

PSYCH@SOM

(Psychosomatická medicína)

ČASOPIS PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY VYDÁVÁ
LIBERECKÝ INSTITUT RODINNÉ TERAPIE A PSYCHOSOMATICKÉ
MEDICÍNY ,O.P.S. PRO POTŘEBU PSYCHOSOMATICKÉ SEKCE
PSYCHIATRICKÉ SPOLEČNOSTI, LÉKAŘE, KLINICKÉ
PSYCHOLOGY A OSTATNÍ ZÁJEMCE

www.lirtaps.cz/psychosom.cz

Ročník

V/2007

ISSN 1214-6102

1.9.2007

REGISTRACE
WEBARCHIV
NÁRODNÍ KNIHOVNY
ČR

Číslo

4

Obsah

EDITORIAL 129

VLADISLAV CHVÁLA: LÉTO KONČÍ... 129

Z POŠTY 130

GALINA KREJČOVÁ: UDĚLAL JSI DOBŘE, ŽES NIC NEŘEKL 130

EVA PÁVKOVÁ: VRÁSKY S LEVINASEM 131

Aktuality, Politika, Koncepce 132

Zápis z výboru psychosomatické sekce Psychiatrické společnosti ČLS J.E.P. 132

21.8.2007 132

Zápis ze setkání přípravného výboru Sdružení pro psychosomatiku – 18.7.2007 134

Z pracovišť 135

MARTIN KONEČNÝ: REVIZE VÝCHODISEK SOUČASNÉ PSYCHOSOMATIKY 135

Praxe 142

*JAN PONĚŠICKÝ: BALINTOVSKÉ SKUPINY A TEORIE TERAPEUTICKÉ ZMĚNY.
ČÁST V: NESPRAVEDLIVÝ SVĚT* 142

Z konference 145

*DOTÝKAT NEBO NEDOTÝKAT? Diskuse panelu s účastníky XI. Celostátní konference
psychosom. medicíny v Liberci v září 06* 145

Teorie 150

*DIRK H HELLHAMMER, CLEMENS KIRSCHBAUM, HENDRIK LEHNERT:
PSYCHONEUROIMUNOLOGIE, část 1* 150

Excerpta psychosomatica 159

*RADKIN HONZÁK: NOVÉ VĚDECKÉ POZNATKY O DRÁŽDIVÉM TRAČNÍKU;
EXISTUJE TO, ALE NEFUNGUJE TO, ANEB VRAŤME SE KAJÍCNE K MAŘATKOVII* 159

Akce, kurzy, semináře 163

*12. CELOSTÁTNÍ KONFERENCE PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY S MEZINÁRODNÍ
ÚČASTÍ V LIBERCI 24.-26.DUBNA 2008. (1.INFORMACE) 163*

*SYMPOSIUM SOCIÁLNÍ PSYCHIATRIE: DUŠEVNÍ NEMOC A VZTAHY
164*

KVALITATIVNÝ PRÍSTUP A METÓDY VO VEDÁCH O ČLOVEKU 170

Nabídky 174

JIŘÍ BERAN (ED.): ACTA PSYCHIATRICA POSTGRADUALIA BOHEMICA 4/2007 174

Diabasis: VÝCVIK V BIOSYNTÉZE 175

Sbor recenzentů

Doc. PhDr.Karel Balcar, PhD.
PhDr.Bohumila Baštecká
Doc. PhDr.Marcela Bendová, PhD.
Doc.MUDr. Jiří Beran, CSc.
Doc.MUDr.Martin Bojar, CSc.
MUDr.Radkin Honzák, CSc.
Prof. RnDr. Stanislav Komárek, PhD.
prof.MUDr.Zdeněk Mařatka,DrCs
Doc.PhDr.Michal Miovský, PhD.
prof.PhDr.Stan. Kratochvíl, CSc.
Prof.MUDr.Miloslav Kukleta, CSc.
MUDr.PhDr.Jiří Poněšický, PhD.
MUDr.Jiří Šavlík, CSc.

Redakční rada

MUDr.Radkin Honzák, CSc.
MUDr.PhDr.Jan Poněšický, PhD.
Doc.MUDr.Jiří Šimek, CSc.
Doc.MUDr.Jiří Beran, CSc.

Redakce

MUDr.Vladislav Chvála
PhDr.Ludmila Trapková
Mgr.Petr Moos
Mgr.Jan Knop

Adresa

SKT Liberec
Jáchymovská 385
46010 Liberec 10
tel.:485151398
e-mail: CHVALA@SKTLIB.CZ

REGISTRACE WEBARCHIV NÁRODNÍ KNIHOVNY ČR WWW.WEBARCHIV.CZ

TOTO ODBORNÉ MÉDIUM JE NEZÁVISLÉ NA FARMACEUTICKÉM PRŮMYSLU

EDITORIAL

VLADISLAV CHVÁLA: LÉTO KONČÍ...



Léto končí divokými výkyvy počasí po celém světě, někde záplavy, jinde požáry, malé pohyby se začínají dít i v našem světě psychosomatiky. Vzniklo a zaregistrovalo se jako občanské sdružení nezávislé

Sdružení pro psychosomatiku. Ministerstvo zdravotnictví nám nedalo dotaci na časopis Psych&Som, budeme tedy dál víceméně podzemním informačním médiem. I tady nás bratři Slováci předhánějí mílovými kroky, když do názvu své seriózně vypadající Psychiatrie (ISSN 1335-423X) od příštího roku přidávají psychoterapie a psychosomatika. Uvidíme, jaký bude obsah, ale ústy Doc.Jozefa Hašto nás- Čechy vyzývají k publikacím u nich. Ledacos vychází i u nás, Portál nyní připravuje vydání Psychosomatického kompendia (Tress W., Kruse J., Ott J. (vyd.), *Psychosomatische Grundversorgung*. Stuttgart: Schattauer Verlag 2004, ISBN3-7945-2209-5). Mám tu čest dělat korektury, určitě o knize napíšu recenzi, ale už teď musím reagovat: „Je to neuvěřitelné!!!“ Už jsme si zvykli za léta na údiv kolegů, že by bolest (svědění, výtok, krvácení, EPH gestóza, předčasný porod, ekzém, systémová choroba, diabetes, autoagresivní choroba atp.) mohly nějak souviset s životním příběhem a s psycho-sociální realitou pacienta. A tak není divu, že jsem nadšený, když čtu překlad německé učebnice psychosomatické medicíny, jehož autoři s tím nemají problém. Uvažují prostě a jednoduše komplexně- bio-psycho-sociálně o celé řadě nemocí. Nesoustředí na komplikované teorie a jejich obhajování, ale velmi prakticky probírají chorobu za chorobou, a bez problémů popisují to, co jsme si museli za léta práce sami objevit, obhájit a sami pro sebe udržet, když jsme nenacházeli mnoho podpory u kolegů. Nejen že je pro ně bio-psycho-sociální přístup samozřejmostí, popisují také, co se s tím psycho- a sociálním dá dělat v prvním kontaktu, v ordinaci praktického lékaře i specialisty a také v psychoterapii. Nedávají jasné návody typu „co od čeho pacient má“, ale ukazují, jaké typy osobností lze nejčastěji u té které choroby očekávat, jak to případně komplikuje vztah lékaře s pacientem. Jak s takovým typem pacienta co nejefektivněji nakládat. Při četbě kompendia nás může napadat při znalosti našeho medicínského prostředí naléhavá otázka: Jak je to možné? Jak se to stalo, že myšlenky u nás bezmála disidentní, jsou německými autory považovány za samozřejmost? Ale už bychom se měli přestat divit, obhajovat i stydět, a jen budeme jednoduše medicínu dělat lege artis. A to znamená také s ohledem na čistě subjektivní psycho-sociální realitu pacienta. Můžeme začít vlastně hned, když už připravujeme 12.konferenci psychosomatické medicíny v Liberci na 24.-26.dubna 2008, věnujme ji rovnou praxi psychosomatické medicíny. Pozvěme ty, kdo se věnují pacientům nad rámec pouhé biologie, kdo snášejí nejistotu při setkání se subjektivní realitou pacienta a podívejme se, jak to dělají. Pozvěme také zahraniční

psychosomatiky, z Německa, ze Švýcarska, z Rakouska a ze Slovenska. Navzdory všem těm rozdílům možná není situace tak beznadějná, když se podíváte na síť pracovišť, které se hlásí k psychosomatickému přístupu (www.lirtaps.cz) uvidíte, že jich není zase tak málo, na to, že zde není téměř žádná podpora z akademické obce ani od těch, kdo jsou zodpovědní za vývoj zdravotnictví u nás. Přijedte do Liberce na konferenci a načerpejte sílu na další dva roky!

28.8.2007 V.Chvála

Z POŠTY

GALINA KREJČOVÁ: UDĚLAL JSI DOBŘE, ŽES NIC NEŘEKL

Přemýšlím o mnoha světech terapeutů, o mnoha přístupech, které jsou tak složité / pro mne / nazývány a podle mnoha zvukných jmen děleny. V každém oboru tomu tak je, operace jsou jen jemně modifikovány a již se starý osvědčený postup jmenuje podle mladšího, ambicióznějšího chirurga, který vidí svoji budoucnost v pružnosti, rychlosti provedeného výkonu, brilantnosti operace moderními nástroji. Uřízl problém a je to jeho cesta, jde na ni s plným nasazením přesvědčením, že on je tím vyvoleným. Neptá se proč, nezajímá ho, že se kolena podlomila a pacient nestojí pevně na svých nohou. Je ze své hluboké, poctivé práce přesvědčen, že odvedl kus dobré práce, když odstranil prasklý meniskus. Někteří se na svoji cestě zamyslí a jdou hlouběji za příčinou, jsou tím poctivější? Ano, z našeho pohledu jsme ti poctivější. Zkoumáme proč pacient onemocněl, kde se stala chyba, kde pacient zasomatizoval a proč. Snažíme se ho vést k pochopení tou bolestnou cestou k sebe přijetí a sebe poznání. Znamená to, že jsme lepší? Ano, pro ty pacienty, kteří se odváží a chtějí s námi jít a hledat jsme lepší než ti, kteří nehledali, kteří jim neukazovali co může jejich příznak znamenat. Jsou proto kolegové, kteří na této cestě nejsou, horší. Někteří umí brilantně prošťouchnout koronárky, odstranit žlučník přeplněný kameny / o kterých my víme své/, vyndat meniskus, rozpoznat odchylky na chromozomech. Jsou ve svých oborech experty. Vidí pomoc i v tom, že nešťastnice nemůže do práce s tak strašnými vráskami. Pomohou ji excelentně podaným jedem, který vykoná ten zázrak a ona je na chvíli šťastná. Svoji spokojeností utvrdí lékařku v tom, že je na správné cestě. Než si vyryje svými starostmi další a o těch, bude možná chtít již hovořit jinde, třeba v psychosomatické ordinaci. Bude

chtít. Je mnoho pacientů, kteří jsou lékaři vmanipulováni do investic za své zdraví a krásu. Pak je skupina, která chce být rychle zdráva a těm vyhovují experti na potlačení příznaků. Nejsem však přesvědčena, že by to dělali s takovou radostí a sebeuspokojením, kdyby znali jinou cestu. S opravdovým nasazením dělají svoji práci nejlépe, jak v daný okamžik umí. Všichni jsme tak začínali. S nadšením, že konáme dobro. Na nás bylo změnit nástroje, byla to naše cesta hledání a naši změnou se změnil i okruh našich pacientů. Jsou připraveni na naši terapii, přestali být spokojeni s tím, co se jim doposud nabízelo, neviděli konec, zachtělo se jim pochopení své nemoci. A tak si myslím, že jsi udělal dobře, že jsi nic neřekl. Kdo měl zaslechnout, zaslechl. Kdo je na jiné cestě stejně neslyší a možná bys kritizoval mladého nadšeného zbloudilce který vidí v medicíně krásy naději pro sebe, naději pro svůj strach ze stárí a nekrásy. Je expertem v oboru, který si zvolil protože je to zatím jeho cesta, jako byla naše cesta jít jinudy. To, že jsi v ní expert neznamená, že jiní dělají svoji práci blbě. Dělají ji excelentně /mnozí/, ale to, že neřeší příčinu si musí objevit sami. V momentě vlastní velespokojenosti a expertnosti nemají uši ani oči otevřené, žijí jen úspěchem své metody. Myslím si, že stoupá počet těch, kteří nejsou spokojeni s brilantním řešením následků a ti si novou cestu najdou. Druzí budou až do důchodu přesvědčeni, že konali a konají dobro a nikdy se s nimi ve svých kurzech nepotkáš i kdybys je lákal sebe jasnějšími důkazy ze své praxe. Je to tvoje cesta a už jsi na ni nalákal mnoho dobrých terapeutů i pacientů, tak se netrap, že ti uniklo pár dermatologů. Čas ukazuje, že jsi na správné cestě. Měj se.G

EVA PÁVKOVÁ: VRÁSKY S LEVINASEM

Vážený pane doktore, pokaždé mám radost, když na emailu čtu, že posíláte nové číslo Psychosomu. Emmanuel Levinas (zemřel v 1995 asi v 89 letech) v Etice a nekonečno (vyšla v OIKOYMENH v 1994) má nádherné pasáže o tváři, které kontrastují s vyhlazováním vrásek botulinotoxinem, o němž píšete, a poskytly by Vám argumenty, o nichž nepochybuji, že jich máte až až, na něž by paní doktorka a možná i plénium slyšelo, anebo taky ne. Nejdříve byste musel ale předeslat, že Levinas už teď je módním filosofem, už teď jsou o něm sepsány komíny knih právě proto, že vyjadřuje ducha doby, aby si plénium položilo otázku, zda vyhlazování vrásek je vůbec k něčemu dobré. Levinas by řekl. Když si všímáme vrásek ve tváři, tak nejsme s druhým v sociálním kontaktu. Tvář je to, co nelze zredukovat na percepce. Je nahá, nejméně obnažená, ale je to nahost cudná. Tvář je význam bez kontextu. Tvář druhého je cosi vyvýšeného, vznešeného, která říká, nezabiješ. Těším se na další Vaše články v Psychosomu. Přeji Vám hezkou neděli. Eva Pávková

AKTUALITY, POLITIKA, KONCEPCE

Zápis z výboru psychosomatické sekce Psychiatrické společnosti ČLS J.E.P.

21.8.2007

Zápis z výboru psychosomatické sekce Psychiatrické společnosti ČLS J.E.P.

21.8.2007

Přítomní: Chvála, Beran, Boleloucký, Honzák, všichni ecp

Program:

1. Hodnocení situace výboru psychosomatické sekce po úmrtí dlouholetého předsedy sekce a později člena výboru doc.MUDr.J.Bašteckého, CSc. V tomto stále se zmenšujícím se obsazení pracuje výbor od r. 2002. Výbor považuje za nezbytné navrhnout výboru Psychiatrické společnosti kandidátku voleb nového výboru psychosomatické sekce Psychiatrické společnosti ČLS J.E.P.
2. Do zvolení nového výboru pokračují přípravy odborných akcí v roce 2008
 - a. Mezinárodní konference psychosomatické medicíny v Liberci 24.-26.4.08
 - b. Odborný program purkyňky ve spolupráci s Českou psychoterapeutickou společností a Sdružením pro psychosomatiku- podle programu odborných schůzí
 - c. Podpora dalšího vzdělávání v psychosomatice (IPVZ, LK)
3. Výbor psychosomatické sekce žádá výbor psychiatrické společnosti o vypsání korespondenčních voleb nového výboru podle navržené kandidátky

V Liberci MUDr.V.Chvála

21.8.2008

KANDIDÁTKA K VOLBÁM DO NOVÉHO VÝBORU PSYCHOSOMATICKÉ SEKCE

Prosíme členy psychiatrické společnosti, aby podpořili rozvoj psychosomatické medicíny u nás a zúčastnili se těchto korespondenčních voleb. Na lístku, který dostanete poštou od PS nejspíš v říjnu, zaškrtněte, prosím, 5 jmen kandidátů, které byste rádi viděli v novém výboru psychosomatické sekce. Vyplněnou kandidátku pošlete na adresu paní S.Holadové, Psychiatrická klinika 1.LFUK, Ke Karlovu 11, 120 00 Praha 2. Více informací o práci sekce najdete na adrese www.lirtaps.cz/psychosom

☐ **MUDr.Martin Konečný**

Dvojatestovaný psychiatr; individuální, skupinový a rodinný terapeut s funkční specializací v psychoterapii a psychosomatice, držitel Evropského psychoterapeutického certifikátu;

licencovaný homeopat; mj. pracoval jako vedoucí lékař Psychosomatické kliniky v Praze, v současné době působí jako primář Psychiatrického odd. Nemocnice Ostrov.

