

PSYCH@SOM

(Psychosomatická medicína)

Číslo

4

11.KONFERENCE

PS MEDICÍNY

Ročník

IV/2006

ISSN 1214-6102

4.9.2006

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

11.celostátní konference psychosomatické medicíny v Liberci

21.-23.září 2006



Obsah

Editorial	120
<i>Chvála, V.: PROSTOR PRO EMOCE</i>	120
Akce, kurzy, semináře	122
<i>KONFERENCE PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY V LIBERCI EMOCE A NEMOC 21.9.-23.9.2006</i>	122
Abstrakta přednášek	123
<i>Mařatka Z.: FUNKČNÍ TRÁVICÍ PORUCHY Z HLEDISKA PSYCHOSOMATICKY ORIENTOVANÉHO GASTROENTEROLOGA (abstrakt)</i>	123
<i>Chromý K.: ZÁHADY SOMATIZACE A SOMATIFORMNÍCH PORUCH</i>	123
<i>Honzák R.: EMOCE JSOU NEMOCE</i>	124
<i>Neradilek F.: EMOCE A BOLEST - ALGEZIOLOGICKÉ ASPEKTY</i>	125
<i>Komárek S.: PROČ EMOCE ? HNUTÍ MYSLI U ČLOVĚKA A ZVÍŘAT ANEB FILOSOFICKÝ KLID -DOBŘE, EMOCE ŠPATNĚ?</i>	126
<i>Vondřích I., Hájková Z.: REALITA POTLAČENÍ</i>	126
<i>Skorunka, D.: KVALITA VZTAHU MEZI DOSPÍVAJÍCÍM A RODIČI JAKO VÝZNAMNÝ FAKTOR ROZVOJE PSYCHOSOMATICKÝCH PROJEVŮ</i>	127
<i>Kryl M.: EMOCE STUDENTŮ A NEMOCI PACIENTŮ</i>	128
<i>Stackeová D.: TĚLESNÉ SEBEPOJETÍ V KONTEXTU PSYCHOSOMATIKY A MOŽNOSTI JEHO OVLIVNĚNÍ</i>	129
<i>Poněšický J.: EMOCE V PSYCHOTERAPII U PSYCHOSOMATICKÝCH CHOROB</i>	129
<i>Šimek J.: ALEXITHYMIE, HISTORICKÝ KONCEPT?</i>	130
<i>Tauš L. : EMOTIVITA A SEXUÁLNÍ DYSFUNKCE U MUŽŮ</i>	131
<i>Fifková H.: STUD A ZÁBRANY V ŽENSKÉ SEXUALITĚ</i>	131
<i>Trapková L., Chvála V.: ROZDÍLY MEZI MUŽSKOU A ŽENSKOU POTENCÍ A PŘÍZNAK V RODINĚ</i>	132
<i>Klímová H: MILOSTNÁ KULTURA SOUČASNOSTI, ANEB KDO SE UMÍ POMAZLIT?</i>	133
<i>Papežová H.: EMOCE A TERAPEUTI U PPP</i>	134
<i>Roubal J.: DEPRESE – DIAGNÓZA VZTAHU</i>	134
<i>Hogenová A.: HYGIENSIS A IATREUSIS A "NE-MOCI" SE POHYBOVAT NA ŽIVOTNÍ CESTĚ“</i>	134
<i>Strobachová I.: ZAUJETÍ A LHOSEJNOST</i>	135
<i>Konečný M.: JAZYKY V PSYCHOSOMATICE: OD ANALÝZY K FENOMENOLOGII, OD FENOMENOLOGIE K NEUROBIOLOGII</i>	135

<i>Šiřínek J.: MANIFESTACE DLOUHODOBÉ PAMĚTI V AKTUÁLNÍM PROŽÍVÁNÍ A JEJÍ TERAPEUTICKÉ VYUŽITÍ (workshop)</i>	137
<i>Pánková R.: VLIV KOŽNÍCH NEMOCÍ NA EMOCE ÚČASTNÍKŮ 11. KONFERENCE PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY V LIBERCI – IKONOGRAFIE KOŽNÍCH A POHLAVNÍCH NEMOCÍ</i>	138
<i>Hansmanová L.: PRÁCE GYNEKOLOGA V OBLASTI KRIZOVÉ INTERVENČE SE ZAMĚŘENÍM NA PROBLÉMY PERINATOLOGICKÉHO CENTRA</i>	138
<i>Pelková L.: OBNOVA A ZÍSKÁVÁNÍ EMOČNÍCH KOMPETENCÍ U PACIENTEK S PPP V RÁMCI STACIONÁRNÍ LÉČBY</i>	139
<i>Hrachovinová T.: DEPŘESE A DIABETES – PSYCHOSOCIÁLNÍ FAKTORY</i>	140
<i>Večeřová-Procházková A.: STRES, DEPŘESE A SOMATICKÁ ONEMOCNĚNÍ Z POHLEDU PSYCHONEURO-IMUNO-ENDOKRINOLOGIE</i>	142
<i>Irmíš F.: EMOCE A AUTONOMNÍ NERVOVÝ SYSTÉM (abstrakt)</i>	144
<i>Bob P.: DISOCIACE, EPILEPTIFORMNÍ AKTIVITA A PSYCHOSOMATICKÉ PROCESY</i>	144
<i>Hnízdil J.: PŘÍČINA CHOROBY: LÉK</i>	146
<i>Badurová R., Boková P.: PŘÍPADOVÁ STUDIE PACIENTA S POLYMORFNÍMI OBTÍŽEMI</i>	147
<i>Baštecký J., Boleloucký Z.: TŘICET ROKŮ ČINNOSTI PSYCHOSOMATICKÉ SEKCE PSYCHIATRICKÉ SPOLEČNOSTI ČLS (abstrakt)</i>	148
<i>Bendová, M.: ÚZKOST A DEPŘESE JAKO FAKTOR KOMPLIKUJÍCÍ LÉČBU SEKUNDÁRNÍHO LYMFEDÉMU</i>	149
<i>Chvála V., Trapková L.: EMOČNÍ POLE RODINY A SOMATIZACE</i>	149
<i>Janáčková L.: INTIMNÍ CHIRURGIE. JE VELIKOST PENISU SKUTEČNĚ DŮLEŽITÁ?</i>	151
<i>Tondlová H.: ÚZDRAVNÁ MOC ODPUŠTĚNÍ</i>	152

Politika, koncepce 154

<i>Baštecký J., Boleloucký Z.: TŘICET ROKŮ ČINNOSTI PSYCHOSOMATICKÉ SEKCE PSYCHIATRICKÉ SPOLEČNOSTI ČLS (text celý)</i>	154
---	-----

Praxe 158

<i>Z. Mařatka: FUNKČNÍ TRÁVICÍ PORUCHY Z HLEDISKA PSYCHOSOMATICKY ORIENTOVANÉHO GASTROENTEROLOGA (text celý)</i>	158
--	-----

Teorie 164

<i>Irmíš F.: EMOCE A RŮZNÉ REAKCE V AUTONOMNÍM NERVOVÉM SYSTÉMU (text celý)</i>	164
---	-----

Nabídky 170

<i>Seminář na téma psychospirituální krize</i>	170
--	-----

PEER-REVIEW BOARD

DOC. PHDR.KAREL BALCAR, PHD.

