

<p>číslo</p> <p>6</p>	<p style="text-align: center;">PSYCH&SOM</p> <p style="text-align: center;">LIBERECKÝ INSTITUT RODINNÉ TERAPIE A PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY ,O.P.S. PRO POTŘEBU PSYCHOSOMATICKÉ SEKCE PSYCHIATRICKÉ SPOLEČNOSTI A OSTATNÍ ZÁJEMCE</p>	<p style="text-align: right;">ROČNÍK III/2005</p> <p style="text-align: right;">ISSN 1214-6102</p>
<p>OBSAH</p>	<p>EDITORIAL 194</p> <p>CHVÁLA V.: O POCHOPENÍ A TOLERANCI 194</p> <p>POLITIKA, KONCEPCE 196</p> <p>ZÁPIS Z VÝBORU PSYCHOSOMATICKÉ SEKCE 196 Vědecká schůze Psychiatrické společnosti 5.4.2006 PSYCHOSOMATIKA A PSYCHIATRIE 198</p> <p>AKCE, KURZY, SEMINÁŘE 199</p> <p>IPVZ PRAHA: KURZ PSYCHOSOMATICKÉ PROBLEMATIKY 17.-18. 2. 2006 č. 222006 199</p> <p>ZKUŠENOSTI Z PRACOVIŠŤ 200</p> <p>BOJAR M.: UMĚNÍ NASLOUCHAT A MÍSTO EMPATIE V EVIDENCE BASED MEDICINE. 200 Úvod 200 Vlastní zkušenosti 202 Kasuistiky 204</p> <p>ŠIRŠÍ SOUVISLOSTI 210</p> <p>VÁCHA MAREK: SÍLA A SLABOST EVOLUČNÍ PSYCHOLOGIE 210 PONĚŠICKÝ JAN: GENDEROVÁ ZÁVIST A IDENTITA. 217</p> <p>TEORIE 222</p> <p>THURE VON UEXKÜLL A WOLFGANG WESIACK : INTEGROVANÁ MEDICÍNA JAKO UCELENÝ KONCEPT LÉKAŘSTVÍ: BIOLOGICKO-PSYCHOLOGICKO-SOCIÁLNÍ MODEL, ČÁST 9 222 8 Shrnutí 222</p> <p>RECENZE A ANOTACE 225</p> <p>MIROSLAV HUPTYCH: KDO PIJE VLČÍ MLÍKO ANEB JAK SE LÉČILO ZA STARODÁVNÁ. 225 PATOLOGIČTÍ LHÁŘI NEMOHOU ZA TO, ŽE LŽOU, PROTOŽE TAK JSOU NAPROGRAMOVÁNI. 227</p>	
<p>Redakční rada</p>	<p>REDAKČNÍ RADA: MUDR.V.CHVÁLA, PHDR.L.TRAPKOVÁ, MGR.P.MOOS, MGR.J.KNOP, PROF. RNDR. S.KOMÁREK, DOC.J.BERAN, DOC.J.ŠIMEK,CSC., MUDR.PHDR.J.PONĚŠICKÝ,PHD</p>	<p>Uzrálo dne 31.12.2005</p>
<p>Redakce</p>	<p>Pražský psychoterapeutický institut pobočka Liberec, Jáchymovská 385, Liberec 10, 46010, tel. 485151398, e-mail: chvala@sktlib.cz. Psych@som je ke stažení na elektronické adrese www.sktlib.cz/psychosomatika</p>	

CHVÁLA V.: O POCHOPENÍ A TOLERANCI

Nedávno do skupiny přišel nový pacient. Má neřešitelné podivné potíže v těle, které by jiným lidem mohly připomínat somatickou odezvu na silná emoční hnutí. On o tom však nic neví a ani okolnosti vzniku bolestí mu nenapověděly. Byl zaměstnán tak trochu jako holka pro všechno na samotě u lesa v podniku, který podle všeho vlastnila podivná mafie. Před dvěma roky, v situaci, kterou by jiný člověk mohl vnímat jako ohrožení života, zažil poprvé ten divný bolestivý pocit ve tváři, do krku, hrudníku a do podbřišku a varlat. Od té doby nepracuje nikde a obíhá lékaře. Když nic nepomohlo, ze zoufalství přijal nabídku na práci ve skupině. Není to ledajaká skupina, psychosomatický pacient nerad povídá o jiných věcech než o svých bolestech. Umíte si představit, co se stane, když se dá víc takových pacientů dohromady? Tahle naše skupina má už dlouhou historii, vlastní tradici a když přijde nový člověk, který se teprve učí jazyku skupiny, mají s ním trpělivost. Bylo vidět, jak nový člen váhá, jestli je tady dobře, vůbec nechápal, proč se ti ostatní baví o svých rodičích, partnerech a dětech, když prý tady jsou také jako on pro bolesti nejrůznějšího druhu. První čtyři skupiny si zvykal a váhal, zda se na to nemá raději vykašlat. Na páté skupině se tři přítomné dámy pustily ostře do svých (nepřítomných) matek. Vyčítaly jim kde co a nařikaly nad neodvolatelností svých ukřivdění. Nový člen byl stále neklidnější, poposedával na židli, až se ho zkušenější člen skupiny zeptal: „Sedíš na žhavém uhlí nebo co?“ Zaskočený muž se pustil do vysvětlování, že on tohle nezná, vůbec nechápe, o čem se to tady mluví, on že má tak skvělou matku, vždycky mu všechno dávala, i to co nechtěl, nosila mu jídlo i domů do jeho vlastní domácnosti, škoda jen, že mu před dvěma lety zemřela. Když se skupina vrhla na nový fakt, že matka zemřela zrovna před dvěma lety, kdy také vznikly bolesti u nového člena skupiny a snažila se mu „napovědět“, kde má ve své duši pátrat, bylo vidět, do jakého zmatku ho uvrhá. Následoval obranný manévř,

který připomínal úprk z hustého lesa plného pavučin. Muž se hlava nehlava pouštěl různými cestami, což se projevilo vždy jasným začátkem věty s novým tématem, věta však ve své druhé půlce zanikala v nesrozumitelnosti. Když už jsem se na to nemohl dívat, zastal jsem se ho, a požádal jsem skupinu, aby ho nechali vydechnout a respektovali, že on to vidí jinak. Nejzkušenější člen se podivil, kde beru tolik trpělivosti, vždyť „TO KAŽDÝ MUSÍ vidět“. Obrátil jsem se tedy na ostatní členy a vyjádřil jsem naopak svůj obdiv k nim. To nebyl žádný trik nebo gesto: já je opravdu obdivuji, jak dokáží vydržet v terapeutické skupině, která jim vlastně ani nepomáhá. Nebo snad jsou ti ostatní, co chodí už rok nebo dva, zdravější? Nemají snad už své potíže? Jak to, že vydrží chodit, aniž by se jim ulevilo, a pokud vím, mnohým se navíc otevřel pohled na vlastní život, který není zrovna uspokojivý. Zpozorněli a před udiveným novým členem se kde kdo z nich pustil do rekapitulace své cesty ve skupině. „Já taky považovala své rodiče za svaté, nikdy by mě ani nenapadlo, že je uvidím tak, jako dnes. Jen jsem měla své motání hlavy, které mi bránilo v životě a nemohla jsem se toho zbavit... No, dnes se už tak nebojím, když se mi hlava zamotá, ale rodiče nemůžu ani cítit, když vidím, jaký jsem s nimi vedla život... Jinak tomu rozumím. Nebyla jsem ale jiná než tady Josef (fiktivní jméno nového člena)“ Tak podobně jeden za druhým zjišťovali, co se pro ně během skupinové terapie změnilo.

Když obhajujeme svou práci, hlubší pochopení pro nemoc, když vyžadujeme respekt k psychosomatické a k psychoterapii v medicíně, nežádáme toho od svých „nevěřících“ kolegů zrovna málo. Samo hlubší pochopení nepomáhá, někdy jen relativizuje význam symptomu a činí snesitelnějším jeho prožívání. To však jako důkaz o účinnosti léčby nestačí. Možná bychom mohli být rádi, kdyby nám ostatní kolegové věřili, že se nenamáháme s našimi pacienty jen tak zbůhdarma, že to asi má nějaký smysl, když už efekt může být z krátkodobého hlediska sporný. Možná by stačilo, kdybychom my sami, „bratři v psychosomatické víře“, dostatečně obdivovali ty, kteří, byť ze zoufalství, podstupují naši léčbu. To, zdá se mi dnes, hodně pomáhá. Pomáhá hlavně nám, abychom si nepřipadali tak vyluční, tak dobří,

a ostatní nepovažovali za tak nevděčné. Zdá se mi, že toho budeme do nového roku potřeboval, když vidím, do jakého zmatku organizace zdravotnictví upadá pod velením eticky problematického Ratha a jeho partičky. Je možné, že se psychosomatiky nezastane nikdo a tak se stane, že ti, kteří dospějí k tomu, že se budou muset léčit jinak, než na solidárním pojištění založené veřejné zdravotnictví, budou muset ještě navíc za tu „jinou“ nebo „podivnou“ léčbu platit, ačkoli současně si budou platit povinné zdravotní pojištění. To teprve bude obdivuhodné.

A na závěr roku: malý dárek. Také jste dostali tolik knih a k nim žádnou časovou rezervu? Psych&Som svým čtenářům nachystal trochu času navíc: uvidíte, že číslo je kratší než obvykle. Ne že by nebylo co tisknout, ale jedině tak Vám můžeme přidat kousek času. Dobře ho využijte.

