

Psychiatrie pro praxi

2022

1E

www.solen.cz | www.psychiatriepropraxi.cz | ISSN 1213-0508 | Ročník 23 | 2022

PŘEHLEDOVÉ ČLÁNKY

Močová retence jako vzácná komplikace užívání psychofarmak

Psychogenní erektilní dysfunkce

Úzkostné poruchy a jejich léčba

Vliv pandemie covidu-19 na duševní zdraví dětí a adolescentů

KONZILIÁRNÍ PSYCHIATRIE A PSYCHOSOMATIKA

Genderová dysforie jako fenomén naší doby?

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

Časopis je indexován
v Bibliographia Medica
Čechoslovaca a v EMcare.



SLOVO ÚVODEM

Vážení a milí čtenáři,
opět jsme pro vás připravili rozšířenou elektronickou verzi časopisu
Psychiatrie pro praxi.

Doplňuje tištěnou verzi – nabízí vám další články.

Pěkné čtení vám přeje

redakce časopisu Psychiatrie pro praxi

V dalších číslech...



... co v tištěném časopisu nenajdete

- ▶ bonusové články
- ▶ abstrakta z kongresů
- ▶ celé prezentace...

... a co papír neumí

- ▶ videa z kongresů
- ▶ vyhledávání v článcích
- ▶ odkazy na web...

PŘEHLEDOVÉ ČLÁNKY

e3 doc. MUDr. Dana Končelíková, Ph.D., PharmDr. Gabriela Vaculová

Močová retence jako vzácná komplikace užívání psychofarmak

e8 MUDr. Taťána Šrámková, CSc.

Psychogenní erektilní dysfunkce

e17 PharmDr. Ivana Tašková

Úzkostné poruchy a jejich léčba

e28 MUDr. Jan Uhlíř

Vliv pandemie covidu-19 na duševní zdraví dětí a adolescentů

KONZILIÁRNÍ PSYCHIATRIE A PSYCHOSOMATIKA

e33 MUDr. Vladislav Chvála, PhDr. Ludmila Trapková
Genderová dysforie jako fenomén naší doby?



Močová retence jako vzácná komplikace užívání psychofarmak

doc. MUDr. Dana Končelíková, Ph.D., PharmDr. Gabriela Vaculová

Klinika psychiatrie, Fakultní nemocnice Olomouc a LF UP Olomouc

Oddělení klinické farmacie, Fakultní nemocnice Olomouc

Močová retence se může rozvinout jako důsledek celé řady somatických, ale i psychických poruch. Identifikace příčiny je přitom klíčová ve správné léčbě pacientů. Tento přehledový článek si klade za cíl prezentovat základní skupiny psychofarmak, jejich indikace a možnou souvislost s rozvojem močové retence. Za rizikové jsou považovány zejména látky ze skupiny antipsychotik a antidepresiv, látky ovlivňující anticholinergní a serotoninergní systém. V zásadě lze však psychofarmaka označit z hlediska rizika rozvoje močové retence za bezpečné. Opatrnosti je třeba zejména u rizikových skupin a v případě lékových kombinací.

Klíčová slova: močová retence, anticholinergní, serotoninergní, antipsychotika, antidepresiva, anxiolytika.

Urinary retention as a rare complication of psychotropic drug use

Urinary retention can develop as a result of a number of somatic as well as mental disorders. Identifying the cause is crucial in the proper treatment of patients. This review article aims to present the basic groups of psychotropic drugs, their indications and the possible connection with the development of urinary retention. Substances from the group of antipsychotics and antidepressants, substances affecting the anticholinergic and serotonergic systems, are considered to be risky. In principle, however, psychotropic drugs can be described as safe in terms

KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA: doc. MUDr. Dana Končelíková, Ph.D., dana.koncelikova@fnol.cz

Klinika psychiatrie, Fakultní nemocnice Olomouc a LF UP,

I. P. Pavlova 6, 775 00 Olomouc

Převzato z: Urol. praxi 2021; 22(4): 192–194

Článek přijat redakcí: 3. 7. 2021

Článek přijat k publikaci: 23. 7. 2021



of the risk of developing urinary retention. Caution should be exercised especially in at-risk groups and in drug combinations.

Key words: urinary retention, anticholinergic, serotonergic, antipsychotics, antidepressants, anxiolytics.

Úvod

Močovou retencí rozumíme stav, kdy pacient není schopen se vymočit, spontánně vyprázdnit celý močový měchýř. Péče o tyto pacienty bývá svízelná. Problémy s vyprazdňováním způsobují pacientům velký dyskomfort a z dlouhodobého hlediska mohou vést k závažným komplikacím. Pacienti s tímto typem potíží nejčastěji navštěvují urologické ambulance. Etiologie těchto obtíží je ovšem velmi široká. Od infekcí, přes neurologické obtíže, benigní hyperplazii prostaty až po nežádoucí účinek užívání farmak. Následující článek se zaměřuje na riziko rozvoje močové retence jako důsledek užívání psychofarmak.

Obecně patří psychofarmaka mezi jedny z nejčastěji proskribovaných léčiv. Do skupiny psychofarmak patří zejména antidepressiva, anxiolytika a antipsychotika. V širším kontextu do ní lze zařadit i stabilizátory nálady, mezi které patří některá antiepileptika a lithium. Indikace podávání psychofarmak je velice široká. Zahrnuje jak duševní choroby jako takové, ale v dnešní době jsou používána i při zvládnání akutní bolesti, podávají se podpůrně při kardiovaskulárních onemocněních, u neurologických pacientů atd. Stejně rozmanitá je i skupina pacientů, která psychofarmaka užívá, od mladých, somaticky zdravých jedinců, až po seniory stížené polymorbiditou a polypragmazií.

Péče o psychiatrické pacienty je obvykle pro odborníky z jiných oborů, a často i pro samotné psychiatry, náročná. Při komunikaci mívají tendence buďto svoje potíže agravovat, nebo je naopak bagatelizovat. Lékaři si

proto nebývají jistí, že mohou informacím od pacientů věřit, někdy mají tendence jejich léčbu odbývat s tím, že to stejně „nemá smysl“. Pacienti se také nezřídka za „svou psychiatrickou diagnózu“ stydí a mají tendence tajit, že psychofarmaka užívají. Také mají vysokou tendenci s léky manipulovat nebo si je vysazovat (1).

Zcela samostatnou kapitolou je pak močová retence psychogenního původu. Řadí se do skupiny úzkostných poruch, specifických fóbií. Je typická neschopností vymočit se v přítomnosti dalších osob, např. na veřejných záchodcích nebo v restauračních zařízeních. Pacienti cítí úzkost jak při samotném močení, tak mají obavy z nutkání na močení. Typická je komplexním vyhýbavým a zabezpečovacím chováním. Setkali jsme se však již i s pacientkami, u kterých došlo k rozvoji močové retence následkem sexuálního traumatu. Tyto ženy se dlouhodobě autocévkovaly.

V následujícím textu budou prezentovány jednotlivé skupiny psychofarmak, jejich stručný popis, nejčastěji užívaní zástupci, indikace a známá rizika rozvoje močové retence.

Antipsychotika

Jak již název napovídá, tyto medikamenty jsou nejčastěji užívány k léčbě psychotických příznaků. Jako první asi napadne paranoidní schizofrenie, ale jejich použití je širší. Jako augmentační strategie jsou využívány při léčbě těžkých depresí nebo obsedantně-kompulzivní poruchy. Využívá se i jejich antiagresivní (např. u pacientů s mentální



retardací nebo demencí) a hypnotický potenciál. Tradičně jsou děleny na typická a atypická. Jejich mechanismus je založen na antagonismu zejména dopaminergních a částečně i serotoninergních receptorů. Působí však i další receptorové systémy pro adrenalin, acetylcholin a histamin. Mezi typické zástupce typických antipsychotik patří haloperidol, mezi atypická řadíme např. olazapin, risperidon, kvetiapin a clozapin. Důvodem rozvoje močové retence při užívání antipsychotik je jejich anticholinergní potenciál, působí jak centrální, tak periferní nežádoucí účinky. Negativně ovlivňují kontrakce svalů detruzoru močového měchýře. Ve studii prováděné u pacientů léčených na paliativní jednotce, u kterých byl v terapii použit haloperidol, se močová retence vyskytla u 5 % pacientů. Jednalo se o druhý nejčastější nežádoucí účinek po somnolenci (2). Kazuistická sdělení popisují rozvoj akutní retence při užívání haloperidolu v monoterapii (3), ale i v kombinaci s dalšími psychofarmaky (4, 5). Z pohledu bezpečnosti je vhodnější používání atypických antipsychotik. Podle studie provedené Hwangem a kolektivem (6), která zkoumala data více než 90 tisíc pacientů léčených pomocí atypických antipsychotik, došlo k rozvoji akutní močové retence u 0,34 % pacientů, což bylo 2x častěji než v kontrolní skupině. Z modernějších antipsychotik byl rozvoj močové retence popsán i při terapii klozapinem, olanzapinem, kvetiapinem a ziprasidonem (7, 8, 9, 10).

Antidepresiva

Antidepresiva jsou látky používané zejména k léčbě deprese a úzkostných poruch. Lze jich s výhodou využít i k léčbě nespavosti, ale i chronické bolesti. Preskripce většiny antidepresiv není vázána pouze na psychiatra a může je předepsat i lékař jiných odborností. V posled-

ních letech jsme svědky velkého nárůstu předepisování antidepresiv (11). Antidepresiva jsou na základě jejich receptorového profilu řazena do několika skupin. Rozvoj akutní močové retence je spojen zejména s podáváním tricyklických antidepresiv, které mají anticholinergní působení. Výsledky naznačují, že močová retence se objevuje u 0,1 % léčených tricyklicky (12). V případě, kdy byl amitryptilin použit v léčbě mentální anorexie, se močová retence objevila u 42,5 % probandů (13). Močová retence byla také popsána při předávkování amitryptilinem (14). Rozvoj akutní močové retence je spojován i dalšími, u nás užívanými tricyklickými antidepresivy – nortriptylinem a imipraminem (15, 16). Kromě anticholinergního se podílí na regulaci mikce i serotoninergní mechanismus (17). Za zlatý standard léčby je v dnešní době považováno podávání látek ze skupiny SSRI – selektivních inhibitorů vychytávání serotoninu. Do této skupiny patří fluoxetin, fluvoxamin, paroxetin, setralin, citalopram a escitalopram. Na nežádoucí účinky antidepresiv se zaměřila Německá multicentrická studie s více než 53 tisíci pacientů. 16 999 probandů užívalo antidepresiva ze skupiny SSRI. Močová retence, která vyžadovala katetrizaci, punkci nebo způsobila infekci se objevila u 0,025 % pacientů. Méně často se objevovala, pokud byly SSRI podávány v monoterapii (18). SSRI jsou častěji spojovány s močovou inkontinencí, která se objevuje až u 15 lidí z 1 000 léčených (19).

Zvláštní pozornost je věnována duloxetinu, který ovlivňuje vychytávání jak serotoninu, tak noradrenalinu. Duloxetin cestou ovlivnění CNS zvyšuje neuronální aktivitu zevního močového svěrače a snižuje aktivitu močového měchýře (20). Metaanalýza Viktrupa a kol. z roku 2004 (21) sledovala výsledky osm placebem kontrolovaných studií, které zkoumali vliv duloxetinu na močovou retenci u více než 1 100 probandů léčených



pro depresivní epizodu. Subjektivní potíže při močení popsalo 0,4 % pacientů. U žádného z probandů nebyla nezbytná katetrizace. Autoři tedy konstatují, že podávání duloxetinu je ve srovnání s plácem více rizikové vzhledem k močové retenci, riziko je však velmi nízké.

Anxiolytika a hypnotika

Anxiolytika jsou primárně využívána ke zvládnutí úzkostných stavů, ale opět je lze užívat i v jiných indikacích. Např. u diazepam, který patří k nejvíce užívaným, je popsán efekt anxiolytický, sedativní, hypnotický, antikonvulzní a myorelaxační. Právě myorelaxační účinky pravděpodobně stojí za rizikem rozvoje močové retence. Močová retence byla popsána při užívání clonazepam a diazepam. Jedná se však o jednotlivé práce. V případě Benazziho starší práce z roku 1998 (4) se jednalo o kombinaci clonazepam, setralinu a haloperidolu. Druhá práce (22) zmiňuje rozvoj retence u dítěte s mozkovou obrnou. Práce z roku 1991 (23) se věnuje riziku rozvoje močové retence při dlouhodobém užívání benzodiazepinů. Opět se však jedná jen o kazuistické sdělení, které popisuje rozvoj retence u pacientky užívající 6 let diazepam, u které došlo k odeznění příznaků po vysazení diazepam. U Z-látek (zolpidem, zopiclon, zotepin), která patří mezi nejčastěji užívaná hypnotika, nebyl rozvoj močové retence popsán.

LITERATURA

1. Kamaradova D, Latalova K, Prasko J, et al. Connection between self-stigma, adherence to treatment, and discontinuation of medication. *Patient preference and adherence* 2016; 10: 1289.
2. Crawford GB, Agar MM, Quinn SJ, et al. Pharmacovigilance in hospice/palliative care: net effect of haloperidol for delirium. *Journal of palliative medicine*. 2013; 16(11): 1335–1341.
3. Sahoo S. Aripiprazole in a patient susceptible to urinary side effects of antipsychotics.

Stabilizátory nálady

Mezi stabilizátory nálady se tradičně řadí některá antikonvulziva (lamotrigin, valproát a karbamazepin), některá antipsychotika (aripirazol, olanzapin, kvetiapin) a lithium. Močová retence byla opakovaně popsána při užívání karmabazepinu. Předpokládaným mechanismem je anticholinergní působení na periferní receptory v močovém měchýři. Močová retence při užívání karbamazepinu byla popsána zejména u pacientů trpících onemocněním ovlivňujícím nervový systém, jednalo se o dva pacienty trpící diabetem mellitus (23) a dva pacienty trpící Fabryho chorobou (24). Jedno kazuistické sdělení se týká pacientky trpící epilepsií (25). Podávání lithia je spojeno s rizikem polyurie, retence moče nebyla doposud popsána.

Závěr

Psychofarmaka jsou obecně z hlediska rozvoje močové retence bezpečnou skupinou farmak. Riziko jejího rozvoje bylo zaznamenáno zejména u látek s anticholinergním a serotoninergním působením. V případě dalších látek se často jednalo jen o kazuistická sdělení u vybraných skupin pacientů. Vliv psychofarmak je také v řadě studií nejednoznačný. Některá psychofarmaka, např. diazepam, se naopak používají jako prevence rozvoje močové retence (26). Nicméně v případě nejasné etiologie obtíží by mělo být na možnou souvislost mezi retencí a podáváním psychofarmak myšleno.

The Israel journal of psychiatry and related sciences 2007; 44(1): 74.

4. Benazzi F. Urinary retention with sertraline, haloperidol, and clonazepam combination. *Can J Psychiatry* 1998; 43: 1051–1052.
5. Ulmar G, Schunck H, Kober C. Urinary retention in the course of neuroleptic therapy with haloperidol. *Pharmacopsychiatry* 1998; 21(04): 208–209.



6. Hwang YJ, Dixon SN, Reiss JP, et al. Atypical antipsychotic drugs and the risk for acute kidney injury and other adverse outcomes in older adults: a population-based cohort study. *Annals of internal medicine* 2014; 161(4): 242–248.
7. Lin YT. Urinary retention as a rare adverse effect of clozapine: a case report. In *International Journal of Neuropsychopharmacology* 2016; 19: 196–197.
8. Cohen R, Wilkins KM, Ostroff R, et al. Olanzapine and acute urinary retention in two geriatric patients. *The American journal of geriatric pharmacotherapy* 2007; 5(3): 241–246.
9. Sokolski KN, Brown BJ, Melden M. Urinary retention following repeated high-dose quetiapine. *Annals of Pharmacotherapy* 2004; 38(5): 899–900.
10. Chung AK, Chua SE. Acute urinary retention associated with selective serotonin reuptake inhibitors and ziprasidone. *Illin Psychopharmacol* 2007; 27(5): 517–519.
11. Kopeček M. Preskripce psychofarmak a jejich ceny v ČR v letech 2003, 2005 a 2008. *Čes a slov psychiatr* 2010; 106(2): 119–120.
12. Degner D, Grohmann R, Kropp S, et al. Severe adverse drug reactions of antidepressants: results of the German multicenter drug surveillance program AMSP. *Pharmacopsychiatry* 2004; 37(S1): 39–45.
13. Biederman J, Herzog DB, Rivinus TM, et al. Amitriptyline in the treatment of anorexia nervosa: a double-blind, placebo-controlled study. *Journal of clinical psychopharmacology* 1985; 5(1): 10–16.
14. Güloğlu C, Orak M, Üstündağ M, et al. Analysis of amitriptyline overdose in emergency medicine. *Emergency Medicine Journal* 2011; 28(4): 296–299.
15. Selius BA, Subedi R. Urinary retention in adults: diagnosis and initial management. *American family physician* 2008; 77(5): 643–650.
16. Claghorn JL, Earl CQ, Walczak DD, et al. Fluvoxamine maleate in the treatment of depression: a single-center, double-blind, placebo-controlled comparison with imipramine in outpatients. *Journal of clinical psychopharmacology* 1996; 16(2): 113–120.
17. Yoshimura N, Chancellor MB. Neurophysiology of lower urinary tract function and dysfunction. *Reviews in urology* 2003; 5: 3.
18. Degner D, Grohmann R, Kropp S, et al. Severe adverse drug reactions of antidepressants: Results of the German multicenter drug surveillance program AMPS. *Pharmacopsychiatry* 2004; 37: 39–45.
19. Movig KLL, Leufkens HGM, Belitser SV, et al. Selective serotonin reuptake inhibitor-induced urinary incontinence. *Pharmacoepidemiology and drug safety* 2002; 11(4): 271–279.
20. Cannon TW, Chancellor MB. Pharmacotherapy for stress urinary incontinence. *Rev Urol* 2003; 5: 135–141.
21. Viktrup L, Pangallo BA, Detke MJ, et al. Urinary side effects of duloxetine in the treatment of depression and stress urinary incontinence. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2004; 6: 65–73.
22. Çaksen H, Odabaş D. Urinary retention due to clonazepam in a child with dyskinetic cerebral palsy. *Journal of Emergency Medicine* 2004; 26(2): 244.
23. Steiner I, Birmanns B. Carbamazepine-induced urinary retention in long-standing diabetes mellitus. *Neurology* 1993; 43(9): 1855–1855.
24. Filling-Katz MR, Merrick HF, Fink JK, et al. Carbamazepine in Fabry's disease: Effective analgesia with dose-dependent exacerbation of autonomic dysfunction. *Neurology* 1989; 39(4): 598–598.
25. Hmouda H, Salem CB, Grira M, et al. Carbamazepine-induced urinary retention. *British journal of clinical pharmacology* 2007; 64(6): 833.
26. Burger DH, Kappetein AP, Boutkan H, et al. Prevention of urinary retention after general surgery: a controlled trial of carbachol/diazepam versus alfuzosine. *Journal of the American College of Surgeons* 1997; 185(3): 234–236.