PHDR.BOUMILA BAŠTECKÁ

DOC. PHDR.MARCELA BENDOÁ, 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.

DOC.MUDR.JIŘÍ ŠIMEK, CSc.

REDAKČNÍ RADA

MUDR.VLADISLAV CHVÁLA

MUDR.RADKIN HONZÁK, CSc.

PHDR.LUDMILA TRAPKOVÁ

MGR.PETR MOOS

MGR.JAN KNOP

MUDR.PHDR.JAN PONĚŠICKÝ, PHD.

DOC.MUDR.JIŘÍ ŠIMEK, CSc.

DOC.MUDR.JIŘÍ BERAN, CSc.

REDAKCE

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

Chvála, V.: PROSTOR PRO EMOCE

Čtvrté číslo Psych@Somu, internetového bulletinu psychosomatické medicíny, vychází v tomto roce u příležitosti 11. celostátní konference psychosomatické medicíny v Liberci s tématem Emoce a nemoc. Proto je jeho obsah ve službách našeho setkání. Výtisk dostávají do ruky účastníci konference místo programu. Převážnou část textů tvoří abstrakta jednotlivých sdělení, vložen je aktualizovaný program konference. Některé přednášky uvádíme v plném rozsahu již v tomto čísle, jiné, pokud je přednášející dodají, mohou vyjít v některém z dalších vydání. Jako obvykle zůstává elektronická podoba bulletinu trvale vystavena na internetových stránkách <http://www.lirtaps.cz/>, kde se nachází i kompletní sada dosud vydaných čísel. Víme, že si kolegové nacházejí cestu k psychosomatické medicíně v různém období svého odborného růstu a pak mohou zdroje snadno najít na jednom místě. Jde především o články z praxe, kasuistiky a teorii psychosomatické medicíny, které se nedostává v jiných českých odborných médiích dostatek prostoru. Tištěné číslo může sloužit také jako propagace v případě, že budete chtít některého ze svých kolegů povzbudit, aby se vydal také touto cestou. Naši čtenáři vědí, že si držíme nezávislost na podnikatelích ve zdravotnictví, především na farmaceutických firmách, a zdá se, že tento trend je ve světě stále více ceněn. Stejným způsobem je organizována naše konference. Znamená to sice méně pohodlí, méně prostředků na práci, která nás zajímá, méně křídý do tištěných publikací, ale větší svobodu. Bohužel to také znamená méně času na výzkumné práce a na pilování odborných publikací, i když není pochyb, že právě psychosomatická klientela skýtá svou odolností vůči obvyklým léčebným postupům skvělou příležitost ke zkoumání. Občas se najdou finanční prostředky i u jiných podnikatelů, tato konference je pro účastníky o něco levnější díky podpoře nadace PRECIOZY, a.s., která rozhodně neměla v úmyslu ovlivňovat obsah odborných prací, když vyrábí především bižuterii.

Možná se mnou budete souhlasit, že je stále zřejmější, že se z psychosomatické medicíny nestane v dohledné době v českých a moravských zdravotnických zařízeních převažující způsob myšlení. Budme rádi, že se občas můžeme sejít v přátelském prostředí k výměně zkušeností z naší práce s obtížnou klientelou, kterou nazýváme možná špatně psychosomatickými pacienty i když víme, že není nemoci, není pacienta, který by nebyl v menší či větší míře „psychosomatický“, jak jsme si zvykli zkracovat onen proklamovaný bio-psycho-socio-duchovní pohled na pacienta a jeho stonání. Na cestu za tímto nesnadným způsobem vidění a chápání světa jsme se vydali sami z vlastní vůle, nemá smysl ostatní stále znovu pobízet, že by bylo lepší se na to dívat také tak. I když vidíme, že v sousedních zemích je to jiné, že tam jsou věci dál a tušíme, že psychosomatika nemusí být jen na okraj odstrčeným a trpěným oborem. Přes všechny rozdíly, které nelze přehlédnout,


jako je množství psychosomatických lůžek, klinik, docentů a profesorů habilitovaných v oblasti psychosomatické medicíny, možná na tom nejsme zase tak zle. Nemáme sice podporu shora, ale na 250 stálých zájemců o tuto speciální oblast, kteří se vzdělávají, pracují s klientelou, nebo prostě jen fandí, to není zase tak málo. Nemáme moc změnit ostatní, můžeme ale svobodně nakládat sami se sebou, rozvíjet své vidění světa. Máme dostatek pacientů, kteří hledají pomoc a v běžných ordinacích ji nenacházejí. Zdravotnický systém nás neumí využívat, ale každý jsme se svým pacientem vydáván znovu a znovu zkouškám odvahy, tvořivosti a poctivosti, ve kterých nám stejně žádný ministerský výnos nepomůže. Možná jsme v očích ostatních kolegů podivíni, kteří si zbytečně komplikují život, ale přiznejme si- nás to baví.

Zvolili jsme v tomto roce záměrně téma Emocí a nemocí, kterému se v minulém roce věnovalo významné setkání členů Německého kolegia pro psychosomatiku (DKPM) v Drážďanech. Náš program ani zdaleka nepokrývá všechny možnosti, které téma emocí v medicíně nabízí a které probrali ve svých přednáškách a dílnách naši němečtí kolegové. Dali jsme dohromady to, co skýtá naše současná česká medicínská obec. Možná, že to k inspiraci a k vytvoření pracovní přátelské atmosféry bude stačit. Uvidíme. Naším úmyslem není zahltit posluchače čísly statistik a ohromit výsledky rafinovaných výzkumů. Emoce jsou tím nejlidštějším projevem všech účastníků toho složitého chaotického živlu, kterému říkáme zdravotnický systém. Chceme na ně ukázat a říci: jsou tady, mají významný vliv na chování pacientů i zdravotníků, na zdraví a nemoc, možná větší než si umíme představit. Nejsou jen našimi nepřáteli, když nás zrazují tváří v tvář zoufalství umírajícího, mohou být i tím nejlepším pomocníkem, když si dovolíme se jimi nechat vést na křeheké půdě vztahu s nemocným. Není pochyb o tom, že to vyžaduje zralost, zkušenost a otevřenost, které se nedá ve škole naučit, získáváme ji jen v každodenním kontaktu s nemocnými lidmi. A to nejspíš tehdy, kdy se jim (emocím ani lidem) nezavíráme do slupky pouhé profesionality. Mnoho témat se nedostane ke slovu, ale jedno by nám nemělo uniknout: je to citlivé téma sexuality pacientů. Co více by mělo souviset s emocemi, než intimita člověka ve vztahu k druhým lidem. Jak je to se sexualitou v ordinacích? Měl Freudův žák Wilhelm Reich pravdu, když tvrdil, že většina nemocných v jeho ordinaci stoná nedostatkem sexuálního života? Za jakých okolností se může terapeut pacienta dotýkat a kdy je to nepřijatelné? Umíme se bránit zneužívání a nezneužívání? To a mnohé další otázky budeme moci ve dnech konference v Liberci prodiskutovat. Kéž by se nám to dařilo a posílilo nás to na další cestě.