S pozdravem Vladislav Chvála

V Liberci 30.12.2005

POLITIKA, KONCEPCE

Zápis z výboru psychosomatické sekce

Datum: 16.11.2005

Přítomní: dr.Chvála, dr.Honzák, doc.Baštecký, doc.Beran, doc.Boleloucký

Program:

1. Příprava 11.celostátní konference psychosomatické medicíny v Liberci. Projednána 4. verze materiálu včetně rozpočtu, který byl většinou schválen. V diskusi rozvíjeny návrhy na personální

zastoupení jednotlivých částí programu. Návrhy budou zpracovány do 5. verze.(Chvála)

2. Volby do výboru: po konzultaci s MUDr.Baudišem, tajemníkem výboru Psychiatrické společnosti (PS), bylo navrženo, aby volby proběhly během 11.konference v Liberci. Výbor sekce připraví kandidátku, volební lístky zkontrolujeme jmenovitě, zda jde o členy PS. Zůstává otázkou, co s členy sekce, kteří nebudou na konferenci, když je nemůžeme vystopovat podle seznamů členů PS, kde není vyznačeno členství v sekcích. Navíc sekce se věnuje také zastáncům psychosomatické medicíny z jiných klinických oborů.
3. Diskuse o výuce psychosomatiky. Zpráva o průběhu zkoušky o vzdělání v psychosomatické medicíně, kterým prošlo 12 zájemců a dalších 10 se připravuje (Beran). Zůstává otázkou, zda stanovit moduly přednáškového programu na 3 roky dopředu, nebo zda program stavět ad hoc podle zpracovaného materiálu o výuce (je na www.sktlib.cz/psychosomatika) a podle aktuálních možností přednášejících, jak se to děje nyní. Současně probíhají kurzy v LK (Šavlík, Hnízdil)
4. Je třeba vypracovat náplň kódů, které by pokrývaly čas lékařů s psychosomatickou erudicí a požádat o jejich zařazení do seznamu výkonů oficiální cestou.
 - a. komplexní psychosomatické vyšetření
 - b. cílené psychosomatické vyšetření
 - c. kontrolní psychosomatické vyšetření
 - d. konference týmu nad případemRozsah vyšetření a časová náročnost jsou srovnatelné s obdobnými kódy sexuologie. Vypracováním návrhu je pověřen dr.Chvála
5. Diskutována situace psychosomatických pracovišť v nynějším proudu změn, vztahy s pojišťovny atd. Je žádoucí více publikovat o probíhající vzdělávání a o významu certifikátu (napíše Beran)
6. Příští schůzka zase v IPVZ po jarním termínu zkoušky

V Liberci 16.11.2005

VĚDECKÁ SCHŮZE PSYCHIATRICKÉ SPOLEČNOSTI 5.4.2006
PSYCHOSOMATIKA A PSYCHIATRIE

Psychiatrická společnost ČLS pořádá již desítky let pravidelné vědecké schůze vždy první středu v měsíci (s výjimkou prázdnin) v posluchárně psychiatrické kliniky 1. LFUK Praha 2., Ke Karlovu 11 (tel.224916858). Od 9.00 hod. semináře, které připravují jednotlivá psychiatrická pracoviště, od 15.00 hod. vědecké schůze Psychiatrické společnosti s programem jednotlivých sekcí Společnosti. V dubnu má program připravit psychosomatická sekce. Předběžně jsem požádal dr.Poněšického a dr.Vinduškovou, aby přednesli referát o svých zkušenostech s psychosomatikou ze svých pracovišť. Kdo máte zájem se přidat, ozvěte se mi. Dr.Chvála (chvala@sktlib.cz)

(Dr. Chvála)

AKCE, KURZY, SEMINÁŘE

IPVZ Praha: Kurz psychosomatické problematiky 17.-18. 2. 2006 č. 222006

Místo konání: Hotel ILF, Budějovická, Praha

Program:

Pátek:

9:00-10:30	MUDr.Radkin Honzák,CSc.	Co je to vyhoření? (Burn out syndrom)
10:45-12:15	MUDr.Radkin Honzák,CSc.	Jak nevyhořet při práci s psychosomatickými pacienty.
13:45-15:15	MUDr.Vladislav Chvála	Jak začít? Videozáznam příjmu pacienta
15:30-17:00	Koblic, Paloušová, Trapková*	Balintovské skupiny

Sobota:

9:00-10:30	MUDr.Petr Klimpl (Brno)	Psychodynamika vybraných poruch osobnosti I.
10:15-12:15	MUDr.Petr Klimpl (Brno)	Psychodynamika vybraných poruch osobnosti II.
13:45-15:15	MUDr.Karel Blahna	Neurobiologie sociálního chování
15:30-17:00	MUDr.Ludmila Bartůšková (Steinerová)	Specifika psychoterapie u věřících

Změna programu vyhrazena

- dle počtu účastníků
- Přihlášky na obvyklé adrese prihlasky@ipvz.cz

ZKUŠENOSTI Z PRACOVÍŠŤ

Bojar M.: Umění naslouchat a místo empatie v Evidence Based Medicine.

- Předneseno na 10.celostátní konferenci psychosomatické medicíny v Liberci

*V tak velké nouzi potřebuje- (trpící) - jemnou a soucitnou ruku,
která by ho pobladila tam, kde ho to bolí...
Potřebujeme-li zkušenou ženu, aby nám pomohla na svět,
pak potřebujeme ještě zkušenějšího muže, aby nám pomohl ze světa.
Pro službu při této příležitosti by takový muž – a kdyby se ještě choval přátelsky – byl
penězi k nezaplacení.*

M. Montaigne -Eseje

Úvod

Neurologie patří mezi klinické obory, jež v posledních dvou desetiletích prodělaly nejzávažnější proměnu měnící orientaci i strukturu oboru. K proměně neurologie, považované v minulém století právem za poněkud zkostnatělý a léčebně bezzubý obor s vytríbenou diagnostikou založenou na semiologii a neuroanatomii a s minimálními léčebnými možnostmi, došlo zejména díky impulsu, kterým bylo zavedení počítačově zpracovaných zobrazovacích metod. Ty zásadním způsobem – překonávajícím přínos elektrofyziologických metod – změnily přístup neurologů a neurovědců k diagnostice a záhy vedly k novým léčebným postupům.

Počítačová tomografie (CT), magnetická rezonance (MRI), též však poněkud opomíjená jednofotonová emisní počítačová tomografie (SPECT) umožnily aktivnější přístup k řadě chorob NS. Rozšířily a zpřesnily indikace

neurochirurgických, epileptochirurgických a spondylochirurgických operací, k nimž se přistupuje stále častěji i u pacientů v devátém deceniu.

Díky novým poznatkům o komplexní síti neuroreceptorů a roli řady donedávna zdánlivě bezvýznamných neurotransmiterů, které přinesla neuro- a psychofarmakologie, též však neuroendokrinologie a neuroimunologie, se změnily léčebné možnosti u řady chorob CNS provázených poruchami kognitivních a mnestických funkcí, poruchami nálady a bolestí. Mění se přístup k léčbě autoimunitních onemocnění, z nichž je právem věnována největší pozornost demyelinizačním chorobám, přičemž zejména u roztroušené sklerózy mozkomíšní (RS) jsou prokazovány komplexní následky postižení mozku a míchy včetně závažných kognitivních a mnestických poruch.

O změně paradigmatu lze hovořit u záchvatových onemocnění, též však neuroendokrinních chorob a neurodegenerativních chorob, jimž dominuje Alzheimerova choroba a jí příbuzná onemocnění.

Nelze nezmínit, že ve stávajícím desetiletí zřejmě zaznameneáme díky poznatkům molekulární genetiky nebývalý rozvoj aplikované neurogenetiky. Ta nepochybně představuje velmi důležitou oblast neurovědního výzkumu.

Je více než pravděpodobné, že se rozvine i reparativní neurologie a neurochirurgie využívající nových poznatků o kmenových buňkách, zaměřená jak na léčbu úrazů CNS a jejich následků, tak na epidemiologicky významné cerebrovaskulární, zánětlivé, degenerativní a nádorové choroby CNS, u nichž dochází k neuronální a axonální ztrátě nekompensovatelné plasticitou a adaptabilitou nervové tkáně.

Přesto však platí, že podmínkou- základní a nezbytnou – pro využití všech fascinujících a impakt-faktorem ozdobených High-Tech diagnostických i léčebných metod zůstává zdánlivě banální klinické vyšetření. Spolu s důkladně a citlivě odebranou anamnézou, z níž musí klinické vyšetření vycházet, představují *conditio sine qua non*.

I v době převratných aplikací IT musí lékař vycházet ze setkání a z pohovoru s pacientem, někdy velice trpícím a netrpělivým, očekávajícím často nemožné. Přínosný je však též pohovor s pacientem a s jeho příbuznými, zaměřený na dyadické vztahy a verbální i neverbální komunikaci. Lékař se nemůže soustředit na pouhé získání informací o předchorobí a vývoji onemocnění, ale musí usilovat o seznámení se s dynamikou mezosobních vztahů a o zhodnocení komunikace a vztahu mezi pacientem a jeho blízkými.

I pro zdánlivě čistě „organické“ nemocné platí, že psychosomatický a komunikační rozměr choroby mohou být zásadně důležité jak pro stanovení správné diagnózy, tak a to zejména pro ustálení vlídného a účinného vztahu mezi lékařem, zdravotním personálem, pacientem a jeho rodinnými příslušníky.

Neurologové se věnují jak v ambulantní, tak ústavní péči velkému počtu pacientů, jejichž potíže jsou na pomezí neurologicko-psychiatrickém. Nedocení komunikačního, psychosociálního a psychosomatického hlediska u této početné skupiny pacientů, kteří jsou typickými mezními pacienty, představuje závažné opomenutí, které se jen obtížně napravuje.