□ **Doc.MUDr. Růžena Pánková, CSc.**

Pracuje jako dermatovenerolog, zástupce přednosty pro výuku na Dermatovenerologické klinice 1. lékařské fakulty UK a Všeobecné fakultní nemocnice, od r.1998 vede Centrum pro léčbu a prevenci psychosomatických poruch v dermatovenerologii, 1999-2005 členka Oborové rady GA UK-sekce C-lékařské, 2004-2005 předsedkyně Etické komise VFN, ustavující členka Psychodermatologické sekce ČDS JEP, členka Akreditační komise MZ pro obor dermatovenerologie a dětské dermatovenerologie, Osvědčení o psychosomatickém vzdělání v IPVZ, členka Dermatovenerologické společnosti ČLS JEP 1970, Psychosomatické sekce Psychiatrické společnosti ČLS JEP 1976, České psychoterapeutické společnosti ČLS JEP-člen evropské asociace pro psychoterapii, Společnosti psychosomatických integrací ČLS JEP 1992, předsedkyně výboru Psychodermatologické sekce ČDS JEP 2004

□ **MUDr.PhDr.Jan Poněšický, PhDr.**

Studium medicíny a psychologie, po dvou letech zaměstnání v Krajské nemocnici v Č. Budějovicích sedmiletá práce na psychiatrii v H.Beřkovicích. Po emigraci r. 1977 zaměstnán na universitních psychosomatických klinikách v Göttingenu a Düsseldorfu, poté 10 let primařem na psychosomatické klinice v Isny a posledních 10 let vedoucí lékař oddělení pro PPP a borderline pacienty u Drážďan. Tamtéž docent na psychoterapeutickém a psychoanalytickém institutu, též jako supervizor a vedoucí Balintovských skupin. V Praze přednáší na PVSPS, PPF a FHS, vede SURovskou komunitu, publikoval 6 knih a odborné články v Česku, v Německu a na Slovensku. Je cvičným psychoanalytikem a skupinovým terapeutem.

□ **Doc.MUDr. Jaroslava Plevová, CSc.**

Jsem dvouatestovaný psychiatr s atestací z psychoterapie, absolvovala jsem atestační zkoušku z psychosomatiky. Jsem klinický farmakolog a zabývám se psychosomatikou a gerontopsychiatrií, tč. v Priessnitzových léčebných lázních v Jeseníku. Spolupracuji mj. i s oddělením psychiatrie, psychoterapie a psychosomatiky nemocnice ve Svitavách.

□ **Doc. MUDr. Jiří Šimek, CSc.**

Lékař, internista a psychiatr, člen České psychoanalytické společnosti. Jeden ze tří editorů první monografie o psychosomatice v ČR. Od r. 1990 pracuje také v oblasti lékařské etiky a v univerzitním ošetrovatelském školství. Nyní psychoterapeut Psychoterapeutického střediska Břehová v Praze a vedoucí nově vznikajícího ústavu ošetrovatelství při FHS UK v Praze.

□ **Doc.MUDr.Jiří Beran, CSc.**

Přednosta Psychiatrické kliniky FN a LF UK v Plzni. Vyučuje psychiatrii, lékařskou psychologii a psychosomatiku. Působí též v Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví (IPVZ Praha), kde organizuje pravidelné kurzy Úvod do psychosomatiky. Zajišťuje možnost získat Osvědčení o psychosomatickém vzdělání v IPVZ Praha. Publikoval mimo jiné monografii Úvod do psychoterapie pro lékaře (Grada 2000), ve spolupráci s nakl. Galén vydává Acta psychiatrica postgradualia bohemica, člen dosavadního výboru sekce.

□ **Doc.Zdeněk Boleloucký,CSc.,**

psychiatr, jeden ze tří editorů první monografie o psychosomatice v ČR, nyní pracuje jako šéf Oddělení psychiatrie a psychoterapie s psychosomatikou, Nemocnice ve Svitavách, a.s., člen dosavadního výboru sekce

□ **MUDR.Vladislav Chvála**

Gynekologie, sexuologie, psychoterapie, akupunktura. Od r. 1989 vedoucí Střediska komplexní terapie psychosomatických poruch v Liberci. Předseda stávajícího výboru psychosomatické sekce, člen ČPS, předseda Society of family therapy (SOFT), vydavatel internetového periodika pro psychosomatiku Psych&Som, lektor a supervizor rodinné terapie, člen ČIS, spoluautor knihy Rodinná terapie psychosomatických poruch. Člen institutu rodinné terapie a psychosomatické medicíny v Liberci o.p.s., vedoucí akreditovaného výcviku v rodinné terapii psychosomatických poruch

Zápis ze setkání přípravného výboru Sdružení pro psychosomatiku – 18.7.2007

Přítomni: Ondřej Masner, Jaroslava Slánská, Michaela Štěpánová, Pavel Roubal

- 1) Ondřej Masner zařídil registraci sdružení. **Sdružení pro psychosomatiku vzniklo** oficiálně 16.7. 2007 na ministerstvu vnitra, skutečně se ale zrodilo před asi půl rokem a zdárně prospívá.
- 2) Domluveno, kdo zajistí přednášející. Pravděpodobně až pro následující setkání Michaela Štěpánová osloví MUDr. Vondřicha a PhDr. Hájkovou (celostní přístup a spolupráce lékař-psycholog na pracovišti), případně MUDr. Kozáka (centrum bolesti v Motole) nebo doc. Pánkovou (psychosomatický přístup v kožním lékařství). Ondřej Masner zajistil Dr. Lacigovou (diabetologie a spolupráce s psychiatrií a psychoterapií) , která slíbila krátkou přednášku. Pavel Roubal potvrdí předběžně domluvenou přednášku MUDr. Brožíkové (gerontopsychiatrické zařízení s rehabilitačním a terapeutickým zaměřením).
- 3) Další přednáška: PhDr. Jaroslava Slánská (užití kognitivně rehabilitační péče v soukromé psychologické ordinaci)
- 4) Pavel Roubal domluví detaily **dalšího setkání sdružení 12.10. v ÚVN Střešovice od 15 do 19 hodin** s MUDr. Krejčovou: a) kdo nám pomůže s technickým zázemím, b) zajištění nádobí, c) telefonický kontakt na „bufet“ v ÚVN kvůli zajištění občerstvení během setkání
- 5) domluven zhruba program dalšího setkání: 1) 2 přednášky, 2) neformální rozhovory + společné jídlo, 3) další přednáška s diskuzí, 4) organizační záležitosti (volba orgánů sdružení: předseda atd.). Členové výboru budou na místě setkání již mezi 13 a 14 hodinou, setkání začne od 15 hodin, bude trvat zhruba do 19 hodin.

- 6) na setkání sdružení 12.10. potřeba projednat tyto organizační záležitosti: volba výboru, předsedy, odsouhlasení výše členského příspěvku (pravděpodobně 300-500 Kč za rok)
- 7) **Termíny dalších setkání navrženy: 11.1.2008, 11.4.2008, 6.6.2008, 3.10.2008.** Potřeba zkontrolovat, zda se nekryjí s důležitými akcemi v oboru.

Zapsal: Pavel Roubal

Z PRACOVÍŠŤ

MARTIN KONEČNÝ: REVIZE VÝCHODISEK SOUČASNÉ PSYCHOSOMATIKY



MUDr. Martin Konečný, vedoucí lékař „Psychosomatické kliniky s.r.o.“, Praha

Předkládám souhrn diskuse, která proběhla mezi účastníky pracovního panelu v Bůčku v západních Čechách v květnu 2007; diskutéry panelu byli členové týmu Psychosomatické kliniky a její externí spolupracovníci: Mgr. L. Cibulková (psycholožka, rodinná terapeutka), Mgr. Z. Těšínská (speciální pedagožka, rodinná terapeutka), Mgr. R. Karpíšek (psycholog, psychoanalytický psychoterapeut, Satiterapeut), PhDr. P. Roubal (psycholog, Gestalt terapeut, rodinný terapeut), Mgr. M. Stiburek (speciální pedagog, dynamický terapeut, arteterapeut, rodinný terapeut), MUDr. J. Bečka (psychiatr, KB terapeut), MUDr. M. Konečný (psychiatr, Gestalt terapeut, rodinný terapeut). Výsledkem mnohavrstevné a bohaté diskuse je tento text sestavený jediným autorem, který, ačkoliv se pokoušel podchytit a shrnout všechny zastávané pohledy účastníků panelu, chtěl nechtěl sestavit kompilát, který je výrazem především jeho vlastních názorů či předpokladů. Přesto si autor troufá „revizi východisek“ nabídnout jako základ pro ještě širší diskusi o současné psychosomatice, která necht' probíhá na stránkách „diskusního fóra“ na www.psychosomatika.net Autor uvítá vaše reakce, poznámky i plodnou kritiku.

I. Jak dnes rozumět pojmu „psychosomatika“?

Psychosomatika je způsob uvažování o tělesných i duševních obtížích. Jde o přístup, který se opírá o všeobecně uznávanou bio-psycho-sociální teorii vzniku nemoci a pokouší se o její důsledné naplňování.

Psychosomatická medicína uplatňuje bio-psycho-sociální teorii tím, že všechny tyto oblasti u konkrétního pacienta pečlivě anamnesticky i klinicky vyšetřuje a teprve na základě všech dostupných informací stanovuje diagnózu, která kromě kódů z Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN - 10) používaných běžně v somatických oborech zahrnuje i popis psychosociálního kontextu nemoci.

Z biologického hlediska odpovídá psychosomatické diagnóze strukturální deficit neuronální sítě v určité oblasti CNS, který zatím předpokládáme a nedokážeme ho přesněji diagnostikovat. Uvažujeme o něm však na základě analogie např. s psychotickým onemocněním. Tak jako je u psychotických pacientů důsledkem strukturálního deficitu produktivní symptomatika v oblasti vnímání a myšlení (halucinace, bludy – CNS reaguje tak, jako by na něj působil reálný zevní podnět), objevuje se u psychosomatických pacientů „produkce“ somatických příznaků, které nemají reálný organický podklad. (Podobně analogií u neurotických nemocných je „produktivní symptomatika“ úzkosti pod různými klinickými obrazy). Obdobou tzv. negativní symptomatiky na podkladě strukturního deficitu u psychotických poruch (jakými jsou emoční oploštění, ochuzení řeči, poruchy paměti a sociálních interakcí atd.) jsou u psychosomatických obtíží narušení schopnosti identifikovat vlastní emoční procesy a porucha vnímání bio-psycho-sociálních souvislostí v různých stupních závažnosti. (U neurotických pacientů se pak objevuje „úbytek“ v oblasti afektivity, který je podkladem pojmu deprese.) Zdá se tedy, že na základě určitého typu biologického deficitu v oblasti neuronálních sítí se rozvíjí jak u psychóz, tak psychosomatóz i neuróz odpovídající produktivní a negativní symptomatika. Poněšický hovoří o logickém kontinuu psychóza – rané poruchy osobnosti – psychosomatóza–neuróza, z pohledu neurobiologického se zřejmě nejedná jen o kontinuum logické, ale přesněji řečeno biologické.

Psychosomatiku nelze ovšem redukovat na pouhou neurobiologii. Nesmíme pominout vývojové hledisko, které zdůrazňuje psychologická část bio-psycho-sociální teorie. Strukturální deficit CNS má zřejmě svůj genetický základ, ale ten představuje jen určitou dispozici, nikoliv jednoznačně danou podobu biologické struktury. Ta vzniká až během vývoje v interakcích CNS s okolím. Sociální pole dítěte se postupně rozšiřuje, jeho osobnost se strukturuje a zároveň vyžívají nové adaptační mechanismy a způsoby reagování. Při práci s dětmi se běžně setkáváme s psychosomatickými příznaky. Velmi často děti reagují na dění v rodinném systému např. zvýšenou teplotou. Tyto „psychosomatické“ teploty pak u určitých typů struktur osobnosti přetrvávají až do dospělosti.

U dítěte se tedy setkáváme s jakousi „psychosomatickou matrix“ osobnosti, která postupně vyžívá k vývojově vyšším interakcím s okolím. Během této evoluce je ovšem nezastupitelná úloha matky, respektive obou rodičů, kteří plní funkci podporujícího ega, „náhradní myslí“. Hlavní je ovšem zjištění, že v interakcích s okolím se rozvíjejí (nejen v dětství, ale po celý život) jisté vzorce, způsoby chování, a spolu s nimi také adaptační mechanismy na situace, které neumíme nebo nemůžeme vyřešit. Tyto adaptační mechanismy se během vývoje rozšiřují ve funkční vzorce chování nebo oslabují do podoby vzorců maladaptačních.

Lze namítnout, že není možné hovořit o jednoduché zpětné vazbě. Interakce mezi „já“ a okolím je složitá a zahrnuje i sebereflexi, která může reakční mechanismy utvářet stejně významně jako zpětná vazba ze sociálního pole. To odpovídá dalšímu hledisku bio-psycho-sociální teorie, totiž její sociální, systémové části. Zatím jsme uvažovali pouze v dyádě „jedinec – okolní svět“, v níž se utvářejí adaptační nebo maladaptační mechanismy – zůstaneme-li u psychosomatiky, pak tedy nějaký konkrétní psychosomatický symptom nebo psychosomatická funkční porucha. Oproti psychologickému ale systémový pohled na nemoc reflektuje také opačnou vazbu a tím zavádí na místo lineární kauzality tzv. kauzalitu cirkulární. Příznak symptomatického člena rodinného nebo jakéhokoliv jiného systému utváří zároveň tento systém. Příznak z tohoto hlediska není „umístěn na“ jedinci, ale je součástí celého systému. Během psychosomatického vyšetření je pak důležité sledovat nejen to, jak nemocný vnímá své okolí, ale také to, jak okolí vnímá nemocného a jak ten své bezprostřední okolí svými obtížemi utváří. Asi nejdále tímto směrem šel zřejmě Foucault, když tvrdil, že nic jako psychopatologie neexistuje. Podle něj je možné popisovat jen jisté způsoby reagování, kterým socio-kulturní kontext až následně přiřadí označení nemoci. V jiném sociálním a kulturním okruhu však může být stejný příznak vnímán jako atribut geniality.

Je pozoruhodné, že právě toto svým způsobem extrémní pojetí psychopatologie koresponduje s podstatou neurobiologických objevů – dostáváme se tak opět na počátek bio-psycho-sociální teorie: z biologického hlediska jsou si všechny struktury rovny, žádná není „vyšší“ či „zralejší“ nebo „zdravější“. Některé struktury ale lépe „zapadají“ do socio-kulturních norem okolí, takže se snadněji adaptují na změny.

II. Které nemoci můžeme označit jako psychosomatické a jak je klasifikovat?

Z hlediska Mezinárodní klasifikace bychom mohli rozdělit psychosomatické nemoci do tří základních skupin.

První skupinu tvoří pacienti, jejichž hlavní diagnóza je z kategorie F kromě F 54. Jde tedy o psychiatrické pacienty, u kterých se vyskytuje výrazná psychosomatizace. Psychosomatizací rozumíme produkci somatických příznaků, u kterých není zjištěna organická příčina obtíží.

Velmi často se tak setkáváme s depresivními pacienty s psychosomatickou symptomatikou. Psychosomatické příznaky musí být u těchto pacientů natolik výrazné, že budou diagnostikem vnímány jako významná součást klinického obrazu, zároveň ale musí překračovat běžný rámec daný kritérii Mezinárodní klasifikace nemocí. Tyto pacienty bychom pak mohli rozdělit pod diagnózy **F38.8** (jiná specifická afektivní porucha), která se příliš nepoužívá a je možné ji dobře využít právě pro psychosomatické pacienty s afektivní symptomatikou, a „jiná depresivní fáze“ pod kódem **F 32.8**, kterou nejčastěji používáme u depresí provázejících somatické onemocnění (viz třetí skupina). Pro vnímání depresivní epizody jako psychosomatické nestačí ovšem naplnění kritérií tzv. somatického syndromu, který klasifikačně spadá pod F 32.

