta. Zdravotnická etika od A do Z. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1024-2. Str. 20

HANÍK, Vladimír. Výhrada svědomí se zaměřením na zdravotnictví [online]. Plzeň, 2018 [cit. 2022-12-28]. Dostupné z: <http://hdl.handle.net/11025/33023>. Diplomová práce. Západočeská univerzita v Plzni. Vedoucí práce Tomáš Pezl. Str. 16

PAVLÍČEK, Mirek. Hippokratova přísaha. Euromedicine.eu [online]. 2006 [cit. 2022-12-28]. Dostupné z: <http://www.euromedicine.eu/cze/clanky/detail/64/>

HANÁK, Přemysl a Kateřina IVANOVÁ. Praktický lékař: Co zůstalo v lékařských sponzích z Hippokratovy přísahy? [online]. 99. 2019, 90 s. [cit. 2022-12-28]. ISSN 1805-4544. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticky-lekar/2019-2-7/co-zustalo-v-lekarskych-sponzich-z-hipokratovy-prisahy-109612> Str. 74

MUNZAROVÁ, Marta. Zdravotnická etika od A do Z. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1024-2. Str. 19, 20

Strategie rovnosti žen a mužů na léta 2021 – 2030 [online]. In: . s. 209 [cit. 2022-12-26]. Dostupné z: [https://www.vlada.cz/assets/ppov/rovne-prilezitosti-zen-a-muzu/Aktuality/Strategie\\_rovnosti\\_zen\\_a\\_muzu.pdf](https://www.vlada.cz/assets/ppov/rovne-prilezitosti-zen-a-muzu/Aktuality/Strategie_rovnosti_zen_a_muzu.pdf) Str. 58

# Jak si (ne)narušit psychickou pohodu užíváním sociálních sítí

## Nicole Malá

V říjnu roku 2021 bylo na sociálních sítích zaregistrovaných 4,2 miliard uživatelů, což činí přes polovinu světové populace. Sociální síť je definovaná jako služba umožňující registrovaným členům vytvářet svůj profil a navazovat virtuální vztahy s ostatními uživateli. Umožňuje komunikaci mezi sebou, sdílet informace, fotografie, videa, plánovat akce a další. Zapojení ve všech uvedených aktivitách je pro nás přirozené, jelikož lidé jsou společenská stvoření a mají též sociální potřeby.

Podle amerického psychologa A. H. Maslowa existuje 5 základních lidských potřeb, mezi které, mimo jiné, patří potřeba uznání, přijetí, a seberealizace. To je jedním z důvodů, proč je účast na sociálních sítích tak rozsáhlá. Vztahy samy o sobě mají dopad na naši psychickou pohodu. Promluvit si s blízkým přítelem nebo členem rodiny může zmírnit stres, úzkosti nebo pocit osamění. Chvilky strávené v příjemné společnosti mohou naši dobrou náladu dokonce zdvojnásobit. Je ale nutno odlišit vztahy virtuální a reálné, protože s lidmi, se kterými jsme v kontaktu přes internet, na nás nemusí mít pozitivní vliv, tak jako by měla konverzace s přáteli v reálném životě, a proto bychom měli limitovat čas strávený za obrazovkou.

Pojďme se tedy podívat, jak média fungují a jaký na nás mohou mít vliv. Různé sociální platformy, jako je Instagram, Facebook nebo Tiktok jsou konstruovány tak, aby zachytili naši pozornost na co nejdělsí dobu, udrželi nás online a nutili nás kontrolovat, co je nového. Ale stejně jako vzniká závislost na konzumaci alkoholu, gamblingu nebo na drogách, může vzniknout i závislost být online. To je označováno termínem netolismus, který je definován jako závislost na takzvaných „virtuálních drogách“, mezi něž patří sociální sítě, počítačové hry, videa či různé formy online chatu.

Netolismus, stejně jako již zmíněné gamblerství, spadá pod nelátkové (behaviorální) závislosti, tedy závislost na určité činnosti. Činnost je příjemná, na začátku jí ještě dokážeme odolat, postupem času po

častém opakování se vyvíjí neodolatelná touha, která vede k prožitku, kterému již odolat nelze. Uživatelé se přestávají ovládat, pokračují v opakování i přes narůstající komplikace a následky.

Chování, které přináší okamžité uspokojení, má tendenci se opakovat a postupně se stává zvykem (návykem) i přes případné negativní následky. Vytváří se vzorec závislostního chování, typický podléháním okamžitému impulzu a ztrátou kontroly.

Největší roli na regulaci odměňujícího chování má dopaminergní a endogenní opiátový systém, podobně jako u látkových závislostí. V našem mozku jsou tři dráhy považovány za dráhy odměn - mezokortikální, mezolimbická a nigrostriální, které jsou důležité pro vyplavení dopaminu a jak se ukázalo, jsou dysfunkční právě u závislostí. Všechny tři jsou aktivovány po pozitivním stimulu a jsou jím také zesilovány procesem dlouhodobé potenciace, který upevňuje spojení mezi neurony zvyšováním intenzity, kterou odpovídají na určité podněty. Pozitivní stimulace může být sociálního původu, jako smích, uznání od vrstevníků nebo kompliment a i když není sociální stimul pro mozek tak intenzivní, jako kokain, vykazuje podobný výsledek ve vyplavení dopaminu a vybuzuje nás k chování, které k němu vedlo a tedy vznik závislosti.

Z neurobiologického hlediska můžeme na závislost pohlížet jako na nemoc právě systému odměny v mozku, který za normálních okolností reaguje na přirozené zdroje odměny a slouží k přežití organismu.

Tento proces lze pozorovat i u uživatele sociálních médií: pokud uživatel obdrží notifikaci, jako například novou zprávu nebo like, aktivuje se dopaminergní systém a člověk se cítí uspokojen. Sociální sítě ale poskytují nekonečné množství stimulů vedoucích k pozitivnímu pocitu. Někomu bývá pro takovou stimulaci dostačující zpráva či like, jiným stačí pouhé scrollování na stránce.

Další faktor pro rozvoj závislosti je, že centra odměny mozku jsou také aktivní, pokud mluví člověk sám o sobě. Předpokládá se, že v reálném životě o sobě jedinec mluví z 30-40%, každopádně, na sociálních sítích se ukazují především své úspěchy a život v tom nejlepším světle

a výsledkem je, že na sítích o sobě lidé mluví až z 80 % času. <sup>1</sup>

Účast na sociálních sítích začíná být problematická, pokud ji člověk bere jako kompenzační mechanismus samoty, stresu nebo deprese. Sociální média totiž poskytují “odměny” za něco, co uživateli chybí v reálném životě, a to ho nutí být aktivní. Nepřiměřené užívání je cestou k mnoha mezilidským problémům, jako je ignorace vztahů v reálném životě, pracovních či školních povinností nebo fyzického zdraví, které poté mohou prohloubit negativní náladu a tím se jedinec více zapojuje do virtuálního světa, za účelem útěku a úlevy od strastí jeho každodenního života. Pokud se daný vzorec chování opakuje, zvyšuje se úroveň psychické závislosti.

Pro zjištění, jestli je někdo náchylný k závislosti, mu můžeme položit následující otázky:

Tráví hodně času přemýšlením o sociálních sítích nebo plánuje jejich užití?

Cítí potřebu se přihlásit na svůj profil?

Užívá virtuální svět, aby zapomněl na své problémy v reálném životě?

Snaží se bezúspěšně limitovat svůj čas strávený na telefonu?

Cítí se neklidně, pokud nemůže z určitého důvodu (př. chybí signál) scrollovat?

Je na sociálních sítích tak často, že to zasahuje do jeho pracovního výkonu?

Pokud je odpověď minimálně 3x ano, může být člověk náchylnější ke vzniku závislosti.

---

<sup>1</sup> Naaman, Mor & Boase, Jeffrey & Lai, Chih-Hui. (2010). Is it Really About Me? Message Content in Social

Awareness Streams. Proceedings of the ACM Conference on Computer Supported Cooperative Work, CSCW.

189-192. 10.1145/1718918.1718953

Závislost je vážný, ale méně častý následek užívání sociálních sítí, mnohem více se setkáváme s negativními psychickými stavy. Studie ukazují přímou souvislost s úzkostí, stresem, depresiemi, nízkým sebevědomím a obavami ohledně vzhledu či tělesné váhy. Tyto pocity jsou vyvolány porovnáváním se s druhými, jejich finanční situací či životním stylem, což aplikace jako např. Instagram propagují. Na Instagramu, Facebooku a dalších, vidí uživatelé jim na míru ušitý obsah, podle toho, o co se zajímají a co se jim líbí. Vidí příspěvky, které ukazují krásné domy, skvělé partnery nebo hezké fotky z dovolené. V lepším případě mohou být inspirováni a motivováni, v tom horším se cítit méněcenně, že jejich životy nejsou tak dokonale malované. Neustálé srovnávání se s ostatními může vést k potřebě perfekcionismu, což může vygradovat až v rozvoj sociálně - úzkostné poruchy.

Další z projevů úzkosti vyvolanými sociálními médii může být tzv. syndrom FOMO (z angličtiny Fear Of Missing Out) neboli strach, že o něco přijdeme, nebudeme něčeho součástí. Je to pocit, že ostatní se baví více a žijí lepší životy. Bojíme se, že bychom mohli dělat něco jiného, zábavnějšího, než právě teď. Něco, co ostatní dělají třeba i každý den (nebo to tak alespoň vypadá).

Projevuje se tím, že chceme mít neustále přehled o tom, co se děje a snažíme se kontrolovat dění v prostředí sociálních sítí. Výsledkem je, že jsme v podstatě stále online. Cítíme se podráždění, nervózní, netrpěliví. Negativní dopad syndromu se jeví především u osob přecitlivělých, nejistých, s nižším sebevědomím a depresivními sklony. Stačí jim, že nedostanou pozvánku na nějakou akci, z níž pak uvidí ty nejlepší záběry, a jejich sebevědomí klesne na minimum s přesvědčením, že je nikdo nemá rád. Některé to rozloží do rezignace, jiné to přinutí dostat se na „úroveň“ obdivovaných osob, a proto si ne nechají ujít žádnou akci, investují množství času a peněz do nákupů drahých věcí a zážitků. Nedělají to však kvůli sobě, ale z pocitu potřeby nezaostávat a vyrovnat se ostatním. Dostávají se ale do začarovaného kruhu plného únavy a vyčerpání. Studie z roku 2018 ukazuje, že limitováním času stráveného na sociálních sítích na pouhých 10min denně, je prospěšné, zejména co se týče FOMO a úzkostí.

Samozřejmě existují i pozitivní vlivy sociálních sítí na naše životy, včetně možnosti komunikace na delší vzdálenosti a s větší rychlostí, snazší dohledávání informací a ulehčení všeho možného.

Tak či onak bychom se, pro naše duševní well-being, měli snažit limitovat čas strávený online na minimum, mnohokrát totiž ani nevíme a nedokážeme reprodukovat věci, o kterých jsme se dozvěděli, co za fotky a příspěvky jsme na Instagramu nebo Facebooku viděli a ztrácíme tím drahocenný čas, který bychom mohli věnovat např. studiu. :-) Sociální sítě jsou dobrý sluha, ale špatný pán.