VLASTNÍ ZKUŠENOSTI

Sdělení vychází z takřka tří desetiletí prováděné neurologické ambulantní praxe na ambulanci neurologické kliniky, která je univerzitním pracovištěm a nachází se ve Fakultní nemocnici Motol. V ambulantní část kliniky, která zajišťuje jak všední a každodenní neurologickou praxi „okresního formátu“, tak superkonziliární činnost regionálního a republikového, čemuž odpovídá činnost center, specializovaných ambulancí, bylo v posledních dvou letech každoročně vyšetřeno a léčeno přes 22 500 osob. Mimoto se po deset let věnuji v rámci konzultační a superkonziliární činnosti neurologickým a hraničním či psychosomatickým pacientům v soukromé neurologické praxi, bez smluvního

vztahu se zdravotními pojišťovny. I tato zkušenost je velmi cenná a mění významným způsobem můj pohled na utváření vztahu pacient-lékař. Ten je i dnes utvářen zkušenostmi vycházejícími z pětiletého psychoterapeutického výcviku ve Skálově a Hartlově komunitě, působení v Psychiatrické léčebně Kosmonosy a na Lince důvěry. Za velmi přínosné pak považuji postupy myoskeletální medicíny, získané v základních i nástavbových kurzech v manuální medicíně vedených prof. K. Lewitem a doc. Votavou.

Na lůžkové části neurologické kliniky v Motole je hospitalizováno přes 2200 pacientů ročně s ročním nárůstem počtu hospitalizací mezi 5-8%. U řady pacientů se jedná o závažná organická onemocnění CNS. U početné skupiny jde však o onemocnění s výraznou nebo převažující psychosomatickou komponentou. Neobyčejně významnou je skupina pacientů s myoskeletálními potížemi, byť jsou pozvolna procentuálně méně zastoupeni. Jak již zmíněno mnozí pacienti se dostávají za hranice neurologicko-psychiatrického pomezí, jež je v Motole vnímáno značně široce, protože postrádáme lůžkové psychiatrické oddělení. Proto je velmi důležité, že na naší ambulanci trvale působí psychiatr-konziliář. Po více než dvacet pět let na klinice pracuje klinický psycholog a v posledních třech letech další klinická psycholožka a částečný úvazek se věnuje pouze osobám trpícím těžkými formami epilepsie. Chybění lůžkového psychiatrického oddělení je jedním z důvodů, proč se na klinice zabýváme akutní léčbou amentních stavů, delirií a různých neklidů. Přináší to značné nároky na komunikaci jak s takto postiženými pacienty, tak s jejich rodinnými příslušníky. Komunikačně a bioeticky představuje ovšem neobyčejně náročnou část naší každodenní praxe péče o nemocné hospitalizované na Jednotce intenzivní péče. Neurologická JIP má dvanáct lůžek. Zajišťujeme péči jak o pacienty s projevy akutního postižení CNS, tak o jedince dlouhodobě ventilované a vyžadující intenzivní léčebné a náročné ošetrovatelské péče i po zvládnutí stavu ohrožujícího bezprostředně život. Personál pracující na JIP je vystaven řadě tíživých situací, jež jsou srovnatelné s nesnázemi, jimž je vystaven personál na anesthesiologicko-resuscitačních, koronárních jednotkách či

dialyzačních pracovištích s tím, že pacienti po CMP jsou komunikačně, léčebně i ošetrovatelsky často neobyčejně nároční. Proto se je nedaří s ohledem na kombinované postižení předávat na standardní oddělení či oddělení následné a rehabilitační péče.

Složitost komunikační problematiky a důležitost naslouchání i kladení otázek dokládají následující kasuistiky.

KASUISTIKY

Kasuistika č.1:

Muž, 21 let, který byl přijat akutně v sobotu 1007/04 po „kolapsu“ z plného zdraví v metru na JIP Neurologické kliniky. Po CT mozku s nálezem svědčícím pro počínající rozsáhlé hypoxické postižení levé hemisféry při angiograficky potvrzené disekci levé arteria carotis interna byla do 3 hod. od nástupu CMP zahájena lokální trombolýza s rychlým zlepšením stavu. Příčina disekce karotidy byla zprvu nejasná. Rychle odeznívající hemiplegie, lepší se afázie a agrafie při fyzioterapii byly natolik zlepšeny, že po 14 dnech byl mladý výborně spolupracující pacienta přeložen bez zřejmého motor. rezidua, byť kontrolní MRI prokázalo prokrvácenou maláccii, do místa bydliště na Slovensko. Komunikačně-odborný problém – příčina disekce, hereditární a jiná rizika? Opakované dotazy položeny bratrovi, pak pacientovi - vše negativní. Pacient uvedl, že je kuřák, jinak nepodstatné. Pracoval jako tesař na stavbě. Při velké vizitě mi „svítl“ a na přímý dotaz se pacient usměje a potvrdí oprávněnost mého dotazu – „bourali lešení a na rameno mu týden před „odpadnutím“ nahazovali „stojky“- až 80 kg nosil na jednom rameni. Popsán vývoj komunikace i přínos opakovaného kladení otázek a dosti typický fenomén rozpomenutí, typický pro velké vizity.

Diagnóza byla upřesněna - jednalo se o ischemickou CMP v povodí levé art. carotis interna – k disekci došlo po nefyziologickém pracovním přetížení a distenzi

pletence pažního a měkkých tkání krku.

Kasuistika dokládá význam opakovaných dotazů a „náповědy“ pacientovi, případně příbuzným při doplňování anamnézy i u pacientů v původně těžkém stavu s poruchou kognitivních a mnesticých funkcí. V našem případě to vedlo ke zpřesnění a zjednodušení diagnózy a zkrácení diagnostického postupu. Upřesněná diagnóza může mít pro pacienta význam. Jednalo se totiž o závažné postižení mozkové cirkulace a následně postižení i kategorické hemisféry podmíněné nefyziologickým přetížením na hranicích úrazového děje, pacientem nezaviněného.

Kasuistika č.2:

Muž ve věku 81 let byl přijat v červnu 2004 ke druhé hospitalizaci na neurologickou kliniku. Po prodělané ischemické cévní mozkové příhodě v r. 2001 v dobrém stavu, cestoval, přednášel. V červnu 2004 byl opakovaně ambulantně vyšetřen na naší ambulanci. Jeho přítelkyně uváděla, že hůře chodí, zapomíná a je roztržitý. Opakovaně byl při negativním neurologickém nálezů odeslán domů. Bez kontrolního CT vyšetření bylo hodnoceno jako proběhlá mozková ischemie při encefalopatii angiosklerotické. Při třetím vyšetření doprovázeli pacienta jak jeho přítelkyně, tak syn a manželka. Upozorňovali na postupné horšení stavu a tak bylo akutně provedeno CT mozku prokazující expanzivní proces v levém parietálním laloku. Diferenciálně diagnosticky přicházel v úvahu pomalu rostoucí gliom – nález z roku 2001 tuto možnost nevyklučoval či gliom IV. st- glioblastom. MRI vyšetření nebylo možno pro kardiostimulátor provést. U pacienta kolísala kognitivní porucha a středně těžká hemiparesa centrální. Pacient byl seznámen se základní diagnózou a plánovaným postupem s tím, že jsme kognitivní poruchu považovali za relativně závažnou. Byla zahájena léčba dexamethasonem v infusích a vasoaktivní léky – pacient se pozvolna zlepšil. Po vyšetření se studenty 5. ročníku jsem byl informován pacientovou přítelkyní i manželkou, že vše pozorně sledoval a byl zneklidněn, že jsem na dotaz studentů odpověděl, že operace by byla zatížena nepřiměřeným

rizikem. Zneklidnilo ho to a usiloval o to, aby byla indikace operace znovu posouzena. Díky ústupu edému mozku a působení dexamethasonu byl pacient natolik zlepšen, že začal opět chodit, kontakt byl povětšinou koherentní, četl, sledoval televizi a se svou přítelkyní denně zpíval národní písně.

Na opakovaná přání pacienta a rodiny jsme nakonec přes nepochybné zlepšení stavu a přes značné riziko paliativního neurochirurgického zákroku respektovali přání pacienta i „širší“ rodiny indikovali spolu s neurochirurgy operaci. K operaci jsme po několikadenním zvažování přistoupili – též i vzhledem k nejistotě o biologické povaze nádoru. Neurochirurgický zákrok byl úspěšný. Provedena parciální resekce nádoru, který byl peroperačně hodnocen jako glioblastom s dostatečnou vnitřní dekompresí. Pacient byl po operaci při vědomí, hovořil, hybnost nebyla zhoršena. Za 12 hod. po operaci se rychle rozvíjí kóma. Pacient je z neurochirurgické pooperační jednotky přeložen na anesteziologicko-resuscitační kliniku. Indikujeme kontrolní CT, jež prokazuje rozsáhlé pooperační krvácení. Pacient je po dvou dnech přeložen na náš JIP – GCS 3. Během 48 hodin umírá. Přítelkyně i rodina jsou zdrceni. Poukazujeme na náročnou komunikaci se složitě strukturovanou „širší“ rodinou. S tímto sociálním fenoménem se setkává ošetřující personál stále častěji. Do „komunikačních a majetkoprávních her“ vstupují bývalí i stávající partneři a partnerky, potomci z několika manželství a další rodinní příslušníci. Svěbytné komunikační problémy jsou spojeny s péčí o homosexuální pacienty zejména během hospitalizace na JIPu, kdy pokrevní rodinní příslušníci nebývají seznámeni se zdravotně- sociální problematikou a partneři si nepřejí, aby se s nimi jednalo. Stále častěji se lékaři musí spolu se sociálním oddělením podílet u vážně nemocných pacientů v preterminálním stádiu na řešení majetkoprávních a občanskoprávních záležitostí. Obdobně tomu bylo v tomto případě, kdy ještě před operací pacienta byl znovu oddán se svou rozvedenou manželkou. Přes řadu rozhovorů před operací jsme si nebyli jisti tím, jak se „širší“ rodina vyrovná se skolem pacienta. Ke katarzi a uklidnění došlo při pohovoru

s pacientovou manželkou a pacientovými dětmi den po pacientově skonu při rozhovoru, který se nám podařilo iniciovat, protože oni sami „nechtěli obtěžovat“. Kasuistika dokládá náročnost a spletitost komunikace s infaustně nemocným pacientem postiženým při mozkovém nádoru fluktuujícím kognitivním deficitem. Poukazujeme na mnohohrstevnost komunikace s jeho „širší“ rodinou. Korektní otevřenost bolí...