V úvahu dále přichází rekurentní depresivní porucha pod označením **F 33.8**, pro jejíž zařazení budou platit obdobná pravidla, a konečně i trvalé afektivní poruchy s bohatou psychosomatickou komponentou **F 34.8**.

Stejně pak můžeme rozlišit skupinu psychosomatických pacientů v rámci fobických poruch (**F 40.8**), úzkostných poruch (**F 41.8**), obsedantně kompulzivních onemocnění (**F 42.8**), a poruch přizpůsobení (**F 43.8** kóduje jinou specifikovanou reakci na závažný stres, která jistě také může, i když vzácněji, zahrnovat psychosomatickou symptomatiku; v úvahu proto přichází přesnější **F 43.26** vyhrazená pro poruchy přizpůsobení s jinými specifikovanými převládajícími příznaky.) Důležitá zde bude diferenciální diagnostika oproti běžně užívaným F 40 – F 43 a také oproti skupině onemocnění řazených do skupiny somatoformních poruch.

Zvláštní skupinou jsou disociační poruchy zařazené pod F 44. Mezi psychosomatická onemocnění v přísném slova smyslu by bylo možné řadit stupor **F 44.2**, poruchy motoriky a křeče **F 44.4 a F 44.5**, poruchy citlivosti a sensoriky, tedy **F 44.6**, některé smíšené poruchy pod **F 44.7**, anebo opět „jiné dissociativní (konverzní) poruchy“ ovšem s tím, že využitelný pro psychosomatické diagnózy je až kód **F 44.88**.

Konečně sem patří celý okruh somatoformních poruch **F 45**, kde psychosomatické příznaky představují přímo základ kritérií pro stanovení diagnózy. Nejde jen o klasickou somatizační poruchu s klinickým obrazem rozvinutým po dobu nejméně dvou let (**F 45.0**), ale také o její nediferencovanou obdobu pod kódem **F 45.1**, trvající alespoň 6 měsíců. Zvláštní kapitolou psychosomatiky jsou hypochondriázy, označované jako hypochondrická porucha pod **F 45.2** v případě, že obtíže trvají déle než půl roku, a asi nejtypičtější psychosomatická onemocnění, totiž časově neurčená somatoformní vegetativní dysfunkce **F 45.3** (pozor na diferenciální diagnostiku oproti psychosomatózám pod F 41 a tzv. funkčním poruchám, viz druhá skupina!) a přetrvávající somatoformní bolestivá porucha **F 45.4** opět s časovým limitem trvání po dobu alespoň šesti měsíců (může jít o rozlišující kritérium mezi F 45.4 a obtížemi „kódovanými jinde“, viz druhá skupina).

„Psychosomatická“ je však přísně vzato i problematika chronického únavového syndromu a neurastenie vůbec, tedy kódy pod **F 48**. Častý je také okruh v podstatě funkčních poruch spojených s příjmem potravy zahrnující jednak mentální anorexii a bulimii, **F 50.0 – F50.3**, jednak psychogenní přejídání a zvracení **F 50.4 a F 50.5**. Pro zvláštní klinické obrazy máme k dispozici kód **F 50.8**. Stejně tak bychom klasifikovali neorganické poruchy spánku s výraznou psychosomatickou komponentou – pod kód **F 51.8**, i když samotná neorganická insomnie představuje přísně vzato také funkční psychosomatické onemocnění. Mezi psychosomatické diagnózy patří dále jistě i některé sexuální dysfunkce pod **F 52**, konkrétně bolestivé poruchy, tedy neorganický vaginismus **F 52.5** a neorganická dyspareunie **F 52.6**. Sporné je snad zařazení dalších diagnóz z kapitoly **F 52**; přinejmenším poruchy druhé a třetí fáze sexuální odezvy, **F 52.2-F 52.4**, je ale možné vnímat jako funkční, psychosomatické poruchy.

Hovoříme-li o diagnózách z kategorie **F**, nesmíme zapomenout na okruh poruch osobnosti. Jednak máme širokou diagnostickou kategorii „jiných poruch osobnosti **F 60.8**“, ale také tzv. „nepříznivé poruchy osobnosti“ pod **F 61.1**. Tento kód je vyhrazen pro osobnostní problematiku spojenou s afektivními a úzkostnými symptomy, stejně tak ho můžeme využívat pro psychosomatické pacienty s poruchou osobnosti. Osobnostní narušení vnímáme např. u pacientů, kteří své psychosomatické příznaky používají k manipulaci svého okolí. Pro psychosomatiku může mít určitý význam ještě kód **F 62.8**, totiž opět „jiná“ přetrvávající změna osobnosti po psychiatrickém onemocnění.

Druhou velkou skupinu tvoří nemocní, jejichž hlavní diagnóza by byla podle Mezinárodní klasifikace nemocí určena jinde než pod **F** (tedy pod **A – T**) a k níž by byla jako podvojná diagnóza určující etiologii připojena kategorie **F 54** „psychologických a behaviorálních faktorů spojených s nemocemi nebo poruchami klasifikovanými jinde“.

Sem navrhuje se řadit všechna tak zvaně „objektivní“ psychosomatická onemocnění, např. Crohnovu chorobu či bronchiální astma. Instrukční příručka Mezinárodní klasifikace nemocí doporučuje zápis, který je pro astma bronchiale **F 54+ J45.9*** a pro Crohnovu chorobu **F 54+ K 50.9***. Kód vyjadřující etiologii je tedy uváděn na prvním místě a při zápisu je označen znaménkem plus; kód vycházející z fenomenologického popisu následuje a je v písemném zápisu doprovázen hvězdičkou.

Funkční poruchy GIT budou mít proto označení **F 54 + K 58.9*** (horní dráždivý tračník), **F 54+ K 31.8*** (dolní dráždivý tračník), **F 54+K 59.9*** (dráždivé rektum); psychogenní dušnost **F54+ R 06.8*** a psychogenní hyperventilace **F54+ R 06.4***; kardiální astenie **F54+ I 51.8***; funkční poruchy urologické pak **F 54+ R30.0*** (dysurie) nebo **F 54 + R 35.0*** (polakisurie a nykturie). Tyto diagnostické kódy použijeme u funkčních poruch v případě, že nejsou splněna kritéria pro „hlavní“ psychosomatickou diagnózu, neurovegetativní dysfunkci s kódem **F 45.3** (viz první skupina), která kromě

funkční symptomatiky zahrnuje alespoň dva příznaky vegetativního dráždění z pěti možných (palpitace, pocení, xerostomie, návaly, senzace v epigastriu).

Z dalších psychosomatických diagnóz uvádíme jako příklad chronické vředové onemocnění žaludku **F 54+ K 25.7***, chronické vředové onemocnění dvanácterníku **F 54+ K 26.7***, ulcerózní kolitidu **F 54+ K 51.9***, esenciální hypertenzi **F 54+ I 10*** a atopický ekzém **F 54+ L 20.9***. Do této skupiny by bylo možné řadit ale také např. některé recidivující gynekologické záněty **F 54+ N 76.8***, psychogenní sterilitu **F 54+ N96***, chronické záněty prostaty **F 54+ N41.8***, vertebrogenní obtíže kratší než 6 měsíců **F 54+ M54.8***, některé migrény **F 54+ G43.9***, některé poruchy imunity, alergie, dermatózy atd.

Třetí velkou skupinou jsou psychosomatická onemocnění v širším slova smyslu, tedy chronická tělesná onemocnění nebo stavy, u nichž sice není prokázána psycho-sociální etiologická složka, u kterých lze nicméně předpokládat výrazný dopad na psychiku nemocného a na sociální, zejména rodinný systém. Tuto skutečnost navrhuje vyjádřit při klasifikaci kódováním v obráceném pořadí, než jak je tomu u onemocnění z druhé skupiny. Příčinou psycho-sociálních komplikací, „behaviorálních a psychologických faktorů“, jsou zde somatická onemocnění, jejichž kód nechť tedy stojí na prvním, „etiologickém“ místě s označením plus; kód F 54 ať následuje a je doplněn hvězdičkou jako fenomenologický popis výsledného stavu. (Kromě toho se samozřejmě závažnost onemocnění a např. odkázanost na péči druhých osob projeví na tzv. druhé ose Mezinárodní klasifikace nemocí.)

Řadili bychom sem takové nemoci jako jsou diabetes mellitus „s jinými určenými komplikacemi“ pod **E 13.6+ F 54*** (určený DM) nebo pod **E 14.6+ F 54*** (neurčený DM), různé typy roztroušených demyelinizačních onemocnění CNS G 35-G37 (např. RS pod kódem **G 35+ F 54***), různá degenerativní onemocnění CNS G 30- G32 (např. MA pod kódem **G30+ F 54***), stavy po léčbě závažných onkologických onemocnění (**C80** kóduje zhoubný novotvar bez určení lokalizace, k popisu následných psycho-sociálních komplikací bychom tedy použili **C80+ F 54***) nebo hematologických diagnóz (**C 96.9** kóduje neurčené hematologické novotvary, obdobně tedy použijeme **C 96.9+ F 54***), stavy po závažných cévních mozkových příhodách (**I 69** kóduje „následky cévních nemocí“, komplikace psychické a sociální můžeme popsat kódem **I 69+ F 54***), po závažných infarktech myokardu (**I23** kóduje „některé komplikace po akutním infarktu myokardu“, kódujme pak **I23+ F 54***), ale i např. recidivující záněty horních cest dýchacích u dětí (**J35+ F 54*** u chronické nemoci mandlí, **J37+ F 54*** u chronické laryngitidy nebo laryngotracheitidy).

Všechna dětská onemocnění je většinou možné vnímat jako alespoň zčásti psychosomatická (viz výš). Zvláštní skupinu mezi nimi tvoří neorganické enurézy a enkoprézy **F 98.0 a F98.1**, které mají psycho-systémové pozadí naprosto pravidelně. Ty však náležejí do skupiny psychosomatických onemocnění uvedených pod kódem F.

Ještě jedna poznámka k diagnózám z druhé a třetí skupiny: kromě podvojně diagnózy psychosomatického+ a somatického*, eventuálně somatického+ a psychosomatického* onemocnění, se na první ose klasifikace objeví samozřejmě i další diagnostická zhodnocení stavu z kategorie F, např. porucha přizpůsobení, depresivní fáze, úzkostná porucha atd.

Všechna tato klasifikační upřesnění mají význam především pro statistické hodnocení výskytu psychosomatických diagnóz. Jak jinak však přesvědčit pojišťovny o nutnosti věnovat pozornost problematice psychosomatiky než argumenty v podobě reálných číselných údajů o výskytu psychosomatických onemocnění?

III. Naše zkušenosti s léčbou psychosomatických onemocnění

Rozdělení psychosomatických diagnóz podle kritérií Mezinárodní klasifikace nemocí má sice význam pro statistiku a vykazování, jen málo ale vypovídá o tom, jaký způsob léčby bude u konkrétního nemocného vhodný. Léčebný postup závisí spíše na dělení, které jde napříč skupinami definovanými podle diagnóz, a odvíjí se od stupně postižení v oblasti negativní psychosomatické symptomatiky, jak jsme ji definovali výše (viz část I).

První skupinu představují pacienti, kteří somatizují, ale stále ještě relativně dobře vnímají psychické a sociální pozadí svých obtíží, stejně jako jsou poměrně kvalitně schopni identifikovat vlastní emoční proces. U nemocných z této skupiny se nám osvědčil analytický, dynamický nebo celostní terapeutický přístup. V souladu s mírnými negativními příznaky je také u nemocných z této skupiny ještě dobře zachován vztah k vlastnímu tělu, tzn. že se u nich zpravidla nesetkáváme s odmítáním nebo zkresleným vnímáním tělesného schématu. Proto také je psychoterapie s fokusem na vztah a proces u této skupiny nemocných hlavním způsobem léčby; na tělo orientované techniky využíváme spíše u nemocných z druhé a třetí skupiny.

Druhou skupinou psychosomatických onemocnění, která jde napříč diagnózami, jsou nemocní se závažnějším stupněm postižení v oblasti negativních příznaků psychosomatózy. Psycho-sociální kontext lze v této skupině zpravidla ještě explarovat, navazující emoční obsahy jsou však již téměř nebo zcela mimo „dosah“ prožívání. Terapeutické využití psychických a sociálních souvislostí nemoci je tak obtížnější než u pacientů z první skupiny. Relativně dobrou zkušenost u těchto nemocných máme spíše s celostními a zejména systémově orientovanými přístupy. Fokus psychoterapie přesouváme u těchto nemocných z terapeutického vztahu a procesu na systémovou úroveň. Častěji již užíváme také na tělo orientované psychoterapeutické techniky a fyzioterapii, které mají zlepšit narušené vnímání vlastní tělesnosti nebo přímo její odmítání, s jakým se často setkáváme např. u pacientek s poruchami příjmu potravy.

Třetí skupinou jsou pak nemocní, u nichž je schopnost náhledu na psychický a sociální kontext nemoci téměř nebo zcela rozrušena, kontakt s emočním procesem je většinou úplně potlačen a do popředí vystupuje

produktivní psychosomatická symptomatika, od níž jsou pacienti téměř neodklonitelní. U těchto nemocných vnímáme roli psychoterapie i rodinné terapie již jen jako podpůrnou. Pokoušíme se intervenovat na behaviorální úrovni s pomocí KBT v kombinaci s fyzioterapií. Na prvním místě by u těchto nemocných měla ale vždy být psychagogika, dlouhodobé klinické vedení jedním ošetřujícím lékařem, což v praxi naráží na problémy nejen ze strany nemocného, ale bohužel i na technické možnosti limitující takto náročnou péči.

červen až srpen 2007

PRAXE

JAN PONĚŠICKÝ: BALINTOVSKÉ SKUPINY A TEORIE TERAPEUTICKÉ ZMĚNY. ČÁST V: NESPRAVEDLIVÝ SVĚT



Poměrně zkušená, asi čtyřicetiletá lékařka nacházející se v psychoterapeutickém výcviku představila na Balintovské skupině třiapadesátiletou pacientku, jež trpěla množstvím nejrůznějších psychosomatických příznaků, od bolestí u srdce, přes všelijaké zažívací a vegetativní obtíže až po celkovou psychofyzickou vyčerpanost s bolestmi v celém těle. Nejvíce jí však trápila nespravedlnost a s tím spojené ponížení v zaměstnání, kde jí hrozí přeložení na méně náročné a méně placené místo, neboť jako sekretářka své šéfky údajně na svou práci nestačí. To pacientka vehementně popírá, i když na jiném místě si stěžuje na poruchy koncentrace.

Dále jí velice trápí její osamocení, a to vlastně již od dětství. Narodila se jako nechtěné dítě již starším rodičům /matka 38 a otec 47 let při jejím porodu/, matka se snažila přerušit těhotenství, což se jí skákáním a pitím vína nepodařilo. Nikdy od ní nedostala lásku, a otec, přistěhovalec, kterého rodina matky nikdy neakceptovala, měl problémy sám se sebou. Jak záviděla své sestřenci, kterou její maminka zbožňovala ! Ta chodila jako princezna, a ona vedle ní jako Popelka. Jen v domě její jediné přítelkyně ji viděli rádi. A tak se snažila dostat z domu co nejdříve, brzy se vdala a měla děti, ale její muž byl taktéž chladný, moc se o ni a o rodinu nestaral a posléze jí byl nevěrný, takže se s ním po 15 letech

rozvedla. S druhým mužem, alkoholikem, to bylo ještě horší, manželství trvalo pouhých pět let, a nyní žije již pět let sama, resp. se svojí matkou ve vlastním domě, který vystavěla se svým prvním mužem a po rozvodu ho musela vyplatit. Ten dům je pro ni velmi důležitý, zařídila si ho tak, aby se v něm líbilo vnoučatům, které nade všechno miluje /terapeutka zde poznamenala, že se v tu chvíli obličej plný zklamání a resignace náhle rozzářil/. Trápí ji ovšem přítomnost matky, která se do jejího domu vnutila, a která nerespektuje soukromí dcery. Navíc se vyhýbá jakékoli rozpravě o jejich vztahu, o tom, jak s ní matka zacházela. Vlastně by si přála mít muže proto, aby ji ochránil od matky – a samozřejmě ji vyvedl z osamocení.