Psychogenní erektilní dysfunkce

MUDr. Taťána Šrámková, CSc.

Urologická klinika 1. LF UK a VFN v Praze

Sexuologické oddělení FN Brno

Klinika traumatologie, Masarykova univerzita v Brně

Psychogenní erektilní dysfunkce představuje 20 % všech případů poruchy erekce. Nutno zdůraznit, že i organická erektilní dysfunkce je velmi často komplikována psychologickými faktory, které vedou k fixaci poruchy. Patří k nim strach, deprese, anticipační tenze (úzkost z očekávání selhání erekce), osobnostní rysy a konflikty v partnerském vztahu – partnerský sexuální nesoulad. Za primární psychogenní erektilní dysfunkci označujeme neschopnost dosáhnout a udržet ztopoření dostatečné rigidity k realizaci uspokojivého sexuálního styku, pokud jsme komplexním andrologickým vyšetřením vyloučili organickou příčinu. Prvním krokem je edukace a racionální psychoterapie, spočívající v objasnění fyziologie erekce a patofyziologie erektilní dysfunkce, podpoře sebedůvěry a podání informace o terapeutických postupech. Trénink sexuálních dovedností, komunikace, manželská terapie a psychosexuální výchova jsou pilíře léčby. Kognitivně-behaviorální psychoterapie jako kombinovaný psychologický přístup spolu s použitím inhibitorů PDE5 přináší maximální terapeutický efekt.

Klíčová slova: erektilní dysfunkce, psychogenní faktory, edukace, kognitivně-behaviorální terapie.

Psychogenic erectile dysfunction

Psychogenic erectile dysfunction occurs in 20 % of all cases of erectile dysfunction. It should be highlighted that organic erectile dysfunction is very often complicated by psychological factors that lead to the fixation of the disorder. These include fear, depression, anticipatory tension



KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA: MUDr. Taťána Šrámková, CSc., sramkova.t@gmail.com
Sexuologické oddělení FN Brno
Netroufalky 1, 625 00 Brno

Převzato z: Urol. praxi 2021; 22(1): 22–26
Článek přijat redakcí: 30. 10. 2020
Článek přijat k publikaci: 1. 11. 2020



(anxiety about expecting an erectile failure), personality characteristics and conflicts in a relationship – a partner's sexual incompatibility. The primary psychogenic erectile dysfunction is the inability to achieve and maintain the erection of sufficient rigidity for the implementation of satisfactory sexual intercourse, if we have ruled out an organic cause by a comprehensive andrological examination. The first step is education and rational psychotherapy, consisting in clarifying the physiology of erection and the pathophysiology of erectile dysfunction, promoting self-confidence and providing information on therapeutic options. Sexual skills training, communication, marital therapy and psychosexual education are pillars of treatment. Cognitive-behavioral psychotherapy as a combined psychological approach together with the use of PDE5 inhibitors brings the maximum therapeutic effect.

Key words: erectile dysfunction, psychogenic factors, education, cognitive-behavioral therapy.

Úvod

Erekce penisu je složitý fyziologický proces, který zahrnuje integraci nervového, cévního, endokrinního systému a psychiky. Klíčovým momentem erekce je relaxace hladké svaloviny topořivých těles vedoucí k vazodilataci a arteriálnímu přítoku krve a funkční venookluzivní systém (1).

Eretilní dysfunkce (ED) může ovlivnit psychosociální zdraví a může mít významný dopad na kvalitu života pacientů a jejich partnerek (2, 3, 4).

Dělení ED

Eretilní dysfunkce je obvykle rozdělena do tří skupin na základě etiologie. Tyto kategorie zahrnují organické, psychogenní a smíšené ED. Tato klasifikace by však měla být používána opatrně, protože většina případů ED má smíšenou etiologii.

Proto bylo navrženo používat „primární organická“ nebo „primární psychogenní“ ED (5).

Patofyziologie ED může být vaskulogenní, neurogenní, anatomická, hormonální, vyvolaná léky a/nebo psychogenní. Řada rizikových faktorů je

spojena s nepříznivým dopadem na erektální funkci: věk, diabetes mellitus, dyslipidemie, hypertenze, kardiovaskulární onemocnění (KVO), obezita, metabolický syndrom, hyperhomocysteinemie, nedostatek pohybu, kouření, síňové fibrilace, hypertyreóza, nedostatek vitamínu D, hyperurikemie a hypotyreóza, hyperprolaktinemie a deprese. Byla prokázána souvislost mezi ED a farmakoterapií pro KVO: např. thiazidová diuretika a beta-blokátory, kromě nebivololu, vedou k ED. Naopak inhibitory angiotenzin-konvertujícího enzymu (ACE), blokátory angiotenzinového receptoru a blokátory kalciových kanálů mají neutrální nebo dokonce příznivé účinky na erektální funkci (EF) (5, 6, 7, 8, 9). Navrhované etiologické a patofyziologické dělení ED by nemělo být považováno za normativní. Ve většině případů je ED spojena s více než jedním patofyziologickým faktorem a velmi často, pokud ne vždy, má psychologickou složku (5, 7).

Definice psychogenní ED

Za primární psychogenní erektální dysfunkci (ED) označujeme neschopnost dosáhnout a udržet ztopoření dostatečné rigidity k realizaci



uspokojivého sexuálního styku, pokud jsme komplexním andrologickým vyšetřením vyloučili organickou příčinu poruchy erekce (5, 6, 7).

Výskyt

Psychogenní ED se objevuje u 20 % všech případů poruchy ztopoření. Nutno zdůraznit, že i organická ED je velmi často komplikována psychologickými faktory, které vedou k fixaci poruchy. Patří k nim strach, deprese, anticipační tenze (úzkost z očekávání selhání erekce), osobnostní rysy a konflikty v partnerském vztahu – partnerský sexuální nesoulad (6, 10).

Psychogenní ED se vyskytuje ve dvou vrcholech: u mužů mezi 21. až 30. rokem života a mezi 41. až 50. rokem života (11).

Příčiny psychogenní ED

- **Strach z očekávání:** úzkost z očekávaného výkonu se objevuje u mladého muže poté, co nedosáhl erekce. Muž ztratí sebevědomí, zaměřuje se na svůj penis, zabývá se pouze sebou, ztrácí zájem o partnerku a sexuální vzrušení se vytrácí. Úzkost vyvolá zvýšení hladiny adrenalinu v krvi, působení vazokonstrikce znesnadňuje dosažení erekce. Negativní emoce se ukládá v mozku, vzniká bludný kruh a problém se v horizontu času zhoršuje.
- **Osobnost muže:** úzkostní, nejistí, bázlíví muži, se sklonem k sebe-pozorování, mající nízké sebevědomí se sklony k pocitům méněcennosti, muži hypochondričtí a muži zaměřeni na výkon. Muži s nedostatečnými sexuálními zkušenostmi se mohou při sexu se zkušenější ženou cítit nejistí, což může vyústit v selhání erekce.
- **Odlíšná sexuální orientace:** žena není apetrovaný objekt – nejčastěji u homosexuality nebo pedofilie. Řada mužů spontánně o např.

homosexualitě nehovoří. Je třeba se ptát na obsah sexuálních snů a fantazií.

- **Faktory související se vztahem a partnerkou:** komunikační problémy, nedostatek sebedůvěry, ztráta sexuálního zájmu, závažné konflikty. Není snadné zjistit, zda problém v sexualitě má příčinu v narušeném vztahu, nebo zda je vztah narušen z důvodu sexuálního problému. Sexuální dysfunkce žen mohou vést k rozvoji sexuálních dysfunkcí u mužů a totéž platí i naopak. Na vzniku psychogenní ED se podílí nekonzumovaný vztah, dlouhá, nucená sexuální abstinence muže (nemoc či úmrtí partnerky).
- **Partnerské problémy v nesexuálních oblastech života vedoucí ke stresu:** konflikty při výchově dětí, sociálně-ekonomické problémy rodiny, absence vzájemného porozumění a tolerance.
- **Psychické poruchy:** deprese – nezbytné je odlišit, zda je deprese příčinou nebo důsledkem poruchy erekce; neurózy, zejména úzkostné, poruchy osobnosti, únava, exhausce. U 50–70 % mužů s depresí se projevuje ED, způsobena samotným onemocněním, ale i vlivem užívaných léků.
- **Situační faktory:** společné bydlení s rodiči a obava z vyrušení při sexu, společná ložnice s dětmi, obava z nákazy sexuálně přenosnou chorobou, strach z gravidity.
- **Traumatizující zážitky z minulých sexuálních vztahů.**
- **Absence sexuální výchovy, restriktivní sexuální výchova v důsledku morálních či náboženských postojů, zneužívání v dětství.**
- **Nový fenomén jako příčina psychogenní ED je pornografie.** U abuzérů pornografie se objevuje selektivní porucha erekce, muž má kvalitní erekci při masturbaci, při sledování pornografie, ale v part-



nerském sexu selhává. Někteří mladí muži, často z ostychu, z obavy ze selhání, ztrácejí zájem o sex s partnerkou. Neumí se seznamovat, dobývat ženu, nevěří si, obávají se odmítnutí partnerkou, toto vše vede ke konzumaci pornografie, při které je jednoduché sexuální vybití, muže nikdo nehodnotí, nesoudí, nemusí podávat „výkon“. A pornografie se tak stává pro některé mladé muže jedinou variantou sexuálního vybití. Sexuální výchova na školách a osvěta by měla vést k obnovení přirozené, partnerské sexuality (7, 9, 10, 11).

Patofyziologie psychogenní ED

Erekce je parasympatický děj. Za patogenezi psychogenní ED je nejčastěji označována zvýšená aktivita sympatiku a inhibice uvolňování neurotransmiterů. Tímto mechanismem je narušen klíčový moment erekce, kterým je relaxace hladkého svalstva topořivých těles. Každá negativní emoce, která ruší prožitek sexuálního vzrušení, nebo která snižuje vzrušivost či sexuální touhu, může způsobit selhání erekce (10).

Klasifikace

Psychogenní ED dle Guidelines EAU (Doporučení Evropské urologické společnosti)

Generalizovaný typ: např. nedostatek vzrušivosti a poruchy sexuální intimity.

Situační typ: např. problémy související s partnerem či zaměřením se na výkon (5).

Podle Kratochvíla rozlišujeme dva typy poruchy:

- První **typ poruchy se objevuje u mladých mužů při zahájení sexuálního života. Reflex erekce je tlumen negativními emocemi –**

strachem, úzkostí, obavou ze selhání, kritickým sebezpozorováním a zaměřením na výkon. Tyto negativní emoce erekci ruší, neúspěch vyvolává strach z dalšího selhání, obavy, úzkost a očekávaný neúspěch tlumí sexuální vzrušení a tlumí genitální reakci. Bludný kruh se uzavírá.

- Druhý typ poruchy se objevuje v pozdějším sexuální životě muže. Podněty, které dříve dostačovaly k navození erekce, přestávají být účinné. Vlivem je snížené působení partnerky jako erotogenního podnětu vlivem stárnutí, sexuálního stereotypu či neshod v nesexuálních oblastech partnerského života. Spolupodílí se snižující se rigidita erekce u stárnoucího muže. Porucha erekce se fixuje stejným mechanismem jako u prvního typu – obava ze selhání – sebezpozorování – selhání (11).

Diagnostika

Anamnéza

Odběr anamnézy je velmi důležitý. Stanovení diagnózy psychogenní ED pak není obtížné.

Pro psychogenní ED je typický obvykle náhlý začátek, spojený s traumatizujícím zážitkem (př. ztráta zaměstnání, úmrtí v rodině, ekonomické problémy), vyčerpáním, konfliktem ve vztahu apod. Muž udává výskyt kvalitních ranních a/nebo nočních erekcí. Erekce dostatečné rigidity je při masturbaci, s jinou partnerkou/partnerem, s různými podněty (7, 8, 9, 10).



Vyšetření

V rámci diferenciální diagnostiky realizujeme komplexní vyšetření muže: somatosexuální, kardiologický a neurologický statut, provádíme krevní testy – vyšetřujeme krevní obraz, jaterní a ledvinové funkce, hladinu glykemie, lipidový profil, vyšetřujeme močový sediment, stanovujeme hormonální profil – TST (testosteron), TSH (thyreotropin), PRL (prolaktin). U mužů nad 40 let vyšetřujeme PSA (specifický prostatický antigen). V indikovaných případech doporučujeme provedení bicyklové ergometrie, ultrazvukového vyšetření penisu, dopplerovské vyšetření penilních tepen ve flacidním stavu a po aplikaci vazoaktivní látky (7).

Psychiatrické a psychosociální hodnocení

Pokud je klinická indikace, tak by pacienti s psychiatrickými poruchami měli být odesláni k psychiatrovi. Problémy s duševním zdravím jsou často spojené s ED; nejvíce je to patrné u deprese, úzkostných poruch a při stresu. Je třeba monitorovat faktory vztahu: nespokojenost s partnerem, nedostatečná komunikace mezi partnery, pocity emočního odcizení při sexu. Zjišťujeme styl myšlení a očekávání v oblasti sexuality a sexuální výkonnosti. Tato očekávání vyplývají z norem a stereotypů sexuality sdílených danou kulturou. Očekávání a zdůraznění vysoké sexuální výkonnosti u mužů vede k úzkosti ze sexuálního výkonu a působí jako rušivý element vedoucí k fixaci poruchy erekce. Pozornost je třeba věnovat nerealistickým očekáváním týkajících se nejen mužského sexuálního výkonu, ale i velikosti pohlavního údu. Negativně působí pocity viny ze selhání a nízký stupeň sebeúcty (5).

Léčba psychogenní ED

Podle Guidelies EAU je prvním krokem v léčbě psychogenní ED psychoterapie (5).

Psychoterapie v sexuologii má v Čechách dlouhodobou tradici a záze- mí zvláště díky profesorovi Stanislavu Kratochvílovi. Jejím širšímu využití v praxi brání především menší znalost níže uvedených metod a schopnosti terapeutů je praktikovat. Je třeba zdůraznit, že výsledky uvedených metod jsou velmi dobré a praxí mnohokrát ověřené (12).

Edukace a racionální psychoterapie

Z našeho psychoterapeutického vedení pacienta s psychogenní ED by mělo přirozeně vyplynout, že:

- sex **není o cíli, jde o cestu...**,
- ze **sexu by se neměla vytratit radost, hravost a potěšení, sex by neměl být o výkonu a stresu.**

Prvním krokem je informovat pacienty o psychologických a fyziologických procesech podílejících se na sexuální reakci. Edukace musí být srozumitelná, jasná.

Konzultace s pacientem by měla být diskuzí o očekáváních a potřebách pacienta a jeho sexuální partnerky. Lékař by se měl ubezpečit, že pacient porozuměl interpretaci výsledků diagnostických testů a navrhovanému způsobu léčby (5).

Edukace a racionální psychoterapie spočívá v objasnění příčiny poruchy erekce, vyvrácení obavy z vážné nemoci a podpoře sebedůvěry. Nemocného ujistíme o fyziologickém somatickém nálezu (penis, varlata, ochlupení), zdůrazníme schopnost ranní a/nebo noční erekce.