Zdroje:

We Are Social. (2020). Digital in 2020.

Dostupné z: <https://wearesocial.com/global-digital-report-2019>. [cit. 15. 12. 2022]

Dopamine, Smartphones & You: A battle for your time - Science in the News. Science in the News - Opening the lines of communication between research scientists and the wider community [online]. Dostupné z: <https://sitn.hms.harvard.edu/flash/2018/dopamine-smartphones-battle-time/> [cit. 15. 12. 2022]

Przybylski, Andrew K., Murayama, Kou, DeHaan, Cody R., Gladwell, Valerie. Motivational, emotional, and behavioral correlates of fear of missing out. *Computers in Human Behavior*. July 2013: 29(4). 1841-1848. doi:10.1016/j.chb.2013.02.014 [cit. 15. 12. 2022]

Adrian F. Ward. *Scientific American*. (July 16, 2013). The Neuroscience of Everybody's Favorite Topic [cit. 4. 1. 2023]

Dunbar, Robin & Marriott, Anna & Duncan, Neill. (1997). Human conversational behavior. *Human nature* (Hawthorne, N. Y.). 8. 231-246. 10.1007/BF02912493. [cit. 4. 1. 2023]

Maslow's Hierarchy of Needs - Simply Psychology. Study Guides for Psychology Students - Simply Psychology [online]. Dostupné z: <https://www.simplypsychology.org/maslow.html> [cit. 15. 12. 2022]

Rigby, Dawn. (2022). Just a moment. *Nursery World*. 2022. 36-36. [cit. 4. 1. 2023]

HAVLOVÁ, Jaroslava. Sociální síť. In: KTD: Česká terminologická databáze knihovnictví a informační vědy (TDKIV) [online]. Praha:

Národní knihovna ČR, 2003- [cit. 15. 12. 2022]

Dostupné z: [http://aleph.nkp.cz/F/?func=direct&doc\\_numer=000015947&local\\_base=KTD](http://aleph.nkp.cz/F/?func=direct&doc_numer=000015947&local_base=KTD)

Syndrom FOMO: Možná jím trpíte i vy! Rehabilitace.info [online]. Dostupné z: <http://www.rehabilitace.info/nemoci/syndrom-fomo-mozna-jim-trpите-i-vy/>. [cit. 15. 12. 2022]

Social Media Addiction - Addiction Center. Everything You Need To Know About Drug Rehab - Addiction Center [online].

Copyright © 2022 Addiction Center [cit. 17. 12. 2022].

Dostupné z: <https://www.addictioncenter.com/drugs/social-media-addiction/>

The Neuroscience of Everybody's Favorite Topic - Scientific American. Scientific American: Science News, Expert Analysis, Health Research - Scientific American [online]. Copyright © 2022 Scientific American, a Division of Springer Nature America, Inc. Dostupné z: <https://www.scientificamerican.com/article/the-neuroscience-of-everybody-favorite-topicthemselves/> [cit. 15. 12. 2022]

Social Media and Mental Health - American Economic Association. American Economic Association [online]. Dostupné z:

<https://www.aeaweb.org/articles?id=10.1257/aer.20211218> [cit. 15. 12. 2022]



# The use of psychedelics in the treatment of depression

## Theresa Manten

Feeling lonely and sad, having no motivation for any activities or pleasures, sleep deprivations, fatigue, changes in eating habits, severe worries about the future, being hopeless up to thoughts about suicide and many more. All above mentioned are possible symptoms occurring in people suffering from depression which do not necessarily need to be observed in every patient similarly. Instead, we differentiate depression into mild, moderate and severe according to the amount of main symptoms arising as well as the fact that the diagnosis of a major depressive disorder is only eligible if symptoms last no less than two weeks. (Goldberg et al, 2008)

To put it into perspective and as claimed by the World Health Organization in 2021, “approximately 280 million people in the world have depression.” (WHO, 2021)

The neuropathology in depression supposedly influences the neuronal activity in the monoaminergic system including reduced levels of noradrenaline and serotonin, but also impairments in the hypothalamic-pituitary-adrenal axis were observed. (Goldberg et al, 2008; Naoi et al, 2017) Still, the “basis of depression now is regarded as being more complex and not the result of any one specific deficit.” (To et al, 2005)

Due to this, options for treatment are limited and cannot be easily generalized. Besides psychotherapy, a wide range of antidepressants may offer improvement by binding to specific receptors in the brain and thus inhibiting the reuptake of important monoamines. Examples of groups of antidepressants are Tricyclic antidepressant (TCA) inhibiting the reuptake of noradrenaline and serotonin, Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRI) or dual antidepressants. Nowadays, “as the first-line treatment for depression” (Khawam et al, 2006), SSRIs are used.

Certainly, antidepressants are important in the management of depression. However, after years of research and developing several different

types of such drugs, one would think that the majority of people respond well to it, observing a significant improvement in their disease.

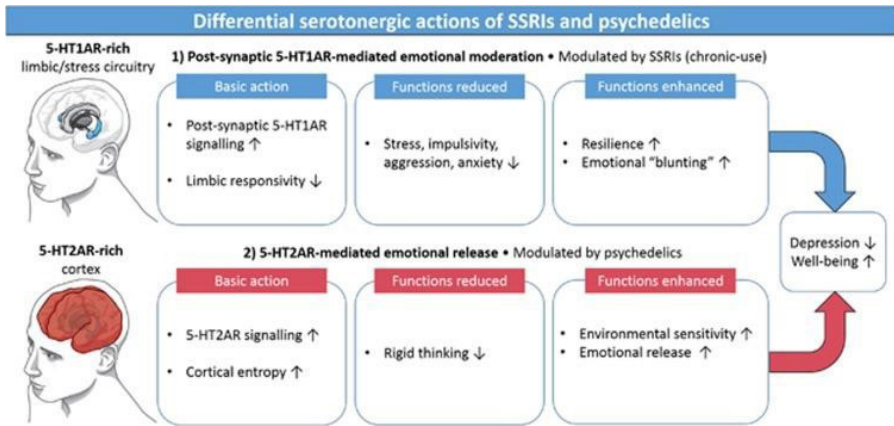
Unfortunately – at least in this case – we're all individuals leading to the fact, that we all encounter medication differently. It is reported that “patients are categorized as having treatment-resistant depression, which typically is defined as an inadequate response (i. e. fail to achieve full remission) to one or more antidepressant treatments following adequate duration and dose.” (Hillhouse & Porter, 2015) On top of that, antidepressants “typically require at least 4 wk of treatment before leading to beneficial effects, and they are only effective around 30%-40% of the time.” (Artin et al, 2021) Now imagine you suffer from a major depressive disorder, tried several antidepressant and years of therapy but your symptoms remain. What would you do?

Me personally, I would search for alternatives. Alternatives which might be rather experimental and at first glance unlike classical medicine. Fortunately, researchers around the world recently started to take up studies about psychedelics again, even though those drugs have been announced illegal in the 60s. A pioneer in this field was Albert Hofmann, who firstly “synthesized lysergic acid diethylamide (LSD-25) in 1938” (Doblin et al, 2019) and giving it to the first patient approximately five years later. Just 20 years later in 1958, Hofmann also isolated the specific structure of psilocybin – something rather known as magic mushroom. Multiple trials and experiments took place in the years following, not only concerning the treatment of depression but also in relation to anxiety including end-of-life anxiety, addiction such as alcoholism and schizophrenia. Back then, “Hofmann was unaware of the significance of his actions, and the effects they would set in motion.” (Doblin et al, 2019) While, the effects of the usage of psychedelics were then majorly positive and showed “evidence of the limited medical risks and therapeutic potential” (Doblin et al, 2019), they were still abandoned. Reason for this was most likely an “increased nonmedical use.” (Gasser et al, 2014) In my opinion something that set back the success in research and development, a decision however which was at that time based on implications rather than mechanisms of action and profound knowledge. Today, we know that similar to SSRI's, psilocybin

as well as LSD induce a comparable agonistic action for serotonergic receptors, administered in microdoses under medical and psychiatric supervision. (Gasser et al, 2014; Goldberg et al, 2020)

In addition, they “facilitate changes in neuroplasticity such as neurite growth, synapse formation, and strengthened synaptic connections” (Kadriu et al, 2020) and also lead to an “activation of the right hemisphere, altered thalamic functioning, and increased activity in paralimbic structures and the frontal cortex.” (Gasser et al, 2014) The biggest potential identified in psychedelics compared to antidepressants is that their onset of action is incredibly fast. This means that therapeutic effects can be adopted straight away and only drug assisted sessions takes place. (Tupper et al, 2015) In mentally diseased this can bring a huge advantage due to the fact that psychedelics do not require a daily oral intake like antidepressants meaning the psychological negative impact of taking pills continuously might be left out. Furthermore, allowing the “access to thoughts, associations, feelings and inner processes, which are usually excluded from consciousness” (Gasser, Kirchner, Passie, 2014) straight away, psychotherapy can directly act on the perceived emotions enabling that the above mentioned sessions may have a greater impact. The most fundamental difference however deals with the fact that antidepressants, namely SSRI’s reduce limbic sensitivity while psychedelics emphasise emotional responsiveness. (Carhart-Harris & Goodwin, 2017)

Such phenomenon is especially important in the way patients are treated in terms of psychotherapy. In my opinion a factor that highly supports the use of psychedelics as they “address rather than suppress or side-step aversive memories and emotions.” (Carhart-Harris & Goodwin, 2017)



Retrieved from: (Carhart-Harris & Goodwin, 2017)

Potential risks observed from the use of psychedelics, mainly LSD or psilocybin were to low extent hallucinations and more commonly but only during the time of action “acute increases in anxiety, fear, heart rate and blood pressure.” (Tupper et al, 2015) Surly, clinical trials and indications of psychedelics in the therapeutic use are still under development and in terms of their effects and mechanisms not yet fully understood. Additionally, due to misuse and illegal consumption until now, it is understandable that patients may fear such treatment or feel uncomfortable taking part. Nevertheless, psychedelics “inspire questions regarding the potential generalized therapeutic action” (Carhart-Harris & Goodwin, 2017) which will hopefully result in several future studies and experiments shaking up the traditional medical point of view. Especially important, in my opinion, for people suffering from a mental illness like a major depressive disorder for years without any way of improving. To support those, I believe that it is crucial to realise that medicine including psychotherapy is anything but black and white. Mental illnesses have a wide range in their pathogenesis making it clear that there cannot be one solution for each patient. This being said, I am convinced that psychedelics under therapeutic use will shift perspectives, offer a substantial alternative to antidepressants and have a great opportunity to show remarkable approaches in combination with psychotherapy in the near future.

## References

(2021). Depression. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/depression>

Artin, H., Zisook, S., Ramanathan, D. (2021). How do serotonergic psychedelics treat depression: The potential role of neuroplasticity. *World Journal of Psychiatry*. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8209538/>

Carhart-Harris, R. L., & Goodwin, G. M. (2017). The Therapeutic Potential of Psychedelic Drugs: Past, Present, and Future. *Neuropsychopharmacology*.

<https://doi.org/https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5603818/>

Doblin, R. E., Christiansen, M., Jerome, L., & Burge, B. (2019). The Past and Future of Psychedelic Science: An Introduction to This Issue. *Journal of Psychoactive Drugs*.