Kasuistika č. 3: Žena ve věku 48 let byla přijata přes anesteziologicko-resuscitační kliniku na neurologickou JIP pro komatózní stav při těžké CMP s teritoriální ischemií, hemiplegií a afázií podmíněnými metabolickým rozvratem – při obrovském a proto inoperabilním gynekologickém nádoru o průměru 26 cm. Patientka se vyhýbala lékařské péči, a proto dospěla těsně před pokusem o gynekologický zákrok do kritického stádia rozvratu vnitřního prostředí. Po 2 měsících léčby na JIP, zahrnující pravidelnou fyzioterapii byl pacientka při vědomí, reagovala nonverbálně na otázky, očividně rozumějící, plnící základní výzvy. Narůstalo dilema, zda operovat či neoperovat?

Byla diskutována jak týmy na klinice, tak s konziliáři opakovaně otázka, jaká by byla po případné operaci kvalita pacientčina života? Co si pacientka přeje a zda je schopna se vědomě rozhodnout? Co si přeje její rodina? Jaký má postoj ošetřující personál, co ho ovlivňuje? Postupný posuv hodnocení – „skupina pro operaci“, tvořena personálem neurologické kliniky, který se trvale stýká s těžce postiženými pacienta po CMP a operacích či úrazech mozku a pro něž hemiplegie a expresivní afázie jako následky po CMP nejsou ničím, co by se vymykalo výsledkům maximálně náročné péče o tuto skupinu pacientů. Tým neurologické kliniky akceptuje, že u takovýchto pacientů i při „úspěšném“ léčení je nutno se smířit s rozsáhlým a závažným reziduálním postižením kognice i motoriky.

Naproti tomu operatéri a konziliáři z jiných klinik tvořili „skupinu proti operaci“. Poukazovali na rizika případného zákroku a minimální až sporný přínos náročného a neobyčejně rizikového zákroku pro zlepšení kvality života těžce

postižené pacientky, jejíž výsledný stav hodnotí jako velmi nepříznivý a považují ji za infaustní pacientku a tedy inoperabilní. K operaci nakonec nedošlo, protože kontrolní ultrazvukové vyšetření prokázalo prorůstání nádoru do rekta a dalších orgánů. Pacientka je paliativně léčena vysokými dávkami opiátů a neuroleptik. Přes náročnou ošetrovatelskou péči se přidružila dekubitální sepse, kterou se nepodařilo dlouhodobě zvládnout.

Kasuistika č. 4 Žena, 60 let, byla ambulantně vyšetřována ve dvou fakultních nemocnicích a několika specialisty pro úpornou bolest hlavy, která při negativní rodinné a osobní anamnéze nastoupila v r. 2001. Anamnéza nynějšího onemocnění byla spletitá. Krátkodobě i dlouhodobě užívala řadu léků, jak analgetik, tak psychofarmak. Doplněno MRI a MRA při nevelkém objektivním nález, svědčícím pro cervikogenní a tenzní složku. Byla vyloučena organicita a pacientce byla vysvětleno, že se nepochybně jedná o bolesti hlavy s významnou polékovou složkou – jak vedlejší účinky některého přípravku, tak i „rebound typu“ – o bolest hlavy vyvolávaná poklesem hladiny některé z analgeticky působících látek. Zprvu tomu pacientka nevěří – žádá ještě o vyšetření EEG. Vysvětluji, že MRI a MRA vyšetření jsou více než postačující. Doporučuji, aby si užila dovolené a pokusila se snížit analgetika včetně tryptanů, které dlouhodobě užívala, ač byly bez efektu. „Na chalupě“ jí dojdou statiny. Poté, co je 14 dnů neužívala „uzdravena“. Přichází nadšena na kontrolu a děkuje: „Nevěřila jsem vám moc, trvalo to už dlouho. Při posledním vyšetření potvrzují, že u vnímavých pacientů mohou statiny působit bolesti hlavy, nabízím návod na režimové změny. Fenomén katarze s emoční reakcí, následně úleva a pacientka říká: –,Kdyby mě můj pan doktor poslouchal. Já mu to říkala, že to bude po nějakém léku. Ale on se mnou nemluví, změří tlak a napíše nový recept, to je hrůza...“

Kasuistika č.5

Osmadvacetiletí žena byla doporučena praktickou lékařkou k vyloučení Lymeské borreliózy, protože ji trápily artralgie, akroparestézie, únava a neurastenické potíže. Pochází z Berounska, bydlí u lesa, kde je hojně klíšťat. Uvažují o třetí děcku, ALE ... Bez přesvědčivého neurolog. nálezu, zjištěn jen lehký neuropatický syndrom, dosud nedignostikovaná struma s exoftalmem, laboratorně potvrzena lehká thyreotoxikosa. Prvé a druhé setkání s pacientkou jsou banální. Při třetí kontrole, kdy vysvětluji, že se o borreliózu nejedná, že však za potíže rázu karpálního tunelu, nervozitu odpovídá lehká hyperfunkce štítné žlázy, se pacientka táže, zda porozuměla dobře. Ptá se, zda i stress se může spolupodílet na vzniku endokrinních chorob. Přisvědčím a ona se rozpláče. Spontánně líčí komunikační i věcné problémy dané hodnotovým a generačním střetem – venkovské prostředí, do něhož se přestěhovala z menšího města a neporozumění s manželovou matkou. Přisvědčuji, že chápu tíživost situace. Dochází k výrazné katarzi – udává úlevu, zklidní se. Řekne : Odstěhujeme se...

Závěr: Akutní onemocnění CNS nezřídka s rozsáhlými strukturálními změnami, provázená těžkou poruchou symbolických i motorických funkcí, též však zdánlivě banální choroby nervového systému a myoskeletálního aparátu, různorodé bolestivé stavy představují onemocnění s významným komunikačním a psychosomatickým rozměrem. Autor na několika kasuistikách dokládá význam naslouchání a opakovaného kladení otázek pacientům i jejich příbuzným a blízkým, se zaměřením na anamnézu osobní i rodinnou a upozorňuje na aktuální léčebný účinek psychoterapeuticky orientovaných, nezřídka se opakujících anamnestických pohovorů zaměřených ne jen na „somatický“ problém.

doc. MUDr.M. Bojar, CSc.

Univerzita Karlova, 2. lékařská fakulta, neurologická klinika, FN Motol

ŠIRŠÍ SOUVISLOSTI

Vácha Marek: Síla a slabost evoluční psychologie

Ústav lékařské etiky, LF MU Brno, Komenského nám. 2 66243 Brno

Referát přednesen na 10.celostátní konferenci psychosomatické medicíny 2004 v Liberci

Jenom bych si přál, aby prvním opravdu užitečným objevem vědy bylo poznání, že je třeba bojovat právě o pochopení neměřitelného a že měřitelné je jen jeho slubou; že vše, co člověk dělá, musí být v zásadě neměřitelné
Architekt Louis Isidor Kahn
Ethics, as we understand it, is an illusion fobbed on us by our genes to get us to cooperate.
E.O.Wilson

Začátky evoluční biologie se datují přibližně ke konci 18. a začátku 19. století. Již v roce 1809 publikuje Francouz Jean Baptista Lamarck dílo *Philosophie zoologique*, ve kterém dovozuje, že vývoj druhů v přírodě probíhá. V roce 1859 vydává Angličan Charles Darwin známé dílo *On the origin of species*. Od té doby se z evoluční biologie stává klíčová biologická disciplína, která je chápána jako svorník všech biologických odvětví. Citát, jehož autorem je Theodosius Dobzhansky, „*In biology nothing makes sense except in the light of evolution*“ se stal jakousi všeobecně uznávanou mantrou současné biologie.

Při pohledu na člověka z pohledu evoluce nám evoluční biologie dává působivé odpovědi na to, proč vypadáme, tak jak vypadáme. Například naše dlouhé ruce a pohyblivý ramenní kloub jsou podle evoluční biologie památkou na naše

stromové doby. Naše dlouhé pětiprsté ruce a nohy pak jsou vzpomínkou nejen na statisíce generací našich stromových předků, ale ještě před nimi na miliony generací plazů, před nimi obojživelníků a ještě před nimi určitých ryb.

V roce 1975 vydává E.O.Wilson jiné přelomové dílo, *Sociobiology: The new synthesis*. Wilsonova kniha, společně dalšími pracemi publikovanými jak dříve, tak i později, se stane základem nové vědy, dnes nazývané evoluční psychologie. Evoluční psychologie se bouřlivě rozvíjí zejména v 80. a 90. letech minulého století. Její základní myšlenka je zřejmá: pokud chceme vědět, proč vypadají naše *těla* tak jak vypadají, odpověď je třeba hledat v dávné historii. Pokud chceme vědět, proč *přemýšlíme*, tak jak přemýšlíme, odpověď musíme hledat ve stejné historii. Nejenom naše těla, ale i naše myšlenky mají evoluční základ. Naše psychika je tedy psychikou, která se vyvíjela, je evoluční psychikou. Pokud jsou naše dlouhé ruce a pohyblivý ramenní kloub vzpomínkou na stromové doby, jsou naše pocity závratí, které nás ve výškách nutí k opatrnosti, vzpomínkou na tytéž doby. Ovšem nejen pocity závratí, ale i morální zákony či náš altruismus chápe evoluční psychologie jako výsledek našeho úsilí o přežití, onoho darwinovského *struggle for life*. E.O. Wilson z tohoto důvodu dokonce požaduje, aby se etika stala součástí biologie, neboť podle jeho názoru i naše morální pravidla vznikla a byla modelována přírodním výběrem. (4)

Evoluční psychologie rovněž poukazuje na to, že dnes žijeme ve dramaticky odlišném prostředí, než na které je náš druh nastaven, vždyť teprve jen několik set let bydlíme v domech, a že jsme evolucí vybaveni na podstatně jiný způsob života, než jakým žijeme dnes. Jsme „dospělí, kteří se pozvolna rozpomínají na své dlouhé a zapomenuté dětství“ (Lynn Margulisová) a „v našich moderních lebkách se skrývají mozky lovců a sběračů“ (Tooby a Cosmidesová).