Podpoříme důležitost budování sexuálního vztahu se vstřícnou, empatickou partnerkou, nevhodné je u těchto mužů „testování“ schopností dosáhnout erekce u náhodných známostí. ED vede k narůstání napětí mezi partnery, vzniku úzkosti nejen u muže, ale i jeho partnerky, proto je důležitá partnerská komunikace. Ta však často vázne, protože muž se stydí za svůj handicap. Není nezbytná účast partnerky v ordinaci, očekáváme však její compliance. Je známou skutečností, že ED u partnera vede ke vzniku funkční sexuální dysfunkce i u partnerky (snížení sexuální touhy, porucha vzrušivosti, neschopnost dosáhnout orgasmu, ztráta satisfakce). Řada mužů tají před partnerkou návštěvu u sexuologa. Jejich rozhodnutí respektujeme (7, 9, 10).

Psychosexuální poradenství a terapie, párová, manželská terapie

Párová sexoterapie je indikována u párů s dobrou compliance. Osvědčuje se podpora nekoitální aktivity a na přechodnou dobu zákaz koitu a zákaz jednoznačného zdůrazňování falické komponenty sexu. Zvláště u párů, kde i žena trpí sexuální dysfunkcí, je vhodný sexoterapeutický nácvik dle Masterse a Johnsonové, modifikovaný Kratochvílem. Páry se dostavují jednou týdně na sezení k terapeutovi. Na každém sezení dostanou od terapeuta úkol, při dalším sezení se vyhodnotí plnění instrukcí z minulého sezení a zadávají se nové instrukce. Cílem je vést pár k postupnému sexuálnímu sblížení krok za krokem. Pár se učí vnímat pocity vzájemné tělesné a duševní blízkosti, ztrátě sexuálního studu, projevení kreativity postupně přes necking, petting, nekoitální stimulaci až k dosažení koitu. Sezení bývá obvykle deset (11).

Kognitivně-behaviorální terapie (KBT) je zaměřena na změnu dysfunkčních vzorců chování ovlivňujících ED. KBT je účinnou metodou k odstranění či modulaci narušených kognitivních schémat. Některé techniky zahrnují identifikaci spouštěčů, které předcházejí obtížím s erekcí, kognitivní restrukturalizaci dysfunkčního stylu myšlení, učení se zvládnání dovedností zaměřených na řešení erektilních obtíží a emočních symptomů s tím spojených (12).

Kognitivně-behaviorální psychoterapie jako kombinovaný psychologický přístup spolu s použitím inhibitorů PDE5 přináší maximální terapeutický efekt (5, 13, 14).

Další možnosti psychoterapie prováděné erudovaným psychoterapeutem: dynamická, hypnoterapie, relaxační metody

Dynamická psychoterapie je tzv. „odkrývající“ psychoterapie. Cílem je objasnění příčin vzniku funkční sexuální poruchy s ohledem na prožití konflikty, vztahy, zážitky, životní události a jejich souvislosti, které negativně ovlivnily sexuální funkce muže. Tyto konflikty a zážitky si pacient nemusí uvědomovat, avšak ovlivňují jeho sexuální fungování. Dynamická psychoterapie pojímá sexuální poruchu jako orgánový projev neurózy. Pracuje s postavením muže v rodině, za důležité považuje jeho pořadí mezi sourozenci či to, zda je jedináček, vztah k matce, postavení otce v rodině, identifikace s mužskou rolí. Ozřejmuje vliv prvních sexuálních zkušeností, sexuální výchovy, postoji k masturbaci, vlastnímu tělu – „syndrom malého membra“, možné zkušenosti se sexuálním zneužíváním. Dynamickou psychoterapii provádí speciálně vyškolený terapeut.



Hypnoterapie může být prováděná pouze zkušeným terapeutem. První sezení jsou zaměřena na vsugerování v hypnóze muži to, co bylo obsahem racionální psychoterapie, posílení stenických postojů a sebevědomí. Další sezení jsou zaměřena na erekci, ke které by nemocný neměl přistupovat jako k úkolu nebo nutnému výkonu, naopak by se měl oddat příjemnému prožívání sexuálního aktu s partnerkou. V rámci posthypnotické sugesce je možné nemocnému vsugerovat, že jeho pohlavní úd bude před stykem i po celou dobu soulože tvrdý a pevný.

K doprovodným metodám patří užití relaxačních metod, jako je např. autogenní trénink. Roli hraje trénink sebepoznání a sebeprosazení. Autogenní trénink J. H. Schultzeho slouží k nacvičení relaxace navozením pocitu tíhy, tepla, klidného tepu, dechu autosugestivními formulkami. Specifickou autosugestivní formulkou může být „úd se zvětšuje, je pevný, tvrdý“ a formulka k navození sebedůvěry „jsem silný muž, moje erekce bude vždy tvrdá a styk úspěšný“.

Sebepoznání a sebeprosazení vychází z předpokladu, že strach ze sexuálního selhání může být součástí strachu z jakéhokoli selhání v nesexuální oblasti. Z těchto důvodů se provádí nácvik v sociálních dovednostech formou skupinové psychoterapie (11, 12, 13, 14).

Farmakoterapie v léčbě psychogenní ED

Prvním krokem ve farmakoterapii psychogenní ED je užití inhibitorů PDE5, které představují pomoc, jak rozetnout bludný kruh úzkosti a očekávaného selhání erekce, úspěšně realizovaný koitus vede ke zvýšení pacientova sebevědomí. Důležité je muže edukovat o nutnosti sexuální stimulace a hlavně vést ho k trpělivosti, protože je třeba šesti až osmi podání k ověření efektu léčby inhibitory PDE5. Nezbytné je vytestovat

účinnou dávku, i u psychogenní ED může být účinná až nejvyšší doporučená dávka, např. u sildenafilu 100 mg. U velmi úzkostných mužů je vhodnější pravidelné podávání nízkodávkovaného tadalafilu 5 mg jednou denně. U mužů, kteří nechtějí užívat pravidelně léky a zvládnou načasovat podání léku hodinu před sexuální aktivitou, předepisujeme sildenafil, vardenafil nebo avanafil, delší vylučovací poločas má tadalafil. Pokud efekt perorální farmakoterapie není dostatečný, indikujeme topický či intrakavernózně aplikovaný alprostadil (15).

Komplikace psychogenní ED

Psychogenní ED může být izolovaná, nebo diagnostikujeme kombinaci poruchy erekce s dalšími sexuálními problémy: sníženou sexuální touhou, předčasnou či retardovanou ejakulací (10).

Komplikace diagnostiky a léčby psychogenní ED

ED může být první klinickou manifestací endoteliální dysfunkce/aterosklerózy. Proto nesprávně stanovená diagnóza psychogenní ED u muže s organickou příčinou poruchy erekce, nejčastěji při KVO, může mít pro nemocného fatální následky.

Non-compliance nemocného může vést k předčasnému ukončení léčby případně migraci k dalším terapeutům.

U nemocných, u kterých aplikujeme psychoterapii, hrozí přenos, protipřenos, reciproční působení negativních afektů, fixace na terapeuta.

Při párové sexoterapii může u asynchronního páru a méně motivované partnerky dojít k rozpadu partnerského svazku.

U farmakologické léčby ED komplikace nevybočují z běžně popisovaných nežádoucích účinků léčby. U perorální léčby inhibitory PDE5 to



jsou nejčastěji zarudnutí v obličeji, bolest hlavy, dyspepsie, kongesce nosní sliznice, u tadalafilu svalová bolest. U aplikace topického alprostadilu se setkáváme s pálením či bolestí penisu, u intrakavernózních injekcí PGE1 patří k nejčastějším nežádoucím účinkům bolest při aplikaci, hematom v místě vpichu, méně častá je prolongovaná erekce, priapismu a fibróza topořivých těles. Prevencí je postupné vytestování účinné dávky PGE1 v ordinaci lékaře a pečlivý nácvik autoaplikace (15, 16).

Doporučení a závěr

Psychogenní ED představuje asi 20% všech případů poruch erekce. Postihuje častěji mladší muže, dva vrcholy výskytu psychogenní ED jsou od 21 do 30 let a od 41 do 50 let. Důležitá je diagnostika a diferenciální diagnostika s cílem vyloučení organické etiologie, zvláště kardiovaskulární. Léčba předpokládá dobrou compliance nemocného a podporu jeho partnerky. Vyjma párové sexoterapie netrváme na účasti partnerky v ordinaci, její podpora a vstřícnost je však při léčbě nezbytná. Základem léčby je racionální psychoterapie s edukací, vyzvednutím fyziologického somatosexuálního nálezu a fungování (reflexní erekce) muže, objasněním

a vysvětlením psychogenní příčiny, navození podpory, sebedůvěry a zvýšení sebevědomí postiženého muže. Párová sexoterapie je velmi vhodná u párů, kde i žena trpí sexuální dysfunkcí. Vyžaduje dobrou compliance. Psychoterapeutické metody jako kognitivně-behaviorální terapie, dynamická psychoterapie či hypnoterapie musejí být prováděny speciálně vyškoleným psychoterapeutem. Psychoterapie je dlouhodobý proces, vyžaduje dobrou compliance. Podpůrnou roli hraje tréninková psychoterapie, především Schultzeho autogenní trénink či trénink sebeprosazení. Prvním krokem ve farmakoterapii psychogenní ED je užití inhibitorů PDE5, které představují pomoc, jak rozetnout bludný kruh úzkosti a očekávaného selhání erekce, úspěšně realizovaný koitus vede ke zvýšení pacientova sebevědomí. Pokud perorální léčba není účinná, indikujeme topickou či intrakavernózní léčbu alprostadilem.

Kognitivně-behaviorální psychoterapie jako kombinovaný psychologický přístup spolu s použitím inhibitorů PDE5 přináší maximální terapeutický efekt.

Autorka prohlašuje, že zpracování článku nebylo podpořeno žádnou společností.

LITERATURA

1. Gratzke C, Angulo J, Chitaley K, et al. Anatomy, physiology and pathophysiology of erectile dysfunction. *J Sex Med* 2010; 445–475.
2. Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG, et al. Impotence and its medical and psychosexual correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. *J Urol* 1994; 151: 54–61.
3. Fisher WA, Eardley I, McCabe M, et al. Erectile dysfunction is a shared sexual concern of couples I: couple conception of ED. *J Sex Med* 2009; 6(10): 2746–2760.
4. Corona G, Petrone L, Mannucci E, et al. Assessment of the relational factor in male patients consulting for sexual dysfunction: the concept of couple sexual dysfunction. *J Androl* 2006; 27: 795–801.
5. Salonia C, Bettocchi J, Carvalho G, et al. Guidelines EAU on Sexual and Reproductive Health 2020. <https://uroweb.org/guideline/sexual-and-reproductive-health/>.
6. Breza J. Eretilné poruchy: Osveta Martin 1994.
7. Šrámková T. Poruchy sexuality u somaticky nemocných a jejich léčba. Grada-Publishing 2013.
8. Zvěřina J. Lékařská sexuologie. Schering Pharma Praha 1994.
9. Daneš L. Sexuální dysfunkce u mužů. In: Fiala L, Zvěřina J. Moderní postupy v sexuologii. 1. vydání. Praha: Mladá fronta 2019; Edice postgraduální medicíny, s. 12–23. ISBN 978–80–204–5513–0.



10. Zvěřina J. Psychogenní erektilní dysfunkce. *Kardiol Rev Int Med* 2014; 16(4): 298–301.
11. Kratochvíl S. Sexuální dysfunkce, 3. doplnění a aktualizované vydání: Grada Publishing Havlíčkův Brod 2008.
12. Janáčková L. Psychoterapie v sexuologii. In: Fiala L. a Zvěřina J. *Moderní postupy v sexuologii*. 1. vydání. Praha: Mladá fronta, Edice postgraduální medicíny 2019: 196–201. ISBN 978–80–204–5513–0.

13. Tress W, Krusse J, Ott J. *Základy psychosomatické péče*. Portál Praha 2007.
14. Vymětal J. *Lékařská psychologie*. Portál Praha 2003.
15. Šrámková T. Psychogenní erektilní dysfunkce. In: Zámečník L. *Praktická andrologie dospělých*. Praha: Mladá fronta 2010: 88–93. Aeskulap. ISBN 978–80–204–2020–6.
16. Šrámková T. *Sexuologie pro zdravotníky*. Galén 2015. ISBN: 978–80–7492–162–9.



Úzkostné poruchy a jejich léčba

Ivana Tašková

Psychiatrická nemocnice Bohnice, Praha

Ústav aplikované farmacie, Farmaceutická fakulta Masarykovy univerzity, Brno

Úzkostné poruchy jsou velmi často se vyskytující skupinou psychických poruch. Některým typem úzkostné poruchy onemocní během svého života až 15 % populace. Mezi nejčastější typy úzkostných poruch patří sociální fobie, panická porucha, generalizovaná úzkostná porucha, smíšená úzkostně depresivní porucha, agorafobie, specifické fobie a posttraumatická stresová porucha. Terapie úzkostí by měla být komplexní. Spolu s farmakoterapií zde má své nezastupitelné místo i psychoterapie. K farmakoterapii úzkostných poruch se používají anxiolytika, látky náležící do několika skupin léčiv. Mezi jejich zástupce patří antidepresiva, benzodiazepiny, nebenzodiazepinová anxiolytika, sedativní antihistaminika, některá antiepileptika, případně antipsychotika a betablokátory. Jedná se o různorodou skupinu léčiv, jejichž účinnost se liší podle typu úzkostné poruchy. Lékem první volby bývají antidepresiva ze skupiny SSRI. Pacient s úzkostí vyžaduje při dispenzaci léčiva v lékárně citlivou komunikaci. Důležitá je podpora compliance, edukace o účinku jednotlivých psychofarmak a upozornění na závislostní potenciál benzodiazepinů.

Klíčová slova: úzkostné poruchy, farmakoterapie, antidepresiva, dispenzace.

Treatment of anxiety disorders

Anxiety disorders are a very frequent group of mental disorders. Up to 15 % of the population experience some type of anxiety disorder during their lifetime. The most common types of anxiety disorders include social phobia, panic disorder, generalized anxiety disorder, mixed anxiety

KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA: PharmDr. Ivana Tašková, ivana.taskova@bohnice.cz
Psychiatrická nemocnice Bohnice
Ústavní 91, 182 01 Praha 8

Převzato z: Prakt. lékáren. 2021; 17(4): 207–212
Článek přijat redakcí: 3. 9. 2021
Článek přijat k publikaci: 3. 11. 2021



depressive disorder, agoraphobia, specific phobias, and post-traumatic stress disorder. Anxiety therapy should be comprehensive. Along with pharmacotherapy, psychotherapy plays essential role here. Anxiolytics are used for the treatment of anxiety disorders. The spectrum of anxiolytic drugs includes antidepressants, benzodiazepines, non-benzodiazepine anxiolytics, sedative antihistamines, some of the antiepileptics, or antipsychotics and beta-blockers. Their effectiveness varies according to the type of anxiety disorder. SSRI antidepressants are usually the drugs of choice in the treatment of anxiety.

An anxious patient requires sensitive communication when dispensing the drug in pharmacy. Emphasis should be placed on compliance support, education about individual psychotropic drugs and warning of the dependence potential of benzodiazepines.

Key words: anxiety disorders, pharmacotherapy, antidepressants, dispensation.

Použité zkratky:

BB – betablokátory

BZD – benzodiazepiny

CYP – cytochrom P450

GAD – generalizovaná úzkostná porucha (generalized anxiety disorder)

IPLP – individuálně připravované léčivé přípravky

KBT – kognitivně-behaviorální terapie

OCD – obsedantně-kompulzivní porucha (obsessive compulsive disorder)

PTSD – posttraumatická stresová porucha (posttraumatic stress disorder)

RIMA – reverzibilní inhibitory monoaminoxidázy A

SNRI – inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu

SSRI – selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu

st. p. – stav po

TCA – tricyklická antidepresiva

VGCC – napětově řízené kalciové kanály (voltage-gated calcium channels)

ZZS – zdravotnická záchranná služba

Úvod

Úzkostné poruchy jsou velmi často se vyskytující skupinou psychických poruch, dříve označovanou jako neurózy. Některým typem úzkostné poruchy onemocnění během svého života až 15 % populace (1). Charakteristický je pro ně právě dominující výskyt úzkostné symptomatiky, která se objevuje záchvatovitě nebo je přítomna stále (2).

Úzkost jako taková je přirozená emocionální a somatická reakce, kterou známe všichni. Patologickou se stává, pokud trvá příliš dlouho, vyskytuje se velmi často nebo její výskyt nebo intenzita nejsou přiměřené situaci, která ji vyvolala.

K lékaři pacienta často nepřivede vědomí, že trpí úzkostnou poruchou, ale většinou přichází pro obtěžující doprovodné tělesné příznaky, jako bušení srdce, pocení, návaly do hlavy, nevolnost, svírání na hrudi, mravenčení končetin aj. (3, 4). Mnohdy se stává, že takový pacient ujde dlouhou cestu zdravotnickým systémem (návštěvy pohotovosti, kontakty ZZS, opakovaná vyšetření), než je odkázán se svými obtížemi do rukou psychiatra.



Úzkost se může také vyskytovat jako příznak, který nemusí být vždy spojen s diagnózou úzkostné poruchy. Naopak bývá často jedním ze symptomů jiných duševních poruch (např. deprese, psychotických onemocnění, demence aj.). Úzkost bývá rovněž spojena s mnoha somatickými onemocněními, zejména s chronickým průběhem závažnějšího charakteru či horší prognózou (např. epilepsie, poruchy štítné žlázy, Parkinsonova nemoc, arytmie, srdeční selhání, st. p. cévní mozkové příhodě či infarktu myokardu, Wilsonova porucha aj.). Dále bývá často vyjádřena jako součást odvykacího stavu (např. při závislosti na benzodiazepinech, alkoholu a psychostimulancích) (4).