[https://doi.org/10.1080/02791072.2019.1606472extension://efaidn-bmnnnibpcajpglcdefindmk\\_aj/https://centerhealthyminds.org/assets/files-publications/goldberg-the-experimental-effectsof-psilocybin.pdf](https://doi.org/10.1080/02791072.2019.1606472extension://efaidn-bmnnnibpcajpglcdefindmk_aj/https://centerhealthyminds.org/assets/files-publications/goldberg-the-experimental-effectsof-psilocybin.pdf)

Gasser, P., Holstein, D., Michel, Y., Doblin, R., Yazar-Klosinski, B., Passie, T., Brenneisen,

R. (2014). Safety and Efficacy of Lysergic Acid Diethylamide-Assisted Psychotherapy for

Anxiety Associated With Life-threatening Diseases. *The Journal of Nervous and Mental*

Disease. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4086777/>

Gasser, P., Kirchner, K., Passie, T. (2014). LSD-assisted psychotherapy for anxiety associated with a life-threatening disease: A qualitative study of acute and sustained subjective effects. *Journal of Psychopharmacology*. Retrieved from:

<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0269881114555249>

Goldberg, D., Gask, L., & Morriss, R. (2008). *Psychiatry in Medical Practice*. Routledge.

Goldberg, S., Pace, B., Nicolas, C., Raison, C., Hutson, P. (2020). The experimental effects of psilocybin on symptoms of anxiety and depression: A meta-analysis. *Psychiatry Research* 284. Retrieved from: chrome

Hillhouse, T. M., & Porter, J. H. (2015). A brief history of the development of antidepressant drugs: From monoamines to glutamate. *Exp Clin Psychopharmacol*.

<https://doi.org/https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4428540/>

Kadriu, B., Greenwald, M., Henter, I., Gilbert, J., Kraus, C., Park, L., Zarate, C. (2020). Ketamine and Serotonergic Psychedelics: Common Mechanisms Underlying the Effects of Rapid-Acting Antidepressants. *International Journal of Neuropsychopharmacology*.

Retrieved from: <https://academic.oup.com/ijnp/article/24/1/8/6012768?login=true>

Khawam, E., Laurencic, G., & Malone, D. (2006). Side effects of antidepressants: An overview. *CLEVELAND CLINIC JOURNAL OF MEDICINE*.

[https://doi.org/file:///Users/theresamanten/Downloads/7798db-166f7343656e61b398bbd09cdd %20\(1\).pdf](https://doi.org/file:///Users/theresamanten/Downloads/7798db-166f7343656e61b398bbd09cdd%20(1).pdf)

Naoi, M., Maruyama, W., & Shamoto-Nagai, M. (2017). Type A monoamine oxidase and serotonin are coordinately involved in depressive disorders: from neurotransmitter imbalance to impaired neurogenesis. *Journal of Neural Transmission*.

<https://doi.org/https://link.springer.com/article/10.1007/s00702-017-1709-8>

To, S., Zepf, R., & Woods, A. (2005). The Symptoms, Neurobiology, and Current Pharmacological Treatment of Depression. *Journal of Neuroscience Nursing*. <https://doi.org/https://www.proquest.com/openview/ce3ac9d9c8e-9d9afe73f24ee6f9582ae8/1?pq-origsite=gscholar&cbl=48278>

Tupper, K. W., Wood, E., Johnson, M. W., & Yensen, R. (2015). Psychedelic medicine: a reemerging therapeutic paradigm. *Canadian Medical Association Journal*.

<https://doi.org/10.1503/cmaj.141124>

# Persistent limits to medical epistemology – an ethical and axiological approach

**Sebastian Pennartz**

## EXORDIUM

The patient's state of illness may often present itself as a matter of high complexity. Especially in elderly patients, the range of influences acting upon the human's most subjective perception – *his feelings* – is generally underestimated. It must be understood that the decision of performing any kind of treatment is subject to the evaluation of the patient's very own subjective perception of changing the state of well-being towards the "*good*". Therefore, any physician's primary objective should constitute the most precise assessment of the entire range of factors influencing the long-term treatment outcome of his therapy. This essay is to demonstrate some of those factors from which there can be elaborated a universal guideline for handling questions in medical ethics with a particular focus on limits to scientific knowledge and thereby to the *lex artis medicinae*.

## ARGUMENTATIO

Throughout the initial evaluation of the patient's decline in well-being we can consider scientific, and therefore by principle quantifiable observations, as relevant. Proper scientific work always has the ambition for quantification manifesting objectivity. According to POPPER, any scientific statement must include an *observation sentence*, which is to provide the possibility of falsification (1). The observable outcome of a prediction can be proven false. Following this rule and the principle of deduction, the empiric scientist is able to make a conclusion according to his best knowledge and belief. By applying this "best practice", it is assured that any possible doubt about the truthfulness of the prediction or conclusion is minimal.

Especially in medicine, this approach provides guidance in an elegant manner. Due to the high responsibility towards the patient, medical knowledge always is to be based on this principle. The empiric sci-



entist – in this case the physician – has access to a large number of parameters, which are useful to assess the general condition of his patient by observation. This includes any indicated “manual”, physical or laboratory examination. Respective findings can be easily quantified and objectively indicate a pathological state or sometimes the precise location of pathology. Given that these findings are the only necessary indication for the respective treatment, we require the framework of all influences towards the patient’s health to only know two separate and distinct outcomes: “To treat or not to treat.” This tautology represents the classic *tertium non datur* principle of logic. Modern empiric medical practice is certainly not of approximate nature, instead it targets the known pathology and aims for clear indication. To meet this objective, the physician will take into account as many circumstances as possible. These may include the patient’s age and life expectancy, unpleasant side effects or benefit magnitude of the therapy. Dependent on the specific illness, the physician is awaited with many much more concise considerations revealing themselves behind these “simple” terms.

There are simple cases, where there may be no potential for questioning the positive effect of the treatment. Applying analgesics to a patient always appears appropriate as long as the preparation is suitable for the desired duration of treatment. The necessity of this practice is not very likely to be questioned, but only the medication, dose or duration will be subject to discussion. However, circumstances may not be as simple as the preceding example. Patients at any age can present themselves to the doctor with a multitude of diseases and complicating life circumstances. This is not always the case, but there almost is certainty of finding an accumulated pathological state with increasing age. In elderly patients, the physician commonly pays attention to the multimorbidity, physical and cognitive capability, mobility, social environment and inclination towards depression. For example, geriatric assessment always includes indices for determining the *self-help* competence in household environment (2).

Despite the fact that all these aspects allow a large-scale information capture of the status quo, there still is a quite distinct uncertainty if a treatment would improve the future situation in any of the listed

trouble spots. This difficulty in finding the truth results from three reasons. Firstly, there cannot exist a correlation between the object matter (“the thing”) and the finding of a causal relation by itself. Finding the causal relation already is superior to mere objectivism – it takes human cognition. Secondly, tracing many causalities at once requires increased attention, generating a greater possibility for mistakes, which are violations against the principles of logic. Mankind proved to achieve the magnificent, but still is susceptible to errors. Thirdly, there cannot be complete assurance of prediction correctness. HUME had shown in his “problem of induction” that any prediction (i. e. theory) that is based on observation (i. e. empiricism) is uncertain (3). Furthermore, QUINE represents the opinion that all predictions and theories form a network of knowledge – the principle of holism. Single statements or predictions can only be evaluated by different theories within the network and are not found to be true by confirming empiric observation. This “underdetermination” of observing experience will always put the correlated theories within the network into question if only one statement is proven incorrect (4). HUME and QUINE thereby demonstrate a reasonable doubt against every common scientific statement. Although science aims at meeting its requirement for gathering information by observation and creates a network of knowledge which is commonly found to be “true” for the greater part, there can still be preserved a substantial uncertainty. Therefore, objectivity cannot guarantee for true deduction. It is questionable if there ever will be found the “absolute way of truth establishment”.

This thesis is supported by RUDNER’S “The Scientist Qua Scientist Makes Value Judgements”. He shows that the scientist’s work is governed by decisions on the *sufficiency* of probability warranting the hypothesis acceptance. The scientist thereby expresses his judgement rather in a *function of importance* than establishing absolute certainty. The latter simply is impossible because the scientist’s decision-making is subject to this necessity of judgement and his function as human being, i. e. his unavoidable existence as scientist e.g. “*qua father*”, “*qua lover*” or “*qua member of society*”. RUDNER therefore defines the scientist qua scientist to only be able to make judgement in this manner. This

represents the ethical aspect of creating instructions to reject the opposite thesis found to be of *less importance* (5). Even an illusive *propositio posita prima facie* (lat. for hypothesis appearing true at first sight) may not be found indisputably true for this very reason. In other words, the entity of *factum* cannot conclude anything by itself.

Besides the argumentative doubt it is also possible to suspect deviation from truth on the level of sensation, which may put even more entities into question. As one of the famous representants of methodic doubt (*de omnibus dubitandum*), DESCARTES proposes the impossibility of definitive knowledge, since knowledge arises from perception, which may always be subject to illusion. Only the existence of the thinking person itself cannot be questioned because even thinking about the possible illusion strictly requires the very own existence – *cogito, ergo sum* (6).

Although this problem of uncertainty cannot be overcome, the ambition for ascertaining the truth persists by means of applying the same empiric principles, simply because there is no generally accepted alternative to it. This general acceptance of applied scientific or medical practice is the necessary condition not just for legal protection (jurisprudence: *conditio sine qua non*), but also for advocating the seemingly professional and *subjective opinion* in front of the patient. The degree of general acceptance therefore is the highest instance for measurement of truthfulness or prediction accuracy *a priori*. Accepting this principle, the scientific empiricism has developed a meshwork of knowledge (cf. QUINE) that exceeds borders of separate scientific fields. A high level of acceptance of sentences can be acknowledged if they are confirmed by many other observation sentences within the meshwork.

In addition to this principle of evaluation, higher order directives do apply for the physician. Medical axiology establishing the *lex artis medicinae*, is the chief directive for handling information by the physician who aims towards but never reaches true objectivity. This remaining uncertainty will cause the physician who is admitted working *lege artis* not to be free of error. Errors as they can only be identified as an act changing the state of well-being towards the “bad” *a posteriori* arise

for different reasons. They might not always be caused by misapplying therapy techniques. Interrogation with problems exceeding the pure evidence base, such as *treatment necessity* or *life expectancy*, also is included in the physician's directives higher than the "medical rulebook". It is thereby part of *lex artis* to be aware of the ubiquitous *systemic error*.

Already the Romans were aware of this general possibility of error in administration of justice. The well-known Latin dictum "*audiatur et altera pars*" (7) gives evidence for the early development of this attempt to overcome the temptation to believe what seems to be obvious. The course of history has shown that ordinary jurisdiction is highly vulnerable and can be taken as criterion for human development.

## CONCLUSIO

After demonstrating the unavoidable uncertainty in what is commonly known as "truth" and the necessity to include the awareness of this systemic error in the process of finding the truth, it still is to find a precise higher order directive for truth establishment. All previously mentioned principles are valuable by avoiding violations against the *scientific consensus*, but do not specify the methodological gap towards absolute knowledge.