V Liberci 4.9.2006

<mailto:chvala@sktlib.cz>

AKCE, KURZY, SEMINÁŘE

	KONFERENCE PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY V LIBERCI EMOCE A NEMOC 21.9.-23.9.2006
přihlášeno celkem	164
žen	118
mužů	46
účastníci dle titulů (Když identifikace dle oborů nebyla možná)	7x bez, 7x Bc., 3x prof., 6x Doc., 3x ing., 29x Mgr., 84x MUDr., 22x PhDr., 6x CSc.



ABSTRAKTA PŘEDNÁŠEK

Mařatka Z: FUNKČNÍ TRÁVICÍ PORUCHY Z HLEDISKA PSYCHOSOMATICKY ORIENTOVANÉHO GASTROENTEROLOGA

Východiskem našich studií byla sestava nemocnice Na Bulovce z období 1957- 1968, kde mezi 11.756 nemocnými s chorobami trávicího ústrojí činil podíl funkčních poruch 36%. Na jejím základě byla vytvořena klasifikace funkčních trávicích poruch, poznatky z ní vyplývající byly v následujících letech uveřejňovány v tisku domácím i zahraničním a shrnuty r. 1999. V roce 1980 zahájila mezinárodní skupina v Římě spolupráci v tomto oboru, která vyústila v roce 1999 v tv. Římských kritériích. Jejich závěry potvrzují naši klasifikaci, ale vzbuzují i kritické připomínky, které dále uvedeme...

Kontakt: maratka@email.cz

Text celé přednášky je otištěn v oddíle „Teorie“

Chromý K.: ZÁHADY SOMATIZACE A SOMATOFORNÍCH PORUCH

Jde o nejčastější a nejnákladnější psychiatrickou diagnózu v klientele praktického lékaře, která je přes intenzivní zkoumání spojena s řadou nejasností. Pojem somatizace má několik významů, které nejsou rozlišovány, somatoforní poruchy je patrně nejčastěji kritizovanou skupinou diagnóz v současných klasifikacích zejména kvůli definicím v praxi těžko

použitelným, Velmi málo jasné jsou i představy o etiopatogenezi, které aktuálně nejčastěji vycházejí z teorie připoutání, alexitymické hypotézy, z neuroimunologických domněnek a jejich kombinací.

O autorovi: prof.MUDr.Karel Chromý,CSc. pracuje v oboru psychiatrie. Začínal jako sekundární lékař v Liberci, krátce ve VÚPs Praha, většinu života pedagogický pracovník IPVZ (katedra psychiatrie), Odborné zájmy: dříve sociologie duševních poruch, nyní somatoformní poruchy.

<mailto:karel.chromy@plbohnice.cz>

Honzák R.: EMOCE JSOU NEMOCE

Toto je heslo z ENCYCLOPEDIA BRITANICA:

Emotions are typically conscious phenomena; yet they typically involve more pervasive bodily manifestations than other conscious states; they vary along a number of dimensions: intensity, type and range of intentional objects, etc.; they are reputed to be antagonists of rationality; but also they play an indispensable role in determining the quality of life; they contribute crucially to defining our ends and priorities; they play a crucial role in the regulation of social life; they protect us from an excessively slavish devotion to narrow conceptions of rationality; they have a central place in moral education and the moral life.

PŘESTO:

Medicína založená na důkazech (EBM) vyčlenila emocím, navíc jen emocím patickým, nevelkou plochu v psychiatrii, jinak jsou pro ni jevem efemérním, a to navzdory empirickým poznatkům shromažďovaným od Hippokrata až po studii zjišťující kardiomyopatické selhání celkem u 19 nemocných po emočním zážitku, publikované v NEJM v únoru 2005 (excerpce této práce byla otištěna v loňském psych@somu).

Běžný lékař se vyznačuje stejnou emoční gramotností jako laik, někdy dokonce menší, protože v sebezáchovném pudu se proti hrozcímu riziku vyhoření vůči emocím opouzdřuje. Úpadek emoční gramotnosti lze dobře sledovat v globalizujících se zemích třetího světa, v nichž pestrý kaleidoskop emočních projevů popisovaných s entomologickou vášní dřívějšími sběrateli kuriozit nabývá šedé a úmorné jednotvárnosti depresí a somatizačních poruch (Kirmayer).

Přitom právě nejnovější výzkumy a výsledky sofistikovaných zobrazovacích metod zachycující projekce „bolestivých“ emocí do stejných oblastí mozku (frontoorbitální kortex, gyrus cinguli, insula), do kterých se promítá reálná tělesná bolest, nálezy zvýšené koncentrace polypeptidu označovaného jako „substance P“ u depresí a PTSD, by mohly pomoci překlenout dualistické postoje a mohly by tak dát emocím adekvátní postavení výše než dosud zaujímají ve folklóru (Botvinick, Geracioti).

Průlom emocí do „témat, která je třeba brát vážně“ by mohly představovat práce Pankseppovy skupiny prokazující pomocí imunochemických metod (microarray) společný fylogenetický mechanismus emocí, především působením na expresi genů *fos* (přeloženo do češtiny a do praxe: vědecký důkaz toho, že zvířata se umějí smát). (Je smutné, že i mezi psychosomatiky je poměrně málo známá práce Normana Cousinsse: *The Anatomy of Illness* z 50. let minulého století, ilustrující věrohodně české úsloví: veselá mysl – půl zdraví.)

Přední představitel psychologů rovněž žalují na skutečnost, že nůžky mezi vědeckým a praktickým přístupem k emocím se neustále rozevírají, přestože psychologie by měla být

přihlížet k autentickému vnitřnímu světu svých klientů, než to umí vědecká medicína. Navíc nemusí brát v úvahu, zda vyšší obsah nenasycených omega kyselin snižuje riziko sebevraždy. V praxi však vždy záleží na osobnosti psychologa, než na deklarované doktríně; zde je třeba zalitovat skutečnosti, že sektářská zášť představitelů jednotlivých psychoterapeutických směrů neumožnila instalovat „integrativní (eklektickou) psychoterapii“ jako jeden z uznávaných směrů. Doptoval tak ke mně pacient, jemuž hypnotizér vymítal neúspěšně několik let jeden příznak, aniž si všimnul jeho sebedestruktivních životních scénářů a jiný, který podrobně po čtyři roky se svým analytikem probíral oidipská traumata a mezitím se stačil jednou oženit a dvakrát rozvést, aniž by o tom padlo slovo.