Jednotlivé úzkostné poruchy a jejich charakteristika

Mezi nejčastější typy úzkostných poruch patří sociální fobie, panická porucha, generalizovaná úzkostná porucha, smíšená úzkostně depresivní porucha, agorafobie, specifické fobie a posttraumatická stresová porucha. Dále se k úzkostným poruchám řadí také porucha přizpůsobení, disociativní (konverzní) poruchy, somatoformní poruchy, neurastenie, akutní reakce na stres aj. (1–5).

Léčba úzkostných stavů

Terapie úzkostí by měla být komplexní. Spolu s farmakoterapií zde má nezastupitelné místo psychoterapie, která může být použita u mírnějších forem i samostatně. Při farmakologické léčbě úzkostí se v praxi užívají látky, které se označují jako anxiolytika. Jedná se o různorodou skupinu léčiv, jejichž účinnost se liší podle typu úzkostné poruchy, většinou bývají ale první volbou antidepressiva ze skupiny SSRI.

Se zahájením terapie úzkostných poruch by se nemělo příliš otálet, jelikož je vhodné zabránit progresi onemocnění, které může mít pro pacienta závažné sociální a ekonomické důsledky. Navíc je známo, že čím později se úzkostná porucha začne léčit, tím hůře se terapeuticky ovlivňuje (2).

Léčba se může v jednotlivých fázích onemocnění lišit. V akutní fázi (dny–týdny) je hlavním cílem léčby zmírnění intenzity úzkostných projevů. V této fázi je nutné k léčbě první volby v některých případech přidat benzodiazepiny (max. na 8 týdnů), které účinkují de facto okamžitě, nicméně nejsou vhodné k dlouhodobému podávání pro svůj návykový potenciál. Také je nutné jejich postupné vysazování. V rámci udržovací fáze (týdny–měsíce) se snažíme zabránit relapsu, tedy znovuobjevení úzkostné symptomatiky, případně je cílem zmírnění reziduálních příznaků, zvýšení odolnosti vůči stresu a prevence rozvoje komorbidních poruch (např. syndromu závislosti), případně získání času při současně probíhající psychotherapii, jejíž účinek nastupuje ještě později než v případě antidepressiv. U závažných úzkostných poruch, nebo pokud příznaky zcela nevymizely, je potřeba často podávat léky dlouhodobě, mnohdy i celoživotně (2, 6).

V rámci farmakoterapie úzkostných stavů lze obecně postupovat dle následujícího schématu (volně dle 3, 6):

- 1.** Léčba antidepressivem první volby: vyčkávání efektu 8–12 týdnů (u OCD 12–16 týdnů) + případně kombinace s BZD, než nastoupí účinek antidepressiv.
- 2.** Při neúčinnosti: změna za jiné antidepressivum, vyčkávání efektu dalších 8–12 týdnů (u OCD 16 týdnů).
- 3.** Při neúčinnosti: augmentace (antipsychotika, antiepileptika, lithium, anxiolytika, BB), případně dvojkombinace antidepressiv (viz dále).



Tab. 1. Přehled vybraných úzkostných poruch a jejich stručná charakteristika (1–5)

Sociální fobie	Projevuje se strachem ze situací, kdy člověk může být druhými pozorován a hodnocen (mluvení před druhými, jezení a pití na veřejnosti, strach ze setkání s neznámými lidmi). Přítomna je tzv. anticipační úzkost, která se rozvine při očekávání ohrožující situace (tzv. strach ze strachu). Nemocný se pak rizikovým situacím typicky vyhýbá, což ho v životě velmi omezuje.
Panická porucha	Jedná se o opakované záchvaty masivní až nezvladatelné úzkosti (tzv. panické ataky), které se objevují nečekaně bez vazby na konkrétní událost a trvají zhruba několik minut. Často mají výrazný tělesný doprovod (bušení srdce, dechová nedostatečnost, pocení, třes, nevolnost aj.), což může vést opět k rozvoji anticipační úzkosti z dalšího panického záchvatu.
Generalizovaná úzkostná porucha (GAD, generalized anxiety disorder)	Projevuje se stále přítomnou, dlouhodobou a všeobecnou úzkostí. Nemocný se nadměrně zaobírá starostmi a stresujícími myšlenkami týkajícími se běžných životních situací (obavami o zdraví své a svých blízkých, finanční situací, obavami z budoucnosti), což významně ovlivňuje jeho život. Obtíže se zvyrazňují ve chvílích, kdy člověk není zaměstnán. Úzkosti mohou mít opět tělesný doprovod a může být zhoršen spánek.
Smíšená úzkostně depresivní porucha	Mísí se příznaky úzkosti a deprese, ale nejsou tak silně vyjádřeny, aby mohly být diagnostikovány samostatně.
Agorafobie	Jedná se o strach z otevřeného prostranství, přeplněných míst a strach z opuštění domova (jako místa bezpečí). Strach je spojen např. s obavami z kolapsu, infarktu myokardu a nedostatečného sebeovládání. Mnohdy nemocný není vůbec schopen opustit domov.
Specifické fobie	Projevují se nepřiměřeným strachem z určitých objektů nebo situací. Objektem fobického strachu může být prakticky cokoli (létání, výška, hmyz, hadi, krev aj.)
Posttraumatická stresová porucha (PTSD, posttraumatic stress disorder)	Objeví se s latencí týdnů až měsíců po prožití výjimečně závažné stresující situace (traumatu). Projevuje se zejména opakováním nepříjemných živých vzpomínek na trauma (flash-back) a přítomností nočních můr. Nemocný se následně vyhýbá situacím a okolnostem, které by mu trauma mohly připomenout.
Obsedantně-kompulzivní porucha (OCD, obsessive-compulsive disorder)	Typickým znakem jsou nutkavé myšlenky (obsese), které jsou vtíravé a obtěžující. Vzniklá tíseň a nepříjemné pocity z jejich neustálého opakování vedou k rozvinutí nutkavého stereotypního jednání (kompulze), které nutkavé myšlenky do jisté míry a na určitou dobu tlumí. Příkladem může být vtíravá myšlenka o možném znečištění nebo strach z rizika nákazy a následná kompulze mytí rukou, což může vést až k poškození pokožky nadměrným a opakovaným používáním mýdla či dezinfekce. Pokud se kompulze sdružují do řetězců, označují se jako rituály. Kompulze a rituály mohou nemocného v životě velmi omezovat, protože jim nedokáže čelit a mohou být velmi časově náročné, zdraví poškozující nebo jinak handicapující.



Velmi důležité je také ověření compliance. Pokud pacient léky první volby (tj. nejúčinnější a nejbezpečnější variantu léčby) vysadí nebo neužívá pravidelně např. pro obtěžující nežádoucí účinek, ale lékaři to nesdělí, může se celá léčba úzkostné poruchy rozvinout nevhodným směrem. Lékař se poté snaží navyšováním dávek a přidáním dalšího léčiva do kombinace posílit účinek farmakoterapie. Výsledkem může být polyfarmacie nebo méně účinná léčba. Primární roli zde hraje otevřená komunikace pacienta s lékařem, kterou můžeme při dispenzaci v lékárně podpořit (7).

Anxiolytika

V terapii úzkostných poruch se používají anxiolytika, látky náležící do několika skupin léčiv. Mezi jejich zástupce patří antidepressiva, benzodiazepiny, nebenzodiazepinová anxiolytika, sedativní antihistaminika, některá antiepileptika, případně antipsychotika a betablokátory (2, 4, 7, 8).

Antidepressiva

SSRI (citalopram, escitalopram, paroxetin, sertralin, fluoxetin, fluvoxamin)

Jsou první volbou v terapii úzkostných stavů. Jejich mechanismem účinku je blokáda zpětného vychytávání serotoninu. Jednotlivé látky se liší zejména farmakokinetikou (eliminační poločas, vazba na bílkoviny, biotransformace aj.), míra jejich účinnosti je však velmi podobná. Úzkostní pacienti mohou z počátku léčby zaznamenat prohloubení úzkostí či mohou být citlivější na jejich další nežádoucí účinky (pocení, gastrointestinální nežádoucí účinky, nespavost, třes apod.). Většinou ale dochází s odstupem času k jejich zmírnění. Látky SSRI je tedy potřeba

titrovat pomalu, dle tolerance pacienta, případně na počátku léčby podávat dočasně benzodiazepiny (ke zmírnění úzkosti). Anxiolytický stejně jako antidepressivní účinek se projeví se zpožděním. Většina pacientů může cítit zlepšení po 4 týdnech užívání, v některých případech až později (zejm. u OCD, PTSD).

SSRI jsou bezpečná léčiva. Sertralin je např. lékem volby pro léčbu úzkostně depresivních stavů v graviditě. Jejich nevýhodou je častý výskyt sexuálních dysfunkcí a popisované zhoršení úzkostí z počátku terapie. Výhodou je vysoká účinnost a mimo výše uvedené nežádoucí účinky jejich dobrá snášenlivost, bezpečnost při předávkování a u části látek pak relativně nízký interakční potenciál (sertralin, citalopram, escitalopram). Fluoxetin má dlouhý biologický poločas, aktivní metabolit a je také silným inhibitorem CYP2D6 a středně silným inhibitorem CYP3A4. Paroxetin je také relativně silný inhibitor těchto enzymů, fluvoxamin pak silný inhibitor CYP1A2. Pokud pacient užívá současně substráty těchto enzymů, může následně docházet ke klinicky závažným lékovým interakcím.

SNRI (venlafaxin)

Svémi účinky se velmi podobá látkám ze skupiny SSRI, protože při podávání nižších dávek blokuje zejména zpětné vychytávání serotoninu. Duální, tj. i noradrenergní, účinky vykazuje až od vyšších dávek, kdy také může více ovlivňovat krevní tlak ve smyslu jeho zvýšení. Jeho účinek nastupuje též s obdobnou latencí jako u látek SSRI. Většinou je také dobře tolerován.



Tab. 2. Léčba první volby dle doporučených postupů u vybraných úzkostných poruch (2, 4, 6)

Typ poruchy	1. volba	Poznámka
Sociální fobie	SSRI, venlafaxin	U lehké až středně těžké formy je vhodné preferovat psychoterapii. Z dalších léčiv je možné použít RIMA, bupropion, případně gabapentin a BZD. Při strachu z veřejného vystoupení (tréma) je možné podat BB.
Panická porucha	SSRI, venlafaxin	Prokázaná účinnost i TCA, BZD, případně RIMA.
Generalizovaná úzkostná porucha (GAD, generalized anxiety disorder)	SSRI, venlafaxin, pregabalin	Prokázaná účinnost bupropionu a agomelatinu, mirtazapinu, případně TCA, kvetiapinu, buspironu, hydroxyzinu a BZD. U rezistentních forem lze augmentovat antipsychotiky 2. generace (kvetiapin, olanzapin, risperidon).
Agorafobie	SSRI, venlafaxin	Prokázaná účinnost TCA, BZD, případně RIMA.
Specifické fobie	SSRI, venlafaxin	První volbou by měla být expoziční terapie KBT. U těžších případů lze podávat SSRI.
Posttraumatická stresová porucha (PTSD, posttraumatic stress disorder)	SSRI, venlafaxin	Dále lze použít TCA (např. amitriptylin a imipramin), případně lamotrigin. Augmentovat lze buspironem, antipsychotiky 2. generace (kvetiapin, olanzapin, risperidon), antiepileptiky (valproát, karbamazepin, lamotrigin) či lithiem nebo BB. Je potřeba dlouhodobá léčba, minimálně 12–24 měsíců. Souběžně je nutná psychoterapie.
Obsedantně-kompulzivní porucha (OCD, obsessive-compulsive disorder)	SSRI, TCA – klomipramin	Účinná jsou serotonergní antidepresiva, zpravidla je potřeba vyšších dávek. Lze použít i mirtazapin či trazodon nebo augmentovat antipsychotiky 2. generace (olanzapin, risperidon, kvetiapin, ziprasidon, amisulprid, aripiprazol), případně haloperidolem či lithiem. V průběhu akutní fáze je odpověď na farmakoterapii parciální (30–60 % pacientů), ke zlepšení dochází zpravidla až v delším období (24 měsíců). Až 40 % případů zůstává na léčbu rezistentních.

Poznámka: Při augmentační strategii se obecně užívají nižší či střední dávky antipsychotik.

TCA (amitriptylin, imipramin, klomipramin)

Tyto látky nebývají v terapii úzkostně depresivních stavů první volbou, zejména pro vyšší riziko kardiovaskulárních nežádoucích účinků (proarytmogenní efekt). Jsou také mnohem rizikovější při předávkování

než předchozí skupiny antidepresiv. Dále mohou být hůře tolerovány pro svůj anticholinergní a antihistaminergní účinek (zácpa, tachykardie, sucho v ústech, sedace). Nejsou vhodné ve stáří. Výhodou některých látek může být jejich koanalgetický efekt (zejm. amitriptylin).



RIMA (moklobemid)

Ani moklobemid nebývá první volbou pro svůj vysoký interakční potenciál a nutnosti určitých dietních opatření (vynechání stravy s obsahem tyraminu u rizikových skupin pacientů). Při převodu z jiných antidepresiv na moklobemid je potřeba dodržovat různě dlouhou vymývací periodu z důvodu rizika vzniku serotoninového syndromu nebo hypertenzní krize. Jeho výhodou je dobrá snášenlivost, zejména mírné vyjádření sexuálních nežádoucích účinků.

Bupropion, mirtazapin, trazodon a agomelatin

Mají také anxiolytické účinky. Jejich účinnost na úzkostnou symptomatiku je však nižší než u látek ze skupin SSRI, SNRI a TCA. Nasazení těchto antidepresiv lze zvažovat v případě, že terapie první volby nebyla účinná, pacient ji netoleruje nebo lze zvážit přidání těchto látek do kombinace při parciální odpovědi na předchozí léčbu. Dále lze využít například hypnotického účinku trazodonu nebo mirtazapinu u pacientů s léčivem SSRI v medikaci, které bylo s efektem na úzkosti, ale u pacienta nadále přetrvává nespavost. Hypnotická dávka trazodonu (25–150 mg/den) se však od anxiolytické dávky (100–150 mg/den) liší. Jeho antidepresivní účinek nastupuje ještě ve vyšších dávkách (150–600 mg/den). I mirtazapin vykazuje podobně odstupňovaný účinek dle dávky (hypnotický efekt při dávce 15 mg/den, antidepresivní a anxiolytický efekt při dávce \geq 30 mg/den). Jeho nevýhodou jsou pak výraznější metabolické nežádoucí účinky (9–12).

Benzodiazepiny

Tuto skupinu léčiv volíme pouze v akutní fázi a jejich podání musí být časově limitované. Výjimkou jsou těžké a farmakorezistentní stavy.

Jejich účinek nastupuje většinou do 30–60 minut. Při terapii úzkosti se preferují látky klonazepam, alprazolam, bromazepam a u starších pacientů a těhotných žen je vhodnější oxazepam disponující krátkým eliminačním poločasem a absencí aktivních metabolitů.

Zásadní nevýhodou benzodiazepinů je jejich návykový potenciál a s tím související nepříjemné stavy z odnětí, které mnohdy znemožňují pacientovi po dlouhodobějším užívání benzodiazepiny bez odborné pomoci či hospitalizace vysadit. Čím déle pacient benzodiazepiny užíval, tím pomaleji je potřeba tyto látky vysazovat (někdy i v řádu měsíců). Při dlouhodobém užívání hrozí také poruchy kognice, zejména paměti. Pro tento typ kognitivní poruchy se zažil termín „benzodiazepinová demence“. Pro starší pacienty jsou benzodiazepiny nevhodné i z důvodu zvýšeného rizika pádů (13). Další problémy, které tato skupina léčiv přináší, mohou být přetrvávající denní útlum, ospalost, poruchy pozornosti a ataxie, což může být problematické zejména při řízení motorových vozidel nebo při práci se stroji.

Nebenzodiazepinová anxiolytika

Buspiron je nenávykové anxiolytikum, které lze použít zejména v terapii GAD. Za jeho anxiolytickým efektem stojí parciální agonismus na 5-HT_{1A} receptoru. Má rovněž pomalý nástup účinku (2–6 týdnů), stejně jako antidepresiva. Jeho výhodou je bezpečnost při předávkování a také fakt, že ho lze podávat vícekrát denně. Tuto skutečnost uvítají farmakofilní pacienti, kteří zvýšeně spoléhají na efekt medikace



a mohou si tak od své úzkosti „ulevit“ užitím tablety až 3× za den. Jeho účinnost je však omezená, zejména u pacientů, kteří již v minulosti užívali benzodiazepiny (14).

Sedativní antihistaminika

Hydroxyzin je účinné anxiolytikum se sedativním účinkem, proto nebývá první volbou. Výhodou je absence závislostního potenciálu a opět možnost dávkování vícekrát denně.

Jeho účinek nastupuje rychle, proto lze užít i jako úlevovou medikaci. Může však prodlužovat QTc interval. Promethazin je praxí ověřené antihistaminikum se zklidňujícím efektem a je používán zejména jako hypnotikum. Nástup jeho efektu je také relativně rychlý. Není součástí doporučených postupů, ale lze užít dočasně např. při narušeném spánku či v těhotenství, kdy působí s výhodou i proti nevolnosti.