Since it is not possible to expand the specification of methodological directives beyond this point, it is to understand that only a *retroactive* control mechanism can provide the possibility of fault exclusion. Retroactive control is a mechanism that is subjective to human cognition in the respective *present* situation, evaluating the preceding action. Contrary to deductive reasoning, the action outcome staying in a cause – effect relationship is now categorised in desirable and non-desirable effect of action. In other words, foreseeing the action outcome *a priori* still belongs to subjective judgements, but is based on the anticipated and favoured effect which is subject to a specifically defined maxim.

In jurisprudence and medicine – two scientific fields with direct impact on circumstances of human life – this control mechanism is of high importance. The respective maxim or highest order directive in medicine is commonly known as the oath of HIPPOCRATES – "*pri-*

*mum non nocere*” (nihil nocere) (8). It is to retroactively condemn any harmful action and to anticipate this action a priori on a level of complexity that can still be overlooked. Therefore, by principle, it refers to falsificationism if the possible harmful consequence of action is assumed to be detectable. Another highly applicable control mechanism that introduces *happiness* as an evaluative parameter might be the *felicific calculus* being part of the theory of hedonism as formulated by BENTHAM (9).

With respect to QUINE (4) it can be proposed to further enhance the coherency of statements within the “network of knowledge”. There is no doubt about this being common practice in present scientific work, but the visualisation of statement coherency serves for better understanding. Although it has been shown that reasonable doubt does exist in any statement, the scientific quest for knowledge should always follow the directive “*sapere aude*” (10) adopted from HORAZ in the sense of KANT’S definition of enlightenment (11).

## REFERENCES

POPPER, K. “Logik der Forschung. Zur Erkenntnistheorie der modernen Wissenschaft”, p. 46; Springer Verlag Wien, 1935.

HEROLD, G. “Innere Medizin”, p. 952; Gerd Herold Verlag, 2022

HUME, D. “A Treatise of Human Nature”, Volume I, part III, section VI; London, 1739.

QUINE, W. V. O. “From a Logical Point of View”, Second revised edition, p. 41; Harper & Row, 1961.

RUDNER, R. “The Scientist Qua Scientist Makes Value Judgements”, p. 2; Philosophy of Science Vol. 20, No. 1, 1953.

DESCARTES, R. “Meditationes de prima philosophia”, meditatio prima et secunda Felix Meiner Verlag Hamburg, 2008.

LANGCHAMP DE BERIÉR, F. “Audiatur et altera pars. Eine fehlende Säuleninschrift am Warschauer Justizpalast und die Bedeutung der Parömie im polnischen Recht” in Hallebeek et al.: “Inter cives necnon peregrinos” Vandenhoeck & Ruprecht Göttingen, 2014.

HIPPOCRATES; Hippocratic Oath;

TRIVERS, H. quoted from: Travers, Henry. "Primum Non Nocere: Origin of a Principle"

South Dakota medicine: the journal of the South Dakota State Medical Association. 71. 64-65., 2018. (Assumably adopted from Greek into Latin language by Thomas Sydenham.)

BENTHAM, J. "An Introduction to the Principles of Morals and Legislation", p. 26 London, 1780.

HORAZ ; Epistulae, 1, 2, 40

MARCUSE, L. "Aufklärung und Verklärung" in "Das goldene Buch der Bildung. Band II", p. 42 Fackelträger-Verlag Schmidt-Küster GmbH Hannover, 1962.

## Tomáš Randa

Slovem transgender nazýváme osoby, jejichž pohlavní identita neodpovídá pohlaví určenému po narození. Někteří transgender lidé pociťují nepříjemný pocit nesouladu mezi svým tělem a svou genderovou identitou, jedná se o takzvanou genderovou dysforii. Právě genderová dysforie je podkladem zvýšeného rizika depresí, sebepoškozování a sebevražd v transgender populaci<sup>1</sup>. Je také cílem léčby, která zahrnuje psychoterapii, hormonální terapii i chirurgický zásah. Nárůst počtu transgender osob<sup>2</sup> a provedených pohlavních tranzicí v posledních letech, a to i třeba u známých osobností – Caitlyn Jenner, vedl ke společenské diskuzi s názory často shazujícími jak chirurgické zákroky, tak samotnou existenci transgender lidí.

Podstatou hormonální terapie a chirurgických výkonů (gender-affirming surgery) je upravit tělo pacienta do podoby odpovídající genderové identitě. Je důležité zmínit, že ne všichni transgender lidé chtějí podstoupit nějaký zákrok, někteří ani nechtějí projít tranzicí. Chirurgické přístupy zahrnují menší zákroky jako například úpravy hlasivek, odnětí prsou, tak i rozsáhlé výkony – odnětí původních pohlavních orgánů a tvorbu nových, což jsou samozřejmě nevratné změny. Operace s sebou samozřejmě nesou obvyklé pooperační komplikace (trombózy, infekce apod.). Není také jisté, zda pacient bude se svým novým tělem spokojen, ať už se jedná o nevyhovující vzhled nebo narušenou funkci – poruchy močení, sexuální dysfunkce. Komplikace postihují ve větší míře trans muže (narození jako ženy)<sup>3</sup>. Pacienti jsou ale ve většině případů s výsledky operací spokojeni, alespoň do té míry že operace nelitují<sup>4</sup>, ale přesto si myslím, že bychom tato rizika neměli podceňovat.

Chirurgickou změnou pohlaví zajisté nemůžete projít jen tak bez zamyšlení, existují jistá kritéria – řada psychiatrických vyšetření a další zákonem dané podmínky, například schválení odbornou komisí nebo poučení o charakteru a rizicích zákroků. I přesto však mám pocit, že pacient před tranzicí může být zaslepen vidinou svého nového

těla, které bude konečně odpovídat jeho identitě, a nemusí si tak plně uvědomit rizika s operací spjatá.

Další komplikací je sterilizace, ke které při gender-affirming surgery nevyhnutelně dochází. Umím si představit, že otázka početí dítěte je pro někoho různě důležitá v různých obdobích života. Ke změně pohlaví přistupují i mladí lidé, dle zákona mohou podstoupit operaci po 18 letech věku, a to není věk, ve kterém by většina chtěla mít dítě. Netvrdím, že si nejsme schopni představit dopad sterilizace, když jsme mladí, ale myslím, že pro nás schopnost počít dítě nabývá v průběhu let na důležitosti.

Samotná účinnost operační změny pohlaví je předmětem debat. Některé studie pozorují pozitivní vliv na psychické zdraví, jiné vidí zákroky jako neúčinné<sup>5,6</sup>, i s provedenou gender affirming surgery byla zjištěna zvýšená incidence psychických poruch a počet sebevražd oproti běžné populaci. Z části se pacienti zbaví genderové dysforie, jejich vzhled alespoň z části odpovídá pohlavní identitě, ale mohou stále zůstat různé psychosociální problémy jako nepřijetí společností.

Známe snad lepší alternativu?

Za alternativu se dají považovat psychoterapie<sup>7</sup>, užívání takzvaných binderů (stahovače prsou), packerů (vycpávky). Ty nejsou vždy dostačující, nebo slouží jako doplňková léčba před a po operaci. Alternativou není, dle mého názoru a dle určených postupů terapie<sup>8</sup>, konverzní terapie, tedy snaha o vytvoření genderové identity podle biologického pohlaví, v podstatě bychom popírali pacientovu identitu a léčili tak spíše samotný transgenderismus, a ne genderovou dysforii. Tyto méně invazivní metody také nejsou dostačující pro dosažení úřední změny pohlaví v České republice, zákon vyžaduje chirurgickou změnu. Domnívám se, že tak může vznikat určitý tlak na transgender osoby před tranzicí, umím si představit jejich frustraci s pocitem, že dokud se nenechají operovat, jsou jen imitátoři. V tomto jsme oproti západnímu světu pozadu.

Sám o sobě princip operací špatný není, dáváme pacientům tělo, které chtějí. Řešíme tím zdroj jejich sužování. Je to kauzální léčba, za kterou



bychom myslím byli u jiných nemocí velmi rádi. Zahrneme-li do úvahy komplikace operace, už tak skvěle operace nevypadají. Pooperační komplikace mohou mnohdy znamenat nejen fyzické ale i psychické obtíže, napadají mě například aspekty sexuální dysfunkce, inkontinence. Ty se mohou projevit až po mnoha letech a jsou tak hůře zaznamatelné ve studiích, které ukazují například jen přímé komplikace jako je spokojenost se vzhledem. Nejsem si poté jistý, zda jsou operace účinná z hlediska přijetí ve společnosti, která očekává vzhled nevybočující moc od normálu. Ovšem záleží na tom, v kterých sociálních kruzích se pacient pohybuje, jaké operace byly provedeny nebo jakou dispozici má pacient k tomu vypadat odpovídající svému určenému pohlaví. Možná tak vyléčíme genderovou dysforii, ale pacienti mohou zasáhnout poruchy asociované se sociálním odloučením, neschopností najít si partnera anebo pocity zbytečnosti provedené operace, výčitky. To však nemůžeme vyčítat operaci jako takové, ale naší společnosti.

Myslím, že jedním z důvodů, proč je gender-affirming surgery vnímána negativně, je její nenadálá četnost za posledních 10 let<sup>9</sup>. S počtem operací se tak relativně zvedl i počet komplikací a lidí, kteří své operace litují, tedy neměla jim být provedena. Věřím, že tak může docházet ve vyšší míře ke špatné diagnostice, a že tak tuto operaci podstoupí v některých případech i ti kteří ji nepotřebují, a právě tyto případy jsou medializované. S větším počtem provedených gender-affirming surgery tak vzrostlo i povědomí o této problematice. Ve společnosti bohužel panují velmi hlasité názory odporu vůči transgender populaci. Téma je pro nás nové a cizí, transgender lidi tak někteří vnímají jako hříčky a zrůdy, narušené jedince. Za to může například i neznámá etiologie (i když stále přibývá důkazů, že se někdo jako transgender už narodí), objevují se tak názory tvrdící, že pohlavní identita transgender osob je výmysl a momentální manýra. Tyto názory, kterých přestože není mnoho, jsou hodně slyšet, zacházejí jak do mediální, politické, ale i odborné lékařské sféry (například pokusy o konverzi) a dále polarizují společnost. Najdeme tak názory silně doporučující nebo velmi odrazující od chirurgické změny pohlaví, ve kterých je těžké se orientovat.

Nemyslím, že je dobré vidět věci takto černobíle. Samotná transgender komunita je pestré spektrum, měli bychom tak k ní přistupovat.

Někteří vůbec netrpí genderovou dysforií, u některých dostatečně pomůže neoperační léčba a pro některé je nejvhodnější operační změna pohlaví. Souhlasím tak v podstatě se zavedenými postupy, které jsou platné u nás v České republice. Samozřejmě není gender-affirming surgery, která je až ale jako poslední v řadě léčebných postupů) dokonalá a všespásná a myslím, že bychom ji tak neměli prezentovat. Bylo by jistě výhodné žít v těle, ve kterém jste se narodili, které je fyzicky v pořádku a zdravé. Proč ho ale neupravit, když jeho nositeli způsobuje psychické potíže?