Domnívám se, že tento základní přístup k porozumění lidskému chování je přínosný, a že evoluční psychologie má co nabídnout jak tradiční psychologii tak i psychiatrii v otázkách týkajících se pochopení důvodů chování našeho druhu. Nikdo nepochybuje o tom, že krom vlivu prostředí a tzv. developmentálního šumu

jsou to právě geny, které mocně ovlivňují, a někdy i determinují naše jednání. Je již dlouho známo, že chování mnoha druhů zvířat, zejména bezobratlých, je determinováno převážně geneticky. Například nová generace mnoha druhů hmyzu se zpravidla líhne na jaře, kdy je rodičovská populace již po smrti, potomci tedy nikdy neuvidí své rodiče, a celé komplikované umění přežití musí být již nějak zakódováno v genech. Není důvod se domnívat, že by náš druh ve své závislosti na modelování chování geny tvořil výjimku. Je známa řada behaviorálních projevů člověka, které jsou zřejmě zcela určeny geneticky - i novorozené slepé děti se umí usmívat, jsou-li spokojené a mračit se, chtějí-li dát najevo nelibost. Kojenec se nemusí učit kývavými pohyby hlavy hledat matčin prs a je mu vrozena uchopovací reakce, nabídneme-li mu prst; ještě silnější reakci vyvolá srst nebo cokoli chlupatého. Tyto projevy jsou zřejmě již nějak fixovány v zygote a jsou zcela určeny geneticky.

Přes veškerý přínos evoluční psychologie si je ovšem třeba položit otázku, zda se v řadě hypotéz a předpokladů evoluční psychologie přece jen nepouští do hypotéz příliš odvážných a zda nepřekračuje svůj mandát přírodovědecké disciplíny.

Pokusil jsem se vybrat tři závěry evoluční psychologie, ilustrující situace, ve kterých podle mého názoru činí tato disciplína závěry, které jí nepřísluší.

1. Manželská nevěra. Je-li v přírodě velký hmotnostní rozdíl mezi samcem a samicí, můžeme téměř s jistotou usuzovat, že rozmnožovacím typem bude harémová struktura. Někteří australopitékové měli rozdíly mezi samcem a samicí okolo 50%, u našeho druhu je to již jen něco kolem 10 – 20%. Harémové gorily mají mnohem větší pohlavní dimorfismus než člověk. Šimpanzi pohlavní dimorfismus téměř nevykazují.

Gorily, žijící v harémových strukturách mají v přepočtu na tělní velikost mnohem méně spermií než člověk. Naopak šimpanzi žijící v relativně volných societách, kde se se samicí v estru páří všichni přítomní samci, mají v přepočtu na

tělní velikost mnohem více spermií než člověk. Z pozice evoluční biologie dává velké množství spermií šimpanzů smysl: i v loterii má větší šanci na vítězství ten, kdo si zakoupil více losů. Člověk má v přepočtu více spermií než harémová gorila a méně než promiskuitní šimpanz. (3) Závěr: u našeho druhu je přirozeným rozmnožovacím typem monogamie s občasnou nevěrou. A skutečně, analýzou DNA se zjišťuje, že až 10% našich dětí je vychovááno v rodinách, kde sociální otec není zároveň otcem biologickým. Závěr evoluční psychologie: náš druh se chová podle předpovědí hypotézy a vše je vlastně v pořádku. Být nevěrný je pro náš druh přirozené, normální, evoluční. Člověk nemůže jednat jinak a je to tak v harmonii s přírodou a s našimi geny. Být svému partneru věrný je pak logicky něco z evolučního pohledu nepřirozeného, neevolučního, nenormálního.

2. Kreativita. Evoluční psychologové si všímají, že kreativita ve vědě i v umění je vlastní především mladým, a z nich pak prý především mužům. Je tedy kladena otázka, proč nás přírodní výběr vybavil právě takto. Evoluční psychologové odpovídají, že věda i umění jsou výsledkem pohlavního výběru, s oním obvyklým „nic než“. Mladí muži jsou tedy svými geny naprogramováni k vědecké či umělecké kreativitě proto, aby přilákali pozornost mladých žen, a předali co největšímu počtu potomků své geny. (2) „*Cílem, k němuž je naše mysl zhotovena, je vytvořit co největší množství kopií genů, které ji vytvořily*“ (S. Pinker).

3. Vztah k biologickým a k sociálním dětem. Infanticida je jev relativně řídký. Ovšem pokud již nastane, mají děti adoptivních rodičů 100x větší šanci, že budou zabity, než děti biologických rodičů. Rovněž slovní konflikty jsou častější mezi otčímem a adoptivními dětmi než mezi stejným mužem a jeho biologickými dětmi. Dokonce i financování vysokoškolských studií je častější a vydatnější, pokud je sociální otec zároveň otcem biologickým. Pokud se u harémových goril zmocní vlády nový samec a starý je zahnán, nový samec zpravidla zabije všechna malá mláďata. Samice se pak dříve dostanou do estru a budou dříve schopny s novým samcem zabřeznout. Negativní vztah k nevlastním dětem je tedy vysvětlitelný či

omluvitelný poukazem na geny. (1) Pohádky o Popelce jsou konec konců vlastní téměř všem kulturám.

Abychom mohli správně posoudit přínos a omezení evoluční psychologie, může být užitečným začátkem použít filosofii Aristotela. Na dotaz proč nějaká věc je, dává Aristotelés čtyři typy odpovědí: je jimi *causa materialis*, *causa formalis*, *causa efficiens* a *causa finalis*. Klasickým Aristotelovým příkladem jsou důvody existence mramorové sochy. Tak například Michelangelův David by neexistoval nebýt mramoru (*causa materialis*), nemohli bychom o něm mluvit, kdyby tento kus mramoru nebyl vytvarován do tvaru sochy (*causa formalis*), nebyl by, kdyby nebylo Michelangela (*causa efficiens*) a stejně tak by neexistoval kdyby si sochu někdo nepřál (objednavatel, investor, možná Michelangelo sám).

Krom aristotelské filosofie je třeba vymezit postavení empirických věd v celém systému našeho poznání. Přírodní vědy jakožto tzv. reálné vědy jsou omezeny třemi požadavky: jsou empirické, tematicky redukované a metodicky abstraktní. Snaží se tedy vysvětlit empirické empirickým, na rozdíl od filosofie je zajímá vždy jen určitá část universa a své téma postihují pouze tak, jak připouští metoda. Co se metodě vymyká, není jejich tématem. Ve své obecné podobě se hovoří o tzv. metodologickém naturalismu – přírodní vědy zajímají pouze měřitelné, kvantifikovatelné fenomény, hmota a energie, to, co lze zjistit empiricky, co jsme schopni nakonec zachytit bránou našich pěti smyslů, tedy ona aristotelská *causa materialis*.

Ve zkoumání člověka pak přírodní vědy nutně vnímají člověka jako souhrn atomů, souhrn prvků Mendělejevovy tabulky či souhrn buněk, tkání či orgánů, a abstrahují od nekvantifikovatelných pojmů, jako jsou svoboda, láska, vůle, vina atd, které se nedají lokalizovat do prostoru a hmoty a nejsou tedy dost dobře měřitelné.

Ovšem otázku po člověku můžeme položit i jinak, tak jako například ve slavném obraze Paula Gaugina: kdo jsme, odkud jsme přišli, kam jdeme? Odpověď

na tyto ostatní causy, at' již bude jakákoli, bude odpovědí filosofa, nikoli přírodovědce, jedná se o neempirické vysvětlení empirického.

Přírodní vědy se svými hypotézami snaží postihnout skutečnost, snaží se zjistit, *co je*. Dobrá hypotéza pak koresponduje se skutečností a je schopna i tvořit předpovědi o tom, jak se příroda zachová. Naproti tomu etika, jakožto součást filosofie, se snaží zjistit nejen *co je*, ale především *co by mělo být*. Evoluční psychologie dobře popisuje casu materialis lidského jednání, naše geny, které však jsou jen jakousi hlinou, ze které modelujeme své jednání. Filosofie k oné přírodovědecké materiální příčině pak dodává i ostatní aristotelské causy.

V otázce manželské nevěry tedy evoluční psychologie může konstatovat, jak věci jsou, ale již nikoli, zda je to tak dobře nebo špatně. Již od dob neúspěchu Spencerova sociáldarwinismu je známo, že příroda nemůže být učitelkou morálního jednání a nelze v ní hledat morální paradigmaty. Příroda není ani dobrá ani zlá, příroda jednoduše je, existuje a jedná bez morálního znaménka. Příroda se tedy nechová ani laskavě ani krutě, příroda se chová. Pouze člověk, jako jediný nám doposud známý druh, je nositelem svobody, může volit mezi dobrem a zlem, a je proto morální bytostí. Morální vzory tedy nelze hledat tam, kde nejsou. To, že díky našim genům tíhneme k určitému behaviorálnímu projevu ještě neznamena, že toto jednání bude také morálně oprávněné.

Podobně v otázce kreativity můžeme vznést námitky z několika stran. Předně, nejen ve vědě, ale zejména v umění jsou největší díla rozmístěna spíše rovnoměrně v životě umělce, a nejlepší artefakty vznikají často spíše na konci života mistra, než na počátku jeho kariéry. Rovněž procento žen ve vědě a umění je zřejmě spíše podmíněno prostředím a kulturním klimatem dané společnosti než geneticky. V žádném případě ovšem nelze touhu člověka po poznání a touhu člověka po tvorbě umění vysvětlovat jako pouhý projev pohlavního výběru.