Antipsychotika

Za účinkem antipsychotik 2. generace při terapii úzkostných poruch stojí jejich schopnost blokovat serotoninové receptory (parciální agonismus na 5-HT_{1A} receptoru, antagonismus 5-HT_{2A}) (9 a 15).

Kvetiapin lze užít i v monoterapii GAD nebo k posílení účinku antidepresiv (tzv. augmentaci). Ostatní látky, jako olanzapin, risperidon, aripiprazol, ziprasidon, případně amisulprid nebo haloperidol, lze také použít jako augmentaci u farmakorezistentních stavů nebo při parciální odpovědi na podávání antidepresiv (2 a 4).

Antiepileptika a stabilizátory nálady

Mezi antiepileptiky mají při léčbě úzkostných poruch výjimečné postavení pregabalin a gabapentin. Jsou to látky, tzv. gabapentiny, které blokují $\alpha 2\delta$ -podjednotku presynaptického napětově řízeného vápníkového kanálu (VGCC), čímž se omezí influx vápníku do neuronu a dojde k inhibici uvolnění aktivačních neurotransmiterů (noradrenalinu, serotoninu, substance P, glutamátu aj.). Tato léčiva jsou doporučována pro léčbu GAD a mají také data pro zmírnění syndromu z vysazení alkoholu a benzodiazepinů (16). Omezenější data pro augmentaci antidepresiv mají i valproát, karbamazepin, topiramát, případně lithium (2, 4).

Betablokátory

Ačkoliv doporučené postupy možnost podání betablokátorů při terapii sociální fobie v případě veřejného vystupování (tréma) s výrazným somatickým doprovodem (tachykardie, tremor) připouští, tvrdá data na podporu jejich efektivity chybí. V tomto ohledu bývá nejčastěji zmiňován propranolol, který je doporučeno užít v dávce 10–20 mg 30 až 60 minut před vystoupením. Někteří pacienti vyžadují dávky až 60 mg. V praxi lze pozorovat efekt u méně než poloviny pacientů (17). V České republice je propranolol dostupný jako surovina na přípravu IPLP.

Volně prodejné přípravky

Při obtížích mírnějšího charakteru lze zvolit například dočasné podávání guaifenesinu, který snižuje napětí jak psychické, tak svalové, případně působí i na bolesti hlavy s tím spojené. Dále lze využít různé bylinné přípravky obsahující kozlík lékařský, meduňku lékařskou, levanduli lékařskou, mátu peprnou, fenykl obecný aj.



Poznámky pro praxi

Adherence k léčbě je u psychiatrických pacientů nízká, dle dostupných dat dokonce menší než 50 % (18). Podpora adherence by měla být v hledáčku zájmu všech zdravotnických profesí, které s psychiatrickým pacientem vstupují do kontaktu, lékárníků nevyjímaje. V naší praxi vídáme, že někteří pacienti se stanou compliantní až po opakovaných hospitalizacích a edukacích. Čím častěji informace o důležitosti pravidelného užívání medikace zazní, tím lépe.

Dále je znám fakt, že pacienti spíše inklinují k užívání medikace, která není vhodná k dlouhodobému užívání. Řeč je o benzodiazepinech, kterými si pacienti „léčí“ různorodé psychiatrické symptomy (nejčastěji nespavost a úzkosti), případně ochotněji užívají i další psychofarmaka, která však zpravidla nejsou léky první volby (Z-hypnotika, biperiden, kvetiapin). Vhodnou medikaci první volby, tedy antidepresiva, přitom z různých důvodů odmítají. Dalším nepříjemným typem „samoléčení“ bývá u některých psychiatrických pacientů abúzus alkoholu a jiných návykových látek. Závislost na alkoholu se vyskytuje častěji u pacientů se sociální úzkostí (4). Zejména v případě benzodiazepinů je potřeba pacientům opakovaně připomínat jejich návykový a dementogenní potenciál a podporovat je v užívání nenávykových antidepresiv.

Pacienti mohou mít také pochybnosti stran indikace antidepresiv pro léčbu úzkostných poruch. Vhodné je proto při vzniklých pochybnostech pacientovi vysvětlit, že je zde mnoho dalších indikací antidepresiv vyjma depresivních a úzkostných stavů (poruchy chování ve stáří, bolest, migréna, mentální anorexie, odvykání kouření, předčasná ejakulace aj). Také je na místě připomenout pacientovi, pokud užívá antidepresivum poprvé, že nástup jeho účinku je pomalejší. První zlepšení stavu lze očeká-

vat při nasazení SSRI po 10–14 dnech. Plný efekt lze pozorovat od 4. týdne a v průběhu dalšího období se může stav ještě zlepšovat.

Lékárník může také pacienta vhodně nasměřovat na odbornou pomoc (na centrum krizové intervence či krizovou linku nebo do péče psychiatra či psychologa), např. pokud se mu pacient svěřil se svými psychickými obtížemi. Tímto typem problémů může být např. výrazná nervozita nebo nespavost, úzkostné stavy, poruchy nálad, zvýšená obavnost či nastraženost. Zde je nutné zdůraznit nezastupitelnou roli psychoterapie, zejména při léčbě úzkostných poruch, která je u mírnějších forem dokonce vhodnější než psychofarmaka a u těžších či středně závažných forem je vhodná do kombinace s farmakoterapií. I pacienta, který již ambulantního psychiatra navštěvuje a v lékárně referuje obtíže při užívání psychiatrické medikace, je dobré pacientovi doporučit komunikaci s jeho lékařem, jelikož nelze řešit nežádoucí účinky psychofarmak ani žádné další lékové problémy, pokud o nich lékař netuší.

Poslední oblastí, kterou by měl lékárník při expedici obsáhnout, jsou interakce psychofarmak, které by samy vydaly na odborný článek. Nicméně je vhodné vědět, že interakční software nevyřeší každý problém v medikaci. Kombinací SSRI s některými antidepresivy z jiných skupin se zvyšuje léčebný efekt tím, že se k inhibici zpětného vychytávání serotoninu přidává další mechanismus účinku. Proto se v medicacích psychiatrických pacientů můžeme setkat například s kombinací mirtazapin a SSRI. Do kombinace k SSRI bývá relativně často používán i trazodon, což vychází z předpokladu modifikace nežádoucích účinků vyplývajících ze stimulace 5-HT_{2A} receptorů – zejména nespavosti, anxiety, ale i sexuálních dysfunkcí (19, 20). A právě kombinaci SSRI a trazodonu může interakční software opakovaně vyhodnocovat jako



nevhodnou stran rizika vzniku serotoninového syndromu. U kombinace citalopramu či escitalopramu s kvetiapiinem zase může upozorňovat na závažné riziko prodloužení QTc intervalu. Tuto kombinaci většinou software označí za kontraindikovanou. Záleží však na dávce léčiv a stavu kardiovaskulárního systému pacienta. Za podmínky provedení kontrolního EKG lze pacientům tuto kombinaci podávat a mnoho z ní bude profitovat. Tyto kombinace jsou v praxi užívány velmi často a u těžších úzkostných či depresivních poruch, zejména kombinovaných s poruchami spánku, mohou být zcela racionální. U kombinace SSRI a trazodonu nám v tomto ohledu může také pomoci nahlédnutí do lékového záznamu. Pokud danou kombinaci pacient užívá již dlouhodobě, vznik serotoninového syndromu, který vidáme v praxi raritně, spíše nehrozí, zejména pokud pacient nevykazuje žádný z jeho příznaků (např. třes, zvýšená tělesná teplota, nauzea aj.).

U kombinací, které opakovaně interakční software bude označovat za nevhodné, bychom měli zpozornět například tehdy, pokud pacient současně s dlouhodobě užívanou kombinací rizikového SSRI a kvetiapiinu začne nově užívat například antibiotikum klarithromycin, který jednak sám prodlužuje QTc interval, a jednak bude vlivem interakce zvyšovat hladiny rizikového kvetiapiinu. Příklad další situace při dispenzaci, která by vyžadovala naši zvýšenou pozornost, by bylo např. nasazení dalšího serotonergního léčiva (tramadol, lithium, setrony, triptany aj.) do lékového režimu obsahujícího již kombinaci dvou serotonergních antidepresiv (např. trazodon a SSRI).

Každopádně platí, že jakékoliv pochybnosti stran medikace je vždy vhodnější řešit s lékařem než s úzkostným pacientem. Psychiatrickí pacienti

jsou specifická populace zasluhující si při výdeji léčiv citlivou komunikaci a přístup (21).

Závěr

Úzkostné poruchy se v populaci vyskytují hojně. V souvislosti se současně probíhající pandemií covidu-19 je popisován nárůst úzkostné symptomatiky jak u zdravotníků, tak u klinické i běžné populace. Dle dostupných dat na vrcholu pandemie 12–20 % zdravotníků v první a druhé linii (Čína, Itálie) trpělo středně závažnou až závažnou úzkostnou symptomatikou. U klinické populace bylo na druhou stranu popisováno zhoršení preexistujícího psychiatrického onemocnění a také objevení se nové psychiatrické symptomatiky či komorbidity. U obecné populace rovněž došlo k nárůstu výskytu neuropsychiatrických symptomů v souvislosti s onemocněním covid-19 včetně úzkosti, a to jak v akutní fázi onemocnění (22), tak i v období rekonvalescence, kdy byla popisována úzkostně-depresivní symptomatika až u 22 % pacientů. Téměř u čtvrtiny těchto pacientů pak psychiatrické symptomy přetrvávaly déle než 3 měsíce po prodělaném onemocnění covid-19 (23).

Zejména v dnešní náročné době je tedy vhodné věnovat úzkostným poruchám dostatečnou pozornost, jelikož mohou výrazně ovlivnit kvalitu života našich pacientů, a přitom jsou ve většině případů dobře terapeuticky ovlivnitelné. Anxiolytika tvoří různorodou skupinu léčiv, která mají svá specifika, jejichž znalost je esenciální pro jejich správné použití v praxi. Ačkoliv je tento článek zaměřen na farmakologickou léčbu úzkostí, nesmíme opomíjet ani velký význam psychoterapie při léčbě úzkostných poruch.



LITERATURA

1. Semple D, Smyth R. Oxford Handbook of Psychiatry. 3. vydání. Oxford: Oxford University Press 2013. ISBN 978-0-19-969388-7.
2. Mohr P et al. Klinická psychofarmakologie. Praha: Maxdorf jessenius 2017. ISBN 978-80-7345-546-0.
3. Vobořilová V, Červený R. Úzkostné poruchy. Doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře 2018. Dostupné na: <https://www.svl.cz/files/files/Doporučene-postupy/2017/DP-Uzkostne-poruchy.pdf>
4. Prašková H, Praško J. Farmakoterapie úzkostných poruch. Remedia. 2005; 15(6): 495–508.
5. Orel M, kol. Psychopatologie (2012). 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3737-9.
6. Raboch J, kol. Doporučené postupy psychiatrické péče IV. Psychiatrické společnosti ČLS JEP. 2014. ISBN 978-80-260-5792-5.
7. Tašková I, kol. Psychofarmaka v kazuistikách. 1. vydání. Praha: Maxdorf Jesenius 2021. ISBN 978-80-7245-678-8
8. Racková S, Janů L. Farmakoterapie úzkostných stavů. Psychiatrie pro praxi. 2006; 3: 112–116.
9. Stahl S. Stahl's Essential Psychopharmacology – Neuroscientific Basis and Practical Applications. 4. vydání. Cambridge: Cambridge University Press 2016. ISBN 978-1-107-68646-5.
10. Hubeňák J. Trazodon jedenkrát denně v léčbě deprese. Psychiatrie pro praxi. 2019; 20(3): 133–135
11. Kamphuis J, Taxis K, Schuiling-Veninga CC et al. Off-Label Prescriptions of Low-Dose Quetiapine and Mirtazapine for Insomnia in The Netherlands. Journal of Clinical Psychopharmacology. 2015; 35(4): 468–470. doi: 10.1097/JCP.0000000000000338.
12. Taylor D et al. The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry, 13. vydání. London: Wiley Blackwell 2018.
13. Airagnes G et al. Benzodiazepine misuse in elderly: risk factors, consequences and management. Curr Psychiatry Rep. 2016; 18(10): 89.
14. Schatzberg AF et al. Essential of Clinical Psychopharmacology 3. vydání. Washington: American Psychiatric Publishing 2013. ISBN 978-1-58562-419-5.
15. Höschl C. Blokáda 5-HT₂ receptorů a inhibice reuptake serotoninu- fyziologie, farmakologie a klinické důsledky. 47. Česko-Slovenská psychofarmakologická konference v Jeseníku, 5.–9. 1. 2005. Psychiatrie, 9, 2005; S1: 54.
16. Lader M. Withdrawing benzodiazepines in patients with anxiety disorders. Curr Psychiatry Rep. 2016; 18: 8.
17. Stein MB. Pharmacotherapy for social anxiety disorders in adults. Uptodate. 2021. Dostupné na: www.uptodate.com
18. El-Mallakh P, Findlay J. Strategies to improve medication adherence in patients with schizophrenia: the role of support services. Neuropsychiatric Disease and Treatment. 2015; 11: 1077–1090.
19. Češková E. Kombinace antidepresiv v léčbě deprese: doporučení a klinická praxe. Čes a slov Psychiat. 2015; 111(1): 33–36.
20. Palaniappan L, Insole L, Ferrier N. Combining antidepressants: a review of evidence. Advances in Psychiatric Treatment [online]. 2009; 15(2): 90-99. doi: 10.1192/apt.bp.107.004820. ISSN 1355-5146. Dostupné z: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S1355514600005460/type/journal_article.
21. Tašková I, Langmaierová K. Psychiatrické minimum pro farmaceuty. Prakt. Lékáren. 2020; 16(1): 17–20.
22. Stein MB. COVID-19: Psychiatric illness. Uptodate. 2021. Dostupné na: www.uptodate.com
23. Mikkelsen ME, Abramoff B. Evaluation and management of adults following acute viral illness. Uptodate. 2021. Dostupné na: www.uptodate.com.



Vliv pandemie covidu-19 na duševní zdraví dětí a adolescentů

MUDr. Jan Uhlíř

Oddělení psychiatrické, Fakultní nemocnice Ostrava

Pandemie covidu-19 ovlivnila život většiny dětí a adolescentů po celém světě. Jedním ze základů protiepidemických opatření se stalo uzavření škol a Česká republika měla uzavřené školy nejdéle ze všech zemí EU. Zakázána byla také většina mimoškolních aktivit. Na nějakou dobu bylo omezeno cestování mezi okresy. Rodiče dětí často zůstali pracovat doma. To zapříčinilo sociální izolaci dětí a adolescentů. Již byla publikována celá řada klinických studií, která potvrdila zhoršení duševního zdraví mladistvých. Cílem článku je nejen poukázat na dopad pandemie na duševní zdraví, ale také poukázat na některé rizikové a protektivní faktory.

Klíčová slova: covid-19, duševní zdraví, dětská psychiatrie.

How COVID-19 pandemic influences mental health of children and adolescents

Covid-19 pandemic has affected the lives of most children and adolescents around the world. School closure was one of the anti-epidemic measures and schools in the Czech Republic was closed for the longest time of all EU countries. Most outschool activities was forbidden too. Travel between districts was restricted for some time. The parents of the children often stayed to work at home. This was reasons for social isolation of children and adolescents. A number of clinical studies have already been published, which have confirmed the deterioration of the mental health in children and adolescents. The aim of the article is not only to point out the impact of the pandemic on mental health, but also to point out some risk and protective factors.

KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA: MUDr. Jan Uhlíř, jan.uhlir@fno.cz
Oddělení psychiatrické, Fakultní nemocnice Ostrava
17. listopadu 1 790, 708 52 Ostrava-Poruba

Převzato z: *Pediatr. praxi* 2021; 22(6): 370–372
Článek přijat redakcí: 25. 10. 2021
Článek přijat k publikaci: 16. 11. 2021



Key words: covid-19, mental health, child and adolescent psychiatry.

Úvod

Jelikož v ambulanci dětské a dorostové psychiatrie denně pozorujeme dopad pandemie na duševní zdraví dětí a mladistvých, cílem článku je zaměřit se na celosvětové studie a data. Uzavření škol postihlo celosvětově 87 % dětské a adolescentní populace, což je pro představu 1,6 miliardy studentů (1, 2). Uzavření škol narušilo dětem jejich každodenní rutinu. Děti přišly nejen o kontakt se svými vrstevníky, učiteli a výukou, ale přišly také o možnost organizovaných volnočasových aktivit. Jejich rodiče byli často nuceni pracovat z domu. Všichni byli vystaveni stresu z šířící se pandemie, který byl mediálně podporovaný. To vše vedlo ke zhoršení psychické pohody dětí a adolescentů. Karanténa vede ke zvýšenému riziku vzniku akutní i posttraumatické stresové poruchy, zvýšené prevalenci depresivních, úzkostných poruch a nespavosti (3). Vše bylo dále umocněno tím, že byla nižší dostupnost zdravotních služeb a také zmizela možnost využít školního psychologa. Pandemie nevedla vždy ke zhoršení symptomů, ale došlo i ke zlepšení symptomatiky již léčených pacientů a to převážně u poruch učení a sociální fobie (4). Tato zlepšení jsou ovšem v klinické praxi pouze dočasná a velmi zavádějící, jelikož po rozvolnění opatření dochází právě u těchto skupin pacientů k dramatickému zhoršení jejich klinického stavu.