Myslím, že je v nejlepší zájmu pacientů přistupovat k problematice velmi kriticky a zkoušet déle postupovat alternativními nebo méně invazivními postupy. Seznámit pacienty podrobně se všemi riziky, věřím, že se tak dnes postupuje. Máme snad poté právo někomu takový zákrok odepřít? Někteří se o to snaží, možná s dobře míněnou myšlenkou zachránit někoho od zničení vlastního těla, přehlízí ale přitom ty, kterým jejich nové tělo zachránilo život. Sám jsem dříve smýšlel podobně. Alespoň část této snahy o záchranu původní podoby těla bychom ale raději mohli přeměnit ve snahu o přijetí mezi sebe všechny, muže i ženy, ať už jsou jimi od narození nebo se jimi stali až v průběhu života. Jen zkusit pociťovat více soucitu s duší, a ne s tělem.

Třeba se v budoucnu pohled veřejnosti na celou problematiku pohlavní identity upraví a přijmeme i ty, kteří z dnešního pohledu mezi nás nezapadají. To by léčbě a pacientům samotným pomohlo možná nejvíce. Nebylo by snad snazší žít ve svém těle, kdyby ho přijímali ostatní?

(1) Peterson CM, Matthews A, Copps-Smith E, Conard LA. Suicidality, Self-Harm, and Body Dissatisfaction in Transgender Adolescents and Emerging Adults with Gender Dysphoria. *Suicide Life Threat Behav.* 2017 Aug;47(4):475-482. doi: 10.1111/sltb.12289. Epub 2016 Aug 19. PMID: 27539381.

(2) Meerwijk EL, Sevelius JM. Transgender Population Size in the United States: a Meta-Regression of Population-Based Probability Samples. *Am J Public Health.* 2017 Feb;107(2):e1-e8. doi: 10.2105/AJPH.2016.303578. PMID: 28075632; PMCID: PMC5227946.

- (3) Selvaggi, G. & Bellringer, J. *Nat. Rev. Urol.* advance online publication 12 April 2011; corrected online 26 April 2011; doi:10.1038/nrurol.2011.46
- (4) Bustos VP, Bustos SS, Mascaro A, Del Corral G, Forte AJ, Ciudad P, Kim EA, Langstein HN, Manrique OJ. Regret after Gender-affirmation Surgery: A Systematic Review and Meta-analysis of Prevalence. *Plast Reconstr Surg Glob Open.* 2021 Mar 19;9(3):e3477. doi: 10.1097/GOX.0000000000003477. Erratum in: *Plast Reconstr Surg Glob Open.* 2022 Apr 28;10(4):e4340. PMID: 33968550; PMCID: PMC8099405.
- (5) Almazan AN, Keuroghlian AS. Association Between Gender-Affirming Surgeries and Mental Health Outcomes. *JAMA Surg.* 2021;156(7):611–618. doi:10.1001/jamasurg.2021.0952
- (6) Dhejne C, Lichtenstein P, Boman M, Johansson ALV, Långström N, Landén M (2011) Long-Term Follow-Up of Transsexual Persons Undergoing Sex Reassignment Surgery: Cohort Study in Sweden. *PLoS ONE* 6(2): e16885. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0016885>
- (7) Hakeem, A. (2012). Psychotherapy for gender identity disorders. *Advances in Psychiatric Treatment*, 18(1), 17-24. doi:10.1192/apt.bp.111.009431
- (8) Doporučený postup pro sexuology v péči o transsexuální pacienty, Hana Fifková, Petr Weiss, David Neumann, Vladimír Weiss
- (9) Bachar F. Chaya, Zoe P. Berman, Daniel Boczar, Jorge Trilles, Nicolette V. Siringo, Gustave K. Diep, Ricardo Rodriguez Colon, and Eduardo D. Rodriguez. Gender Affirmation Surgery on the Rise: Analysis of Trends and Outcomes. *LGBT Health.* Nov 2022.582-588. <http://doi.org/10.1089/lgbt.2021.0224>

# Involuntary hospitalization

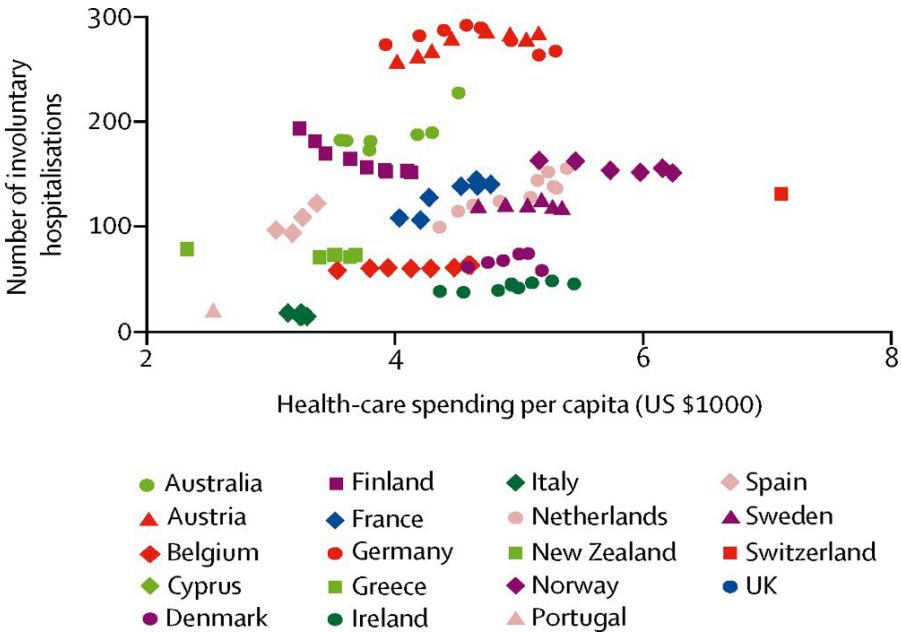
## Myrto-Zoi Salteri

Mental health disorders and their efficient treatment have always been a challenging issue for medicine. Back in the 19th century, mental health diseases were not recognized as treatable and later on patients were hospitalized involuntarily in the so called ‘asylums’, facilities where they were receiving cruel and ineffective treatment. Throughout history, there has been indeed significant evolution and discovery of new effective techniques aiming for the treatment of mental illness. However, even today involuntary hospitalization is considered an option in some cases of mentally ill patients. So the question remains: is involuntary hospitalization an ethical approach for effective treatment in modern societies and if so, when should it be performed?

There are, in fact, specific criteria that need to be provided in order to perform involuntary hospitalization to a patient. The most important of these are the impaired ability of the patient to make decision for his/her own good, the risk their mental disease poses for themselves or/and the others and the necessity of treatment. These legislations differ for each country. For instance, Italy, Spain, and Sweden are the only countries in which the danger to oneself or others is not a criterion for involuntary treatment, but the “necessity” for treatment is still required. (Saya, Anna, et al. “Criteria, Procedures, and Future Prospects of Involuntary Treatment in Psychiatry around the World: A Narrative Review.”, 2019).

Especially in Spain, it is the psychiatrist responsible for the patient that has the authority to ask for involuntary admission and this is done due to the inability of the patient to take decision and care for themselves. (Saya, Anna, et al. 2019 : “Spain requires the first evaluator to be a psychiatrist”, “Chapter II, Article 763 regards involuntary admission for mental disorders and does not speak of the involuntariness of the treatment, but of the inability to take decisions and care for oneself” . ) At the same time, the duration of involuntary hospitalization is also a key factor . For instance, in Norway compulsory hospitalization can

be carried out for 10 days and then the consent of the patient is needed, while in Denmark the law recommends to avoid the involuntary hospitalization as much as possible and thus a final decision should be taken no longer than 48 hours after the admission to the hospital. (Saya, Anna, et al “In Norway, mental health care is provided on the basis of consent ... the patient’s consent is needed”, “ In Denmark, the law recommends avoiding the use of coercion as far as possible.... decision must be taken no later than 48 h from the time of admission.”). Studies demonstrate that apart from the legislations, the percentage of involuntary hospitalization in each country also depends on some socioeconomic factors such as the annual health-care spending . (Luke Sheridan et al, Apr 2019: “ We compared annual incidence of involuntary hospitalisation between 2008 and 2017 (where available) for 22 countries across Europe .... health-care spending and provision of psychiatric beds and mental health staff”, “We found a higher annual incidence of involuntary hospitalisation to be associated with a lower rate of absolute poverty, with higher GDP and health-care spending per capita ... a higher proportion of foreign-born individuals in a population, and larger numbers of inpatient beds.”)



Association between health-care spending per capita and involuntary hospitalisation Luke Sheridan et al. “Variations in Patterns of Involuntary Hospitalisation and in Legal Frameworks: An International Comparative Study.”, 2019.

It is thus evident, that some countries are better oriented towards involuntary hospitalization as a medical approach while others try to avoid it as much as possible. It is an issue of ethical debate to discuss to what extent involuntary hospitalization should be performed and whether this method is at the end more beneficial or harmful for the patients. On one hand, the Universal Declaration of Human Rights states that “all human beings are born free and equal in dignity and rights” emphasizing this way on the value of autonomy based on which the patient has the right to refuse or choose their treatment.

(Saya, Anna, et al. “The Universal Declaration of Human Rights gives dignity a central role, stating “all human beings are born free and equal in dignity and rights.”, “Title I of the Charter of Fundamental Rights of the European Union<sup>5</sup> ... the free and informed consent of the person concerned, according to the procedures laid down by law”). Considering this, the doctor should respect the patient’s will against hospitalization. In addition, a negative outcome of hospitalization against the patient’s will would be the disruption of trust between the patient and the doctor. In reality, sometimes the potential harm in doctor-patient alliance and loss of confidence in the medical services is a reason for not ordering involuntary treatment even if legal criteria are provided. (Sjöstrand, Manne, et al. “Ethical Deliberations about Involuntary Treatment: Interviews with Swedish Psychiatrists - BMC Medical Ethics.” : “ ... risk of the patient – physician alliance being harmed and patients losing confidence in the psychiatric services if a decision about compulsory treatment were to be made”). Another argument against involuntary hospitalization is the direct harms of coercion, mainly psychological, that could potentially affect the outcome of treatment and its effectiveness ( Sjöstrand, Manne, et al. : “The harm could be directly related to limiting patient’s freedom or to the physical coercion that it may involve”, “ It can really be traumatic for someone to be admitted... 24 h... in a [psychiatric] ward when they don’t want to be”)

On the other hand, in case that the patient is not able to make a decision for themselves and for their own good, the necessity of their treatment and the prevention of their self-harm or harming of the other are considered more important arguments for performing involuntary hospitalization even if the consent of the patient is absent. After all, it is indeed a proof of respect to own's dignity when an action is taken with concern to their well being and elimination of self-harm. How could we possibly speak about modern societies characterized by real evolution, empathy and true concern about the patient's treatment and well being if medical care indirectly neglects the mentally ill patients while being aware of their disease severity?

All things considered, treatment of patients against their will under specific circumstances is still a central question in medical ethics. Important is thus to realise the effects of involuntary hospitalization on the patient and whether this method has any impact on efficiency of the final treatment in comparison with the voluntary admission .