Terapeutka udala několik důvodů, proč případ představuje. Pacientka neustále hovoří a nedává jí možnost k tomu něco říci. Když přece jen na něco reagovala, měla pocit, že to pacientka nevnímá. Kritické zmínky zcela odmítá, a terapeutka se neodvážá signalizovat, že má za to, co se jí v životě děje, svou část odpovědnosti. V další diskusi terapeutka dodala, že pacientka nesnese ani pochvalu. Svůj pocit z toho charakterizovala jako pohybování se na hraně, nemohouce se svobodně vydat na jednu či druhou stranu.

Zpočátku ji pacientka idealizovala, těšilo ji, jak se jí terapeutka věnuje, a najednou při posledním sezení, po 4 týdnech stacionární léčby sdělila, že jí terapie nic nedala. Terapeutka tomu rozumí tak, že od ní pacientka chtěla jednoduché rady, které by její situaci vyřešily, a je zřejmě zklamaná, že se to tak nedálo – navíc jí sotva pustila ke slovu. A tak se i na její straně mění původní sympatie a soucit v podrážděnost. Je zvláštní, že úplně na začátku v ní pacientka nevyvolala žádné emoce, ač se ona sama považuje za velmi emocionální terapeutku.

Kolegové se ptali většinou na její dětství, a povšimli si i toho, že se pacientka vůbec nezmiňuje o svých dětech, zvl. o své dceři, a o to více se rozhovořila o svých vnoučatech.

Zajímavé byly dojmy a reakce skupiny ve formě obrazových představ: terapeutka s pacientkou bojuje, pacientka má v ruce kladivo, terapeutka se brání pánví. Anebo: Pacientka je obrovská, hrozí, chce aby terapeutka uspokojila její nároky, a terapeutka je malá, v defenzivě. Další překvapivý dojem pro terapeutku: ostatní ji vnímali jako chladnou, bez emocí. Celkový dojem byl takový, že pacientka terapeutku manipuluje a tato se pasivně brání, resp. se vyhýbá jakékoli emocionálně konfrontaci. O pacientce si kolegové představovali, že žije v pocitu nechtěného dítěte, že byla zřejmě neustále kritizovaná, což se spojilo i s faktem odmítání, takže má zřejmě minimální sebevědomí, a nové podobné frustrace v ní aktivují pocit zahořklosti, odtud bolesti u srdce. Posléze referoval jeden kolega, že

se v něm rozhostil i pocit bolestného smutku, smutku nad ztraceným dětstvím i nad nežitou láskou.

Na to reagovala terapeutka tím, že by měla tudíž zřejmě posílit pacientčino sebevědomí a poskytnout jí pocit přijetí. Když jsem viděl, že tento závěr ze zpětných vazeb kolegů vyvolal rozpaky, tak jsem se zeptal, zdali v situaci, kdy se terapeutka i pacientka od sebe emočně vzdalují, by bylo takovéto chování autentické, a že by eventuální neautentičnost pacientka jistě vnímala. Jedna účastnice mínila, že je napřed třeba ujasnit, o co jde, totiž o boj o lásku matky, zde terapeutky, odtud ona idealizace a naděje na začátku a zklamání v dalším průběhu. Dodal jsem, že tato přání mají dětskou všeobjímající formu, a proto je nelze naplnit. Když podá pacientce prst, bude chtít celou ruku a nakonec vše to, co od matky nedostala, takže by takováto emocionální nabídka byla nezodpovědná. Zeptal jsem se, jak s tím souvisí zdánlivě rozporný fakt, že odmítá i chválu. V diskusi jsme došli k závěru, že by pak mohlo nastat o to větší zklamání. Snad i proto volila muže, kteří jí žádnou lásku nedávali, muselo by se to dít s naprostou jistotou – což nachází u svých vnoučat.

Terapeutka na to reagovala tak, že se zřejmě jedná o celoživotní problém, tudíž o hlubokou poruchu osobnosti, což není možné během pouhé šestitýdenní klinické léčby možné zpracovat, a že se bude tudíž věnovat jen aktuálním problémům pacientky s její matkou a v zaměstnání.

Měl jsem opět dojem, že se tím terapeutka vyhýbá přímé konfrontaci s pacientkou, a tak jsem se zeptal, zdali se oba tyto problémy neaktualizují ve vztahu k ní – pocit ublíženosti, nespravedlnosti, odmítání, neuspokojení atd.

V následující diskusi bylo poukázáno na to, že právě v tomto vztahu, v situaci zde a nyní, by se mělo něco změnit, což by byl možný počátek změny v jejím reálném životě. V této souvislosti jsem se snažil znovu upoutat pozornost na úkol Balintovské skupiny tím, že jsem se zeptal, zda již nyní víme, co se vše odehrává mezi pacientkou a terapeutkou. Došli jsme k závěru, že se nejedná jen o přání po lásce, nýbrž že terapeutku manipuluje i do opačné polohy /ona situace na hraně/, vyvolává v ní i lhostejnost /na počátku/ a nyní i odpor.

Děje se to zřejmě proto, že existují pro pacientku jen dvě možnosti, buď dostane to, co jí mělo přijít od matky v jejím dětství a v oné absolutní formě, jinak vše ostatní odmítne. Sama si tudíž „vyrábí“ svá zklamání, svou bolest, což jí v současné době zcela vyčerpává – a snad i naděje na naplnění této naděje mizí /což je dle některých autorů podmínkou vzniku psychosomatických příznaků/.

I terapeutka se cítila těmito závěry přetížena a trochu bezradně se ptala, cože má nyní dělat. Poukázal jsem na opakování její tendence něco pro

pacientku dělat, tj. podřídit se manipulačnímu přání ze strany pacientky, a zároveň jde o strach z konfrontace a odmítnutí od pacientky na straně referující kolegyně. Tento strach do ní zároveň pacientka projikuje, resp. jí jej nechává pocítit, a je na ní, aby se na základě toho do pacientky lépe vcítila, nevnímala pouze její manipulačně-kompensatorní chování a skrytou agresi, nýbrž i pod tím ležící smutek a pocit zmaru. Aniž by něco „dělala“ tím nastane hlubší vzájemné porozumění a na základě toho i možnost celostního sebevyjádření a náhledu do jejího chování.

Z KONFERENCE

DOTÝKAT NEBO NEDOTÝKAT? Diskuse panelu s účastníky XI. Celostátní konference psychosom. medicíny v Liberci v září 06

*(Panel na téma sexuality a dotýkání v léčbě, inspirováno Makajevovým filmem o Reichovi *Mysterium těla*) Poznámky na základě audio záznamu diskuse po promítnutí filmu zapsala L. Trapková.*



Panel: MUDr.Radkin Honzák, CSc. (RH), MUDr.Hana Fífková (HF), prof.PhDr.Petr Weiss (PW), Doc.MUDr. Jiří Šimek, CSc. (JŠ)

Moderuje: MUDr.Vladislav Chvála (VCh)

Úvodem k panelu VCh vysvětluje, proč zrovna téma dotýkání a sexuality na psychosomatické konferenci: obojí je pro psychosomatické pacienty a pro jejich léčbu velmi důležité. Navíc nedávno byl probírán českým tiskem případ sexuálního zneužívání kontextu léčby jedním známým sexuologem. Film o Reichovi, který jsme viděli, ukazuje do jakých kontaktů některé druhy terapie jsou ochotny jít. Pojdme tedy diskutovat, zda se vůbec lze při léčbě bez doteku obejít a možná současně- zda je vůbec dotek s pacientem v léčbě možný.

RH: O panu prof.Charvátovi se traduje takový hezký příběh... předvedl mladému lékaři, jak rozmlouvá na nemocničním pokoji s pacientem a pak se ho ptá, ‚tak co jste viděl, kolego?‘ A ten odvětil ‚no, přišel jste, mluvil jste s tím pacientem a pak jste zase odešel.‘ A Charvát na to: ‚Ne, já jsem přišel, vzal jsem toho pacienta za ruku a takhle jsem s ním mluvil a pak jsem teprv

odešel.' Dotyk může poskytnout jistou záruku bezpečí, jistoty, aniž by měl jiný podtext, to si myslím já.

HF: Cituje Yaloma na dané téma: „Dotyky, pokud si pacient zoufá kvůli nějakým tíživým životním událostem a během sezení mě požádá, abych ho vzal za ruku nebo sevřel v náručí, neodmítnu ho. Pokud nemohu najít způsob, jak mírnit bolest, mohu se zeptat, co by ten den ode mě chtěl, sedět v tichu, klást otázky, nebo držet za ruku? Snažím se reagovat láskyplným lidským způsobem, ale později se k tomu vždycky vracím. Hovořím o tom, jaké pocity u mě dotyky s pacientem vyvolaly...“

JŠ: Oddělil postoje somatických lékařů a psychoterapeutů, sám má obě zkušenosti – sahání na pacienta musí být ritualizováno. Vždy by dal přednost zavedené PT škole. PS pacienti nemají rádi mluvení o emocích, snesou spíš dotýkání.

PW: Upozorňuje na snadnost racionalizací u lékařů, kteří sexuálně zneužívali pacienty. Čím víc má PW zkušeností, tím silněji zákaz dotýkání dodržuje. Na pacienta nikdy nesahá.

VCh: Vzpomínka na Lowena v Hamburku, na jeho práci s tělem. Psychoterapeut- původně tělocvikář, vedl ukázkové sezení velmi direktivně hlasem ale nesahal na pacienta. Zkušenost VCh gynekologa, až psychoterapeuti mu odhalili, že nelze míchat gynekologické vyšetřování a PT.

PW: Lékař mívá povinnost vyšetřovat prsa, někdy to bylo krajně bezohledné, např. k pacientce po suicidálním pokusu při její první návštěvě u psychiatra.

RH: Vstupujeme do intimní zóny tělesné a psychosociální. Vzpomíná na V.Satirovou a její první seminář v ČR, ve kterém obrátila pozornost terapeutů k tělu. Pro demonstrování používá HF bez ohledu na to, že HF odmítá. „Stůj ještě chvíli, furt se vrtíš.“ (smích obecenstva)

HF: Mě by jenom zajímalo, proč sis nevybral kolegu po pravé ruce.

RH: Protože radši sahám na holky.

HF: Záleží na emocích nejen pacienta, ale i terapeuta – upozorňuje na nutnost práce s vlastními emocemi.

VCh: Povzbuzuje auditorium k zapojení do diskuse:

Vondřich: Léčba bolesti. V diskusi zatím nikdo nezmínil u Reicha důraz na vztahovost.

VCh: Psychoanalitici Reicha odmítali, když tvrdil, že pacienti často stonají proto, že nemají dobrý sex. Argumentovali tím, že sex mají, ale Reich upozorňoval na rozdíly v kvalitě sexu a objevil kvality vztahové sexuality.

Neradílek: Léčba bolesti. Bez doteku nelze léčit pacienta s bolestí. Beta vlákna jsou rychlejší než nociceptory. Hladit je důležitější než masírovat. Mechanoceptivní zablokují nociceptivní receptory. Slovo, dotek a lék je jediná šance, jak léčit bolest.

VCh: Saháš raději na pacienty ženy nebo muže?

Neradílek: Nejsem sexem tak posedlý jako psychosomatici (smích obecenstva), hledám bolest.

JŠ: Je rozdíl za jakým účelem saháme na pacienta? Dotek vyjadřující emoci, jiný je léčivý, jiný nácvikový, ...

RH: Člověk potřebuje několik pohlazení denně, jinak mu vysychá mícha.

HF: Je otázka, jestli tím hladícím má být terapeut. Je nutné si vyžádat informovaný souhlas pacienta. Vztah L-P není symetrický, pacientky, které byly některým z kolegů sexuálně zneužívané během terapie, referovaly o tom, že měly pocit, že pan doktor ví, co dělá. HF upozorňuje, že vztah L-P není mocensky symetrický.

Pánková: Dermatoveneroložka. Dotek patří k vyšetření kůže a P to očekává.

VCh: A co dotyk na sexuálně významných místech?

X-ánková: Upozorňuje na důležitost výcviku práce s tělem, absolvovala v biosyntéze. Když terapeut výcvik nemá, dotýkat by se neměl. Pracuje s tělem, ale bez dotyku, cituje svého učitele Hoffmana.

JŠ: Důležitost racionalizace teorií, tak je to v PA, vědět přesně, proč sahat a v jakém místě.

Roubal P.: Zkušenosti z gerontologie, pacient se o něj musí při vstávání fyzicky opřít. Pomáhal vstát, najednou nešlo jen o oporu. Důležité načasování směrem od klienta, jiné směrem od terapeuta.

Neradílek: Jeho pacienti bývají mile překvapeni, že se jich konečně někdo dotkl tam, kde to dlouho potřebovali. Vyšetřující hmat je zároveň léčebný. Diví se, v čem to psychoterapeuti tak váhají, proč se doteku tak bojí.

VCh: Nejde o to bránit doteku, ale vědět, co to děláme, když se dotýkáme.

Horká: Rodiná terapeutka a pedopsychiatr. Pacienti ji o dotek někdy požádají: „Dotek je víc než vaše slova.“

Hansmanová: Gynekoložka a psycholožka. Její pacientky očekávají dotek. Záleží na kontraktu. H. je ve výcviku Pessu, učitel ji učí nikdy se nedotýkat, přestože jde o práci s tělem.

Petišková: Psychiatr. U části psychosomatických pacientů se bez doteků neobejdeme, důležitá je práce v týmu, kde je někdo určen k dotýkání ritualizovaně. Byla by škoda, kdyby se z medicíny dotek ztratil.

VCh: Upozorňuje na destruktivní vliv haló efektu zpráv o případech zneužívání terapie, které ničí význam pomáhajících doteků.

Imriš: Internista. Upozorňuje na léčitelské techniky, které jsou založeny na dotecích a pacienti je kvůli nim vyhledávají.

RH: Případ ženy vysokoškolačky s depresí, později mu napsala kapitolu do učebnice, po čtyřech letech přišla s bolestí žaludku, nemohl najít dg., ukázala místo mimo žaludek. Nezbytnost ověřit výpověď pacienta.

Braná: Pediatr. Dotýkat se dětí je přirozené. V ordinaci navíc ritualizované. Problém začíná u adolescentů. U 19 letého kluka vyšetřit genitál je ožehavé. Když to lékařka považuje za součást rituálu a má to srovnané v hlavě, vyšetření nemá ani pro pacienta sexuální kontext.

VCh: Případ, kdy nebyl genitál vyšetřen a zanedbal se karcinom.

Kolega ze Slovenska, který se nepředstavil: U starých a umírajících je lidský dotek nutnost, pacienti jsou vděční.

Kočvarová: Pedopsychiatr. Myslela, že se tu dozví, kdy se dotýkat. Je pro ni přirozené se dotýkat, uvědomuje si, že by měla být opatrnější. Upozorňuje na zkušenost s mentálně retardovanými, kteří se dotýkají spontánně. Někdy dostane „opatlanou pusou“ a dá jí práci nedat najevo emoce.

RH: Podobně neslyšící.

Branná: Když pracuje jako somatická lékařka, je pro ni dotek samozřejmost, když jde do psychoterapeutického vztahu, opatrně pátrá, co si smí dovolit.

Procházka: Praktický lékař. K němu se dostanou pacienti od pediatrů, o kterých mluvila MUDr.Branná. Ty 19-leté musí vyšetřit per rectum. Patří to do jeho povinností.

RH: Vtip

Jirmanová: Pneumoložka. Její pacienti se někdy chtějí a potřebují svěřit a somatický lékař by k tomu měl být otevřený, podobně by měli být psychoterapeuti otevření k tomu, aby na pacienta někdy sáhli.

VCh: Mluvíme o přestupování hranic. Dávat si pozor z obou stran.

RH: Součástí růstu doktora je odborný růst, má rozšiřovat rejstřík svých metod.

Hrachovinová: Uvědomila si, že má dvojí chování, ležících na oddělení a jejich příbuzných se dotýká, jinak to cítí v ambulanci, tam na pacienty téměř nesahá. Intuitivně.

JŠ: Na oddělení se nestačí vytvořit vztah jako v psychoterapii. V psychoanalýze je nutné zůstat ve virtuálním vztahu, který musí zůstat oddělený od pacientovy reality. Takže i když si pacient dotek přeje, nelze mu vyhovět.

Bímová: Psycholožka. Kasuistika.