Deprese a anxiety

Nejčastěji publikovaná data se týkají nárůstu symptomatiky depresí a úzkostných projevů. Dle metaanalýzy je nárůst jak depresivních tak úzkostných symptomů téměř dvojnásobný. Před pandemií byla prevalence klinicky významně zvýšených symptomů deprese 12,9 %, během

pandemie to bylo 25,2 %. U symptomů úzkostných poruch to bylo před pandemií 11,6 % a během pandemie 20,5 % (5). Do kategorie úzkostných poruch zahrnujeme také psychosomatické projevy, mezi kterými se během pandemie nejvíce vyskytovala nespavost u 43,3 %, bolesti hlavy 40,5 %, pocity slabosti 33,8 % a bolesti břicha 30,5 % (2). Je popisováno také zhoršení symptomatiky obsedantně kompulzivní poruchy (OCD) a to u 19,7–22,6 % pacientů. Ale u OCD bylo zaznamenáno také zlepšení symptomů a to u 3–4 % dětí a adolescentů (4).

Neurovývojové poruchy

Mezi neurovývojové poruchy patří mimo jiné poruchy aktivity a pozornosti (ADHD) a poruchy autistického spektra (PAS). Pro obě kategorie poruch platí, že děti profitují z pravidelného režimu a jasně nastaveného řádu. Protiepidemiologická opatření znamenala výrazný zásah do pravidelnosti a neměnnosti života těchto dětí a dětem s PAS je velmi obtížné vysvětlovat, proč k těmto změnám dochází. Děti s PAS se zhoršily obzvláště v oblasti depresivních poruch, byly více podrážděné, méně soustředěné a hyperaktivnější. Obdobně u dětí s ADHD se významně zhoršila jejich pozornost (4).

Poruchy příjmu potravy

Data o vlivu pandemie na symptomy poruch příjmu potravy nejsou zcela konzistentní. Nejčastěji je popisováno zhoršení symptomů, zvýšený počet relapsů a příjmů dětských a adolescentních pacientů s mentální anorexií (6). Ze symptomů mentální anorexie je v souvislosti se zhoršením



během pandemie zmiňováno zabývání se vlastní postavou a jídlem u 73 % pacientů a dále myšlenkami na cvičení. U 29 % pacientů se objevila také nižší motivace k další léčbě poruch příjmu potravy (7, 8). Kromě klasických symptomů poruch příjmu potravy se u pacientů zhoršily také komorbidní projevy a to deprese u 73 % a úzkosti u 77 % (7). Zhoršení symptomatiky je přičítáno hlavně sociální izolaci, snížené možnosti rozptýlení se a dostupnosti pohybových aktivit, nepravidelnosti v režimu, obzvláště v jídelním režimu, dále zvýšenému vystavení se stresujícím zprávám a v neposlední řadě omezené dostupnosti zdravotních služeb včetně psychologických během pandemie (6). U 16 % pacientů léčených pro poruchy příjmu potravy došlo ke zlepšení během pandemie, což je připisováno zmírněním stresu ze školního prostředí, lepší možnosti kontroly pravidelnosti jídla (6, 8). Všechna data se týkají celkové populace, nejen dětských a adolescentních pacientů. U těch byla provedena pouze jedna studie, která udává, že u 41,9 % pacientů dochází k návratu symptomů poruch příjmu potravy (9).

Kromě mentální anorexie byl zkoumán také vliv na obezitu. Více než 50 % pacientů s obezitou přibralo během pandemie (8).

Kvalita života a sociální chování

Velmi zajímavá data přinesla německá studie kvality života během pandemie. Z výsledků dotazníkového šetření vyplývá, že před pandemií udávalo nižší kvalitu života 15,3 % dětí a během pandemie už 40,2 % dětí. Vyšší je podíl dívek a postiženější je mladší věková skupina. A co trápilo děti nejvíce? V 82,8 % to bylo méně sociálních kontaktů, v 64,4 % děti považovaly domácí výuku za složitější, v 39,3 % uváděly, že utrpěly jejich vztahy s vrstevníky a ve 27,6 % je trápilo, že přibýlo hádek v rodině (2). Tato studie nám také potvrdila, že došlo ke vzestupu prevalence duševních poruch

u dětí a adolescentů, a to z 9,9 % na 17,8 %. Vyšší byl nárůst u dětí navštěvujících nižší stupeň základní školy. Značný byl počet hyperaktivity 14,6 %, emočních poruch 13,3 %, problémů s vrstevníky 11,5 % a poruch chování 10 %. Studie také potvrdila nárůst úzkostných symptomů a to z 14,9 % na 24,1 %. Překvapivě nebyl zjištěn nárůst depresivní symptomatologie (2).

Z dat je zřejmé, že pro děti a adolescenty je nejvíce vnímaným problémem ztráta sociálních vazeb. Obzvláště období adolescence je velmi senzitivní, kdy se získávají a upevňují sociální dovednosti a pro zdárný psychosociální vývoj je u adolescenta vyšší potřeba interakce s vrstevníky (10). Sociální kontakt je také nezbytný pro zdárný vývoj kognice, emocí, attachmentu (vztahové vazby) a partnerství (11). Nemůžeme opominout také vliv školy na vývoj dětí. Období bez školy je spojeno se snížením fyzické aktivity, zvýšením času u obrazovky, nepravidelným spánkem a horší životosprávou (12). V neposlední řadě je školní rutina důležitý copingový mechanismus (způsob zvládnání zátěže) obzvláště pro adolescenty s horší psychickou kondicí (13).

Během pandemie se také podstatně zvýšila incidence týrání a zneužívání dětí (CAN) (14).

Rizikové a protektivní faktory

Mezi rizikové faktory vzniku či zhoršení duševního onemocnění v době pandemie patří hlavně přítomný strach z nákazy onemocněním covidem-19, celkově negativní nastavení vůči karanténě a dalším protiepidemickým opatřením, chybějící komunikace mezi dětmi a rodiči. Rizikové jsou děti s nižším socioekonomickým statutem a již existující duševní poruchou, také děti migrantů. Dále jsou to rodiny žijící na malém prostoru. Mezi protektivní faktory naopak patří dobrá komunikace mezi dětmi a rodiči a cel-



kově pozitivní přístup k opatřením, hledání výhod, které opatření přináší, jako například trávení času s rodiči, více času na sebe a vlastní rozvoj (1, 2).

Závěr

Důležité je si uvědomit, že tvrdý lockdown nepřináší pouze často omílané ekonomické škody, ale také škodí duševnímu zdraví. A právě děti a adolescenti patří k nejrizikovější skupině. Je nutné velmi dobře různá opatření zvažovat a důsledně porovnat jejich přínosy a rizika. Podle aktuálně dostupných dat je zřejmé, že vliv uzavření škol má dopad nejen na vzdělanost dětí a adolescentů, ale hlavně na jejich duševní zdraví a další zdárný psychosociální vývoj. Důležité je, aby byly rodiny v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost edukovány o vhodnosti dodržování režimu i během karantény, který by se měl co nejvíce podobat režimu běžnému. Nenechat děti vstát 5 minut před školou a učit se z postele. Motivovat je do pohybu a cvičení i v domácích podmínkách. Bavit se

LITERATURA

1. Tang S, Xiang M, Cheung T, Xiang Y. Mental health and its correlates among children and adolescents during COVID-19 school closure: The importance of parent-child discussion. *Journal of Affective Disorders*. 2021; 279: 353–360. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.10.016>.
2. Ravens-Sieberer U, Kaman A, Erhart M, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on quality of life and mental health in children and adolescents in Germany. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2021; 25: 1–11. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01726-5>.
3. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, Rubin GD. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*. 2020; 395(Issue 10227): 912–920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8).
4. Cost KT, Crosbie J, Anagnostou E, et al. Mostly worse, occasionally better: impact of COVID-19 pandemic on the mental health of Canadian children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2021; 26: 1–14. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01744-3>.
5. Racine N, McArthur BA, Cooke JE, Eirich R, Zhu J, Madigan S. Global Prevalence of Depre-

ssive and Anxiety Symptoms in Children and Adolescents During COVID-19: A Meta-analysis. *JAMA Pediatr*. 2021; 175(11): 1142–1150 [doi:10.1001/jamapediatrics.2021.2482](https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.2482).

doma a vysvětlovat si situaci a daná opatření a snažit se najít i v celkově špatné situaci pozitivní prvky. To vše může pomoci dětem k udržení dobré duševní kondice.

Jak můžeme doposud vidět, tak pandemie sama od sebe nezmizí. Virus bude s námi, bude kolovat, mutovat. Proto je jedinou možnou ochranou proti vážnému průběhu a rychlému šíření viru očkování. Školy a děti v nich jsou bezesporu významným ohniskem šíření viru v populaci a proočkovanost právě u dětí je velmi nízká. Dalšímu uzavření škol, či opakovaným karanténám se zabrání pouze vysokou proočkovaností celé populace, včetně dětí. Pomohlo by také, kdyby se očkovací látky registrovaly pro děti od 6 let, tedy pro všechny děti, které navštěvují povinně školu. Dále je úlohou dětských lékařů, aby rodičům opakovaně vysvětlovali přínosy očkování a to nejen zdravotní, ale také ty nepřímé, které jsou v článku zmíněny a které ovlivňují vývoj dítěte významným a trvalým způsobem.

6. Zeiler M, Wittek T, Kahlenberg L, Gröbner EM, Nitsch M, Wagner G, Truttmann S, Krauss H, Waldherr K, Karwautz A. Impact of COVID-19 Confinement on Adolescent Patients with Anorexia Nervosa: A Qualitative Interview Study Involving Adolescents and Parents. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021; 18: 4251. <https://doi.org/10.3390/ijerph18084251>.
7. Vitagliano JA, Jhe G, Milliren CE, et al. COVID-19 and eating disorder and mental health concerns in patients with eating disorders. *J Eat Disord* 2021; (9): 80. <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00437-1>
8. Sideli L, Lo Coco G, Bonfanti RC, Borsarini B, Fortunato L, Sechi C, Micali N. Effects of COVID-19 lockdown on eating disorders and obesity. A systematic review and meta-analysis. *European Eating Disorders Review*, 2021; 1–16. <https://doi.org/10.1002/erv.2861>.
9. Graell M, Morón-Nozaleda MG, Camarneiro R, et al. Children and adolescents with ea-



ting disorders during COVID-19 confinement: Difficulties and future challenges. *Eur Eat Disorders Rev.* 2020; 28: 864–870. <https://doi.org/10.1002/erv.2763>.

10. Orben A, Tomova L, Blakemore SJ. The effects of social deprivation on adolescent development and mental health. *The Lancet Child & Adolescent Health.* 2020; 4(8): 634–640. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30186-3](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30186-3).

11. Cascio CJ, Moore D, McGlone F. Social touch and human development. *Developmental Cognitive Neuroscience.* 2019; 35: 5–11. <https://doi.org/10.1016/j.dcn.2018.04.009>.

12. Wang G, Zhang Y, Zhao J, Zhang J, Jiang F. Mitigate the effects of home confinement

on children during the COVID-19 outbreak. *The Lancet.* 2020; 395(10228): 945–947. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30547-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30547-X).

13. Lee J. Mental health effects of school closures during COVID-19. *The Lancet Child & Adolescent Health.* 2020; 4: 6. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30109-7](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30109-7).

14. Thomas EY, Anurudran A, Robb K, Burke TF. Spotlight on child abuse and neglect response in the time of COVID-19. *The Lancet Public Health.* 2020; 5(7). [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30143-2](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30143-2).



Genderová dysforie jako fenomén naší doby?

MUDr. Vladislav Chvála¹, PhDr. Ludmila Trapková²

¹Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch v Liberci

²Ordinace klinické psychologie v Praze

Na našich pracovištích v Praze a Liberci přijímáme do rodinné terapie stále častěji rodiny s dospívajícími, kteří trpí genderovou dysforií. Situace nám začala připomínat devadesátá léta minulého století, kdy se u nás hromadily rodiny s poruchami příjmu potravy. Podobně jako tehdy, přitahuje naši pozornost rychlost, s jakou se fenomén, do té doby známý spíše jen na specializovaných pracovištích, šíří v celém západním světě. Podobnost je pro rodinného terapeuta významná. Oba fenomény se začínají manifestovat ve stejné vývojové fázi rodiny, na začátku puberty a během ní. V terminologii rodinné terapie jsou to symptomy obtíží separačního procesu z rodiny, v našem pojetí sociálního porodu. Od r. 1994 do r. 2021 jsme pečovali nejméně o 34 takových rodin. Patnáct jsme přijali v posledních třech letech a z nich deset v roce 2021. Při malé kapacitě našeho pracoviště, které je k dispozici psychosomatickým případům, je takový nárůst jediné diagnózy něčím výjimečným. Proto jsme se museli nad novým nápadným bio-psycho-sociálním jevem zamyslet, pokusit jej reflektovat v širším kontextu než jen na úrovni biologických znalostí.

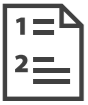
Klíčová slova: gender inkongruence dysforie, porucha příjmu potravy, rodinná terapie, bio-psycho-sociální pojetí.

Gender dysphoria as a phenomenon of our time?

At our daily outpatient clinics in Prague and Liberec, we are increasingly recruiting families with adolescents who suffer from gender dysphoria for family therapy. The situation began to remind us of the 1990s, when we saw an increase in families with eating disorders. As then, our

KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA: MUDr. Vladislav Chvála, chvala@sktlib.cz
Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch v Liberci, s.r.o.
Jáchymovská 385, Liberec 10, 46010

Psychiatr. praxi 2022;23(1):e33-e41
Článek přijat redakcí: 7. 1. 2022
Článek přijat k publikaci: 8. 2. 2022



attention is drawn to the speed with which the phenomenon, known only in specialized workplaces, is spreading throughout the Western world. The similarity is important for a family therapist. Both phenomena begin to manifest in the same developmental phase of the family, at the beginning of puberty and during it. In family therapy terminology, these are symptoms of the difficulties of the separation process from the family, in our view of social childbirth. From 1994 to 2021, we cared for at least 34 such families. We have admitted fifteen to treatment in the last three years, ten of them in 2021. Given the small capacity of our workplace, which is available to psychosomatic cases, such an increase in a single diagnosis is something extraordinary. Therefore, we had to think about a new striking bio-psycho-social phenomenon, try to reflect it in a broader context than just the level of biological knowledge.

Key words: gender incongruence dysphoria, eating disorder, family therapy, bio-psycho-social concept.

Úvod

Neschopnost, neochota či nemožnost dospívajících smířit se s tělesným pohlavím, které jim bylo dáno X a Y chromozomem při početí, je stále častějším problémem, se kterým se na nás obrací rodiny. Dříve vzácnou poruchu F to M či M to F transsexualitu¹ (TS) zastihuje mnohem častější fenomén gender incongruence dysforie (GID), která může dospět až k žádosti o tranzici². Podobný fenomén jsme na našich pracovištích zažívali v devadesátých letech. Tehdy nás začaly zaplavovat rodiny s poruchami příjmu potravy (PPP). Diagnóza byla pokládána za špatně léčitelnou. Fakt, že si s ní zdravotnictví moc nevědělo rady, nás nutil přemýšlet o jejím smyslu v rodinném systému, případně i transgeneračně. Objevovali jsme dynamiku sociální dělohy a pochopili jsme, že PPP je nejčastěji symptomem vývojové stagnace trojúhelníku matka-dítě-otec (1). Tyto rodiny nás tak naučily poruchu léčit kauzálně a nikoli jen symptomaticky. A už tehdy

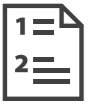
jsme v této souvislosti vyslovovali první hypotézy o bio-psycho-sociálním významu transsexuality (2).

Mentální anorexie a bulimie mají s genderovou dysforií mnoho společného. Také ony se hlásí nejčastěji na prahu dospívání, kdy se tělesný vývoj začíná neúprosně projevovat sekundárními pohlavními znaky, na které reaguje okolí komplementárně eroticky. Jestliže na to není dospívající dítě psychosociálně připravené, a když navíc nemá ve svých rodičích oporu a přiměřenou ochranu před předčasnými sexuálními podněty, může své změněné tělo odmítat. Drastická redukce váhy u PPP dočasně zastaví rozvoj puberty, oslabí tělesnou erotickou signalizaci a sníží tak psychosociální napětí doposud málo zralé dospívající dívky. Vzácněji to vidíme u chlapců, kteří nejsou zdaleka tak často středem nežádaného erotického zájmu okolí. Již několik desetiletí je známo, že se rozevírají nůžky mezi tělesným a psychosociálním vývojem dětí.

Požadavek na chirurgické odstranění pohlavních znaků (u dívek především prsou) plní stejnou úlohu. Fantazie dospívajících, trpících genderovou dysforií, o světě bez binárního rozdělení na muže a ženy, bez pohlavních

1 V roce 1979 byl uváděn výskyt poruchy v USA 1 : 20 000 u žen a 1 : 50 000 u mužů. Výskyt tzv. gender incongruence dysforie je dnes uváděn u 1 ze 100 osob (.31)

2 Tzv. „změnu“ uváděného pohlaví především v osobních dokumentech pacienta.



rozdílů, které jsou zdrojem sexuálního chování a které často rozvrátilo jejich rodiny, se zdají být řešením v kritickém vývojovém období. V rámci něj hledá každý jedinec svou identitu a bojuje s konfuzí rolí, jak popsal význačný psychoanalytik Erik H. Erikson poprvé už před více než 50 lety (3). V západním světě, jehož běžnou součástí je dnes naprostá konfuse rolí, může jít o úkol stále těžší. Dospívající zaplavuje chaos. Ztraceni ve svém těle, ztraceni mezi svými vrstevníky i ve své rodině bolestně prožívají nesnesitelnou osamělost. Často se poškozují nebo pokouší o sebevraždu (4).