Several studies have been performed for this. In one of these, 290 voluntarily and 84 involuntarily hospitalized patients with schizophrenia had been followed up over a period of 2 years to check how the coercion affected or not their treatment outcome. (Jaeger S. Pfiffner et al., *Long-term effects of involuntary hospitalization on medication adherence, treatment engagement and perception of coercion* : “In a naturalistic observational multi-centre study, 290 voluntarily and 84 involuntarily hospitalized patients with schizophrenia or schizoaffective disorder had been followed up over a period of 2 years with half-yearly assessments.”). The results showed that patients from both groups had no difference in their ability to be consistent to their medication . However, the individuals that were involuntarily admitted felt more often coerced in several treatment aspects over the years. As a result it is seen that involuntary hospitalized individuals can indeed be compliant with their treatment, but they still remain more sensitive to subjective coercion in medical procedures and thus the risk for a future involuntary hospitalization may increase. (Jaeger S. Pfiffner et al., *Long-term effects of involuntary hospitalization on medication adherence, treatment engagement and perception of coercion* : “Involuntariness of

the index-hospitalization did not have an effect on the development of treatment engagement or medication adherence judged by blood levels in the course of the follow-up period when the models were controlled for sociodemographic variables and clinical history.”). So, what is most important is the actual way the patients are treated in the mental health clinic and not the way of their admission.

(Goula, Aspasia, et al. U. S. National Library of Medicine, 2021 : “greater importance and stronger correlation with gratification, does not constitute the admission procedure to the psychiatric clinic but the development of effective communication and therapeutic relationship with the staff... in a regime of autonomy and respect for their rights.”).

To conclude, in nowadays healthcare ethics involuntary hospitalization remains an ethical battle between the respect for autonomy and the necessity of treatment always for the benefit and the protection of the patient. In my opinion medicine has always been and should be aiming for the patient’s good and relief and if the mental health of the patient does not allow him to make rational and beneficial, for his own health, decisions then involuntary hospitalization and treatment could be performed. Every patient, though, is different and the decision still depends on each situation and on the criteria present .

## References

Saya, Anna, et al. “Criteria, Procedures, and Future Prospects of Involuntary Treatment in Psychiatry around the World: A Narrative Review.” *Frontiers*, Frontiers, 10 Apr. 2019, <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2019.00271/full>.

Luke Sheridan et al. “Variations in Patterns of Involuntary Hospitalisation and in Legal Frameworks: An International Comparative Study.” *The Lancet Psychiatry*, Elsevier, 4 Apr. 2019, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2215036619300902>.

Sjöstrand, Manne, et al. “Ethical Deliberations about Involuntary Treatment: Interviews with

Swedish Psychiatrists - BMC Medical Ethics.” *BioMed Central*, BioMed Central, 28 May 2015, <https://bmcmedethics.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12910-0150029-5>.



Jaeger S. Pfiffner C. Weiser P;Längle, G;Croissant, D. Schepp et al. *Long-term effects of involuntary hospitalization on medication adherence, treatment engagement and perception of coercion*. Social psychiatry and psychiatric epidemiology. December 12,

2022, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23604621/>

Karasch, O., et al. "Identification of Risk Factors for Involuntary Psychiatric Hospitalization:

Using Environmental Socioeconomic Data and Methods of Machine Learning to

Improve Prediction - BMC Psychiatry." *BioMed Central*, BioMed Central, 8 Aug. 2020, [bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-020-02803-w](https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-020-02803-w).

S;, Katsakou C;Priebe. "Patient's Experiences of Involuntary Hospital Admission and

Treatment: A Review of Qualitative Studies." *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, U. S. National Library of Medicine, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17619549/>.

Goula, Aspasia, et al. "Differences of Mentally Ill Patients' Satisfaction Degree during Their

Involuntary or Voluntary Stay in a Psychiatric Clinic." *Journal of Public Health Research*, U. S. National Library of Medicine, 26 Mar. 2021, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8239621/>.

Canova Mosele et al. "Involuntary Psychiatric Hospitalization and Its Relationship to Psychopathology and Aggression." *Psychiatry Research*, U. S. National Library of Medicine, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29680512/>.

Rains, Luke Sheridan, et al. "Variations in Patterns of Involuntary Hospitalisation and in Legal Frameworks: An International Comparative Study." *The Lancet Psychiatry*, Elsevier, 3 Apr. 2019, [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS22150366\(19\)30090-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS22150366(19)30090-2/fulltext).

Hans Joachim Salize, et al. *Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients ...* 15 May 2002,

[https://ec.europa.eu/health/ph\\_projects/2000/promotion/fp\\_promotion\\_2000\\_frep\\_08\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/ph_projects/2000/promotion/fp_promotion_2000_frep_08_en.pdf).

### Patricia Siebold

Stem cells are very fascinating for both science and society and offer enormous potential for research and treatment of serious incurable diseases. Stem cell research has progressed beyond the stage of pure basic research. The first clinically tested therapies with stem cells are already available and many other therapeutic approaches are in development and can bring hope to patients all over the world.<sup>1</sup>

There are many different types of stem cell. But for a general definition: Stem cells are undifferentiated cells without any specific structure or function. They have the ability to differentiate into every type of cell in your body such as for example skin, blood or nerve cell. Two main classes of stem cells can be identified: adult and embryonic. The first mentioned group consists of unipotent (tissue specific e. g. spermatogonial stem cells) and multipotent (e.g. blood stem cell) types. Both subgroups are responsible for the development, natural regeneration and repair of the body's cells.

The latter class are pluripotent, meaning they can differentiate into any kind of the over 200 cell types in the human being. Human embryonic stem cells are harvested during an in vitro fertilization, whereby 60-100 pluripotent cells of the Blastocyst (five days old embryo) can be collected. To obtain these stem cells the five days old in vitro embryo dies.<sup>2</sup> Besides obtaining the cells from an artificial insemination they can be harvested from an aborted fetus.<sup>3</sup>

This procedure was first successfully isolated by scientists in 1998 and opened new research avenues to think about<sup>4</sup> but also new legislation requirements for this kind of research:

The majority of European countries strictly prohibit garnering and following research activities with embryonic stem cells (hESCs). Only a few, such as Netherlands, Spain, Greece and France are proponents of therapeutic use of these stem cells, to the extent that no embryo is exclusively grown for this intention.<sup>5</sup> Among others Czech Repub-

lic only allows research with “surplus” embryos that are left over from artificial insemination, or sometimes with fetuses after miscarriages while Germany, Italy and Ireland only allow research with embryonic stem cells to a very limited extent.<sup>6</sup>

The questions: “Does the human embryo deserves protection?” and “Is it ethically justifiable to use embryos for the possibilities of obtaining stem cells or even creating them just for that purpose?” are in the focus of the ethical discussion.

Ethically and especially religiously this can be argued. Opinions divide as to at what a human life is defined and from which point in time protection rights take effect. “As a matter of religious faith and moral conviction, they believe that “human life begins at conception“and that an embryo is therefore a person beginning this very moment.”<sup>7</sup> An embryo, regardless which development stage, must therefore never be instrumentalized for other purposes no matter how high-ranking the goals may be. The right of one human being (embryo) cannot be offset against the right of another human being (patient care). Giving an embryo protection from the very first beginning (fusion of maternal and paternal nuclei) is based on the development towards an autonomous subject. Based on this statement and the fact that the blastocyst dies in the process, representatives of these side claim it is murder.

Supporting this statement, a law for the protection of the embryo exists in Germany since 1990, which implies “(...) that the human embryo created for IVF purposes is a human being and stands from its very beginnings under the constitutional principles of respect for, and protection of, human life.”<sup>8</sup>

Another ethical opinion protects the embryo only due to its personhood when it reaches a certain stage of development. Before reaching this stage of development, the embryo is only awarded a graded level of protection.<sup>9</sup> This allows research up to a certain timepoint of embryonic development if the research goals have a high priority and if there are lack of alternatives. The protected timepoints vary in the ethical discussions from implantation in the uterus to development of neuronal tube. This viewpoint is followed by the UK.<sup>10</sup> It is allowed to do

research on embryos and also to produce embryos specifically for this purpose.

Can embryos who are grown in-vitro but not carried in the uterus (and will not in future because parents don't want to have more kids, ...) used for research purposes? In the opinion of those in favor, using them to obtain stem cells, does not represent an inadmissible instrumentalization. These embryos no longer developed into a child anyway and are "doomed to die". Those who disagree, question that such embryos are necessarily „doomed to die.“ They refer to the possibility of later embryo adoption.

The only choice left is to either let them die off or store them indefinitely. The Leopoldina (National Academy of Science) asks for research options of those embryos<sup>11</sup> controlled by Legal Authorities and Ethical Committees to avoid fraud and other unethical use.

Changing the viewpoint from the fundamental rights of an unborn life, where and when it starts and how it must be protected, to the patients who suffer from incurable diseases and could find hope in treatment if research would be eased.

What could we achieve with embryonal stem cells and how would they advance medical research? Can they help us in a therapeutic point of view?

Since more than a decade haematological diseases like leukemia are treated with human adult stem cells with good outcomes. Scientists also believe that there are good prospects for therapies or even a cure for some auto-immune diseases if stem cells, especially embryonic stem cells, were used.<sup>12</sup> Totipotent cells have the ability to multiply very fast and in comparison to adult stem cells they have a higher division rate and “ (...) do not yet have a genetic defect due to the lack of an aging process“.<sup>13</sup> hESCs are useful for many different purposes. Not only for diseases occurring in adults, but also for making reproductive medicine safer, like “ (...) causes of early pregnancy loss, aspects of embryonic ageing and the failure of pregnancy in older women (where genetic defects in the oocyte appear to be important).“<sup>14</sup> Possible drug effects

on embryonic cells could be studied but predominantly and incisively those stem cells could be a crucial factor in transplantation medicine as cell replacement therapy.“ Examples of diseases caused by the loss, or loss of function, of only one or a limited number of cell types and which could benefit from hESC cell-based therapies include diabetes, Parkinson’s disease, stroke, arthritis, multiple sclerosis, heart failure and spinal cord lesions.“<sup>15</sup>

The well-being and rights of those who donate embryos for research require the sort of support and protection that can be provided by an ethical and legal framework. “Prospective embryo donors should also be given a choice about the uses to which hESCs derived from their donated embryos will be put in order to honor their ethical convictions and ensure that there are sufficient embryos for this research.”<sup>16</sup>

To support and advance this highly sensitive and emotional research, thoughts must be given to education and communication with the patient and their partner, who are willing to donate during their artificial fertilization. Transparency and realistic expectations in research and ethical commitment can pave a way to a common understanding.