VCh: Doktor by měl číst kontext situace, když nemá citlivost pro kontext, hrozí účelová racionalizace.

JŠ: Když nevím, tak nesahat. Měli bychom formulovat inventář, kdy se sahá a kdy se nesahá.

HF: V diskusi si uvědomila svoje zadání: Pohládit jí jde nejsnáze dítě, starého člověka, postiženého, určitě nehledá člověka s poruchou erekce.

LT: Vztahová část sexuality, pro kterou nám chybí český termín. Záleží na druhu vztahu, podle toho se v některém vztahu musím dotknout, v jiném

nesmím a někde si nejsem jistá. Výhody práce v týmu, pacienta lze pak přidělit do péče podle kvality a léčebné potence určitých vztahů. Význam supervize v psychoterapii.

XY: Pracuje s dětmi. Dotek diagnostická záležitost. Dvě kolegyně, míra dotyku velmi odlišná a obě pracují přirozeně, to podle toho, jak to každá cítí.

Fürst: Zastává se dotyku. Rozdíl mezi individuální a skupinovou psychoterapií. Ve skupinové je dotyk výhodný, ne pro každého, jen za jasných pravidel.

VCh. Dobrou noc.

Souhrn:

Diskuse přinesla sběr pohledů do různých medicínských oborů a ordinací.

Psychosomatický pacient potřebuje péči z obou stran hranice, která odděluje somatické lékaře a psychoterapeuty. U somatických lékařů je fyzický dotek ritualizovaným diagnosticko-léčebným prostředkem, avšak o to méně tito lékaři pronikají do psycho-sociální intimity, jejich pacienti to ani neočekávají a brání se. Pro psychoterapeuty je tomu naopak: Respektují hranice tělesné intimity, některé psychoterapeutické školy tělesné doteky přísně zakazují. Psychoterapeuti zato vstupují ritualizovaně do psychosociální intimity pacienta a jeho vztahů a právě za takových okolností může docházet k léčebné změně.

V závěru diskuse MUDr. J.Šimek vyzval auditorium k vytvoření inventáře pravidel, kdy je dotyk lékaře či psychoterapeuta nutný, přípustný a kdy je zakázaný. Kdy se pacienta nemusíme ptát a lékařův dotyk je samozřejmostí, kdy je třeba svolení pacienta a kdy ani takové svolení lékaři dotyk z profesionálních důvodů neumožňuje.

Hypotéza:

Hranice mezi somatickými a psychologickými obory a oddělenost jejich léčebných funkcí slouží za určitých okolností jako prevence zneužívání pacienta. Odděluje profesionální terapeutický vztah lékař – pacient, který je sice rovnoprávný, ale není symetrický, od jakékoli možnosti navázat a rozvíjet osobní vztah lékaře s pacientem. Takže i lékař, který je kompetentní pracovat na obou březích, nemůže se samozřejmostí intervenovat oběma způsoby u jednoho pacienta. Pokud to přesto případ vyžaduje, je pro zachování profesionality nezbytné každý krok pečlivě reflektovat a ritualizovat. Měl by podléhat supervizi, případně intervizi v týmu, aby bylo minimalizované riziko účelových racionalizací na obou stranách, na straně lékaře i pacienta.

Pozn.: Úplné znění diskusního panelu je na CD 2, které bylo během konference vydáno.

TEORIE

DIRK H HELLHAMMER, CLEMENS KIRSCHBAUM, HENDRIK LEHNERT: PSYCHONEUROIMUNOLOGIE, část 1

Pro Psych&Som přeložil L.Špís z učebnice Uexkül: Psychosomatische medizine, Urban & Fischser, 2003, str. 135- 160

1. Úvod

Imunologie se v posledním desetiletí tohoto století vyvinula v samostatnou, centrální biologickou vědu, která sama sebe chápe na straně jedné jako disciplínu zabývající se základy, na straně druhé jako disciplínu orientovanou na praktické využití v oblasti humánních věd. Na počátku nového tisíciletí se rýsuje stav poznání o schopnostech organismu rozlišovat mezi já a ne-já, nebo – vyjádřeno diferencovaněji –, jak integrovaně odpovídá organismus, jenž je závislý na multilaterální schopnosti buněk vést mezi sebou dialog, na mikrobiální, kancerogenní a psycho-sociální nebezpečí.

Imunologická věda zkoumá s rostoucí přesností celulární, subcelulární a molekulové struktury; každý nový pozitivistický poznatek nutí poznávajícího, aby si kladl otázku ohledně regulace regulátoru. Tuto otázku nelze zodpovědět v rámci dualistické představy materiálně-tělesného bytí s kauzálně mechanickými řetězci působení. Situace se změní, jakmile se rozhodneme chápat biologické procesy jako procesy znakové neboli „biosemiózy“, které kruhovitě (kyberneticky) korigují samy sebe.

Biosemiózy se narozdíl od mechanických procesů neskládají ze dvou (příčina a účinek), nýbrž ze třech členů: ze znaku, označovaného a interpretanta, který označovanému vtiskává určitý význam. Biosemiózy popisují, jak organismy používají působení na své receptory jako znaky pro objekty ve svém okolí, které pro ně mají určitý význam, a jak podle nich řídí své chování. Jelikož tímto způsobem vznikají kruhové souvislosti, působí biosemiózy do jisté míry „hologeneticky“, to znamená, že mohou ovlivňovat celé expresivní vzorce určitého genomu. Úhrn singulárních odpovědí receptorů působí zpětně – a sice epigeneticky modulačně – na genovou expresi určitého organismu.

Okolí, které určitý organismus interpretuje pro své potřeby, nazýváme jeho (subjektivní) „prostředí“. Organismus a prostředí tvoří podle G. Batesona „jednotku přežití“. Biosemiotická pozorování proto vycházejí již na úrovni buňky z „komplexnosti živoucího systému“. Dle tohoto konceptu žijí organismy v prostředích, jejichž objekty mají významy, které zůstávají vně stojícímu pozorovateli skryty. Může je odvodit pouze z chování organismů. Organismus je tedy do jisté míry „pozorovatelem prvního řádu“ svého okolí, vně stojící pozorovatel naproti tomu pouze „pozorovatelem druhého řádu“. Může pozorovat pouze chování organismu a pokoušet se z jeho chování zrekonstruovat jeho prostředí. Maturana vyjadřuje tuto skutečnost větou: „Organismy popisují svá prostředí svým chováním.“ Na úrovni člověka k tomu přistupuje ještě jazyk, který otevírá přístup k interpretantovi.

V živoucím světě není ani charakter, ani počet potenciálních nebezpečí předvídatelný. Imunitní systém musí být proto schopen interpretovat působení na organismus jako znaky pro možná nebezpečí.

Z hlediska toho, že ontogeneze živoucích systémů opakuje svoji polygenesi, získává historie vývoje začínající u jednobuněčného organismu a končící u homo sapiens na významu také pro imunitní systém. V průběhu vzniku mnohobuněčných živočichů, jejichž buňky převzaly jako subsystémy specifické úkoly, integrovaly se do buněčných svazků, buněčné svazky do orgánů, orgány do orgánových systémů, orgánové systémy do organismu a organismus do sociálních systémů, došlo k výskytu „problémů při překládání“. Subsystémy musí komunikovat prostřednictvím svých specifických znaků, aby mohly plnit na komplexnější systémové úrovni společné úkoly. Fylogeneze opakovaná v ontogenezi je tedy modelem pro vznik komplexních systémů s emergencí nových vlastností při zařazování subsystémů do nadřazených systémů.

Problémy s překládáním, které přitom vznikaly, musely být v průběhu fylogeneze vyřešeny. Deacon [1] popisuje, jak se v průběhu fylogeneze objevily tři různé třídy znaků, které Peirce – zakladatel moderní teorie znaků – popsal jako „ikonické“, „indexové“ a „symbolické“ znaky a které jedny po druhých umožnily rostlinný, živočišný a konečně lidský život. Skoky ve vývoji se staly možnými, jakmile bylo možné integrovat ikonické znaky do indexových a indexové znaky do symbolických (viz. kapitola 1 „Vědecká teorie“). Úroveň jazyka, který integruje ikonické a indexové znaky do symbolických, dosáhl v celé přírodě pouze člověk. V jeho organismu musí různé třídy znaků jednotlivých subsystémů bez problémů komunikovat, pokud má vzniknout a má být uchováváno zdraví. Zde připadá rozhodující role imunitnímu systému.

Výzkumy orientované na biologické chování ukázaly, že v sociálních systémech existují nejen „vzestupné efekty“ (bottom-up) od buňky k sociálnímu systému (jako například epidemie nebo virová onemocnění, např. AIDS), nýbrž také „sestupné efekty“ (top-down) od sociálního systému

k organismům jeho členů. Jak vzestupné, tak sestupné efekty mohou řídit přežívání organismů.

Pro imunologii se tak objevují nejenom otázky týkající se významu individuální historie vývoje určitého člověka pro jeho imunitní kompetenci, nýbrž také otázky týkající se významu sociálních událostí pro jeho imunitní obranu.

Jelikož je počet potenciálních nebezpečí pro určitý organismus v ožvlém prostředí časově a prostorově nepředvídatelný, musí být imunitní systém systémem biosemiotickým [2], který rozumí znakovým jazykům veškeré ožvlé přírody, je schopen provádět interpretaci a přizpůsobovat se evolučnímu tlaku krátkodobým a dlouhodobým vtištěním. Von Uexküll, Geigges a Herrmann [3] odhalili analogii mezi jazykem a imunitním systémem; viděno ze semiotického hlediska může imunitní systém překládat znaky, s nimiž se nikdy předtím nesetkal, do jednání orientovaného na cíl, a to k užitku, ale také k možné škodě pro organismus. Způsobu, jak se to dotýká zvažování užitku versus škody a jak mohou být tyto skutečnosti experimentálně zkoumány, se budeme věnovat později.

Imunitní systém může díky různorodosti svých buněk a molekul generovat z individuální genetické výbavy kombinatorní odpovědi na určitý stimul, a to právě proto, že rozumí znakům, které nejsou omezeny na oblast, v níž funguje člověk jako vysílač a přijímač [2]. Chybění určité odpovědi či efektivita a frekvence určité odpovědi jsou také vnitřně určovány epigenetickým podnětem, ať už je to určitý antigen či stresový faktor. Imunitní systém je do určité míry hlídačem trvalého rozlišování mezi já a ne-já. Má schopnost rozlišovat, zda má být s ohledem na trvalé rozlišování mezi já a ne-já z důvodu nebezpečí pro organismus aktivován či zda má být zachován tolerantní status.

Přijmeme-li axiomatické pojetí, že možná nebezpečí jsou pro organismus neurčitelná, musí existovat možnost, aby byl geneticky determinovaný repertoár odpovědí epigeneticky modulovatelný. Imunitní odpověď není v žádném případě monolitickou reakcí systému, nýbrž multilaterální vztahovou odpovědí, jež se odvozuje z interdependentních vlastností, díky nimž může imunitní systém vstoupit do vztahu s každou jinou biologickou entitou, jako integrační a nikoli aditivní efekt. V evoluci se tak – počínaje jednobuněčným organismem přes živočichy s mnohobuněčně diferenciovanými orgány až k člověku jako bio-psycho-sociální bytosti s rozpoznávajícím duchem – vytvořil buněčný a humorální systém, který zajišťuje přežití ve fyzickém a psychickém světě podnětů.

Pro psychosomatickou medicínu (von Uexküll a Wesiack [4]) může imunitní systém díky své schopnosti vést dialog s jinými orgánovými systémy, ale také se sociálními vztahovými úrovněmi člověka

představovat teoreticko poznávací, experimentální a klinický výzkumný přístup – s metodami přírodovědné medicíny, psychologie a filosofie, které v současné době již existují.

Descartesovské rozdělení na „res extensa“, tedy rozprostraněnou materii, a „res cogitans“ myšlení (mezi oběma existuje pro Descatesa pouze spojení božského rozhodnutí) coby vládnoucí paradigma v medicíně je překonáno bio-semiotickým přístupem.

2 Racionální stránky spojení psychiky, těla a imunitního systému

Imunitní systém nebyl ještě biologickými vědami zvolen jako cílová struktura naší pozornosti zkoumající evoluční tlak, který zformoval imunitní systém tak, jak se s ním setkáváme v současné době. Studie týkající se evoluce byly doposud prováděny především na celkových organismech a méně na fraktálních reprezentantech, např. na úrovni jednobuněčných a/nebo subcelulárních struktur celkových organismů. Tento postup byl zdůvodňován metodami, které byly k dispozici pro více deskriptivní a méně funkční pohled.

Etablováním moderní molekulární biologie v posledním desetiletí 20. století bylo a je v rostoucí míře možné zkoumat subcelulární struktury a molekulární skupiny v rámci evoluce. Jelikož jsou představy toho, co má věda ve svých jednotlivých disciplínách přinášet, tradovány v paradigmatech, nebylo dlouhou dobu možné pohybovat se mimo rámec těchto paradigmat, tedy na okraji myšlení ještě nemyšleného, jelikož s tím nebyla spojena ani pozornost, ani uznání. Teprve poznání, že komplexní a proto komplikovaný život nemůže být formalizován lineárně, zde přineslo počátky změny paradigmatu [5, 6].

Otázky co, jak, proč vztahující se na imunitní systém v jeho dnešní podobě se dostávají stále více do centra pozornosti výzkumu. Vědecká snaha o porozumění evoluci slouží čistému poznání (l'art pour l'art). Odhaluje ale také tvůrčí plán života vyvolávající pocit úcty, který s sebou rovněž nutně přináší etickou otázku, zda a jakým způsobem smí být do tohoto tvůrčího plánu zasahováno.

Evoluce v přírodovědeckém smyslu probíhá ve stabilních, přechodových či labilních změnách chemického vlákna DNA v buněčném jádru, což vede k možné, ale nikoli nutné genetické expresi fenotypu s pozměněnými vlastnostmi nebo způsoby chování. Proces, jenž definuje pravděpodobnost, s níž jsou změněné geny stabilně dále předávány potomkům, je určován evolučním selekčním tlakem.

Vlákno DNA nese pro veškeré tělesné buňky určitého organismu tutéž sadu informací, bez ohledu na to, zda se jedná o buňky jater, srdce, svalů či buňky s imunitní kompetencí. Jaké informace budou kdy a jak transkribovány

a přeloženy do strukturních a funkčních proteinů, charakterizuje v polykontextualitě informací fenotyp určitého organismu a tím celé individuum. Dobře to může přiblížit příklad partitury. Každý hráč, včetně dirigenta, má před sebou tentýž notový zápis s týmiž konotacemi. Orchestrálně vytvořený zvukový obraz však závisí na literárním pojetí dirigenta, na různých zvukových zabarveních jednotlivých nástrojů, na individuálních dispozicích jednotlivých hudebníků, na koncertním sále a na muzikálním vnímání každého jednotlivého posluchače. Žádný hudební kus nezní dvakrát stejně.

Chemicky uložené informace v dědičné substanci, genotyp, se tedy mohou „objevit“, stát se fenotypem pouze tehdy, jsou-li vyvolány. Díky tomu si můžeme představit, že procesy genové exprese mohou být pro otevřené systémy, k nimž imunitní systém bezesporu patří, inicializovány psychicky-emočními signály, přičemž distribuce a modulace signálů probíhá anatomicky-nervovými a endokrinními strukturami a jejich efektorovými molekulami opatřenými rozpoznávajícími buněčnými receptory.

Z toho rezultující intracelulární zpracování signálu vyvolá odpověď buňky či synchronně určitého buněčného svazku až určitého orgánu. Tak je určitý organismus, živočich schopen distribuovat psychické signály – vyvolané diferenciacemi vnímání v makro- či mikro-prostředí – do svého těla, aby mohl následně dát adekvátní, sladěnou somatickou odpověď.

Čím více je určitý živočich diferencován ve svých celulárních strukturách, čímž jsou úkoly pro provádění životních funkcí rozděleny, tím komplexněji musí být rozvinuto diferencování a zpracovávání signálů vnímaného. Vyšší savci, kteří jsou vybaveni vědomím, a člověk s dodatečnou vlastností být si vědom sám sebe, mají tak komplexní systémy vnímání, že pro ně ve stávajícím výzkumném paradigmatu neexistuje ani teoretický koncept, ani experimentální metodologie, aby bylo možné dosáhnout rozhodujících poznatků jdoucích napříč jednotlivými disciplínami.