V našem vzorku 34 rodin s TS nebo GID je 28 dívek a jen 6 chlapců. Dívky si vybírají mužská jména a dožadují se oslovení v mužském rodě bez ohledu na to, jestli to odpovídá tomu, jak působí na své okolí. Nekompromisně žádají, aby se jim okolí jednostranně přizpůsobilo. Ale když si získáme jejich důvěru a pozorně se vyptáme, můžeme se dozvědět, že některým nejde v první řadě o to, aby staly mužem, ale odmítají být ženou. Nechtějí nést osudy svých matek a babiček. Pokoušejí se v sobě likvidovat dospělé ženství hned v samém zárodku, popírají ženské instinkty.

V případě M to F se chlapci, kteří jsou doposud v dětské symbióze s matkou, tak silně identifikují s jejím genderem, že nechtějí nebo nemohou obstát mezi muži, a to tím spíš, že nenacházejí ve svých otcích vzory k následování, mužné průvodce do světa mimo rodinu. Někteří chlapci svědčí o tom, že jsou tak silně přitahováni ženským tělem, že se jím chtějí sami stát a své mužské tělo odmítají. Popisují touhu „být taky tak atraktivní“, jak se jim jeví dívky. Stagnují na začátku sociálního porodu v identifikaci s matkou a jejím ženským světem.

V obou případech nenacházejí, jak dívky, tak chlapci, ve vztazích s rodiči bezpečné stabilizující osoby s vlastní pevnou bio-psycho-sociální identitou, ale znejistěné kalendářně dospělé, kteří bezradně podléhají

podobnému chaosu jako jejich dítě v konfrontaci s matoucími tvrzeními odborníků. Měli by rodiče dosavadní prožívání vztahu s vlastním dítětem popřít? Neví, jak si s takovým sebezapřením poradit, aby dítěti neublížili. Zmatek bývá výsledkem přenosů (psychosociálního dědictví) podobného chaosu z původních rodin dnešních rodičů, když byli dětmi. Jestliže se porucha přirozené vývojové dynamiky trojúhelníku matka-dítě-otec v dalších generacích neopravuje, ale má tendenci naopak zesilovat, proč by se s uplatněním epigenetických jevů nemohl ve třetí generaci narodit potomek trpící GID?

V individuálních případech často nelze, než dospívajícího doprovázet k tzv. změně pohlaví, i když ve skutečnosti jde jen o kastraci s lepší či horší úpravou vnějších tělesných znaků, s trvalou závislostí na dodávce hormonů. To ale neznamena, že si nemáme klást otázky po bio-psycho-sociálních zdrojích závažné poruchy vývoje dětí s důsledky pro další generaci, že se nemáme ptát, jestli není tato porucha zesilovaná transgeneračně a zda není v širším kontextu symptomem celé společnosti. Nelze se spokojit s bizarním, snad až buddhisticky znějícím vysvětlením, že se „narodily do špatného těla“.

Existují-li precipitující faktory v kterékoli z vrstev naší bio-psycho-sociální existence, je třeba jim věnovat pozornost a informovat veřejnost. Bez důsledného uplatnění bio-psycho-sociálního přístupu lze jen obtížně tuto poruchu pochopit, natož ovlivnit. Ale dokáže to naše medicína, rozvíjející převážně biologický pohled (5)? Engelův požadavek na změnu paradigmatu medicíny v duchu bio-psycho-sociální teorie zdraví a nemoci leží na stole již od roku 1977, ale jeho skutečné naplnění v praxi a výzkumu stěží naplnujeme, když na lékařských fakultách se ani psycho-, ani socio- nevyučuje a spolupráce napříč resorty je u nás pověstně špatná (6). Možná



právě až tato porucha, tragicky zasahující naše děti, nás donutí brát tento požadavek vážně.

Nedáváme návod k řešení, ale ukazujeme, co je úkolem rodinného terapeuta v případech genderové dysforie, kterou si prohlížíme s pacienty v co nejširším kontextu jejich života.

Malý rozdíl – velký význam

Malý rozdíl mezi genitálem dívky a chlapce u novorozence určuje diametrálně rozdílné životní linie. Budou to dívky, které jednou otěhotní, donosí a porodí novou generaci dětí, a budou to ony, kdo se ujmou mateřských funkcí se všemi důsledky, pokud k tomu dají svolení. A budou to opět ony, kdo za stejnou práci dostanou zapláceno v průměru o 19 % méně než jejich spolužáci. Ale až do doby, kdy dá hormonální bouře vyniknout dalším tělesným rozdílům, vypadají chlapci i dívky velmi podobně. Nebýt kulturních zvyklostí v oblečení nebo tzv. dívčích nebo chlapeckých činností, mohou snadno předpokládat, že je čeká stejný osud. Stačí označit tyto kulturně podmíněné projevy za nežádoucí stereotypy? Máme je ve jménu dekonstrukcionismu zpochybňovat? Usnadníme tím dívkám dospívání?

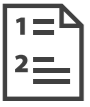
Nedávno uveřejněný výzkum týmu Sofie Arnoldové provedený na Bostonské univerzitě ukázal, že už v osmi letech dochází k významné změně ve schopnosti dětí vyjednávat s otcem, zástupcem mužské části populace. Dívky vzdávají vyjednávání s otcem dříve než chlapci a prosadí si tak na otci méně než jejich bratři (7). Autorky uvažují, že to může být důvod, proč mají ženy za stejnou práci menší finanční odměnu než muži. Výsledek svědčí o tom, že zhruba ve věku kolem osmi let se začíná chování chlapců a dívek lišit. Americký psycholog, bývalý prezident APA, Daryl Bem

dokonce pokládá toto spontánní rozdělení na dívčí a chlapecké vrstevnické skupiny před nástupem puberty za důležitý krok ve vývoji lidského sexuálního chování. Ve své práci uveřejněné v roce 1996 tvrdí, že právě díky takovému rozdělení jsme schopni postupně erotizovat nespécifické „vzrušení z exotického“, totiž při setkání s jedincem z genderově opačné skupiny vrstevníků (8). Tato erotizace nespécifického vzrušení bezesporu existuje. Svědčí o tom někdy až bizarní klinické nálezy, když v tomto kritickém období bylo erotizováno vzrušení z jiných než erotických zdrojů, třeba kašel umírající babičky nebo sádra na ruce (příklady z naší praxe). Současný důraz na stejnou a koedukovanou výchovu (někde dokonce i právní úpravy zakazují identifikovat v oslovování už předškolní děti jako buď dívky nebo jako chlapce) snižuje možnost dětí připravovat se na pozdější nástup tělesných rozdílů se všemi psychosociálními a psychosexuálními důsledky.

Dívka z našeho souboru, které se dva roky dařilo brzdit vývoj tělesných znaků omezením potravy, byla pod obrazem mentální anorexie hospitalizována. Po zvýšení váhy byla ve svých 16 letech zaskočena prvním menstruačním krvácením. Šokovala personál nemocnice důrazným požadavkem na okamžité odstranění dělohy, s odůvodněním, že „tohle nehodlá snášet“, a tvrdě si to prosazovala.

Jiné dívky s GID z našeho vzorku, které byly ochotné o svých vnitřních stavech mluvit³, se shodovaly v tom, že nechtějí být rozpoznávány a osločovány jako dívky. Ale protože je nečekaný vývoj tělesných znaků včetně menstruace tlačí do ženské vývojové linie, brání se tomu rozvíjením představ, že jsou chlapci. Virtuální svět her, komiksu a sdílení na sociálních sítích

³ Dospívající s GID se často vzájemně učí říkat to, co jim usnadní cestu k vytouženému cíli. Je obtížné se od nich dovědět, jak na tom opravdu jsou a co se jim honí hlavou.



jim v tom velmi pomáhá, protože tam na genderu nezáleží. Svě ženské tělo nenávidí, často jej i poškozují. Chtějí být osločovány v mužském rodě. Čeština je pro dospívající s GID nevýhodná. S výjimkou neutrálního rodu, určeného jen dětem bez sekundárních pohlavních znaků, nutí mluvčího neustále rozlišovat, zda hovoří k osobě mužského nebo ženského rodu. Může to být důvod, proč se někteří dospívající s GID uchylují raději k angličtině? V každém případě tento požadavek způsobuje zmatky v komunikaci s vrstevníky i s rodiči a je dalším důvodem k osamělosti, případně k šikaně (4).

V každém případě procházejí dívky i chlapci odlišným způsobem separačním procesem, tak jak jsme ho před časem popsali (9). Tento rozdíl může hrát významnou roli při vývoji genderové identity, která v rámci složité souhry dospívajícího s matkou a úplně odlišné souhry s otcem teprve dozrává. Důvěrný rozhovor s matkou je pro děti obvykle snazší než s otcem, jak o tom svědčí řada jazykových výzkumů po celém světě už od 70. let (10), (11). Odpoutávání od matky začíná paradoxně novým sblížením (zasvěcováním) na dospělejší úrovni, než tomu bylo v dětství. Tato fáze je pro dcery homoerotická, zatímco pro chlapce heteroerotická. Po jejím naplnění přichází ke slovu vztah s otcem opět na dospělejší úrovni, než tomu bylo v dětství. Sbližováním (zasvěcováním) dospívající dcery s otcem se naplňuje vývojový úkol fáze heteroerotické, zatímco u chlapce fáze homoerotické. Setkávání s otcem nebývá snadné už proto, že v mnoha rodinách vlastní otec chybí. Případně toto důležité období separace z rodiny sám se svým otcem nezažil, a tak nemusí tušit, co od něj bude současná generace vyžadovat a celý proces tím vážne. Přesto je pro vývoj jak synů, tak dcer právě otec nepostradatelný, jak dokazují některé výzkumy (12).

Přitažlivost ženského, ale i mužského světa, je pro obě pohlaví silná a nejspíš instinktivní. Pokládat chování dospívajících v těchto vývojových fázích za projev homosexuality je krajně předčasné. Současná generace dospívajících je však vystavena zcela bezprecedentní expozici pornografického materiálu, o jehož vlivu na zrání sexuality se z výzkumů dozvídáme jen velmi málo (13). Na internetu dospívající získávají detailní představu o scénářích homosexuálního chování, a také je prožívají. Jakmile se v nich probudí přitažlivost k jedincům stejného pohlaví, která ovšem psychologicky patří vztahu s rodičovskou postavou stejného pohlaví v tomto vývojovém období, mohou se ve svém zmatení za lesby nebo gaye pokládat a před ostatními se tak prezentovat zvláště tehdy, když nejsou rodiče dospívajícímu dostatečně k dispozici. Tak vstupuje internet a sociální sítě do složitého separačního procesu matoucím způsobem, který musíme pokládat za nový masivní vliv na celé populace. Rodiče se často naprosto mýlí v odhadu, jak brzy se jejich děti vystavují sexuálnímu obsahu internetu (14).

Rizikové sexuální interakce na sociálních sítích jsou překvapivě časté (15). Některé dívky z našeho souboru uvedly, že byly vystaveny pornografii už v předškolním věku! Bez sexuálního vzrušení může vyvolávat taková expozice pocity hnusu. Traumatické zážitky z předčasného vystavování sexuálními obrazům a podnětům, navíc v nevhodném kontextu, může narušovat přirozený proces erotizace nespécifického vzrušení. Sebepoškozování, časté mezi TS a GID jedinci, může být způsob, jak se nepříjemného napětí zbavují. To by vysvětlovalo vysoký výskyt takového jednání u osob jak s PPP, tak GID (16). Přirozená cesta k uvolnění masturbací může být zablokovaná traumaty z dětství, jak o tom svědčí někteří adolescenti z našeho souboru, kteří uvádí, že se „nedokáží svého genitálu ani dotknout“. Dynamiku ros-



toucího napětí až do vyvrcholení při záměrném tělesném sebepoškození s následnou úlevou popisuje více jedinců v našem souboru, dívek i chlapců. Je ale těžké se k takovým svědectvím dostat.

Podrobnosti o významu jednotlivých podnětů leží v oblasti subjektivního prožívání jedince, které však není v současné medicíně příliš ceněno. Fantazie jsou pro ni „jen subjektivní“. Ve skutečnosti je v případech GID tento klíčový vnitřní subjektivní svět dostupný jen v dobrém vztahu s terapeutem. To je také hlavní význam hlubinné psychoterapie a rodinné terapie u GID. Musíme být k dispozici dospívajícímu a jeho vztahům s rodiči v jejich společném chaosu během významných fází separačního procesu. K tomu nestačí jen rodinné poradenství a tzv. podpůrná psychotherapie, jak uvádí doporučené postupy Sexuologické společnosti ČLS JEP. Souhlasíme s nimi v tom, že nejde jen o symptomatickou „léčbu usilující o změnu pohlavní identity ve smyslu jejího sladění s pohlavím biologickým“, která „byla v minulosti uplatňovaná bez úspěchu a v současnosti je považovaná za neetickou“.

Úkoly rodinné terapie v případech GID dospívajícího

Doporučený postup pro sexuology v péči o transsexuální pacienty předává část odpovědnosti za proces tranzice také na rodinné terapeuty (17). Proto si musíme klást otázku, jakou roli v těchto nesnadných případech hrajeme. Máme před sebou mnoho neznámých, ale jedno je jisté: Nápadný symptom přitahuje takovou pozornost, že často překrývá jiná důležitá témata v rodině (trauma, zneužití...) včetně vývojové stagnace v rodinách, kde vážně hlubinná vazba (attachement) ve vztahu s jedním nebo oběma rodiči.

Úkolem rodinného terapeuta není „přemluvit“ rodiče, aby se smířili s postojem svého dítěte během krize identity, tím méně rozhodovat o tom, jak se má dospívající cítit. Terapeut má pomoci vyvést rodinu z vývojové stagnace (v kterémkoli věku dítěte) tak, aby dítě postupně dospívalo ke své vlastní originální identitě, a to mnohem širším kontextu, než je ten genderový. A této volby bude dítě fakticky i právně schopné, až bude dospělé.

Tranzice dítěte zasahuje celou rodinu, nejen rodiče, ale i prarodiče, sourozence, partnery, děti. Rodiče pochopitelně v naprosté většině přijímají dítě takové, jaké je, a ujišťují je o své lásce. Někteří však na to připraveni nebývají. Rodinná terapie má prostředky vhodné k tomu, aby se dlouho tabuizované téma otevíralo všem a aby mohli v bezpečné atmosféře spolupracovat na vzájemné společné proměně.

Hledání identity v tom nejširším slova smyslu, nejen té genderové, je výzvou také pro rodiče, aby proměňovali svou rodičovskou identitu a překonávali vývojový práh od funkce „rodič dítěte“ k funkci „rodič dospělého dítěte“. Něco takového rodinného terapeuta nepřekvapí. Stagnace rodinného systému v tomto období je častá a podoby symptomů pestré. Vývoj se může zastavovat při jakékoli poruše či onemocnění, jak dítěte, tak některého z rodičů. Vždy hraje roli jejich souhra. Genderová dysforie by neměla být důvodem k jinému způsobu práce rodinného terapeuta. Problém ovšem vidíme v tom, že rodiny s GID chodí do léčby pozdě, až dlouho poté, co dítě prožívající v osamělosti konfusi rolí bez opory milujících a stabilních dospělých již přijalo nesnadnou volbu za svou. Nemluvě o tom, že si svou volbu již potvrdilo kontaktem se vzdálenými vrstevníky na internetu a nekompromisně na ní trvá. Očekává a vyžaduje už jen jedno: pomoc při prosazování cesty k řešení v podobě operace, která úplně zastíní ostatní podstatná témata hledání identity v tom nejširším slova smyslu.



Úkolem rodinné terapie tedy je, aby rodiče přijali případnou tranzici dítěte teprve tehdy, když byla překonána vývojová stagnace celé rodiny. Nestačí vysvětlení o údajně vrozeném původu poruchy.

Po zkušenosti s takovými rodinami, kterých nezvykle rychle přibývá, si klademe celou řadu otázek:

- Jak působí přeseexualizovaná společnost nejen na dospívající, ale už i na malé děti?
- Jak ztíženou nebo usnadněnou orientaci má dospívající, který řeší vývojovou krizi „identity versus konfuse rolí“ ve společnosti, ve které převládá na rozdíl od minulosti konfuse rolí?
- Jaký vliv na vývoj dítěte a jeho identity mají traumatické ztráty a výměny rodičovských postav?
- Jak mohou rodiče plnit dostatečně své rodičovské funkce, když neměli příznivé podmínky pro vlastní separační proces, a to možná už v několikáté generaci?
- Jaký vliv mají přesvědčení, že je TS vrozený/získaný stav?
- Jaký vliv na celou společnost mají aktivistická hnutí bojující za práva TS?
- Jaký vliv na stabilitu populace mají široce medializované možnosti reprodukční medicíny rozvíjené prakticky bez reflexe etických dilemat (29)?
- Jak by mohly osvětlovat téma vznikání TS/GID nové poznatky epigenetiky, jde-li o transgenerační proces podobně jako u přenosu traumatu?
- Co nás mohou naučit rodiny s problémem genderové identity?