A tak asi nejlíže je nám stále Aristoteles: *Tělo a duše jsou sjednocené podobně, jako je jednotný vosk a otisk pečeti v něm... Duše či mysl nejsou produktem fyziologických dějů v těle, ale pravdou těla – substancí v níž tělesné stavy získávají svůj skutečný význam...*

Duše se projevuje různými „schopnostmi“, nebo „částmi“ odpovídajícími biologickému vývoji. Tyto schopnosti musí být chápány v matematickém modelu, v němž vyšší v sobě zahrnuje nižší a musí být chápány nikoli jako aktuální fyzikální částice, ale jako aspekty, podobně jako konkavita a konvexita...

O autorovi: MUDr. Radkin Honzák, CSc., nar. 1939; 1962 promoce na Fakultě všeobecného lékařství UK v Praze; I. a II. atestace z psychiatrie, osvědčení o systematické psychoterapii, osvědčení o psychosomatice, kandidátská práce na téma „psychonefrologie“; Zaměstnavatelé: Psychiatrická katedra IPVZ, 1. LF UK v Praze, 2. LF UK v Praze, IKEM, PL Bohnice; Klinické záliby: malá psychiatrie, deprese, úzkost, psychosomatika; Osobní záliby: nyní dominuje vnučka.

<mailto:RadkinH@seznam.cz>

Neradilek F.: EMOCE A BOLEST - ALGEZIOLOGICKÉ ASPEKTY

Cíl sdělení: přiblížit psychosomatickým odborníkům algeziologii jako zvláštní lékařskou disciplínu akceptující intimní vztah emoce a bolesti a podělit se o praktické zkušenosti z dlouholeté péče o nemocné s chronickou bolestí.

1. Algeziologie se formovala do podoby zvláštní lékařské disciplíny v průběhu 2. poloviny 20. století jako reakce na neschopnost poskytovat potřebnou úlevu nemocným s dlouhotrvající bolestí zvyklými postupy. Jejím cílem se stalo objasňování patofyziologických mechanismů bolesti a mezioborová spolupráce při léčbě nemocných jako východisko pro dosažení lepší úrovně v léčbě bolesti.. Stala se jedním z prvních oborů prosazujících multidisciplinární intervenci k překonání scientistické fragmentace moderní medicíny, jejího disjunktivismu a redukcionismu.
2. Významným přínosem pro porozumění stížnosti nemocného na bolest se staly poznatky badatelů věd o chování, které rozšířily patofyziologický pohled na bolest do komplexního konceptuálního modelu (nocicepce, bolest, psychická reakce na bolest, bolestivé chování), odrážejícího biopsychosociální a i posléze spirituální rozměr lidské existence. Emoce se stala součástí definovaných klinických vzorců dvou odlišných forem bolesti – anxióza u bolesti akutní a deprese u bolesti chronické.
3. Profilovým algeziologickým klientem je nemocný chronickou nepotlačitelnou bolestí, putující po mnoha pracovištích. Lékař nemůže u něho očekávat úspěch jako stavů akutní bolesti, pokud se nedopátrá diagnostické nebo terapeutické chyby na předchozích instancích. Oba účastníci vztahu mají mnoho důvodů k negativní emoci nejrůznějšího druhu. Lékař se jí musí naučit ovládat, pacient by toho měl dosáhnout pod jeho vedením.

Východiskem se stává lékařovo umění ovlivnit senzoricou i afektivní komponentu intenzity bolesti. Předpokladem je znalost klinické korelace stížnosti na bolest s nálezem místní bolestivosti a cílené farmakologické i nefarmakologické ovlivnění jednotlivých patofyziologických typů bolesti, včetně detekce a ovlivnění ergonomických faktorů . Dichotomie obou postupů vede k medikalizaci, nebo naopak psychologizaci pacientova utrpení bez naděje na úspěch.

O autorovi: nar.1939 v Přerově, absolvent vojenské větve LFKU Hradec Králové 1962, od r. 1974 lékař rehabilitačního oddělení Nemocnice v Praze 9 - Vysočanech, 1984-1990 primář oddělení, 1991-2004 vedoucí oddělení rehabilitace a léčby bolesti, Poliklinika Prosek, Praha 9, od r. 2005 pracující důchodce. Od 1996 člen Subkatedry léčby bolesti IPVZ Praha. Zakládající člen a první předseda Společnosti pro studium a léčbu bolesti ČLS JEP, člen revizní komise výboru ČLS JEP, člen International Association for the Study of Pain.

Kontakt: <mailto:franer@volny.cz>

Komárek S.: PROČ EMOCE ? Hnutí MYSLI U ČLOVĚKA A ZVÍŘAT ANEB FILOSOFICKÝ KLID - DOBŘE, EMOCE ŠPATNĚ?

Emoce (od movere - pohybovat se), po staru "hnutí mysli" jsou tím, co nás s našimi přibuznými v živočišné říši nejvíce spojuje. Jsou to právě emoční náboje, co dává i slovním či logickým operacím takovou zajímavost, že se na nich aktivně podílíme a psychosomatické projevy lze chápat převážně jako "pomocné výrazové prostředky" emocionálních hnutí. Všechny lidské kultury emoce nějak regulují a kultivují, někdy relativně drastickým způsobem ve stylu klasického francouzského parku. Představa "filosofického" emočního klidu řady antických i asijských myslitelů může při nesprávném pochopení vést k mýcení emocí vůbec, takže výsledkem je cosi ještě žalostnějšího než bedlivě stříhaný porost - vybetonovaná plocha, v jejíž spárách je každá klíčící emoce bedlivě vypleta či umořena emocidem.

O autorovi:

Prof.RnDr. Stanislav Komárek,Dr. (*1958) vystudoval biologii na přírodovědecké fakultě UK v Praze. Od roku 1983 žil v emigraci ve Vídni, pracoval zde v Přírodovědeckém muzeu, na Ministerstvu zemědělství a posléze v Zoologickém ústavu Vídeňské univerzity. Roku 1990 se vrátil do Prahy, kde od té doby přednáší dějiny biologie, přírodní estetiku a problematiku souvislostí přírody a kultury zejména na Fakultě humanitních studií a Přírodovědecké fakultě UK Praha. Kromě odborně zaměřených prací (*Dějiny biologického myšlení, Lidská přirozenost, Příroda a kultura, Mimikry, Aposematismus a přibuzné jevy, Spasení těla*) a pěti knih esejů (*Sto esejů a přírodě a společnosti, Halvou dolů, Pítevní praktikum pro pokročilé, Mír s mloky, Leprosárium*) vydal knižně dva romány (*Oplštitova nadace, Černý domeček*) i tři sbírky básní (*Kartografie, Kaligrafie, Holografie*).

Kontakt: <mailto:s.komarek@volny.cz>

Vondřich I., Hájková Z.: REALITA POTLAČENÍ

V přednášce se zaměřujeme na praktický vliv potlačení emocí.

V případě somatických symptomů se někdy při jejich do hloubky jdoucího léčení odkrývá široká škála emocí a hlubokých prožitků, které mohou stát mimo rámec terapeutické kompetence somatického lékaře. Podobně se při práci s psychickou stránkou klienta objevují různé tělesné prožitky či onemocnění, u kterých se běžně neočekává, že se budou léčit v ordinaci psychologa.