3 Imunitní systém od jednobuněčného organismu až k homo sapiens

Prvoci se pohybují ve vodě a vyživují se tím, že do své cytoplasmy přijímají organické částice, které stravují v určitých organelách a do své lákové výměny přivádějí aminokyseliny, uhlovodíky a mastné kyseliny. Tento proces je označován jako fagocytóza. Jako vzorový příklad jednobuněčného živočišného organismu budiž uvedena améba. Proces fagocytózy se prokázal v evoluci jako nanejvýš efektivní a příroda si jej ponechala až k člověku. U člověka přejímají makrofágy díky provádění fagocytózy úkol odklízet materiál, jenž není tělu vlastní.

Améby jsou již schopné vnímat rozdíly v rámci různých kolonií améb. Fragmenty cytoplasmy určitého druhu améb mohou se svým druhem opět fúzovat, zatímco fúze s fragmenty cytoplasmy cizího druhu není možná.

U jednoduchých více buněčných organismů jako např. hub se již objevuje dělení funkcí mezi jednotlivými buňkami. Cizí materiál, který neslouží bezprostředně jako potrava, je přijímán specializovanými buňkami amébovitého druhu, jež jsou označovány jako amébocyty. Buňky tento materiál často jen zapouzdří a zdánlivě beze smyslu uchovávají. Ale také buňky hub získaly již vzájemné rozpoznávací vlastnosti. Experiment prováděný v jednobuněčné suspenzi žlutých a červených buněk hub tak nejprve ukazuje pestrý konglomerát agregace. Později se však opět vytváření dvě oddělené skupiny buněk, a sice červených a žlutých hub, přičemž žluté nejsou zničeny červenými, ani červené žlutými buňkami. Zde se již vyvinulo něco, co později opět objevíme u obratlovců a u člověka v pojmech imunologické tolerance.

Další vývoj můžeme sledovat u polypů a korálů. Identické kolonie mohou fúzovat velmi snadno. Mezi neidentickými koloniemi však dochází k reakcím různého druhu, které sahají od vyhýbání se kontaktu a inhibice až po opravdové odpuzování cizích buněk, které pak odumírají. Při obnoveném kontaktu cizích kolonií se zdá, že se reakce odpuzování vyvinula do podoby určité paměti, neboť druhá reakce odpuzování probíhá výrazně rychleji, než tomu bylo při kontaktu prvním. Příroda tedy již velmi brzy vytvořila něco, co se velmi podobá imunologické paměti, kterou můžeme opětovně objevit u obratlovců a člověka ve své nejrozvinutější podobě.

Experimenty s transplantací prováděné na žížalách ukazují, že tato zvířata již dosáhla na celulární úrovni určitý zvláštní stupeň vývoje s ohledem na rozpoznávání „já“ a „ne-já“. Implantujeme-li žížale opětovně kousek její pokožky, vrostle tento kousek bez problémů do zbývající tkáně. Naproti tomu kožní transplantát jiného druhu není tolerován a již po 30 dnech dojde k jeho odmítnutí. Jsou-li experimenty tohoto druhu opakovány, pak můžeme sledovat rychlou (došlo k vytvoření paměti) a pomalejší reakci odpuzování (latentní tolerance). Imunita je zprostředkovávána buňkami, které se nacházejí v tělní dutině těchto červů, a proto jsou nazývány coelomocyty. V tekutině tělní dutiny kroužkovitých červů se vyskytují molekuly, které mohou lyzovat bakterie. Tyto molekuly jsou vylučovány zeleně zbarvenými buňkami (cloragocyty) a do jisté míry – vedle coelomocytů a menších leukocytů – vytvářejí již celulárně subspecifikovaný imunitní systém.

Členovci tvoří mezi bezobratlými živočichy největší druhovou pestrost; o pozici jejich imunitního systému v rámci evoluce toho víme pouze málo. Nejpodrobnější výzkumy přitom byly prováděny ještě u motýlů a včel. Hemocyty jsou zde charakteristickými buňkami, které zprostředkovávají imunitní obranu. Proniknuvší organismy jsou ničeny či zneškodňovány různými způsoby, a to v závislosti na velikosti. K fagocytóze dochází především tehdy, jsou-li proniknuvší organismy menší než fagocytující hemocyty. Vetřelci vyskytující se ve větším počtu jsou často uzavřeni ve vyřinuté směsi krve a

mízy, v tzv. hemolymfě, a později dochází k jejich strávení specifickými lysozomy.

Ryby bez čelistí (agnaty), k nimž náleží mihule, vytvořily již humorální imunitu; mohou u nich být prokázány imunoglobuliny jako protilátky. Organizovanou lymfatickou tkáň jako lymfatickou uzlinu či thymus tato zvířata ještě nemají, ačkoli jsou již přítomny primitivní předchůdci slezinné tkáně. Lymfocyty nalezneme u těchto zvířat ve střevní stěně a v předledvině, tedy v orgánu, který se u vyšších obratlovců již nevyskytuje. Dodáme-li mihuli cizí protein, dojde ke specifické produkci protilátek coby odpovědi.

U chrupavčitých ryb (žralok) a kostnatých ryb (kapr) se vyskytuje diskrétní počátek lymfatických orgánů. Thymus vykazuje již rozdělení na kůru a dřev a svojí morfologií velmi upomíná na thymus savců. Ve slezině těchto ryb je možné velmi zřetelně rozlišit červenou od bílé pulpy, což hovoří pro erytrocyty a lymfocyty/granulocyty v tomto orgánu. Ryby nemají – coby orgán pro produkci imunokompetentních buněk – žádnou kostní dřev. Za ekvivalent kostní dřev je možné spíše považovat ledvinu, jež je rozdělena na předledvinu a mezonefros.

Na téměř všech lymfocytech ryb můžeme najít imunoglobuliny vázané na membránu. IgM vylučovaný těmito buňkami je identický s tím, který je možné najít na lymfocytech, které se zdržují především v předledvině. Od tohoto IgM je možné odlišit IgM, který se nachází na lymfocytech vyskytujících se především v thymusu. Zde existují začínající rozdíly v populaci lymfocytů, které se vyznačují podle místa pobytu (thymus/T-lymfocyty), a B-lymfocytů (předledvina, vytváření protilátek).

Obojživelníci představují v evoluci živočišné říše přechod z života ve vodě k životu na souši. Jsou schopni přijímat jak kyslík ze vzduchu, tak kyslík rozpuštěný ve vodě. Ovládají obě formy pohybu, pohyb na souši i pohyb ve vodě. V rámci třídy obojživelníků je možné rozlišit dva řády: mloky neboli urodely a žáby neboli anury (žáby a ropuchy). S ohledem na svoji fyziologii a imunitní systém jsou mloci ještě velmi blízcí rybám. Žáby a ropuchy vykazují sice také ještě uspořádání imunitního systému, jak jej známe u ryb, ale mají již navíc lymfatickou uzlinu a kostní dřev.

U těchto zvířat bylo objeveno, že ty buňky, jež osidlují v průběhu embryonálního vývoje thymus, nevznikly v thymu, nýbrž pocházejí z oblasti, v níž se také vyvíjí mezonefros. Odstraníme-li larvám žab thymus, pak již nejsou dospělé žáby schopné odmítat kožní transplantáty a nevytvářejí žádné protilátky, jsou-li imunizovány ovčími erytrocyty.

Experimenty toho druhu nám poskytují první odkazy na skutečnost, že celulární imunita, která se vyvíjí v závislosti na thymu, musí příčinně souviset s humorální imunitou (produkci a sekrecí protilátek B-lymfocyty). Dnes víme, že u savců existují mezi oběma systémy, tedy buněčně zprostředkovaným a humorálním imunitním systémem, důležitá závislost s ohledem na regulaci a efektivitu imunitních odpovědí.

Ptáci vytvářejí vysoce propojený imunitní systém vybavený lymfatickými uzlinami, slezinou, thymem a kostní dřeví, jak jej – s malými omezeními – nacházíme také u savců. Mnoho nálezů s ohledem na význam thymu a bursa fabricii, neboli váčkovitém orgánu ve střevě poblíž kloaky, pocházejí z experimentů prováděných na kuřatech. Odstranění thymu u velmi mladých zvířat se vždy krylo se ztrátou hmotnosti a se slabostí a brzy vedlo k úmrtí způsobenému otravou. Dále se ukázalo, že zvířata, kterým byl odstraněn thymus, trpěla častěji rakovinou a ve většině případech tolerovala kožní transplantáty. Zjistilo se také, že po odstranění thymu silně klesá určitý počet bílých krvinek v periferní krvi, protože jsou tyto buňky označovány jako T-lymfocyty (T jako thymus).

Pro kvalitu imunologické reakce byl vytvořen pojem specifické buňkami zprostředkované imunity. Byla-li u mladých kuřat odstraněna bursa fabricii, pak byla zvířata ve vysoké míře náchylná pro bakteriální infekce; pouze několik málo zvířat bylo schopných vytvářet si protilátky proti bakteriální infekci. V periferní krvi opět současně poklesla určitá frakce bílých krvinek. Jelikož tento proces musel mít očividně souvislost s odstraněním bursy, byly buňky nazvány B-lymfocyty (B jako bursa).

Později bylo zjištěno, že T- i B-lymfocyty mají společnou kmenovou buňku v kostní dřeví. Skutečnost, že systém T-lymfocytů musí být propojen se systémem B-lymfocytů, vyplynula z experimentů, které ukázaly, že u zvířat, u nichž byl odstraněn thymus, utrpěla rovněž produkce protilátek újmu, avšak nikoli v té míře, v jaké k tomu došlo u zvířat, u nichž byla odstraněna bursa. Dlouhou dobu představovaly tyto fenomény v imunologii hádanku, dokud nebylo z experimentálních výsledků odvozeno, že musí existovat také pomocné buňky (T-lymfocyty), které jsou biologicky charakterizovány v thymusu a které hrají zprostředkující a pomocnou roli při indukci produkce protilátek na straně B-lymfocytů.

Vývoj imunitního systému od jednobuněčného organismu až k organismu mnohobuněčnému je příkladem pro funkční obvody mezi organismem a prostředím. Bez stále se měnících schopností organismů škodit jiným organismům infikováním se záměrem prosadit přežití vlastního genomu by nedošlo k odpovídajícímu vývoji na opačné straně, a sice k vývoji individuálních obranných systémů. Plíce potřebují pro dýchání odpovídající složení vzduchu; imunitní systém musí mít složitější podmínky. U mnohobuněčně organizovaných organismů potřebuje výzvy určitého patogenního protějšku, aby mohl být v komunikačním funkčním obvodu mezi různými buňkami organismu, které mohou být cílem infekce, a jeho imunokompetentními buňkami vyvinut nutný znakový proces pro udržení výhody přežití.

Živoucí systémy jsou pro sebe navzájem „systémy uzavřenými“; plazma, která infikuje určitou bakterii, virus, který infikuje určitou buňku, existují vždy v jejich prostředích a mohou prostředí svých cílových struktur (bakterie, buňky)

mapovat pouze prostřednictvím senzoričských systémů, které sestávají z rozpoznávajících a adhezivních molekul a molekul sloužících k dalšímu předávání signálů. Infekční organismy se množí vždy tam, kde k sobě klíčové molekuly přiléhají, a proto dovolují vniknutí vlastního genomu do genomu cizího.

Výstavba imunitního systému v té podobě, ve které ho dnes známe u člověka, není sloučením samostatných jednotek, např. améb, tedy makrofágů, a jiných obranných buněk, jako při tvorbě kolonií, nýbrž diferenciacním a specializačním procesem klonů z mateřských (kmenových) buněk k subsystémům s odpovídajícím způsobem diferenciovanými znaky a komunikačními pravidly.

Z hlediska teorie znaků je možné samostatný vývoj (autopoise) imunitního systému zkondenzovat na tři univerzální kategorie, které logik, přírodovědec a filolog Charles Sanders Peirce (1839 – 1914) nazval „kategorie prvního řádu“, „kategorie druhého řádu“ a „kategorie třetího řádu“:

- „*kategorie prvního řádu*“ je prezentace znaku jako znaku;
- „*kategorie druhého řádu*“ je reprezentací – znak stojí za něco jiného nebo odkazuje na něco jiného, tedy něco reprezentuje;
- „*kategorie třetího řádu*“ je reprezentací významu, který má označované pro znak.

Znak je znakem pro někoho, pro příjemce znaku. Z hlediska imunologie jsou buňky příjemci znaků. Jejich receptory interpretují pertubace jako znaky pro něco, co má určitý význam pro já (buňku) a spouští reakci, která udržuje nebo zajišťuje já. Vztahování se buněk, také imunitního systému, na celkový systém (organismus plus prostředí), se realizuje prostřednictvím vzestupných a sestupných efektů jednotlivých subsystémů = buňka <-> orgán <-> organismus. Problém nepředstavuje integrace otevřeného – uzavřeného systému, neboť živoucí systémy jsou vždy uzavřené systémy s referencí vztahující se na ně samotné, nýbrž integrace subsystémů do systémů a jejich opětovné zpětné vztahování se k subsystémům.

EXCERPTA PSYCHOSOMATICA

RADKIN HONZÁK: NOVÉ VĚDECKÉ POZNATKY O DRÁŽDIVÉM TRAČNÍKU; EXISTUJE TO, ALE NEFUNGUJE TO, ANEB VRAŤME SE KAJÍCNĚ K MAŘATKOVI

(Excerptce z recentní literatury, komentář a úryvek kasuistiky)



EXCERPCE:

Pacienti trpící dráždivým tračníkem (DT) a funkční dyspepsií (FD) si často stěžují na zhoršení obtíží po jídle a také na nepříznivé reakce na nejrůznější potraviny. Nakolik potravinová alergie hraje roli při vzniku a přetrvávání těchto symptomů, je zatím nejasné a zatím též neexistuje spolehlivý test na prokázání potravinové alergie u těchto poruch.

Autoři zkoumali specifický potravinový IgG antigen, IgE protilátky a celkové titry IgE v séru u pacientů s DT a FD a také u kontrolních osob a korelovali závažnost symptomů s potravinově specifickými IgG titry u těchto nemocných.

Studie se zúčastnilo celkem 37 pacientů s DT, 28 pacientů s FD a 20 zdravých kontrol. Byly měřeny titry sérových protilátek IgG a IgE proti čtrnácti běžným potravinám zahrnujícím hovězí, vepřové, kuřecí, tresčí a krabí maso, kukuřici, vejce, houby (v USA pravděpodobně pouze žampiony), mléko, rýži, krevety, sojové boby, rajská jablka a žito, které byly analyzovány metodou ELISA. Rovněž byly měřeny celkové titry IgE. Současně byla hodnocena také symptomatologie.

Výsledky ukázaly, že pacienti s DT mají významně zvýšené titry IgG protilátek proti krabímu masu, vejcím, krevetám, soji a žitu ve srovnání s kontrolními osobami. U nemocných s FD byly zvýšeny titry IgG protilátek proti vejcím a sojovým bobům ve srovnání s kontrolami. Všechny výsledky na vysoké hladině významnosti.

Procento jedinců se zjistitelnými potravinově specifickými IgE protilátkami se mezi jednotlivými skupinami nijak nelišilo ($p=0,97$) a nebyly shledány žádné rozdíly v tomto parametru mezi pacienty s DT, pacienty s FD a kontrolami. A nakonec trumf: nebyla shledána žádná signifikantní korelace mezi závažností symptomů a sérovými titry potravinově specifických IgG protilátek ani u pacientů s DT, ani u pacientů s FD.

Závěry studie jsou tedy opět klinicky k ničemu, neboť sice konstatují u pacientů s DT a FD zvýšené titry IgG protilátek proti některým potravinám, současně však nebyl shledán žádný vztah mezi tímto zvýšením a závažností symptomů.

Zuo XL, Li YQ, Guo YT, et al.: Alterations of food antigen-specific serum immunoglobulins G and E antibodies in patients with irritable bowel syndrome and functional dyspepsia.

Clinical & Experimental Allergy. 2007;37 (6), 823–830.