#### References:

- (1) Kobold et al: A Manually Curated Database on Clinical Studies involving Cell Products Derived from Human Pluripotent Stem Cells, 2020, <https://doi.org/10.1016/j.stemcr.2020.06.014>
- (2) <https://www.leopoldina.org/themen/embryonenforschung/erkenntnis-und-nutzen/>
- (3) <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11660628/>
- (4) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5995443/>
- (5) <https://www.thenewatlantis.com/publications/appendix-e-overview-of-international-human-embryonicstem-cell-laws>
- (6) [www.eurostemcell.org](http://www.eurostemcell.org)
- (7) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2726839/>
- (8) <https://academic.oup.com/jmp/article/29/5/603/864438>, Embryonenschutzgesetz8

- (9) <https://www.drze.de/>
- (10) Fertilisation and Embryology Act von 1990 / Human Fertilisation and Embryology (Research Purposes) Regulations 2001
- (11) Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina und Union der deutschen Akademien der Wissenschaften (2021): Stellungnahme. Neubewertung des Schutzes von In-vitro-Embryonen in Deutschland. Halle (Saale). Online-Version (efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/[https://www.leopoldina.org/uploads/tx\\_leopublication/2021\\_Stellungnahme\\_Embryonenschutz\\_web.pdf](https://www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/2021_Stellungnahme_Embryonenschutz_web.pdf))
- (12) <https://www.mayoclinic.org/tests-procedures/bone-marrow-transplant/in-depth/stem-cells/art20048117>
- (13) <https://www.youtube.com/watch?v=reTnSBBwTGI>
- (14) <https://academic.oup.com/humrep/article/18/4/672/596542>
- (15) <https://academic.oup.com/humrep/article/18/4/672/596542>
- (16) <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19255878/>

## Why is anorexia nervosa a feminine disease? Psycho-socio-cultural factors in the aetiology of the disease.

### Lison Vulliet

In the general population, anorexia nervosa is seen as a feminine disease. This idea is not so far from the reality as this illness is affecting way more women than men, approximately nine women for one man. But why? Why a psychiatric disease, not directly related with the differences of anatomy between male and female, is affecting mostly one gender? In this essay, we will try to present some theories that could explain why women are more affected by anorexia nervosa, we will mostly focus on the psychological, social, and cultural factors involved.

#### Definition

Anorexia Nervosa (AN) is an eating disorder, characterized by a restriction of the energetic food intakes resulting in a significantly low weight, an intense fear of gaining weight, a disturbed body image and an excessive influence of the weight/body image on the self-esteem.

In easier terms, it can be defined as a perpetual war against hunger, with the desire of obtaining and maintaining a minimal weight, despite the negative physical and psychological consequences on the person.

The clinical picture of this disease is mostly represented by the low weight of the patient and the physical disorders resulting of it: asthenia, hypotension, hypothermia, decreased libido, constipation, hair loss, amenorrhea, decreasing of attention and memory... But despite the physical picture, it is important to remember that AN is not only dangerous in an underweight person: even with a normal weight, an anorexic patient can be in a life-threatening situation (nutriment deficiencies, electrolytics disturbances, suicidal risk...).

As it is a psychiatric disorder, there are obviously psychic signs: insomnia, irritability, anxiety, intense sadness, anhedonia, alexithymia (no perceptible emotions), obsessive ideas about diet/body/weight, and denial of thinness.



To complete the picture of AN, we must describe the compartmental aspect of the disease. It regroups all the weight control strategies: food restriction, physical hyperactivity, and other strategies such as the excessive consumption of spices, the exposure to cold, all foods rituals, etc.

## Epidemiology

We said in introduction that AN was seen as a feminine illness, and according to the epidemiology this belief is not totally wrong. Following a study of 2018, the prevalence of anorexia nervosa is estimated to be between 1 and 4% in women (Smink F, Nov 2013.), and between 0.1% and 0.3% in men (Raevuori A, Nov 2014). The mortality rates are range from 10 to 15% (A. Kipman).

If we focus on the population affected, we see that even if the disease occurs in men, middle-aged and elderly women, it is predominantly an illness of adolescent girls and young women. Anorexia nervosa cases are also not present everywhere: it mostly affects developed countries as Northern America, Europe, or more recently Asia, but from the few studies run in Africa, no anorexia cases following the DSM-V criteria were found there.

## Mains aetiologies

The aetiology of Anorexia is still not fully understood. It is a multifactorial disease, but the most probable and important causes seem to be:

Genetic predispositions: concordance rate for monozygotic twins is higher (on average 44%) than for dizygotic twins (on average 12.5%) (A. Kipman).

Personality and behavioural characteristics: persons with perfectionism, competitiveness, or difficulties of showing/sharing emotions and feelings for example are more susceptible of developing AN.

Significant life stages, such as puberty, pregnancy, post-partum and menopause (EDVictoria)

Family dynamics: relationship between parents and child, place of the food in the family, type of food allowed in the house.

Traumatism: bullying at school, rape, loneliness, etc.

Sociocultural factors: “diet culture”, place of the appearance and the weight in society.

Risk contexts or jobs: activity with weight preoccupation: danse, gymnastic, sport with weight categories, modelling, etc.

Other diseases: depression, anxiety, autism (it appears that up to 20-35% of women with anorexia meet the diagnostic criteria for autism (EDVictoria))

Like in a lot of psychiatric diseases, only the interaction of different factors can lead to the disease, we can not only focus on one cause. But none of these factors is directly related to the feminine gender, it is on the same way, only an interaction of different factors that make women more susceptible than men.

Anorexia nervosa in history, evolution of the disease with the society

Anorexia nervosa has been known since the 1870s, when it was described by Gull (London) and Lasague (Paris). But from past writings, we can guess that eating disorders were existing way before this “discovery”. Some texts of the medieval period describe women behaviours that could be now seen as anorexia behavioural patterns with food restriction in order to lose weight. To be exact, we must distinguish the motivations behind these behaviours: during medieval period, these disordered eating patterns were linked to religious believes and moral perfection, in contrary as today where the goal of “moderns” anorexic is mostly linked to an ideal body shape (Rudolph Bell 1985).

However, even if we know eating disorders had a way longer story than the described one which appeared in the end of the 19<sup>th</sup> century, it is easier and more related to our subject to only focus on a recent period.

Having a look at the recent history and epidemiology of anorexia in developed countries (US, Europe) can make us understand more about the sociocultural factors involved in the disease. The discussion of anorexia nervosa as a psychiatric diagnostic began around the 1940s, and from there we can observe different incidences rates along the time.

After a slight increase of the illness in the 30s, the incidence dropped to a low point in the 50s, before starting to rise again in the 60s. After this, we can notice a particularly intense acceleration in the 80s. In 1985, anorexia nervosa was even described as the 3<sup>rd</sup> most common disease in the young Americans women after asthma and obesity (al., 1991).

But the interesting part is not the numbers by themselves, it is their links with the sociocultural aspects of the same times, and especially the evolution of women beauty standards.

In the 50-60s, during the after-war period, people tended to be happier, to enjoy life and food, therefore the beauty standard was quite 'full', the desirable women had a hourglass figure and a generous chest. From the 70s to the 90s, the standards changed. Top-models became more and more famous, and with them, the ideal body became more and more thin. From the uncountable types of diets you could find in magazines, to the famous Kate Moss sentence "Nothing tastes as good as skinny feels", the womanweight problematic was everywhere.

Noticing a higher incidence of anorexia nervosa at the same time, is not a coincidence. It is easily understandable that if you are surrounded by people overvaluing a low weight, you are more susceptible to be concern by your own body shape, and to try to change it through putting yourself under a diet. Dieting is basically changing of food and sport habits, mostly reducing calory intakes and exercising more, in aim to lose weight. Thus, it makes sense that a diet, if it finds other eating disorders risk factors in the individual, can easily be turn into more obsessives' thoughts and lead to anorexia nervosa.

In summary, the society and its beauty-standards can be linked to the development of anorexia nervosa. But men have beauty-standards too, why only women are affected by the weight concern and AN?

Beauty pressure, a feminine problem?

All along history, men had been admired for their power, knowledge, and influence. In opposite, respectable women tended more to be kind, quiet, and pretty. Beauty has been a part of the women value for more time and in a more important way than for men. Even if today in our

occidentals countries women can be admired for their knowledge, sport level or economic status, they are still more pressured by aesthetic standard than men do. For example, in France on the 17<sup>th</sup> of December (2022), 7.3 of the 67,5 million French citizens watched the show “Miss France”, which aims to elect the prettiest French women. This means that more than 10% of the French population was interested in this emission and enjoyed commenting the beauty of all these women. The same show also exists for men, “Mister France”, but is not broadcast on the TV anymore because not enough people were watching it. This example shows us how much the beauty is related to women and not men, and therefore why we can admit that the beauty pressure is mostly a feminine problem.

Thus, if we combined this beauty pressure and the thin-body-ideal, we understand the power the society has on the development of anorexia nervosa in women and not in men.

#### Activities with weight-concern and anorexia nervosa

We have talked about the societal impact on the development of anorexia in women, but to be more precise on the environmental influence, we have to talk about certain situations that are more auspicious of eating disorder development.

We said that the weight pressure is an important factor in the development of the disease, therefore specific environmental risk-factors can be obvious: danse, gymnastic, artistic ice-skating, sports with weight categories, modelling, etc. The common thing between all these activities is the weightpreoccupation they create, and the higher rate of eating disorders in their populations. In 1980, Garner conclude in one of his studies (David M. Garner, 1980): “anorexia nervosa is more common in danse and modelling students than in other women of a similar age and social class. The prevalence of 7 % in these groups supports the hypothesis that individuals who must focus increased attention on a slim body shape are at risk for anorexia nervosa (...) [in comparison] the highest incidence for anorexia nervosa for a standard boarding school setting is approximately 1 %”.

Danse, gymnastic, modelling. Beside their weight preoccupation another similarity of these activities is the gender of their members: 93% of dancers and 78% of gymnasts are girls (French ministry of Sports, 2013). More girls in these activities, and a higher risk of AN in their population, by a simple equation we can say that it will result in more anorexic girls than boys.

Is this assessment the main explanation why women are more affected than men by anorexia? Probably not, but it is still one of many reasons involved.

### Puberty in the development of the disease

Puberty, beside producing major body changes, is also an important timing in the development of the individuality, it is a period of profound transition in terms of drives, emotions, motivations, psychology, and social life. Talking about Anorexia Nervosa, the highest incidence of the disease is between 14 and 17 years old (French-National-Institute-of-Health-and-Medical, 2017), it is then probably worth it to have a look at this period.

Besides the hormonal changes taking place in the body during puberty that could maybe influence the development of anorexia nervosa, there is one bio-psychological aspect we should highlight. At 10 years old, boys and girls have in average the same fat content. As boys start their puberty, they begin to produce large amounts of testosterone and build up muscle bulk. At 19 years old, they eat about 20% more food, because their muscular bodies need more calories. In contrast, girls do not build up bulky muscles and their bodies do not need an extra amount of food: the average girl of 19 eats about 12% less than she did at 10, but nevertheless her fat reserves increase. At the end of puberty, the fat content in the composition of postpubertal girls is about twice that of postpubertal boys (28% versus 15%) (H. W. Hoek, 1998).

As puberty is a key psychosocial time of development, and with the addition of social weight pressure, it makes sense that this girl 'weight crisis' can easily be the beginning of disordered eating behaviour, and then lead to anorexia nervosa.

## Internalization and Anorexia nervosa

If we look now at the adolescence in a more psychological aspect, we have to explain the internalization and externalization processes. These terms are referring to pathophysiological process affecting adolescents and resulting into different types of psychiatric issues. Internalizing problems are described as inner-directed and generating distress in the individual, and consist of anxious and affective symptoms. They represent disorders such as depression, anxiety, withdrawal or eating disorders. Externalizing problems are described as outer-directed and generating discomfort and conflict in the surrounding environment, they consist of aggression and conduct disorders, and regroup oppositional disorders, delinquency, school problems or substance use (Maria Forns, 01 January 2014), (Department of Psychology, January 2016), (Bonnie J. Leadbeater, 1999).