Pokud při odkrytí hlubších psychologických problémů v ordinaci somatického lékaře nedojde ke zpracování těchto obtíží psychoterapií, problém se opět uzavře, léčba nepostupuje a zarazí se v určitém bodě.

Podobně, projeví-li se fyzické komplikace v průběhu psychoterapie, odesílá psycholog ve většině případů klienta do péče somatického lékaře. Ten, pokud není obeznámen s problematikou a nepovažuje psychické a somatické obtíže jen za různé projevy jednoho stonání, léčí pacienta obvyklým způsobem. Protože ten bývá většinou potlačující, vrací klienta v léčbě zpět a nevědomky maří výsledky dosažené v psychoterapii.

Tak dochází v obou těchto případech k cyklení či „překmitávání“ obtíží, aniž by u pacienta docházelo k celostnímu posunu směrem ke zdraví.

Vzhledem k výše uvedenému chceme zdůraznit důležitost spolupráce psychologa a lékaře, který rozumí klinické situaci způsobené potlačením emocí.

Našemu klinickému pozorování nejlépe vyhovují etiopatogenetická teorie Freuda a Breurera, podle níž se mozek brání neúnosným afektům nevědomým potlačením, přičemž negativní afekt se vybíjí v přeměněné formě, totiž v tělesném příznaku. Druhým teoretickým základem je Heringovo pravidlo užívané v homeopatii, které nám umožní porozumět situaci, kdy se v psychoterapeutické léčbě při dobrém vývoji objeví somatické potíže, jejichž potlačením vznikl léčený psychický problém.

O autorech:

MUDr. Ivan Vondřich, obor léčba bolestí. Původně práce v oboru ARO, I a II atestace v tomto oboru, funkční specializace v oboru léčba bolestí, čtyřletý výcvik v rodinné terapii v Liberci. Zaměřen na léčbu akupunkturou a homeopatií. Pracuji v nestátním zdravotnickém zařízení PAIN s.r.o. Praha. Kontakt: <mailto:ivondrich@yahoo.com>

PhDr. Zuzana Hájková, Ph.D.: psycholožka, manželský a rodinný poradce, terapeut. Pracuji v ambulanci léčby bolesti PAIN a v Konzultačním a terapeutickém institutu Aktip v Praze.

Společně usilujeme o otevřenou spolupráci terapeuta a lékaře převážně u klientů a pacientů, kteří se obrací na ambulanci bolesti.

Skorunka, D.: KVALITA VZTAHU MEZI DOSPÍVAJÍCÍM A RODIČI JAKO VÝZNAMNÝ FAKTOR ROZVOJE PSYCHOSOMATICKÝCH PROJEVŮ

Sdělení bude zaměřeno na tři vzájemně související tématické okruhy:

1. Stručný přehled současných poznatků o problematice somatizace v dospívání.
2. Kvalita vztahu mezi dospívajícím a rodičem, převládající emoce a nenaplněné potřeby v tomto vztahu v souvislosti s psychosomatickými potížemi.
3. Využití kombinace systemické perspektivy a narativního přístupu v terapii v dané problematice. Možný důvod k zařazení referátu: Obsahem sdělení bude kombinace současných poznatků z výzkumu a vlastní klinické zkušenosti doplněné kasuistikou

O autorovi:

Psychiatri, rodinný terapeut, integrující ve své psychoterapeutické práci různé modely rodinné terapie a narativní přístupy. Působí v Hradci Králové a v Rychnově nad Kněžnou, odborný asistent Ústavu sociálního lékařství LF UK. Zastupuje SOFT (Společnost rodinných terapeutů v ČR) v EFTA (Evropská asociace rodinných terapeutů)

Kontakt: Skor@lfhk.cuni.cz

Kryl M.: EMOCE STUDENTŮ A NEMOCI PACIENTŮ

Psychiatrická klinika Lékařské fakulty UP Olomouc

Při výuce studentů všeobecného lékařství si nelze nevsímat toho, jak frekventanti zacházejí během stáží se svými vlastními emocemi. Obor psychiatrie je na LF UP v Olomouci vyučován v 6-týdenních blocích přednášek, seminářů a stáží u lůžka. Ukazuje se, že zacílení pozornosti učitele na vlastní prožívání mediků během interview s pacienty a při referencích o nich může vést k postupnému zvýšení emoční senzitivity a empatie a tím i k lepšímu pochopení celého kontextu pacientova příběhu. Z příležitostných pohovorů se studenty vyplývá, že s takto vedenými stážemi se během svého studia v jiných oborech nesetkávají, což při přihlédnutí k početní převaze zapisovaných somatických oborů a celkovému biomedicínckému trendu v chápání nemoci naše pojetí „zážitkové“ výuky nutně handicapuje. Otevírá se tím sice značně úzký, ale přece jen určitý prostor pro návrhy na změny ve studijních programech, kam by měla být včleněna výuka psychosomatického či komplexního přístupu k nemocnému, alespoň ve formě volitelných předmětů. Poněkud paradoxní v tomto směru je skutečnost, že studenti bakalářských a magisterských oborů fyzioterapie, kinezioterapie a léčebná rehabilitace se ve svých studijních programech s výukou celostní medicíny a psychosomatických poruch setkávají, kdežto budoucí lékaři nikoli.

O autorovi:

Autor je psychiatr, psychoterapeut, vedoucí pracoviště zabývajícího se léčbou neurotických, psychosomatických a depresivních poruch na Psychiatrické klinice FN a LF Univerzity

Palackého v Olomouci. Priorita: skupinová psychoterapie, dále vedení výcvikových skupin. Psychoterapeutické vzdělání: 5-letý výcvik ve skupinové psychoterapii daseinsanalyticky orientované.

Michal.kryl@seznam.cz

Stackeová D.: TĚLESNÉ SEBEPOJETÍ V KONTEXTU PSYCHOSOMATIKY A MOŽNOSTI JEHO OVLIVNĚNÍ

Tělesné sebepojetí je v chápání vzniku psychosomatických poruch jedním z klíčových pojmů. Hledání cest jeho ovlivnění je aktuální otázkou jak z pohledu prevence psychosomatických poruch, tak jejich terapie. Vyučuji psychosomatiku u studentů následného mgr.studia fyzioterapie na FTVS UK v Praze a problematika psychosomatických vztahů v rámci pohybového aparátu je i těžištěm mé odborné práce. Vztah mezi vnímáním těla, pohybem a emocemi je pro mě zdrojem neustálého objevování, ačkoliv navenek může vypadat velmi jednoduše. Čítí ze svalů, propriocepce, má ve vnímání našeho těla stěžejní úlohu. Na svalovém aparátu se bezprostředně odráží náš psychický stav a cílenou pohybovou aktivitou můžeme naši psychiku ovlivnit, proto chápání těchto souvislostí považuji pro psychosomatiku za velmi důležité.