V případě vztahu k adoptivní dětem je možno vznést stejnou námitku: Člověk není jen průsečík genů, developmentálního šumu a prostředí. Krom naší

genetické výbavy a krom výchovy, škol a všeho toho, co bychom mohli shrnout pod rámeček prostředí je jednání člověka určováno ještě čímsi jiným, tím, co filosofie tradičně nazývá „svoboda“.

Přínosem evoluční psychologie je tedy prohloubení znalosti o cause materialis našeho jednání, což je jistě užitečné a žádoucí. Na druhé straně je si ovšem třeba uvědomit, že causa materialis není jediná příčina našeho jednání. Nelze činit závěry typu, že co je přirozené, je také správné.

K pochopení toho, kdo je to člověk, se tak závěry evoluční psychologie mají stát nikoli posledním slovem, ale naopak spíše jen odrazovým můstkem k dalším otázkám.

Literatura:

Alcock, J., *Animal Behavior* 7th ed. Sunderland: Sinauer Associates, INC.: 2001 p. 482-483 ISBN: 0878930116

Cartwright, J.H., *Evolution and Human Behaviour* 1st ed. Bradford Books: 2000. p. 155. ISBN: 0262531704

(3) **Cartwright, J.H.**, *Evolutionary Explanations of Human Behaviour* 1st ed. Routledge: 2001. p. 54. ISBN: 0415241480

(4) **Wilson, E.O.**, *Sociobiology: The New Synthesis* Twenty-Fifth Anniversary Edition Cambridge and London: The Belknap Press of Harvard University Press 2000 p. 562 ISBN: 0674002350

Poněšický Jan: Genderová závist a identita.

Nedávno vyšlo druhé vydání mé knihy o ženství a mužství se závěrečnou úvahou Darji Kocábové a mým doslovem, ve kterém se zabývám knihou Pavla Barši „Panství člověka a touha ženy“ z r. 2002. V dnešní přednášce se zamyslím poněkud obecněji nad jeho tezí, kterou zastávají i mnohé feministky, že patriarchální panství mužů je výsledkem jejich závisti mateřské plodnosti.

Na tom samozřejmě něco je. Jedná se o obecnou tendenci mít to, o čem se domnívám, že to potřebuji, že mě to udělá šťastným, - ať je to pocit bezpečí, zážitky slasti, majetek, láska či seberealizace a sláva. Zdá se, že se štěstí dostavuje jen jako výsledek srovnání buď s dřívějším stavem či s druhými. To nás nenechává v klidu, to stimuluje vývoj, vědomé usilování, podporuje učení a kreativitu, čímž vyrovnáváme naši instinktivní slabost. Takto pozitivně působí jen konstruktivní závist, jež aktivuje naši snahu získat to, co se zdá žádoucí, kdežto destruktivní závist řeší toto napětí ničením toho, co druhému závidíme.

Existuje však rozdíl mezi tím, něco vlastnit co má někdo jiný a bazálnějším přáním něčím být, čím je ten druhý. Zde jde o hlubší tendenci po splynutí a absolutnosti. Přesněji řečeno se jedná o základní lidský konflikt , bipolaritu mezi separací a individuací na jedné straně a opětovným spojením na straně druhé, což je po porodu možné jen formou vztahovosti.

To se opakuje – a v optimálních podmínkách doplňuje - na všech vývojových stupních : poporodní separace s mateřskou symbiosou, schopnost se samostatně vzdálit s učením se řečové komunikaci, výchova k rovnováze mezi braním a dáváním, k průbojné odvaze a vcítění se do druhých. Na obecné, resp. bio-psycho-sociální úrovni jde o homeostatické i vývojové napětí mezi částí a celkem, zde mezi vlastní jedinečností a přináležitostí k partnerovi, rodině, skupině.

Každý individuační krok, vytváření vlastní subjektivity znamená i vyčlenění se, tedy vzdání se být vším. Obdobná situace nastává při každém rozhodování, jež znamená vždy zahrnutí alternativní možnosti. V případě „rozhodování“ se pro ženskou či mužskou identitu je situace muže těžší. Malá holčička vychovávaná převážně matkou organicky vplyne do své ženské role, kdežto chlapec se musí v individuační fázi, kdy si začne uvědomovat svoje pohlaví, odtrhnout od dosavadního identifikačního spojení s matkou a snažit se připodobnit otci. Jeho vývoj je tudíž poznamenán traumatem : byl nucen - též i pod vlivem očekávání okolí – se vzdát původní, z velké části ženské identity. Reakcí je jak tendence tuto zničit, vše „holčičí“ a citlivé nahradit silou, ne-li hrubostí, tak i věčná touha po ztraceném ráji – a závist. Existuje však i východisko z tohoto dilematu, čímž je znovu-spojení v lásce. To platí ve stejné míře i pro ženy. Vždyť byly původně právě ženy Freudem charakterizovány závistí penisu, tj. mužských možností. Z dosud uvedeného je však možno spíše odvodit, že jim tuto „méněcennost“ namluvili muži dle motto „kyselých hroznů“ : „čeho jsem se musel vzdát, co sám nemám, to nestojí za to “ , tím je opovrhováno, to je zesměšňováno. To ilustruje vtip o rybáři, který vylovil malou zlatou rybku, jež mu bylo ochotna za své vysvobození splnit jedno přání. Rybář si přál vystavění dálničního mostu přes Atlantik, neboť se bál letět letadlem, aby tam mohl navštívit svého bratra. To se však rybce zdálo příliš těžké . Rybář jí tudíž požádal o to, aby mu dala místo toho schopnost pochopit svou ženu, s kterou již žije 40 let. Na to rybka odpověděla : „ Hm, jak jsi to myslel s tím dálničním mostem, má být dvouproudový či čtyřproudový ?“ To znamená, že muži aktivně odmítají se do žen vcítovat, aby se tím jejich mužská identita nezviklala. Zároveň se však snaží onu ženskou „animu“ nepozorovaným způsobem získat, ať již panstvím nad ženami, jejich vlastněním, či necháváním se doma hýčkat, obsluhovat. Někdy se nechávají opečovávat pod rouškou

nemoci, čímž si toto tajné přání odůvodní. Spojení s ženským prvkem je dosahováno i skrze harmonii v různých oblastech umění – vždyť převážná většina malířů, komponistů či básníků jsou muži.

Zde bychom se mohli ptát, proč se to neděje opačně: ženy by mohly chtít získat opanováním mužů žensko-mužskou celistvost. To se opravdu stává, a to nejen skrze jejich energičnost, výkonnost a ostatní manažerské schopnosti. Častěji jde o subtilní ovládnutí – i zde je na to mnoho vtipů : muž je hlava rodiny a žena krk, který jím otáčí Muž rozhoduje o důležitých otázkách, jako je společný postoj k Číně, a žena se zabývá podřadnými záležitostmi, jako např. co s penězi.

Nevím, zda převládnutí patriarchy souvisí s civilizačním a výrobním procesem, ve kterém se staly určující fyzická síla a trvalý pracovní poměr nepřerušovaný rozením dětí, čímž se role otce stále více přeměňovala v roli živitele, nabývala na existenční důležitosti.

Až potud mohu onu tezi o závisti i s psychoanalytického hlediska potvrdit. Něco mít, něco získat ve smyslu jednání dle tzv. principu slasti a vyhýbání se strasti je však sekundární ve srovnání s méně uvědomovanými, byť základnějšími strukturálními potřebami - zde po celistvosti, koherenci, po sebe-ohraničení a sebedůvěře. Jejich ohrožení s nebezpečím naprostého selhání až fragmentace , jak to vidíme při rozvoji schizofrenie, - či i ztráty jen části osobnosti – vyvolává masivní strach ze zničení, ze ztráty sama sebe. Tato hluboce uložená úzkost je silnější u muže, jež si horko těžko vybudoval svou genderovou identitu a který musí neustále čelit možnosti její kontaminace ženským prvkem. Čím méně je tento integrován do výsledné sebe-představy, čím více jde o to buď být mužný anebo zženštilý, tím větší ono nebezpečí. Zde leží tudíž hlubší kořen mužského úsilí si vše ženské podříditi až znehybnit, jak to v extrémní podobě popisuje Petr Weis u pachatelů násilných sexuálně podmíněných trestných činů či vražd. Na nedávné konferenci o perversních poruchách osobnosti poukázal prof. Mentzos z Frankfurtského Freudova

institutu taktéž na fakt, že se stávají oběťmi ty ženy, které něčím aktivují tuto citovou strunu u pachatele, který se jí snaží za každou cenu umlčet. Tedy opět strach z pohlcení neintegrovanou ženskostí a všeho co s ní souvisí, např. citovostí, těsným a intenzivním vztahem, či s tím spjatými očekáváními po uzavření manželského svazku. Strach ze selhání v intimní situaci je tudíž proto tak masivní, poněvadž může vést ke krizi vlastní identity.

Těchto slabin instinktivně využívá mnoho žen jak v boji o moc ve vztahu, tak i při jeho udržování. Na jedné straně své muže opečovávají, mateřsky k sobě poutají a zároveň mu i poskytují tu méně, tu více uznání a svobody, za což je muž vděčný. Využívají, že má potíže zacházet s emocemi a manipulují jej jednou citovými výlevy a podruhé opět slzami. Koketování znamená poskytnout muži střídavě pocit atraktivity a rytířskosti a hned poté jej „kastrovat“ nevšímavostí, či dokonce vyvoláním žárlivosti na jeho soka.

Zde se dostáváme opět k tématu moci ve vztahu, která vždy hraje - často i zásadní - roli. Každý je zvyklý se určitým způsobem prosazovat a realizovat své představy o spolužití, které se nikdy přesně nekryjí s intencemi partnera. Ovlivňování se děje několika základními způsoby, z nichž nejznámější je princip cukru a biče, lichocení a odmítání, pozitivního posilování a negativních sankcí.