Internalizing problems are frequently found in anorexic patients. A group of searchers of the university of Pisa (Filippo Muratori, April 2004) studied the prevalence of internalizing problem in a group of 86 hospitalized anorexic patients. They used the CBCL (Child Behaviour Checklist) to attest of the potentials internalizing and externalizing problems of patients. The study showed that 51% of them were concerned by pure internalizing problem, and 16% by mixed (internalizing + externalizing) problems. So, in total 67% of the anorexic patients were subject to internalization.

Another group of psychiatrists focused on the internalization and externalization behavioural problems in girls before the development of anorexia nervosa (Mandana Adambejan, 2012). They used sisters pairs, with one sister who had experienced anorexia nervosa and the other not, and compared by their parents point of view their behavioural during adolescence (before the begin of the disease for the sister who had suffer of anorexia). The study showed that both internalizing and externalizing problems increased the probability of developing an eating disorder, with internalizing problems having the greatest. Also, girls with higher problem rates generally were more likely to develop an eating disorder.

Those two studies showed us that internalization problems could be considered as a risk factor of developing anorexia nervosa.

We can now focus on a third study run by American researchers in Psychology in 1999 (Department of Psychology, January 2016), which examined the link between gender and internalizing-externalizing problems in a group of 460 middle school students for 2 years. They reported that girls were more affected by internalizing symptoms (withdrawal, somatic complaints, and anxious-depressed mood), whereas boys reported more externalizing ones (delinquent behaviour, aggressive behaviour). The explanation of girls' greater susceptibility to internalizing problems was given through different aspects:

Girls are more susceptible to interpersonal vulnerability: in year 1, 25% of girls experienced it and only 7% of boys did. In year 2 it was 42% vs 7%.

Heightened interpersonal vulnerability brings more preoccupation for relationships with others and leads to difficulty expressing anger overtly, which results in a higher susceptibility to internalization.

Girls may experience more stress related to simultaneous developmental transitions: as they are on average mature earlier than boys, their puberty is more probable to occur at the same time as their transition to middle school. This is an exclusive pathway that triggers internalization in girls.

Girls are more prone to rely on support from parents and peers for coping. Therefore, bad relationships with their close environment can lead to greater risk of internalization too.

In summary, girls are more prone to develop internalizing problems, while internalizing problems is a risk factor of anorexia nervosa. This is another link we highlighted between girls and anorexia nervosa.

Anorexia Nervosa, a cultural bound syndrome?

Let's take some distance from the more individual factors, and focus on the repartition of the disease around the world.

Anorexia Nervosa is a psychiatric disorder, which therefore seems in-

dividually linked. But when we have a look at its propagation across the world, we understand that the development of the disease is not only linked with some risk factors precipitating together in some individuals, but that it is also connected with societal evolution around them. Anorexia nervosa didn't appear simultaneously everywhere, some countries were affected first (around the 50s), like the US or European countries, while some are still not affected by it like many African countries. We can describe the disease as a culture bound syndrome as it is linked to certain manifestations found only in specific places. The best example to illustrate this phenomenon, is to describe the emergence of Anorexia nervosa in Asian countries between the 70s and today.

The first country of Asia who saw the appearance of AN was Japan, then it was followed by Singapore, Hong-Kong, Korea, and Taiwan, later by China, and only recently by India. We can describe two important phenomena to explain this emergence of the disease in Asia: the 'Westernization' and the industrialisation/urbanisation of the continent.

The best way to explain the 'Westernization' influence on the arriving of anorexia in Asia is to describe how it appears in Hong-Kong (Buller., 11 Jun 2010). This was described by Dr. Sing Lee, a psychiatrist and researcher who watched the evolution of the disease. In the late 1980s, Dr Lee was receiving 2 or 3 anorexic patients a year, and unlike American anorexics, most of them did not intentionally diet or express a fear of becoming fat, they complained more of somatic symptoms such as having bloated stomachs. In 1994, a teenage anorexic girl named Charlene Hsu Chi-Ying collapsed and died in a street of Hong Kong. The news was strongly related by the medias, and they added to it a copy of American diagnostic manuals, assuming the disease was the same all around the world. This event, besides modifying the population's knowledge of the disease, also changed its expression: Dr Lee started to see more anorexic patients (many new cases each month) and they were experiencing more virulent American standard. By 2007 about 90% of the anorexics Dr Lee treated reported fat phobia.

But as we said earlier, the development of Anorexia in Asia is not only



due to the 'Westernization' of the continent, its appearance is also linked to a 2<sup>nd</sup> concomitant phenomenon: the massive industrialization and urbanization of these countries (Dunne, 2015). This re-organization was extremely fast and changed a lot of parameters in the life of their citizens, these profoundes cultural transformations participated to the modification of anorexia nervosa. Lots of people discovered suddenly the life into huge cities, their food habits changed with a bigger accessibility to it, less homemade meals and more fast-food which as we could excepted resulted in an increase of the obesity rate in the population. At the same time, this new urban life impacted gender roles: "in this increasingly competitive environment, women were expected to develop a new set of skills, and it may unavoidably expose them to greater criticism from peers, colleagues, and society, perhaps in turn prompting women to engage in more self-evaluation" explained Witcomb, Arcelus and Chen (Witcomb GL). So due to the urbanization, the combination of new food habits, women self-evaluation and the emergence of social media, was prone to the development of eating disorders there.

In summary, eating disorders appeared in Asia in a way shorter time than they did in Europe or in the US, because of two phenomena: the 'Westernization' of the continent, and the concomitant urbanization of many of those countries. This make us understand that the disease is way more linked to societal factors than we could think in the first place.

The story of anorexia in Honk-Hong is also very interesting by itself, as it make us understand that without the knowledge of the existence and the expression of the disease, people can probably not developpe it. This changes the perspective we could have on mental disorders: even if you cannot spread them as a virus by the air or as a bacterium by a contaminated environment, you can maybe spread them with the knowledge around them? We are not saying here that people are faking anorexia after learning about it, but that an unconscious part of their brains may act as a mirror and copy these behaviours after seeing them. Therefore, we can hypothesize that girls could be more affected by the disease because medias only show anorexic girls? Maybe in the

same way as it happened in HonkHong, if we suddenly presented the disease as able to affect women and men in the same way, boys would start to develop it more? This could in a way explain why girls are more prone to develop it than boys.

## Conclusion

We have highlighted some important reasons able to explain why women are more affected by anorexia nervosa: the thin-ideal-woman-body, the societal pressure on women appearance, the risky “girly activities”, the “weight crisis” during puberty, the internalization phenomenon in adolescents girls, and finally the influence of the society on the shape of the disease with the interesting example of Honk-Hong.

But they are obviously not the only reasons of the development of the disease, and to show how multifactorial this process is, we will see one last example. We highlighted that the social environment could put pressure on women bodies and weights, therefore if we thought in a scientific way, we could think that while removing social factors, we would see a decrease in the development of AN. The COVID-19 pandemic made us discover what is living without social interactions, and some studies are now able to show us what were the consequences of it. The first lockdown of 2020 seems to have worsened eating disorders numbers according to some studies:

After the lockdown there was 1.54 times greater likelihood of finding a higher AN inpatient number in hospitals and 3.54 times of daily admissions (A. Matthews, December 2021)

Prevalence of symptomatic deterioration in 65% of patients with eating disorders (Lucia Sideli, August 2021)

So even without direct social influence, anorexia n. can develop. This last example is here to show how complex this disease is: there is no precise rule about its appearance, therefore we cannot suppress it.

To conclude, I will say that even if AN aetiology can in a way help us understand its pathophysiology and find appropriate way to cure it, the most important part of the disease to remember is its signs: the most early you diagnose it, the most probably the patient will recover, and

the less the mortality risk will be (as a reminder the mortality rate is between 10-15%).

## References

A. Kipman, P. Gorwood, M. C. Mouren-Siméoni, J. Adès. Genetic factors in anorexia nervosa.

A. Matthews, R. Kramer, C. Peterson, L. Mitan. December 2021. Higher admission and rapid readmission rates among medically hospitalized youth with anorexia nervosa/atypical anorexia nervosa during COVID-19. . December 2021.

al., Lucas et. 1991. 1991.

Bonnie J. Leadbeater, Gabriel P. Kuperminc, and Sidney J. Blatt from Yale University and Christopher Hertzog from Georgia Institute of Technology. 1999. A Multivariate Model of Gender Differences in Adolescents. Internalizing and Externalizing Problems. 1999.

Buller., Tom. 11 Jun 2010. Review of Ethan Watters, Crazy Like Us: The Globalization of the American Psyche. . 11 Jun 2010.

David M. Garner, Paul E. Garfinkel. 1980. Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa. 1980.

Department of Psychology, University of Kashmir, J&K. January 2016. Internalizing and Externalizing Problems in Adolescents Analyzing the Gender Difference. January 2016.

Dunne, Kathleen M. Pike and Patricia E. 2015. The rise of eating disorders in Asia: a review. 2015.

Eating disorders explained. Eating disorders Victoria. [En ligne]

Filippo Muratori, Valentina Viglione, Sandra Maestro, Lara Picchi. April 2004. Internalizing and Externalizing conditions in Adolescent Anorexia. . April 2004.

French ministry of Sports, Youth, Popular Education and Associative Life. 2013. 2013.

French-National-Institute-of-Health-and-Medical. 2017. 2017.

H. W. Hoek, J. Treasure, M. Katzman. 1998. Neurobiology in the treatment of eating disorders . 1998.

Lucia Sideli, Gianluca Lo Coco, Rubinia Celeste Bonfanti, Bianca Borsarini, Lucia Fortunato, Cristina Sechi, Nadia Micali. August 2021. Effects of COVID-19 lockdown on eating disorders and obesity: A systematic review and meta-analysis. August 2021.

Mandana Adambegan, Gudrun Wagner, Ingo W. Nader, Fernando Fernandez-Aranda, Janet Treasure. 2012. Internalizing and Externalizing Behaviour Problems in Childhood Contribute to the Development of Anorexia and Bulimia Nervosa. A Study Comparing Sister Pairs. 2012.

Maria Forns, Judit Abad & Teresa Kirchner. 01 January 2014. Internalizing and Externalizing Problems. 01 January 2014.

2022. Offremedia.com. [En ligne] 20 12 2022.

Raevuori A, Keski-Rahkonen A, Hoek HW. Nov 2014. A review of eating disorders in males. . Nov 2014.

Rudolph Bell 1985, Bynum 1987, Brumberg 1988.

Smink F, Van Hoeken D, Hoek HW. Nov 2013.. Epidemiology, course, and outcome of eating disorders. Nov 2013.

Thomas M. Achenbach, Masha Y. Ivanova, Leslie A. Rescorla, Lori V. Turner, Robert R. Althoff MD. 5 december 2016. Internalizing/Externalizing Problems: Review and Recommendations for Clinical and Research Applications. . 5 december 2016.

Witcomb GL, Arcelus J, Chen J. Shanghai Arch Psychiatry. Can cognitive dissonance methods developed in the West for combatting the 'thin ideal' help slow the rapidly increasing prevalence of eating disorders in non-Western cultures?