Ve svém příspěvku přináším informaci o pojmu tělesné sebepojetí – jeho podrobnou definici (kognitivní, emotivní a behaviorální složka), o jeho vývoji v průběhu ontogeneze a o možnostech jeho diagnostiky (především projekční kresba tělového schématu s praktickou ukázkou použití v terapii). V další části příspěvku analyzuji možnosti ovlivnění tělesného sebepojetí, a to jednak specifickými metodami jako je Alexandrova či Feldenkreisova metoda (techniky spadající do okruhu tzv. somatopsychoterapie, tedy terapie využívající práce s „tělem“ za účelem ovlivnění psychiky), které lze použít v klinické praxi, jednak cílenou pohybovou aktivitou (míněno takovou aktivitou, kdy ovlivnění tělesného sebepojetí není primárním cílem, ale je jedním z významných psychologických benefitů - tato problematika je jedním ze stěžejních témat současné psychologie sportu). Význam změny tělesného sebepojetí pak spočívá především v tom, že je prostředníkem změny celkového sebepojetí. V poslední době se však stále častěji setkáváme v tomto smyslu spíše s negativním efektem kondiční pohybové aktivity ve formě závislosti na pohybu či specifických poruch jako je např. bigarexie u chlapců v období dospívání (obdoba mentální anorexie u dívek u chlapců navštěvujících fitness centra, usilujících o maximalizaci svalové hmoty, často s vážnými zdravotními důsledky). Klíč ke kořenům těchto poruch musíme hledat u motivace k provádění takovéto pohybové aktivity, která i když bývá často velmi racionalizovaná, nejdůležitější motivy bývají nevědomé a sahají do hlubokých vrstev osobnosti. Můžeme pak hovořit o jakési „regresi k tělesnosti“ jako kompenzačním mechanismu, která má v takovém případě tuto specifickou formu. Nezanedbatelným faktorem, který dává živnou půdu ke vzniku těchto poruch u disponovaných osobností, je komerční tlak, kdy je v médiích pohybová aktivita chápána a prezentována pouze jako prostředek ke zvýšení tělesné atraktivity, jejíž hodnota je rovněž extrémně nadsazována.

O autorce:

Autorka příspěvku absolvovala studium fyzioterapie na FTVS UK v Praze, specializace somatopsychoterapie, poté doktorandské studium a rigorózní řízení na téže fakultě, kdy tématem její disertační a rigorózní práce byly psychosomatické vztahy v rámci pohybového aparátu, a i nyní pokračuje ve vědecké práci na toto téma. Zároveň vyučuje psychosomatiku a další příbuzné předměty (somatopsychoterapie, tělové schéma) u studentů fyzioterapie na FTVS UK. I v soukromé praxi se věnují poradenství v této oblasti.

Kontakt: Stackeova@volny.cz

Poněšický J.: EMOCE V PSYCHOTERAPII U PSYCHOSOMATICKÝCH CHOROB

Přednáška se zabývá podmínkami úspěšně probíhajícího psychotherapeutického procesu jak z hlediska terapeuta, tak i v subjektivním prožívání pacientem. Sleduje návaznost jednotlivých kroků a zabývá se jejich rozdílnou strategií při léčbě pacientů s neurotickou /konfliktní/ a strukturální /vývojovou/ psychopatií. Jde zde o aplikaci buď hermeneutického přístupu s jeho principem interpretace / resp. alternativního pohledu na pacienta očima terapeuta/, nebo epigenetického přístupu s principem selektivně-autentické odpovědi na manifestní chování – ta je tudíž i emotivní. Tato tzv. interakční forma psychotherapie je indikována u mnoha psychosomatických pacientů s nedostatečnou frustrační tolerancí, s deficitem energického sebeohraničení a schopnosti k navazování zralých vztahů či s deficitní emocionální introspekci /např. u alexithymie/.

O autorovi:

MUDr PhDr Jan Poněšický, nar. 1943 v Praze, vystudoval v letech 1961-1967 medicínu na LFU Praha a poté dále psychologii na FFKU Praha. Do r. 1970 pracoval v KNsP v Českých Budějovicích, do své emigrace v r. 1977 coby psychiatr v PL H. Beřkovice. Absolvoval výcvik SUR ve skupině nové psychotherapie a dále psychoanalytický výcvik v CR

i v SRN. Získal kvalifikaci výcvikového psychoanalytika i skupinového psychotherapeuta a vedoucího Balintovských skupin. V SRN pracoval na univerzitních psychotherapeuticko-psychosomatických klinikách v Göttingenu a Düsseldorfu, od r. 1985 coby primář na psychosomatické klinice v Isny, naposledy v pozici vedoucího lékaře oddělení pro anorexie, bulimie a borderline poruch osobnosti. Publikuje, vyučuje a přednáší na kongresech, univerzitách i výcvikových pracovištích v CR, SRN a Rakousku. Zabývá se zejména teorií psychotherapeutické změny v ind. i skup. psychotherapii, psychosomatikou, otázkou agrese, ženství a mužství, a filosofií.

Kontakt: <mailto:ponesicky@aol.com>

Šimek J.: ALEXITHYMIE, HISTORICKÝ KONCEPT?

Koncept alexithymie sehrál v sedmdesátých letech významnou roli i v psychosomatickém myšlení. Původně přinášel celkem srozumitelný a přijatelný výklad, proč je tak obtížné prokazovat u psychosomatických nemocných emoční a vztahové problémy. Také pro teorie patogeneze psychosomatických poruch přinesl pozitivní podněty. Alexithymický pacient snáze onemocní somatickou chorobou, protože nevnímá traumatickosti své životní situace a dlouhodobě v ní ke své škodě zůstává. Pikantní podrobnosti ve vývoji názorů na alexithymii se stalo zjištění, že psychicky normální člověk je v podstatě alexithymický, to jak mnoho rozumějí svým emocím neurotičtí pacienti je dáno spíše slabostí jejich nervové soustavy a je to též svým způsobem artefakt psychotherapie.

V současné době můžeme rozumět alexithymii jako negativnímu pólu na dimenzi schopnosti člověka rozumět svému emočnímu světu a být s ním v souladu. Člověk může být v souladu se svým emočním světem i když své emoce neprojevuje, neumí je rozpoznávat a popisovat. Naopak pacient v psychotherapii často své emoce popisuje, zdá se, že jim i rozumí, ale svůj život nevede s nimi do souladu. Úkolem psychotherapie pak není pouze emoce oživovat a pomoci pacientovi, aby jim rozuměl, ale též mu pomoci aby zvládl své úzkosti a skutečně uvedl svůj život do souladu se svým emočním vyladěním.

Již Sokrates tvrdil, že to nejhorší co se může člověku (ale i zvířeti, věci) stát, je dostat se do sporu se svým pojmem. Z našeho hlediska to znamená dostat se do rozporu se svou lidskou výbavou a se svým vyladěním. Již Freud definoval duševní zdraví jako schopnost pracovat a milovat. Láska, ale i zaujatá práce, má své emoční komponenty, bez kterých je

obtížně představitelná. Rozvinutá alexithymie je tedy vážná porucha, která se účastní patogeneze psychosomatických poruch a chorob tím, že nedovolí člověku aby žil v souladu se svou lidskou výbavou.