To je nejpůsobivější, dotkne-li se to nejcitlivějších míst, čímž je u mužů, jak výše uvedeno, jejich pohlavní identita. Ta je u žen, následkem jejich genderové podobnosti a spřízněnosti s matkou méně problematická. Složitější je to s rozvíjejícím se vztahem dcery k matce i s pozdější afinitou jí opustit a dát přednost lásce k otci. Pro nedostatek času zde pouze podotknu, že se zde muž setkává s citlivým místem u ženy a může její silnou potřebu po vztahu buď uspokojovat či frustrovat, tj. vykonávat tím moc. Moudrý muž ženě naslouchá, avšak nenechá se jí zvíkat. Moudrá žena se nesnaží svého muže kontrolovat či

ho dostat pod pantofel a raději naváže na jeho obvykle jednoznačně silný vztah k matce, poskytuje mu svobodu a uznání. Samozřejmě je třeba dbát na to, aby tyto zralé postoje nebyly partnerem zneužívány.

Posluchač se asi nyní právem ptá, jak se k těmto moudrostem dobrat, co je předpokladem takovýchto postojů.

Vyjděme opět z toho, že člověk chce mít to, co nemá, nebo být tím, jímž není. Takzvané konkretistické řešení záleží v tom, že si to chce vzít ze svého okolí ve formě ovládnání, či mnohdy i destruktivním disponováním. Vlastně se jedná o náhražku skutečného řešení, jež je složitější a namáhavější, totiž to chybějící v sobě vytvořit. Oproti již zmíněnému spojení v láskyplném vztahu se zde nejedná i interpersonální, nýbrž o intrapsychické řešení. Aby však mohl muž přijmout a rozvinout jeho ženskou, citově-vztahovou složku, a žena mužský individualismus a racionalitu, je zapotřebí vybudovat vlastní genderovou identitu a zdravě-narcisticky jí obsadit patřičnou hrdostí a radostí. Jedná se zde o zásadnější zákonitost, a to že zpochybnění dosavadního sebepojetí a jeho rekonstrukce jsou možné jen za účasti dostatečně stabilního „já“. Teprve poté je možná integrace oné druhé potlačované či prostě nežité stránky osobnosti bez nebezpečí dekompenzace, difusivity až ztráty sama sebe. Podaří-li se to, pak odpadne důvod k závisti, k tomu, druhého vlastnit, pak je možno se z jeho jinakosti i těšit.

MUDr PhDr Jan Poněšický

Psáno na začátku léta 2004 v Bad Gottleubě

Thure von Uexküll a Wolfgang Wesiack : Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 9

(předchozí části tohoto textu nalezne čtenář v č. 1, 2, 5, 6/ 2004 a 1, 2 a 3-4 a 5/2005)

8 SHRNUTÍ

Díky tomu, že jsme vyšli z nedostatků mechanistického myšlenkového modelu, jsme mohli analyzovat proces poznávání, kterému v medicíně vděčíme za zkušenost a znalosti. Při tom jsme došli k následujícím závěrům:

Organismy jsou – aby mohli přežít a zůstat zdravé – **odkázány na „prostředí“**, která odpovídají jejich potřebám a možnostem chování, podobně jako klíč odpovídá zámku. Organismy tato prostředí nenacházejí, nýbrž je musí konstruovat pomocí znakových procesů. **Znakové procesy** se na rozdíl od kauzálních procesů neskládají ze dvou částí (příčina a účinek), nýbrž ze tří částí (**ze znaku, interpretanta a z označovaného**). Interpretant uvádí změny receptorů organismu – coby znaků pro procesy v okolí organismu – do souvislosti, která má význam pro jeho potřeby. „Významy“ propojují znaky se zamýšleným objektem nebo procesem.

- *C.S. Peirce* (1839 – 1914) uspořádal znakové procesy podle tří univerzálních kategorií:

- „kategorie prvního řádu“ pro „**prezentaci**“ kvalitativně prožívaného, biologicky senzoričky, jako ikonické znaky;
- „kategorie druhého řádu“ pro „**reprezentaci**“ něčeho jiného, jako např. námahy pro odpor nebo kouře pro oheň jako indexové znaky;
- „kategorie třetího řádu“ pro „**interpretaci**“, jež propojuje ikonické a indexové znaky se symbolickými znaky jazykového nebo myšlenkového druhu jako výpovědi, pravidla atd.

Ze všech živočichů disponují pouze lidé symbolickými znaky (Deacon 1997). Pomocí jazyků konstruuji lidé z biologických prostředí individuální a komunikativní skutečnosti: Pojmy jazyka obsahují konstrukční pravidla pro označované procesy nebo předměty. Jejich „vhodnost“ pro naše zacházení s nimi zakládá „pragmatický“ **princip reality**, jejich „vhodnost“ pro společenské jednání pak „komunikativní“ **princip reality**. Jelikož jazyky zprostředkovávají svými pojmy společná konstrukční pravidla, konstruuji společné skutečnosti jazykových společenství (Humboldt). Zakládají „objektivní realitu“ neboli intersubjektivitu.

Stejně jako jsou veškeré živé organismy odkázány na vhodná prostředí, tak jsou také lidé – aby mohli zůstat zdraví a na živu – odkázáni na individuální skutečnosti, které konstruuji svým jazykem a které musí integrovat do skutečností společných.

Ikonické znakové procesy jsou fylogeneticky a ontogeneticky těmi prvními. Vytvářejí nejjednodušší rovinu pro konstrukce prostředí, které *J. von Uexküll* označil jako „obytné schránky“. Fylogeneticky formují vegetativní nebo rostlinnou úroveň života.

Indexové znakové procesy vznikají fylogeneticky později. Utvářejí animální úroveň života. Vznikají ontogeneticky po ikonických znacích, u dětí přibližně ve 4. měsíci života (*Stern* 1992). Konstruuji zkušenost, „příčinu změn pro stávání se“, coby bázi pro prostorově-časová a dle principu příčiny a účinku uspořádaná prostředí, v nichž se orientujeme pro naši motoriku.

Symbolický znakový systém jazyka vzniká pouze u člověka a u něho teprve ve druhém roce života (*Piaget* 1975). Integruje ikonické a indexové znakové procesy jako sociálně naučené významové souvislosti pro lidské skutečnosti.

Tento model, který popisuje člověka v jeho individuální skutečnosti jako jednotku přežití, může vytvářet východisko pro medicínu, která překoná psychofyzický dualismus. Mluvící medicína, jež je schopna konstruovat společné skutečnosti mezi lékaři a pacienty, není pouze příkazáním k humanitě. Je současně také cestou k překonání dualistických idiosynkrasií lékařství do teorie a praxe.

RECENZE A ANOTACE

Miroslav Huptych: Kdo pije vlčí mlíko aneb jak se léčilo za starodávna.

Léčebné návody, pověrečné léčení, čáry, zaříkávadla od XIV. do XIX. století. Na světlo světa vydalo pro potěchu i poučení nakladatelství Argo, Praha, 2005, ilustracemi doprovodil autor. 248 s., cena neuvedena

Kdo pije v mládí vlčí mlíko, bude velmi silný.

Při svém amatérském bádání po terapeutických postupech minulých civilizací jsem sice dospěl až do Babylonu, odkud jsem si kromě poučení „Oko za oko“ odnesl také návod, jak léčit ústřel (stačí 30x opakovat zaříkávadlo rista pista sista xista a bolesti pominou), ale tak systematickou sbírku, jakou předkládá autor, mohu jen závidět. Okouzlen poezií zaříkávadel a léčebných návodů propátral stovky dobových materiálů počínaje léčebnými příručkami, národopisnými časopisy a konče smolnými knihami, utřídil, v pramenech dle možnosti doplnil i lokalitu návodu a otisknul. Některé z praktik mají logiku, „*S prstouch křeče přejdou, dyš si starej děda mákne na holku*“, jiné nesou náznaky pečeti empirie, *Kůra z borového dřeva na prach stlučená a zasypána uzdravuje vlka v zadku z chůze příšlého, zvláště aby s tou kůrou stříbrný klejt a kadidlo smíchal*“, většina je však z ryzí oblasti bílé magie, „*Říkání na boule: Ty boule vošklivá, nedělej se velická, a zmísej (=zmiš), jdi do díry, kde krtek reje, at' tě tam co nejdál zareje a zmísej a nerost víc, jako neroste kvítí na síti, ajť ta boule víc neroste nic. Bůh Otec, Syn a Duch Svatý. Amen nikdá.*“ Ve vysvětlivkách se mimo jiné dovíme, že „nároky“ jsou varlata (těžko však uvěřit, že odtud je odvozeno i rčení „*má velké nároky, nemá na to nároky.*“)

Sbírka logicky začíná těhotenstvím a cirkumpartálním obdobím (*Novorozenci nechá se obličej oblížat psem, aby dobře viděl; když se děvčátko protáhne pánskými kalhotami,*

nebude nestydaté; děcku se má nalíti na hlavu kořalka, aby nemělo rezavé vlasy), pokračuje šestinedělím (Dokud není šestinedělka vychoděná do kostela, nesmí ani do síně; lehko by se někoho lekla a ztratila by mateřský pokrm; také k máchadlu vyběhnout, sousedky hned ji ženou domů: „Jedinej, vosobo, nejseš šest nedál kolem, chceš, aby tě tam bastrman stách! Ježíš Marjánkou! Ty nemáš, vosobo, rozum žádnej! Kam to ležeš!“ České Kladsko), dětskými chorobami (Pokouší-li se o dítě psotník, dej mu něco červeného na hlavu a podej mu užívat nastrouhaného alabastru s vodou) a posléze probírá další neduhy a choroby (Ječné zrna se ztratí, plivne-li kdo nemocnému 3x znenadáni do oka). Zajímavá je parciální záměna rolí: „Hubená žena stloustne, přelehne-li na manželovo místo.“ Za zvláště moudré lze považovat epidemiologické opatření: Nejprve dobré, aby člověk, může-li býti, nebyl tam, kde je mor.“

Laická doporučení posléze střídají rady lékařské (*Koňák jako všeobecný lék*) a končí vcelku optimistickým pitavalem knih smolných, kde soudy snad přihlédly více k dobré vůli čarodějek, než k jejich přečinům vůči požadavkům církve a „*také toto doznaní vzavše v potaz konšelé litoměřičtí patrně neuznali Lidmily čarodějkou; zachovali ji při životě a propustili z šatlavy (1633), či jinou nechali na pranýři tři hodiny státi, potom s dostatečným napomenutím, aby se toho víckrát nedopouštěla, vězení tobo, v němž zůstává, osvobozena má býti (1641).*“

Poetický text provázejí poetické koláže autora a pokud s biskupem Hradilem skutečně jednou založíme České království, v němž mám přislíbenou hodnost správce zdravotnictví a čarodějnictví, bude mým prvním činem udělení vědecké hodnosti Miroslavu Huptychovi, už jen za vynikající literární rešerši, která několikanásobně předčila bohaté sbírky profesora Vondráčka (jež jsem měl tu čest vidět skutečně na vlastní oči, tenkrát ještě bez reportérů TV).