KOMENTÁŘ:

Od konce 80. let minulého století se gastroenterologové a posléze také psychologové a psychiatři scházeli ve věčném městě Římě, aby udělali pořádek v tom psychosomatickém zmatku nazývaném funkční obtíže gastrointestinálního systému (GIT). Jako zelená nit - jak říkáme my, daltonici - se táhla jejich jednáním úporná snaha nalézt nějaký patologický korelát v rámci vědecké („evidence based“) medicíny. Věčné město je krásné a tak není divu, že v něm pobývali celkem dvanáct let, nejprve ve formaci pánské jízdy, ke konci přizvali i dámy, aby v roce 2000 přinesli lidstvu v režii D. A. Drossmana (sen. ed.) několikasetstránkový elaborát nazvaný Římská kritéria (Roma Criteria), známá u nás v otrockém překladu jako RÓMSKÁ KRITERIA. Nevím, kolik gastroenterologů u nás je pečlivě pročetlo, neboť jeden z předních, který mi je laskavě zcela nedotčená zapůjčil, je po tři roky nepostrádal.

Já jsem je tedy prostudoval. Inspirativní je bezesporu kapitola věnovaná vztahu psychiky a trávících obtíží, jejíž autoři shledávají to, co my objevujeme v každodenní praxi: skrývaná a také potlačená psychotraumata, uvědomované i neuvědomované stresové vlivy, osobnostní charakteristiky a komorbiditu úzkostných a depresivních poruch (nebo jde o primární příčinu?).

Udivující - z hlediska celostního přístupu - je na nich však klasifikační rozsegmentování trávícího traktu, tak trochu ve stylu učebnic z měšťanky na ústní dutinu a polykací cesty, jícen, žaludek, atd., bez ohledu na to, že trávení je cosi jako orchestrální dílo na němž participují všechny složky (a s opomenutím toho, co profesor Mařatka hlásal již v 60. letech minulého století, a to, že není jen „dráždivý tračník“, ale že existuje cosi jako „dráždivé střevo“, též s opomenutím toho, co hlásal Franz Alexander ještě o 20 let dříve, a to, že „břicho je nejzvučnější rezonanční deska emocí“).

Hypotetické patologické nálezy v Římských kriteriích přinášejí klinikovi asi tolik užítku, jako shora uvedená práce. Pro praxi je např. jistě velmi přínosný poznatek, že pacienti s dráždivým tračníkem ve srovnání se zdravými osobami pociťují dříve jako více nepříjemnou distenzi rekta vyvolanou balónkovou sondou. No dobrá, mají dráždivější nejen tračník, leč i rektum, ale je to snad

pravá příčina jejich obtíží, nebo spíš jeden ze symptomů? U poloviny z nich tento úkaz, spolu s dalšími obtížemi, do dvou let vesměs spontánně vymizí.

Nevím nakolik jsou tato kritéria známa naší psychosomatické obci (jejich klasifikace a nomenklatura má být v gastroenterologii podobně závazná, jako v medicíně MKN-10), nicméně dříve než se zájemci vrhnou do jejich studia, doporučil bych jim daleko věrohodnější zdroj, a to Mařatka Z a spol.: Gastroenterologie. Karolinum, Praha, 1999. Náš nejstarší gastroenterolog, duší psychosomatik každým coulem, má na etiopatogenezu funkčních poruch GIT zdravý názor podložený celoživotní praxí, který pregnantně formuloval.

Pokusy o etiopatogenetické vysvětlení

- neprokázané: zánět sliznice, visceroptóza, poruchy sekrece, potravinová nesnášenlivost., poruchy regulačních mechanismů (peptidy);
- předpokládané: konstituce, osobnostní charakteristiky, psychosociální podněty, špatná životospráva, přestálá onemocnění GIT.

Během své praxe jsem poznal skutečně stovky pacientů trpících dráždivým tračníkem a vzpomínka na ně mi evokuje Seifertovy verše:

*Uprostřed města velická řeka teče
a sedm mostů ji spíná.*

*Po nábřeží chodí tisíc krásných dívek
a každá je jiná,*

zatímco v Římě jako by zpívali jejich druhou sloku:

*Od srdce k srdci jdeš si ohrát ruce
na oheň lásky veliké a hřejné.*

*Po nábřeží chodí tisíc krásných dívek
a všechny jsou stejné.*

Své tvrzení však mohu doložit: v 80. letech minulého století jsme provedli klinickou studii ověřující u pacientů s dráždivým tračníkem léčebný účinek amitriptylinu. Součástí této studie bylo též rentgenové sledování střevní pasáže. Po polknutí kontrastní látky byl GIT snímán každých 30 minut, byla hodnocena rychlost evakuace žaludku, rychlost pasáže tenkým a tlustým střevem, event. průchod kontrastní látky do rekta, což jeden pacient stihl za necelých 150 minut. Vyšli jsme z předpokladu, že amitriptylin centrálním i periferním, zejména anticholinergním působením, bude pasáž zpomalovat. U dvou z deseti sledovaných pacientů ji zrychlil, přičemž jejich obtíže se zmírnily!

Abych neustrnul jen ve výkalech; poznal jsem (stejně jako každý, kdo v této oblasti pracuje déle než dva týdny) několik astmatiků, prokázaných pylových alergiků, kteří reagovali záchvatem na obrázek „své kytky“. Jeden tak dokonce

fungoval na svatební fotografii své tchyně, k níž měl přinejmenším problematický vztah.

Co by mělo být smyslem mé filipiky? Neexistuje „dráždivý tračník s jednotným patologicko-anatomickým podkladem“, to je konstrukt, navíc nepravdivý (a důkazy pro něj se podobají tomu, jak kočička s pejskem popisovali panu Čapkovi kluky z Domažlic), vždycky je tu „člověk trpící obtížemi typu dráždivého tračníku“ a na nás je, abychom spolu s ním našli odpověď na otázku PROČ a JAK se k tomuto symptomu dobral a pomohli mu z té kaše ven.

ZAČÁTEK KASUISTIKY (KONEC VŠE NAPRAVIL, ALE TO BY BYLA NUDA):

Byla to opravdu dáma - comme il faut - dokonce spolkla druhou půlku slova „bl...“ a opravila se na „hloupost“. Její emoční život byl zcela vyrovnaný. Pravda, vzdala medicínu po dvou letech (sňatek determinovaný těhotenstvím), ale nikdy ji to nemrzelo a neměla žádné špatné pocity, když z Prahy přesídlila do jednoho tehdy nepřiliš atraktivního (dnes bohudík rozkvétajícího) města a přesešla na problematiku stavebnictví a pomocí různých kurzů a školení a nástavbového studia se vypracovala v tomto oboru na funkci personalistky ve velké prosperující firmě svého manžela, kde také zastávala funkci „kontrolorky všeho“.

Vše brala s naprostou samozřejmostí (samozřejmostí starší sestry, která vždy pečovala o sourozence), povinnosti ji nikdy nepřipadaly nadměrné, ještě předloni byla schopná jezdit za chronicky nemocnou matkou a akutně nemocným dospělým synem (2x týdně 150 km na zcela jiné světové strany) a zvládat při tom domácnost, jakož i práci na 150 %.

Ani teď nerozumí dost dobře tomu, proč své obtíže nezvládá. Pravda, začaly náhle, byly nepříjemné, omezovaly ji (typický syndrom dráždivého tračníku), ale podstoupila celou řadu vyšetření, která vyzněla negativně. Nicméně začala mít strach, když nad její koloskopii mumlali lékaři „karcinoid“ a přestala spát.

Gastroenterologové nenašli NIC, co by je vedlo k dalším diagnostickým krokům a předali ji s diagnózou deprese psychiatrovi. Ten postupoval lege artis dle doporučení všech odborných společností, ČLK a MZ, začal farmakoterapií Dogmatilem, což mělo během dvou dnů za následek tolik nežádoucích příznaků, že přesešel na SSRI se stejným výsledkem, po třech týdnech na další SSRI a po osmi dnech (evidentně už v rozpacích) nabídl pacientce bupropion. Zmatečná medikace přivedla jednoho z jejích a současně mých přátel k názoru, že zmatek by mohl být dovršen tím, že bychom se potkali spolu.

Laskavý čtenář jistě pochopí, proč jsem u této pacientky nenechal vyšetřit IgG, ani IgE, ale začal úplně odjinud. Ta dáma totiž byla v situaci, z níž by se každý druhý po...minul. Interpretovat se to však dalo až za půl roku.

Praha - 27.7.2007

AKCE, KURZY, SEMINÁŘE



**12.CELOSTÁTNÍ KONFERENCE
PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY
S MEZINÁRODNÍ ÚČASTÍ V LIBERCÍ
24.-26.DUBNA 2008. (1.INFORMACE)**

PSYCHOSOMATICKÁ PRAXE

Je načase položit důraz na psychosomatickou praxi. Konferencí chceme podpořit jednotlivé projekty psychosomatické medicíny v různých oborech. Pokusíme se získat referující z co největšího počtu takových zařízení. Pozvali jsme odborníky v psychosomatické medicíně z Německa, Slovenska, Švýcarska, hledáme kontakt v Rakousku, tak abychom se dověděli, jak vypadá situace psychosomatiky v okolních zemích. Vedle přednášek, chceme účastníkům nabídnout co nejvíce praktických ukázek práce s pacientem, techniky, metody, zkušenosti. Zajistěte si už dnes na konferenci čas ve svých kalendářích, uvažujte o aktivní účasti na odborné akci, která se těší velkému zájmu. Více informací včetně přihlášek v příštím čísle Psych&Somu.

Pořádá: Psychosomatická sekce PS ČLS JEP nabízí spolupráci dalším organizacím psychosomatiky a psychoterapie: Sdružení pro psychosomatiku o.s., České psychoterapeutické společnosti ČKLS JEP, Společnosti pro psychosomatické integrace.

Ve spolupráci s Institutem rodinné terapie a psychosomatických poruch v Liberci

Prezident konference: Doc.MUDr.Jiří Šimek, CSc.

Vědecký sekretář: MUDr. Vladislav Chvála

Sekretářka: paní Menclová

Organizační výbor: Chvála, Knop, Masner, Trapková, Moos

Vědecký výbor: doc.PhDr.K.Balcar, CSc. doc.MUDr.J.Beran, CSc. doc.MUDr.J.Boleloucký,CSc., Prof.PhDr.A.Hogenová, MUDr.R.Honzák,CSc., Prof.RnDr.S. Komárek, prof.J.Kukleta, MUDr.J.Poněšický, PhDr.J.Růžička, PhD., MUDr.M.Konečný, prof.PhDr.S.Kratochvíl, MUDr.J.Šavlík, CSc.

Místo konání: Krajská vědecká knihovna v Liberci

Kapacita cca 180 míst

SYMPOSIUM SOCIÁLNÍ PSYCHIATRIE: DUŠEVNÍ NEMOC A VZTAHY

PŘED KONFERENCÍ SVĚTOVÉ ASOCIACE SOCIÁLNÍ PSYCHIATRIE

19. října – 20. října 2007

Praha, Konferenční centrum InGarden

2. OZNÁMENÍ

Vážené kolegyně, kolegové, přátelé,

výbor sekce sociální psychiatrie PS ČLS JEP vás i v tomto roce srdečně zve symposium sociální psychiatrie.

Letos v době od 21. do 24. října koná u nás akce sociální psychiatrie světového významu – konference Světové asociace sociální psychiatrie. Předřadili jsme proto naši národní akci před tuto konferenci, aby bylo možné obě události absolvovat ve stejném městě a v navazujícím čase.

Ústředním motivem symposia je téma Duševní nemoc a vztahy, a to ve dvojitým smyslu: vztahů mezi různými poskytovateli v péči o duševně nemocné a vztahů mezi pacientem a profesionálem.

Neprojojenost je dlouhodobým bolestivým místem v péči o lidi s duševní poruchou, její důsledky na sobě pocítují jak pacienti, tak profesionálové. Jednotliví poskytovatelé mnohdy chtějí vyřešit problém nemocného jen pomocí svých vlastních prostředků bez nutnosti využití služeb poskytovatele druhého a bez spolupráce s ním, jak by to odpovídalo potřebám pacientů. To platí jak pro péči lůžkovou, ambulantní i psychoterapeutickou či sociálně rehabilitační. Rádi bychom na sympoziu otevřeli prostor pro hledání východisek z tohoto stavu.

Vztah pacienta a profesionála je druhým nosným tématem symposia. Otázka vztahu nemůže být jen doménou psychoterapie, jeho porozumění, kultivace a profesionální zvládnutí hraje zásadní roli v psychiatrické nebo rehabilitační péči.

Rádi bychom, aby na sympoziu mohly být představovány a diskutovány nové projekty v sociální psychiatrii týkající se například vzdělávání a transformace psychiatrické péče či dalších okruhů.

V programu symposia se budou jako obvykle střídat bloky plenárních přednášek a tematických panelů. Těšíme se na jejich obohacení Vaší aktivní účastí.

Těšíme se na diskusi se všemi účastníky z řad psychiatrů, psychologů, psychiatrických sester, sociálních pracovníků, ergoterapeutů a v neposlední řadě uživatelů péče a rodinných příslušníků.

za výbor sekce sociální psychiatrie PS ČLS JEP

POŘÁDÁ

Sekce sociální psychiatrie Psychiatrické společnosti ČLS JEP

ve spolupráci s

Centrem pro rozvoj péče o duševní zdraví

Asociací komunitních služeb

o.s. Kolumbus

Sdružením ambulantních psychiatrů

ORGANIZAČNÍ VÝBOR

MUDr. Ondřej Pěč, MUDr. Juraj Rektor, Mgr. Barbora Wenigová, Mgr. Pavla Šelepová

PROGRAMOVÝ VÝBOR

PhDr. Eva Dragomirecká, PhDr. Václava Probstová CSc., MUDr. Přemysl Suchomel, MUDr. Ondřej Pěč, MUDr. Juraj Rektor, PhDr. Ladislav Csémy

VĚDECKÝ SEKRETARIÁT KONFERENCE

Sekce sociální psychiatrie PS ČLS JEP

Kontaktní adresa:

MUDr. Ondřej Pěč

Klinika ESET

Vejvanovského 1610

149 00 Praha 4

Tel.: +420 272 941 933

E-mail: eset.pec@volny.cz

TECHNICKÝ SEKRETARIÁT KONFERENCE

GUARANT International / Sociální psychiatrie 2007

Opletalova 22

110 00 Praha 1

Tel.: +420 284 001 444

Fax: +420 284 001 448

E-mail: socialnipsychiatrie2007@guarant.cz

PROGRAMOVÝ SOUHRN

Psych @ Som 4/2007

Předběžný program Symposia sociální psychiatrie 19.10 – 20.10.2007

Místo konání: Konferenční a kulturní centrum InGarden, Dvouletky 42, Praha 10 – Strašnice, www.ingarden.cz

Pátek 19.10.07

17.00 – 18.00 Registrace

18.00 – 19.30 Zahájení konference (vystoupení zástupců pořadajících organizací)

Plenární přednášky:

Probstová V.: Umění, které je dostupné jen "vyvoleným", placebo efekt nebo nedílná součást profese? (vztah mezi pacientem a pracovníkem pomáhající profese)

Wenigová B, Stuchlík J.: Reforma péče o duševně nemocné v ČR – překážky a příležitosti

Balabán M.: Oslovení lékaře ve vztahu pacient lékař

Klímová H.: Totality, intimacy, spirituality

20.00 – 22.00 společenský večer s rautem

Sobota 20.10.07

9.00 – 10.50 Plenární přednášky:

Tůma I.: Návaznost lůžkové a nelůžkové péče o duševně nemocného

Hejzlar P.: Spolupráce lůžkových, ambulantních a rehabilitačních služeb na úrovni regionu

Junek P.: Místo psychoterapie v systému péče o duševně nemocné

Procházka R.: Možnosti spolupráce praktických lékařů a psychiatrických služeb

Lorenc J.: Místo psychiatrické ambulance v komunitní péči o duševně nemocné

Bašný Z.: Revize Koncepce oboru psychiatrie z pohledu sociální psychiatrie

10.50 – 11.30 přestávka

11.30 – 13.00 panel „Vztahy a spolupráce mezi službami“ (1.část)

panel „Vztah pacient a profesionál“ (1.část)

panel „Rozvoj v sociální psychiatrii“ (1.část)

13.00 – 14.30 přestávka

14.30 – 15.30 Plenární přednášky:

Maone A.: Psychiatry in transition: outcomes of mental health policy shift in Italy. (Psychiatrie

v procesu změny: výsledky přeměny politiky péče o duševní zdraví v Itálii.)