O autorovi:

Doc.MUDr.Jiří Šimek, CSc. je internista, psychiatr s psychoanalytickým výcvikem a filosofující lékař, nyní přednosta Ústavu pro lékařskou etiku a ošetřovatelství 3. LF UK. Nejintenzivněji se věnoval psychosomatické medicíně v letech 1975-1985 ve Výzkumném ústavu psychiatrickém (dnes PCP). Je spolueditor první české monografie o psychosomatické medicíně. V současné době je též psychoterapeut psychoterapeutického střediska Břehová v Praze 1.

Kontakt: <mailto:jiří.simek@lf3.cuni.cz>

Tauš L. : EMOTIVITA A SEXUÁLNÍ DYSFUNKCE U MUŽŮ

Autor zdůrazňuje mimořádný význam emocionality v lidské sexualitě. Činí tak ve formě kasuistiky. Popisuje klienta, který se rozhodl pro určitý způsob sex. života z toho důvodu, že to považuje pro něj za společensky významné. Přitom mu to osobnostně zcela nevyhovuje. Dochází u něj k sexuálním selháním, které chce řešit výhradně farmakoterapií a odmítá psychoterapeutické postupy. Po selhání v profesní kariéře a sestupu na společenském i ekonomickém žebříčku se rozhoduje vrátit k původnímu životnímu stylu. Zjišťuje však, že selhává i tam, kde byl dříve bez problémů. Po další intervenci u svého lékaře dochází ke správnému náhledu na svůj problém a rozhoduje se k zásadnímu řešení spočívající v psychoterapii kombinované s farmakoterapií.

O autorovi:

Prim.MUDr.Lumír Tauš, CSc., primář psychiatrického oddělení KNL, jehož součástí je také sexuologie. Více než 10 let přednášel sexuologii na 3.LFUK v Praze

<mailto:lumir.taus@nemlib.cz>

Fifková H.: STUD A ZÁBRANY V ŽENSKÉ SEXUALITĚ

Sexuologie, psychoterapie

Ve svém sdělení bych se chtěla blíže věnovat tématu studu a zábran v ženské sexualitě tak, jak se s těmito fenomény setkávám ve své klinické praxi. Týkájí se především klientek, které řeší sexuální dysfunkce, jakými jsou poruchy dosahování orgasmu, vaginismus a algopareunie a nízká či chybějící chuť na sex. Na příkladě kasuistik si ukážeme, jak velkou roli tyto faktory hrají při vzniku a upevnění uvedených dysfunkcí. Budeme se též zabývat zdroji studu a zábran – nacházíme je v individuálním vývoji, rodinné výchově, biologických rodových determinantách či společenských stereotypch. Ukážeme si možnosti ovlivnění v terapii.

O autorce: Privátní ordinace, specializace na problematiku sexuálních dysfunkcí, sexuálního zneužívání, sexuálních deviací a transsexuality. Vzdělání – lékařská fakulta UK v Praze, atestace z psychiatrie a sexuologie, výcvik v psychoterapii typu SUR, členka odborných společností včetně mezinárodní společnosti HBIGDA, specializující se na problematiku gender.

<mailto:hankaf@mbox.dkm.cz>

Trapková L., Chvála V.: ROZDÍLY MEZI MUŽSKOU A ŽENSKOU POTENCÍ A PŘÍZNAK V RODINĚ

Promluvíme o psychosomatických potížích jednotlivců z pozice rodinných terapeutů a v naší přednášce budeme sledovat jeden z důležitých aspektů a zdrojů stonání v rodinách:

Význam ženské a mužské potence v životě ženy i muže, v páru a v rodině.

Pro udržení rodu a pro zachování schopnosti rozmnožovat je nezbytné podporovat životadárnou existenci *rozdílů* mezi těmito dvěma potencemi a polaritami a jejich přiměřené zastoupení a dynamickou vyváženost. Jsme přesvědčeni, že *každý příznak lidského organismu patří do určitého vztahu nebo do určité konstelace vztahů*, a to buď jen na úrovni jedince, nebo na úrovni dvojic, anebo v trojdimenzionálním prostoru vztahů, kde v rodině je základní jednotkou trojice matka-dítě-otec. V léčbě se vyplatí tyto úrovně odlišovat a reflektovat je. Naše pozorování a zkušenosti rodinných terapeutů nejsou nijak v rozporu se starobylým chápáním *Jinu a Jangu* ve východní medicíně a na Západě s porozuměním významu *Animy a Anima* pro vývoj separace a individuace. Promýšlet a propracovávat téma i v kontextu rodinné terapie je na místě v době, kdy se zdá, že se vede válka mezi pohlavími o postavení ženy vedle muže, kdy se obáváme války civilizací mezi křesťanským a muslimským světem a v době, kdy se téma na druhé straně zjednodušuje na pouhé handrkování o sociální role mužů a žen ve výchově dětí.

Ke zdravému plnění vývojových úkolů je nutné, aby byly v rodině zastoupeny *dva jazykové mody, mužský a ženský*, jejichž *rozdíl* umožňuje oscilace mezi oběma. Jakmile se labilní rovnováha mezi nimi trvale poruší (krajní možnost nastává, když jedna z polarit, buď mužská nebo ženská, v rodině úplně chybí), dochází ke stagnaci vývoje rodiny a tento stav produkuje jako *systémová vlastnost* nejrůznější sestavy patologických symptomů jednoho nebo více členů rodiny.

Na pozadí stagnace vývoje jednotlivce, páru i rodiny nalézáme *významnou systémovou vlastnost: hospodaření s mužskou a ženskou potencí v rodině*. Jestliže je dítě už v raných vývojových fázích vystavováno zmatku v tom, kdo je především nositelem mužské a kdo ženské potence, anebo se otec projevuje feminně a matka maskulinně, jsou prožitky mužskosti či ženskosti v rozporu s preverbálním vnímáním rodičů. Zdravý psycho-sexuální vývoj se ztěžuje a zvyšuje se riziko vývoje poruch sexuální identity a sexuální orientace, možná, že ještě ne v této generaci, ale v některé další.

Matka představuje princip slasti a otec princip reality. Mezi oběma principy dítě životadárně osciluje, vztahem s matkou „brzdí“ a vztahem s otcem přidává „plyn“, takže se dětstvím pohybuje bezpečně. Čím dříve si rodiče toto při-rozené (neboť ve shodě s tím, jak byly oba vztahy rozdílně založeny tím, že se dítě rodí z matky ven k otci a ne naopak)

rozdělení vlivu na dítě vymění nebo se nevypočitatelně střídají v mužském a ženském ohnisku rodiny, tím víc problematizují synchronizaci obou tendencí, které ve svém součtu podporují dítě v jednom společném směru *zevnitř ven*.