Osobně si myslím, že by tato knížka měla stát vedle Harrisonovy učebnice interny, Hugova velkého lékařského slovníku, posledního vydání repetitoria a posledního vydání učebnice příslušného oboru v knihovně každého lékaře, nikoli jako ironický pohled na minulost, ale jako memento, jak budou na naši vědu a praxi

nahlížet generace příští (pokud se toho dožijí), a také jako naděje, že naše (často mylné) počínání jednou posoudí Bůh stejně milosrdně, jako litoměřičtí konšelé čarování paní Lidmily..

Praha 10. prosince 2005

MUDr. Radkin Honzák, CSc.

Patologičtí lháři nemohou za to, že lžou, protože tak jsou naprogramováni.

Alespoň tak se to jeví z práce Yanga a spolupracovníků, kteří pomocí zobrazovacích metod (strukturální magnetická rezonance) porovnávali mozky patologických lhářů, asociálních osobností a zdravých kontrol. Tým vědeckých pracovníků z McGillovy univerzity v Kanadě prokázal úbytek šedé hmoty a naopak přírůstek bílé hmoty ve frontálních lalocích patologických lhářů ve srovnání s oběma ostatními skupinami. Badatelé vyšli ze zjištění, že u zdravých lidí je lež doprovázena bilaterální aktivací prefrontálního kortexu, naproti tomu u patologických lhářů se tato odpověď nevyskytuje. Jejich další výzkum prokázal 22-26% přírůstek bílé hmoty v mozcích patologických lhářů a 32-36% pokles poměru šedé a bílé hmoty v těchto oblastech. Autoři uzavírají, že tato skutečnost může být jednou, byť ne jedinou, biologickou příčinou patologického lhaní.

Z tohoto zjištění vyplývá jedna praktická otázka: neměli by touto metodou být vyšetřeni všichni politici?

Zdroj: [Yang Y](#), [Raine A](#), [Lencz T](#), [Bibrle S](#), [Lacasse L](#), [Colletti P](#): Prefrontal white matter in pathological liars. [Br J Psychiatry](#). 2005 Oct;187:320-325.

Rejstřík ročníku 2005

Autor	Název	složka	strana	Číslo
Balcar Karel	Současné trendy v psychoterapii	Teorie	18	I/2005
Beran Jiří	Osvědčení ano či ne	Editorial	42	II/2005
Bob Petr	Epilepsie, mozek a vědomí	Z desáté konference	14	I/2005
Bojar Martin	Umění naslouchat a místo empatie v EBM	Zkušenosti z pracovišť	201	VI/2005
Hansmanová Lenka	K prázdninovému lenošení	Z pošty	143	IV+V/2005
Hašto Jozef	Psychodynamika úzkosti	Historie oboru	55	II/2005
Hašto Jozef	Chromý, K, Honzák, R. a kol.: Somatizace a funkční poruchy	Recenze	127	III/2005
Hnízdil Jan	Hnízdil J., Šavlík J., Beránková B.: Bolesti zad: Mýty a realita	Anotace	190	IV+V/2005
Hogenová Anna	K filosofii výkonu v současné společnosti	Filosofie	78	II/2005
Honzák Radkin	Ad Krtičková...	Z pošty	3	I/2005
Honzák Radkin	"Srdce zlomené žalem", cesta z brakové literatury do vědecké medicíny	Excerpta psychosomatica	85	II/2005
Honzák Radkin	Proč není deprese u mladých pacientů dostatečně léčena	Excerpta psychosomatica	125	III/2005
Honzák Radkin	Deprese je nezávislý rizikový faktor pro pozdější rozvoj ICHS	Excerpta psychosomatica	126	III/2005
Honzák Radkin	Život je krátký, cesta umění dlouhá, okamžik prchavý, zkušenost klamná, soud obtížný	Politika, koncepce	144	IV+V/2005
Honzák Radkin	Jan Poněšický: Agrese a psychologie moci	Recenze	182	IV+V/2005
Chvála Vladislav	Dojde na odluku zdravotnictví od státu?	Editorial	2	I/2005
Chvála Vladislav	Psychosomatika v Drážďanech: Körper und Emotion	Politika, koncepce	45	II/2005
Chvála Vladislav	První certifikáty o psychosomatickém vzdělávání, důvod k oslavám?	Politika, koncepce	47	II/2005
Chvála Vladislav	Prázdninové lelkování	Editorial	90	III/2005
Chvála Vladislav	Stanley Keleman: Anatomie emocí	Recenze	130	III/2005
Chvála Vladislav	Honzák R., Seifert B. et al.: Úzkostný pacient v ordinaci praktického lékaře	Recenze	133	III/2005
Chvála Vladislav	Tak nám zemřel Tonda Šimek	Editorial	142	IV+V/2005
Chvála Vladislav	Z kurzu IPVZ	Akce, kruzny, semináře	149	IV+V/2005
Chvála Vladislav	Stanislav Komárek: Spasení těla: Moc, nemoc a psychosomatika	Recenze	186	IV+V/2005
Chvála Vladislav	O pochopení a toleranci	Editorial	195	VI/2005
Kubínek Josef	Dopis obvodního lékaře	Z pošty	43	II/2005
Mahler Zdeněk	Transgenerační předávání zkušenosti holocaustu	Z desáté konference	49	II/2005
Pávková Eva	K Poněšickému	Z pošty	143	IV+V/2005
Pohořský Pavel	Také v ordinaci praktického lékaře lze dělat psychosomatickou medicínu	Zkušenosti z pracovišť	97	III/2005
Poněšický Jan	Srovnání fenomenologicko-antropologického versus psychoanalytického a vývojově psychologického pojetí psychosomatiky a psychoterapie.	Z desáté konference	6	I/2005
Poněšický Jan	K psychosomatickému výkonu	Z pošty	91	III/2005
Poněšický Jan	Genderová závist a identita	Širší souvislosti	218	VI/2005
Selerová Marie	Psychodermatologická sekce	Z pošty	43	II/2005
Stackeová Daniela	Psychosomatika ve fyzioterapii	Zkušenosti z pracovišť	155	IV+V/2005
Šimek Jiří	Ad Richard Rokyta: Psychogenní bolest	Excerpta psychosomatica	37	I/2005
Uexküll T., Wesiack, W.:	Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 5	Teorie	32	I/2005
Uexküll T., Wesiack, W.:	Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 6	Teorie	71	II/2005
Uexküll T., Wesiack, W.:	Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 7	Teorie	116	III/2005
Uexküll T., Wesiack, W.:	Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 8	Teorie	170	IV+V/2005
Uexküll T., Wesiack, W.:	Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model, část 9	Teorie	223	VI/2005
Vácha Marek	Síla a slabost evoluční psychologie	Širší souvislosti	211	VI/2005
Vondřich Ivan	Co se stane, když homeopatikum otevře dveře	Kasuistiky	161	IV+V/2005
Wilke Ebbard	K pozici katathymně imaginativní psychoterapie v teorii a praxi psychosomatické medicíny	Z konferencí	10	III/2005

Tuto tiskovinu nesponzoruje žádná farmaceutická

Psych@Som
Bulletin zájemců o
psychosomatickou
problematiku
v medicíně

Tiskne LIRTAPS
Jáchymovská 385
Liberec 10, 46010

*Budete-li tisknout soubor stažený z internetu (WWW.SKTLIB.CZ) ve Wordu, doporučujeme zvolit podle možnosti Vaší tiskárny 2 stránky na 1 list. Chcete-li si číslo svázat jako sešitek formátu A5, zvolte tisk podle stránek v tomto pořadí: ;;192, 141,142, 191/190 143, 144, 189/ 188, 145, 146, 187/ 186, 147, 148, 185/ 184, 149, 150, 183/ 182, 151, 152, 181/ 180, 153, 154, 179/ 178, 155, 156, 177/ 176, 157, 158, 175/ 174, 159, 160, 173/ 172, 161, 162, 171/ 170, 163, 164, 169/168, 165, 166, 167. Toto pořadí je určeno pro případný oboustranný tisk tak, aby se dal složit sešit s hřbetem uprostřed A4. Kdo nevyřeší tento rébus a chtěl by dostávat číslo přímo natištěné, musí dát vědět paní sekretářce na MENCLOVA@SKTLIB.CZ, bude mu za cenu nákladů na tisk, číslo posílat. **Dotovaná cena tohoto tištěného čísla je 50 Kč+ poštovné. Pošleme na dobírku, případné předplatné či sponzorský dar si domluvíte s paní sekretářkou Menclovou.***