Pfeiffer J.: Síť poskytovatelů péče o duševně nemocné – britské a české zkušenosti

15.30 – 16.00	přestávka
16.00 – 17.30	panel „Vztahy a spolupráce mezi službami“ (2.část) panel „Vztah pacient a profesionál“ (2.část) panel „Rozvoj v sociální psychiatrii“ (2.část)
17.30 – 18.00	přestávka
18.00 – 18.30	Zakončení

Akce má charakter postgraduálního vzdělávání lékařů, klinických psychologů a zdravotních sester. Je garantována ČLK, AKP a ČAS (ohodnoceno kredity) jako akce kontinuálního vzdělávání – účastníci obdrží certifikát o účasti.

AKTIVNÍ ÚČAST – ABSTRAKTA

Abstrakta budou přijímána elektronicky nebo faxem Technickým sekretariátem akce:

GUARANT International / Sociální psychiatrie 2007

Fax: +420 284 001 448

E-mail: socialnipsychiatrie2007@guarant.cz

Rozsah abstrakta je max. 15 řádek.

Témata příspěvků:

1. vztahy a spolupráce mezi ambulantními, lůžkovými, intermediárními a rehabilitačními psychiatrickými službami, role jednotlivých poskytovatelů
2. vztah pacient a profesionál
3. rozvoj v sociální psychiatrii

Příspěvky mohou být prezentovány ve formě přednášky, posteru, workshopu nebo semináře. Prezentaci přednášky delší než 15 minut včetně diskuse či pořádání workshopu nebo semináře je nutno předem dohodnout s vědeckým sekretariátem konference.

Preferovanou formu prezentace prosím zatrhněte na Formuláři na příjem abstrakt, který je k dispozici na webových stránkách akce nebo k vyžádání u technického sekretariátu akce.

Termín pro zaslání abstrakt / uzávěrka: 15. září 2007

Informace o zařazení příspěvku do programu bude autorům zaslána do 10. října 2007.

REGISTRACE

Registraci vyřizuje Technický sekretariát konference

GUARANT International / Sociální psychiatrie 2007

Tel.: +420 284 001 444

Fax: +420 284 001 448

E-mail: socialnipsychiatrie2007@guarant.cz

Registrace je možná:

- **POŠTOU** – vyplňte přiložený formulář a zašlete ho poštou na adresu technického sekretariátu
- **FAXEM** - vyplňte přiložený formulář a zašlete ho faxem na číslo technického sekretariátu
- **ELEKTRONICKY** – zašlete požadavek e-mailem na adresu technického sekretariátu

Potvrzení registrace a ubytování Vám bude zasláno do několika dnů e-mailem nebo faxem. Vyřízení vaší registrace a ubytování urychlíte tím, že spolu s přihláškou zašlete kopii bankovního převodu nebo číslo kreditní karty, kterou chcete platit. Daňový doklad Vám bude na požádání vystaven po skončení konference. Certifikát o účasti obdržíte na registrační přepážce v konferenčním centru InGarden.

REGISTRAČNÍ POPLATKY

	Do 30. září 2007	Od 1. října 2007
Registrační poplatek	750 Kč	1100 Kč
Reg.poplatek - pacienti	350 Kč	350 Kč

Registrační poplatek zahrnuje:

- vstup na odborný program
- vstup na výstavu
- občerstvení v době kávových přestávek
- konferenční materiály
- potvrzení o účasti

Vstupenka na společenský večer 19.10.2007

200 Kč

Společenský večer se koná 19.10.2007 v prostorách konferenčního a kulturního centra InGarden, Dvoulétky 529/42, Praha 10 - Strašnice.

REZERVACE UBYTOVÁNÍ

Rezervaci ubytování vyřizuje Technický sekretariát konference.

GUARANT International / Sociální psychiatrie 2007

Tel.: +420 284 001 444

Fax: +420 284 001 448

E-mail: socialnipsychiatrie2007@guarant.cz

Pro informaci o možnostech ubytování, cenách a kapacitách, navštivte prosím webové stránky konference

www.guarant.cz/socialnipsychiatrie2007 nebo kontaktujte technický sekretariát akce.

PLATEBNÍ PODMÍNKY

Registrační poplatek i ubytování je nutné uhradit v plné výši před začátkem konference, a to bankovním převodem nebo kreditní kartou:

Bankovní převod

Číslo účtu: 79353/0300

Název účtu: GUARANT International spol. s r.o.

Banka: Československá obchodní banka, Na Příkopě 18, Praha 1

SWIFT: CEKOCZPP

Variabilní symbol: 200746

Detaily platby: 200746 / Vaše jméno

Upozornění: Bankovní poplatky musí být v plné výši uhrazeny účastníkem. Neumožňuje-li Vaše banka uvést písemné údaje (jméno) ve variabilním symbolu, uveďte prosím pouze číslo 200746 a Vaše jméno uveďte prosím do zprávy pro příjemce.

Kreditní karty

Akceptované kreditní karty: MasterCard, VISA, Diner Club, American Express

Požadované údaje o kartě:

- číslo kreditní karty
- jméno držitele karty
- platnost (datum expirace)
- CVC kód (tři poslední číslice uvedené za číslem karty na podpisovém panelu na zadní straně karty)

V případě platby kreditní kartou prosíme rovněž o zaslání autorizace faxem, autorizační formulář je ke stažení na webových stránkách akce.

STORNOVACÍ PODMÍNKY

Zrušení registrace

do 31. srpna 2007
poplatek 100 Kč

bez storno poplatku, pouze manipulační

1. září až 18. září 2007

50% ceny registračního poplatku

po 18. září 2007

100% ceny registračního poplatku

Zrušení ubytování

do 20. září 2007 poplatek 100 Kč	bez storno poplatku, pouze manipulační
21. září až 3. října 2007	30% celého pobytu
3. října až 19. října 2007	100% celého pobytu

Základná informácia

VII. česko-slovenská konferencia s medzinárodnou účasťou

KVALITATÍVNY PRÍSTUP A METÓDY VO VEDÁCH O ČLOVEKU

Bratislava, 21. – 22. január 2008

Katedra psychológie a patopsychológie Pedagogickej fakulty UK v Bratislave
Kabinet výskumu sociálnej a biologickej komunikácie SAV – Centrum excelentnosti pre výskum
a rozvoj občianstva a participácie

a

Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova v Praze

v spolupráci s partnermi

Nadácia otvorenej spoločnosti - Open Society Foundation
Predsedníctvo SAV

Katedra psychologie, Filozofická fakulta, Univerzita Palackého v Olomouci

Sdružení SCAN

Časopis Adiktologie

Časopis BIOGRAF

spoločne organizujú

VII. česko-slovenskú konferenciu
Kvalitatívny prístup a metódy vo vedách o človeku
Kvalitatívny výskum
vo verejnom priestore

Miesto konania:

Pedagogická fakulta Univerzity Komenského v Bratislave
Račianska 59, Bratislava

Termín konania:

21. – 22. januára 2008

Zameranie konferencie:

Konferencia nadväzuje na predchádzajúce ročníky, ktoré sa v rokoch 1999 až 2007 uskutočnili v Olomouci, Brne a Prahe. Počas siedmeho spoločného stretnutia by sme sa radi spolu s vami hlbšie zamysleli nad významom a využitím kvalitatívneho výskumu vo verejnom priestore – nad jeho aplikáciami v spoločenskej praxi. Chceme otvoriť priestor pre metodologickú diskusiu o výskumoch v rozličných oblastiach verejného priestoru, ktoré vytvárajú rámce pre fungovanie jednotlivcov a sociálnych skupín. Pod týmito oblasťami nemáme na mysli len školu, ale aj zdravotníctvo, úrady, médiá, trh, atď. Uvítame príspevky predovšetkým z aplikovaného kvalitatívneho výskumu v sociálnej, pedagogickej, školskej či klinickej psychológii, pedagogike, sociológii, antropológii, politológii, rovnako ako z klinického výskumu, výskumu v rámci pomáhajúcich profesií, adiktologického výskumu a všeobecne výskumu rizikového správania. Vítané sú tiež teoretické úvahy týkajúce sa prepojenia kvalitatívneho výskumu a potrieb spoločenskej praxe, predovšetkým zamerané na deti, adolescentov a mladých dospelých. Očakávame, že tradične interdisciplinárna diskusia bude zdrojom inšpirácie pre všetkých zúčastnených.

Konferencia sa uchádza o akreditáciu od Sekčnej komory psychológov Slovenskej komory iných zdravotníckych pracovníkov, asistentov, laborantov a technikov a Asociácie klinických psychológů ČR.

Program a aktuálne informácie ku konferencii: budú zverejnené na internetových stránkach Katedry psychológie a patopsychológie Pedagogickej fakulty UK v Bratislave

Dôležité termíny:

Termín zaslania abstraktov: do 30. októbra 2007

Uzávierka prihlášok a zasielanie platieb – skorá registrácia: do 30. októbra 2007

Uzávierka prihlášok a zasielanie platieb – neskorá registrácia: do 15. decembra 2007

Kapacita konferencie je obmedzená a prihlášky budú vybavované v poradí, v akom budú doručené. Abstrakty doručené po termíne nebudú brané do úvahy. Za výber príspevkov zodpovedá programový výbor konferencie.

Prihlášky a abstrakty:

Prihlášky a abstrakty je možné vyplniť výlučne v elektronickej podobe na webovej stránke Centra adiktologie
<http://www.adiktologie.cz/form.php?l=cz&fid=17>

Konferenčné poplatky:

Konferenčný poplatok zahŕňa vytlačený program konferencie, knihu abstraktov, zborník z konferencie, drobné občerstvenie v priebehu konferencie

(káva, čaj, chlebičky atď.) a občerstvenie počas spoločenského večera. Poplatok nezahŕňa ubytovanie ani hlavnú stravu (obedy a večere).

Výška poplatkov bola stanovená na:

- 900,- SKK (pre študentov denného, pre- aj postgraduálneho štúdia: 450,- SKK) pri skoršej registrácii (do 30. októbra 2007)
- 1000,- SKK (pre študentov denného, pre- aj postgraduálneho štúdia: 500,- SKK) pri neskorej registrácii (do 15. decembra 2007)
- pri platbe na mieste 1200,- SKK (pre študentov denného, pre- aj postgraduálneho štúdia: 600,- SKK). Bankové spojenie:

Prevod zo Slovenska:

názov účtu: Kabinet výskumu sociálnej a biologickej komunikácie SAV

číslo účtu: 7000006877

kód banky: 8180 (Štátna pokladnica)

Variabilný symbol: uvádzajte prvých 8 čísel rodného čísla alebo IČO

Konštantný symbol: 0308

Do správy pre prijímateľa prosím napíšte heslo: „QAK 2008“

Prevod zo zahraničia:

názov účtu: Kabinet výskumu sociálnej a biologickej komunikácie SAV

IBAN: SK27 8180 0000 0070 0000 6877

SWIFT: SUBASKBX

Adresa banky:

Všeobecná úverová banka, a.s.

Mlynské nivy 1

829 99 Bratislava

Slovakia

Variabilný symbol: uvádzajte prvých 8 čísel rodného čísla alebo IČO

Konštantný symbol: 0308

Do správy pre prijímateľa prosím napíšte heslo: „QAK 2008“

Pozn.:

Pri registrácii na konferenciu prosíme všetkých účastníkov o predloženie dokladu o platbe konferenčného poplatku.

Ubytovanie: Si zabezpečujú účastníci konferencie sami, zoznam odporúčaných ubytovacích zariadení bude k dispozícii na webovej stránke Katedry psychológie a patopsychológie Pedagogickej fakulty UK v Bratislave.

Doprava: Pre motorizovaných aj nemotorizovaných účastníkov bude k dispozícii na webovej stránke Katedry psychológie a patopsychológie Pedagogickej fakulty UK v Bratislave mapka a popis cesty.

Jazyky konferencie: Slovenčina a čeština. V prípade záujmu je možné usporiadať sekciu aj v angličtine alebo poľštine.

Kontakt: V prípade akýchkoľvek otázok nás, prosím, kontaktujte na adrese QAK2008@gmail.com.

za organizačný výbor:

PhDr. Radomír Masaryk, PhD.

Barbara Lášticová, PhD., Mgr. Magda Petrjánošová

NABÍDKY

JIŘÍ BERAN (ED.): ACTA PSYCHIATRICA POSTGRADUALIA BOHEMICA 4/2007

Nakladatelství Galén, 2007, ISBN 978-80-7262-407-2, 44 stran

Sborník odborných textů Acta psychiatrica postgradualia bohemica vychází letos již jako čtvrtý svazek. Obsahuje in extenso práce, které byly napsány v roce 2005 ke specializační atestaci z psychiatrie II. stupně. Péči o nastupující generace psychiatrů je nyní věnována velká pozornost. Drobným příspěvkem v tomto směru jsou i Acta psychiatrica postgradualia bohemica.

Psychiatrie se v posledních desetiletích výrazně rozvíjí. Přibývá nebývalou měrou nových poznatků. Je nesnadné se v nich orientovat. V této souvislosti zaslouží oba autoři MUDr. Kryštof Derner a MUDr. Jan Roubal vřelé uznání. První shrnul do svého textu Deprese s pozdním začátkem 62 převážně zahraničních pramenů. Práce MUDr. Jana Roubala Přehled psychoterapeutických možností u deprese vychází ze sedmi desítek citací. Cílem edice Acta psychiatrica postgradualia bohemica je přinášet souhrnné práce, které by mohly pomoci ve studiu nejen mladším, ale i zkušenějším kolegům. Obě uvedené práce tento cíl naplňují.

Dík za pečlivou redakční přípravu publikace patří nakladatelství Galén a IPVZ za podporu této myšlenky.

Diabasis: VÝCVIK V BIOSYNTÉZE

Vážení přátelé,
občanské sdružení Diabasis nabízí **výcvikové programy v somaticky orientované psychoterapii**:

základní specializovaný (760 hodin – 3 roky)
a následný postgraduální (360 hodin – 2 roky)

VÝCVIK V BIOSYNTÉZE (+ úvodní workshop a přednášky s Davidem Boadellou – viz příloha)

Biosyntéza – lektorský tým:

David Boadella (Švýcarsko), Esther Frankel (Brazílie), Milton Corrêa (Brazílie), Liane Zink (Brazílie), Shosh Avital (Izrael), Rivka Khandalkar (Švýcarsko), Barbora Janečková a Ladislav Müller (ČR)

zahájení výcviku v Biosyntéze: 20. února 2008

více informací o biosyntéze najdete na: www.biosynthesis.org
&

čtyřletý specializovaný (380 hodin)

VÝCVIK V PESSO-BOYDEN psychomotorické terapii (PBSP)

PBSP – lektorský tým:

Albert Pessa (USA), Lowijs Perguin a Iman Baardman (Holandsko), Martin Howald (Švýcarsko), Magnhild K. Hope (Norsko)

zahájení výcviku v PBSP: 29. listopadu 2007

více informací o PBSP najdete na: www.pbsp.com (.cz)

Pozn.: aktuálně pro větší rovnováhu vítáme především **muže** :-)

Výcviky jsou určeny psychologům, psychiatrům, lékařům, psychoterapeutům, pedagogům, sociálním pracovníkům, fyzioterapeutům a dalším odborníkům pomáhajících profesí.

Podrobnější informace o výcvicích, workshopu a přihlášky najdete na:

<http://www.diabasis.cz>

/rubrika "psychoterapeutické výcviky"/

Základní informace najdete v přílohách...

Pro **přihlášení a informace** můžete rovněž přímo kontaktovat administrátorku výcvikových programů Diabasis, sl. Rebečku Mertovou na: **rebeka@diabasis.cz**

hezké léto!

Tisk na A4: 177,126,127,176/ 175,128,**129**,174/ 173,130,131,172/
171,132,133,170/ 169,134,**135**,168/ 167,136,137,166/ 165,138,139,164/
163, 140,141,162/ 161,**142**,143,160/ **159**,144,**145**,158/ 157,146,147,156/
155,148,149,154/ 153,150,151,152

**TUTO TISKOVINU NESPONZORUJE ŽÁDNÁ
FARMACEUTICKÁ FIRMA**

Psych@Som
Bulletin zájemců o
psychosomatickou
problematiku
v medicíně

Tiskne Lirtaps Liberec
Jáchymovská 385
Liberec 10, 46010