Diskuse

Základní otázka, zda jde o vrozenou poruchu, nebo zmatek způsobený společenskými podmínkami, zůstává nezodpovězená. Zoufalí rodiče dětí

s GID se oprávněně ptají, zda je potíže jejich dítěte vrozená (a tedy za ni nenesou odpovědnost) nebo získaná (a tedy na ni měli, a ještě i mohou, mít vliv). Potřebují vědět, jestli mají nezvyklému přání svého dítěte vycházet vstříc nebo se mohou spoléhat na dynamiku vlastního prožívání ve vztahu s dítětem. Uspokojivou odpověď nenacházejí ani mezi odborníky. Přitom nelze říci, že by lékaři výzkum dříve velmi vzácného jevu podceňovali. Zvažovány byly i rodinné aspekty, vedle psychologických a vrozených aspektů, jak lze zjistit z rozsáhlé bibliografie Kenetha J. Zuckera (18).

Víme, že přibývá prací, ve kterých je prokazován biologický původ transexuality (přehled viz (19)). Hareho tým v r. 2008 analyzoval vzorky DNA od 112 mužských a ženských transsexuálů. Výzkumníci porovnávali genetické rozdíly s netranssexuály. Zjistili, že u transsexuálů mužů i žen nacházejí s větší pravděpodobností delší verze genu, o kterém je známo, že modifikuje působení pohlavního hormonu testosteronu (20).

European Society of Endocrinology uveřejnila v roce 2018 práci Julie Bakker, která zkoumala rozdíly mezi pohlavími v aktivaci mozku mladých transgender lidí (21). Studie zahrnovala dospívající chlapce i dívky s genderovou dysforií a využívala skenování magnetickou rezonancí (MRI) k posouzení vzorců aktivace mozku v reakci na feromon, o kterém je známo, že produkuje genderově specifickou aktivitu. Aktivace mozku u transgender dospívajících chlapců a dívek se více podobala aktivaci netransgender chlapců a dívek vyhlédnutého pohlaví. Navíc dospívající dívky s GID vykazovaly typický mužský vzorec aktivace mozku během cvičení vizuální/prostorové paměti. Proto ve světě přibývá pracovišť která se pokoušejí vyřešit poruchu chirurgicky a hormonálně.

Důkazů o vlivu sociálních podmínek na zdraví plodu, novorozence a na vývoj dítěte přibývá mnohem pomaleji. Ale existují. A nejsou to



jen ty klasické psychoanalytické, které mluvily jasně (22). Vliv stresu při zanedbávání dítěte na strukturu mozku nelze zpochybňovat (23, 24). Ani pokud jde o zjišťované genetické změny, neměli bychom spěchat s odpovědí. Je známo že i takové události jakou je ztráta otce, není bez vlivu na buněčnou úroveň.

Vědci Princetonské univerzity zjistili, že ztráta otce je jasně spojena s buněčnou funkcí, která závisí na délce telomer. Potvrdili, že jakákoli ztráta otce mezi narozením a devátým rokem věku vede ke snížení délky telomer. Účinek je největší u dětí, jejichž otcové zemřou. Zkráceny jsou asi o 16 % (25). Neměli bychom proto zavrhnout význam sociálních vlivů, i když se obtížněji prokazují. Kvantitativní pozitivistické výzkumy nestačí tam, kde chceme sledovat subjektivní proměnné. Tzv. chirurgická a hormonální léčba je v úplnosti nevratná a nemusí vést ke stabilním a uspokojivým výsledkům (26). Případ, kdy 21letá dívka žalovala Tavistockou kliniku za to, že jí dovolili operativní změnu pohlaví v 16 letech, je všeobecně znám. Soud rozhodl, že dospívající v 16 letech nemůže dát věrohodné svolení k takové operaci, a klinika soud prohrála.

Věc je opravdu zapeklitá. Pokud jsou nezralí dospívající zneklidňováni měnícími se tvary svého těla, hormonální zástava puberty jim opravdu může ulevit. Pokud se současně pracuje s rodinou a rodinný terapeut provází celou rodinu separačním procesem, určitě hrozí méně komplikací než při radikálním prosazování jediné cesty – tedy kastrace s úřední

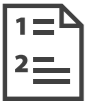
změnou pohlaví (27). Diskuse lékařů a psychologů kolem nových fenoménů je nezbytná, ale potřebujeme také svobodu výsledky své práce publikovat. Situaci komplikují aktivisté LGBT komunity, kteří naléhají na co nejrychlejší a nejsvobodnější změnu pohlaví. Působí nejen v médiích, ale i ve státní správě a na univerzitách řady zemí. Máme pochopení pro jejich jistě dobré úmysly, ale v případě TS a GID situaci spíše zhoršují, protože leckde již nelze svobodně o složitém a závažném fenoménu diskutovat (28). Poukazovat na odlišné chápání nebo odporující si fakta se stává společensky nepříjemné a vyvolává prudkou mediální reakci aktivistů (29). Část viny za současnou neuspokojivou a nebezpečnou situaci je také na straně lékařů, když například velké pokroky v reprodukční medicíně prakticky nejsou reflektovány z etických hledisek. To způsobuje představu veřejnosti, že dítě může mít kdokoli s kýmkoli a že se s dětmi dá i obchodovat (30). Taková situace ovšem paralyzuje vědecké zkoumání a diskusi, která by mohla vést k pochopení této tragické komplikace individuálního vývoje.⁴ Co horšího, nejistota i v řadách odborníků vede ke zmatení veřejnosti, takže dítě propadající se do zmatku dospívání nenachází nikde ve svém okolí pevnou oporu (31).

⁴ O tom, jak silný vliv na vědecký výzkum v této oblasti mají aktivisté, si může čtenář učinit představu z aféry kolem výzkumné zprávy Lisy Littmanové uveřejněné v časopise Plos One (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214157>), kde je nyní po protestech „veřejnosti“ uveřejněno rozsáhlé vysvětlení toho, „jak to autoři práce mysleli“, a k tomu opravená verze původní práce.

LITERATURA

1. Chvála V, Trapková L, Skorunka D. Social Uterus: A Developmental Concept. *Contemporary Family Therapy*. 2012; 34(2):293-312.
2. Trapková L, Chvála V. O smyslu transsexuality. *Praktický lékař*. 2005;85(8):464-466.
3. Erikson EH. *Dětství a společnost*. Praha: Argo; 2002.

4. Garthe RC, Kaur A, Rieger A, et al. Dating Violence and Peer Victimization Among Male, Female, Transgender, and Gender-Expansive Youth. *Pediatrics*. 2021 Apr;147(4):e2020004317. doi: 10.1542/peds.2020-004317.
5. Chvála V, Skorunka D. Bio-psycho-sociální přístup nabízí větší porozumění. *Psychiatrie*



pro praxi. 2017;18(1):42-6. doi: 10.36290/psy.2017.040.

6. Engel G. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977 Apr 8;196(4286):129-36. doi: 10.1126/science.847460.

7. Arnold SH, McAuliffe K. Children Show a Gender Gap in Negotiation. *Psychol Sci*. 2021 Feb;32(2):153-158. doi: 10.1177/0956797620965544. Epub 2021 Jan 6.

8. Bem DJ. Exotic becomes erotic: A developmental theory of sexual orientation. *Psychological Review*. 1996 103(2):320-335. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.103.2.320>.

9. Trapková L, Chvála V. Rodinná terapie psychosomatických poruch. Praha: Portál; 2017.

10. Glaeson BJ. Fathers and other strangers: men's speech to young children. In: Dato DP. *Developmental psycholinguistics, theory and applications*. Washington D.C.: Georgetown University Press; 1975.p.171-222.

11. Šulová L. Raný psychický vývoj dítěte. Praha: Karolinum; 2005.

12. Brown J. Father-Absent Homes: Implications for Criminal Justice and Mental Health Professionals. Minnesota Psychological Association., MPA [Internet]. 2020; [cited 2020 Aug 18]. Available from: https://www.mnpsych.org/index.php?option=com_dailyplanetblog%26view%3Dentry%26category%3Dindustry%2520news%26id%3D54.

13. Coyne SM, Ward LM, Kroff SL, et al. Contributions of Mainstream Sexual Media Exposure to Sexual Attitudes, Perceived Peer Norms, and Sexual Behavior: A Meta-Analysis. *J Adolesc Health*. 2019 Apr;64(4):430-6. doi: 10.1016/j.jadohealth.2018.11.016. Epub 2019 Jan 26.

14. Lemish D. Generation Gap? 'Online Gap' Widens Divide Between Parents and Children. *Paediatr Child Health*. 2003 May-Jun8(5):275-278.

15. Byrne S, Katz SJ, Lee T et al. Predators and Porn: Predicting Parental Underestimation of Children's Risky Online Experiences. *Journal of Computer-Mediated Communication*. 2014;19(2):215-231.

16. Peterson CM, Matthews A, Copps-Smith E, et al. Suicidality, Self-Harm, and Body Dissatisfaction in Transgender Adolescents and Emerging Adults with Gender Dysphoria. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2016;47(4):475-482.

17. Fifková H, Weiss P, Neumann D, et al. Doporučený postup. Doporučený postup pro sexuology v péči o transsexuální pacienty. *Sexuologická společnost ČLS J.E.P.* [Internet]. 2020; [cited 2022 Feb 23]. Available from: <https://www.sexuologickaspolecnost.cz/aktualne/doporuceny-postup-pro-sexuology-v-peci-o-transsexualni-pacienty-959>.

18. Zucker KJ, Green R. Psychological and familial aspects of gender identity disorder. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*. 1993 July 2(3):513-542.

19. Saffer JD. Transgender: Evidence on the biological nature of gender identity. *ScienceDaily* [Internet]. 2015 [cited 2022 Jan 2]. Available from: <https://www.sciencedaily.com/releases/2015/02/150213112317.htm>.

20. Hare L, Bernard P, Sánchez FJ, et al. Androgen Receptor (AR) Repeat Length Polymor-

phism Associated with Male-to-female Transsexualism. *Biol Psychiatry*. 2009 Jan 1;65(1):93-6. doi: 10.1016/j.biopsych.2008.08.033. Epub 2008 Oct 28.

21. Agana MG, Greydanus DE, Indyk JA, et al. Caring for the transgender adolescent and young adult: Current concepts of an evolving process in the 21st century. *Dis Mon*. 2019 Sep;65(9):303-356. doi: 10.1016/j.disamonth.2019.07.004. Epub 2019 Aug 9.

22. Bowlby J. Odloučení. Kritické období raného vztahu mezi matkou a dítětem. Praha: Portál; 2012.

23. Korosi A, Shanabrough M, McClelland S et al. Early-Life Experience Reduces Excitation to Stress-Responsive Hypothalamic Neurons and Reprograms the Expression of Corticotropin-Releasing Hormone. *J Neurosci*. 2010 Jan 13;30(2):703-13. doi: 10.1523/JNEUROSCI.4214-09.2010.

24. Monzer N, Hartmann M, Buckert M et al. Associations of Childhood Neglect With the ACTH and Plasma Cortisol Stress Response in Patients With Type 2 Diabetes. *Frontiers in Psychiatrie*. *Front Psychiatry*. 2021 Jun 17;12:679693. doi: 10.3389/fpsy.2021.679693. eCollection 2021.

25. Mitchell C, McLanahan S, Schneper L, et al. Father Loss and Child Telomere Length. *Pediatrics*. 2017 Aug;140(2):e20163245. doi: 10.1542/peds.2016-3245. Epub 2017 Jul 18.

26. Heyer W. Odvrácená strana transgenderu. Praha: Klika; 2020.

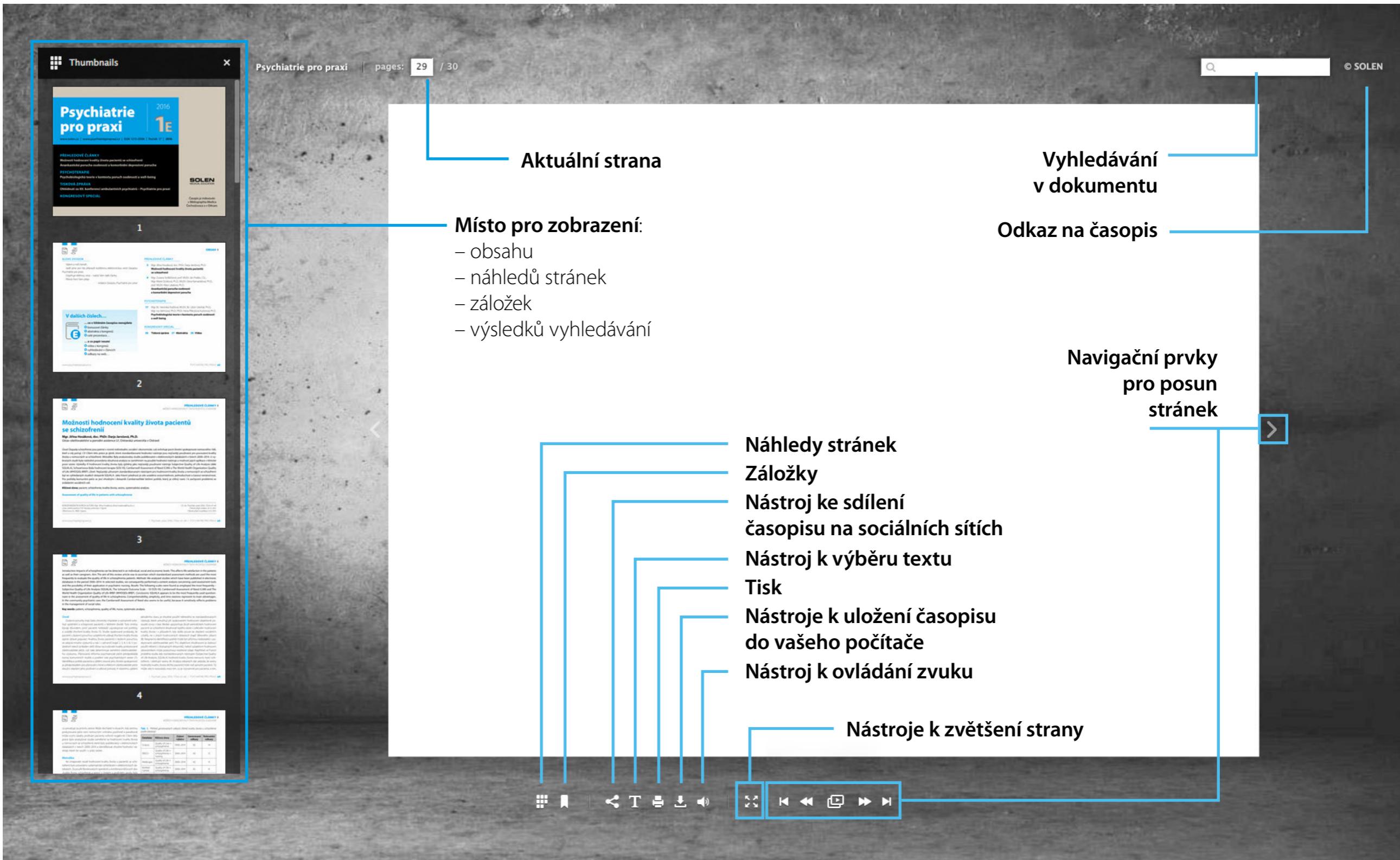
27. Khaleque A, Rohner RP. Transnational Relations Between Perceived Parental Acceptance and Personality Dispositions of Children and Adults: A Meta-Analytic Review. *Pers Soc Psychol Rev*. 2012 May;16(2):103-115. doi: 10.1177/1088868311418986. Epub 2011 Sep 1.

28. Matlocha P. Progresivisté na západních univerzitách potlačují jiné názory. Česká pozice [Internet]. 2019; [cited 2019 Aug 11]. Available from: ceskapozice.lidovky.cz/tema/progresiviste-na-zapadnich-univerzitach-potlacuji-jine-nazory.A190808_015340_pozice-tema.

29. Littman L. Rapid-onset gender dysphoria in adolescents and young adults: A study of parental reports. *PLoS ONE*, 13(8), Article e0202330. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202330>.

30. Konečná H, Klůfa J, Doskočil O, et al. Anonymní dárcovství gamet a anonymní porody: společné etickopsychosociální a právní aspekty. *Prakt. Léč*. 2012;92(10-12):546-550.

31. Trapková L. V genderově zmatené době naše děti nevědí, čím jsou. *Vesmír*. 2020;99(2):100-3.



Psychiatrie pro praxi | pages: 29 / 30

SEARCH © SOLEN

Aktuální strana

Vyhledávání v dokumentu

Odkaz na časopis

Místo pro zobrazení:

- obsahu
- náhledů stránek
- záložek
- výsledků vyhledávání

Navigační prvky pro posun stránek

- Náhledy stránek
- Záložky
- Nástroj ke sdílení časopisu na sociálních sítích
- Nástroj k výběru textu
- Tisk
- Nástroje k uložení časopisu do vašeho počítače
- Nástroj k ovládní zvuku

Nástroje k zvětšení strany





www.psychiatriepropraxi.cz