V párové terapii se emocionálně rozbořená situace někdy jako zázrakem zklidňuje alespoň na takovou míru, že je možné v klidnější atmosféře pracovat, když začneme oddělovat, co kam patří, co do mužského a co do ženského jazyka či světa, ptát se, jak to bylo ve vztahu rodičů partnerů a zda jim současné hospodaření s mužskou a ženskou potenci vyhovuje. Zpravidla se dostaneme k nedokončeným separacím z původních rodin a k práci o generaci výš.

K pochopení a k nápravě poruch sexuality páru stačí jen v těch jednodušších případech individuální sexuologická léčba a farmakoterapie. Mužská a ženská sexualita se významně liší v sekvenci, v jaké se spontánně uvolňuje. Porucha synchronizace a vyladění partnerů na sebe navzájem bytostně souvisí s hospodařením mužství a ženství v páru.

Ve složitějších a chronických případech psychosomatických onemocnění a sexuálních poruch se vyplatí upravovat zároveň s individuální somatickou léčbou i před zahájením individuální psychoterapie kontext vnější reality nemocného metodami rodinné terapie.

O autorech:

PhDr. Ludmila Trapková pracuje jako rodinná terapeutka v ordinaci klinické psychologie v Praze. Vyučuje rodinnou terapii. <mailto:trapkova@mybox.cz>

MUDr. Vladislav Chvála pracoval 10 let jako porodník a ženský lékař, od r. 1989 spoluzakladatel Střediska komplexní terapie psychosomatických poruch v Liberci, jehož tým od poloviny devadesátých let vede. Vyučuje rodinnou terapii, psychosomatiku a akupunkturu.

<mailto:chvala@sktlib.cz>

Společně napsali knihu Rodinná terapie psychosomatických poruch, Portál 2004

Klímová H: MILOSTNÁ KULTURA SOUČASNOSTI, ANEB KDO SE UMÍ POMAZLIT?

Poruchy příjmu potravy, různé příhody psychosomatické, potíže v navazování vztahů, intimita jako nebezpečí, role racionality, smyslovosti a emocionality při partnerském chování, role komunikace za pomoci přístrojů, zacházení s kojenci a batolaty resp. předávání mateřského chování v průběhu tří generací, vztahovost zažitá v rodině vs. vztahovost jako výkon ve škole či profesi, partnerství jako výraz bytostné části člověk vs. partnerství jako výraz statusu, soupeření, typologie žádoucích žen a mužů, sféra veřejná- reklama, móda, politika vs. sféra intimnípodoby milostného chování a souvislost s poměry vnějšího světa. Možnosti psychoterapie.

O autorce:

Mgr. Helena Klímová, výcviková skupinová analytička, psychoterapeutka, publicistka. *A třeba-li ještě, tedy třeba takto*: Specializuje se na terapii transgeneračního přenosu traumatu holocaustu. Poskytne také psychoterapii individuální i ve skupině tomu, kdo prožívá různé potíže ve vztazích s ostatními, ve vztahu k sobě samému, s přechodem do dospělosti a pod.

<mailto:hklimova@volny.cz>

Papežová H.: EMOCE A TERAPEUTI U PPP

Během mnoha let práce v oblasti poruch příjmu potravy, při kontaktech s profesionály i zainteresovanými laiky po celém světě, jsem se často zabývala otázkou, jaké faktory zásadně ovlivňují práci v týmu. Poznatků o emocích členů týmu je v literatuře velmi málo. Existuje práce, která dávala úspěšnost jednotlivých center do souvislosti s oddaností a zaujatostí vedení, schopností prosadit zájmy týmu a najít pro ně finanční prostředky. Nekládla důraz na jednotlivé koncepční zaměření jednotek, ale na schopnost v týmu konsistentně spolupracovat, domluvit se na pravidlech práce a ty respektovat. V mezinárodní studii se ukázalo, že úspěch je závislý na nepřímém psychotherapeutickém čase, který sdílí tým. Sdělení by mělo být zamyšlením nad emocemi terapeutů, jejich postupným zráním v týmové práci a úskalími, která jsme překonávali.

O autorce:

Autorka je psychiatr a psychoterapeut, od roku 1989 se věnuje PPP, od 1998 jako vedoucí Centra pro PPP Psychiatrické kliniky 1.LF UK a VFN (na našem otevřeném oddělení přijímáme i ne PPP psychosomatické pacienty). Zabývám se výzkumem i výukou a supervizí, předseda Sekce pro PPP ČLS a Svěpomocné asociace pro rodiny a přátele PPP.

<mailto:papezova.hana@vfn.cz>

Roubal J.: DEPRESE – DIAGNÓZA VZTAHU

Každá emoce vyladuje organizmus k zvládnání určité situace. Co v případě deprese - jsou emoce nemocné? Nebo i deprese plní pro organizmus a jeho okolí určitou funkci? Kdy se deprese stává nemocí, kdy se z funkčního stavu stává psychiatrickou diagnózou a jak se to děje? Takovéto otázky vyvstávají před terapeutem, který sám sebe přestává chránit diagnostikováním patologie pacienta. Odpovědi na tyto otázky ovlivní terapeutův styl práce. Uvědomuje si, že diagnózu deprese vytváří společně s pacientem. Společně ji mohou přetvářet a nebo posilovat moc nemoci.

O autorovi:

MUDr. Jan Roubal pracuje jako psychiatr a psychoterapeut – tato svá dvě povolání chápe jako polaritu. Zajímá ho zejména uplatnění přístupu Gestalt terapie v klinické praxi. Na jedné straně diagnostikování a obecná terapeutická doporučení a na druhé straně vztahové pojetí terapie založené na prožitku teď a tady. S ohledem na prospěch klienta i integritu terapeuta - je možné tato hlediska kombinovat nebo si musíme vybrat?

<mailto:roubal.jan@quick.cz>

Hogenová A.: HYGIENSIS A IATREUSIS A "NEMOCI" SE POHYBOVAT NA ŽIVOTNÍ CESTĚ

katedra OV a filosofie, UK PedF Praha

Předložený text seznamuje čtenáře s rozdílem mezi jatреusis a hygiensis, což jsou dva přístupy k léčbě nemocí. Všimá se úlohy Dasein, tj. daseinsanalýzy při vzniku a průběhu nemocí, úlohy emocí v naladování se na situace. Lidská existence je zde pojata jako pohyb na cestě (fysis). Člověk zdravý je schopen na cestě překonávat překážky. K pochopení

cesty (existence člověka) je třeba rozumět aristotelským pojmem jako je telos, arché, dynamis a energeia.

Clíčová slova: hygiensis, jatreusis, fysis, existence jakožto pohyb na cestě, úloha celku

O autorce:

Doc.PhDr.Anna Hogenová se zabývá fenomenologií, vyučuje na PESF, na Husitské teologické fakultě a na Pražské vysoké škole psychosociální. Vystudovala FF UK a FTVS UK.

Kontakt: hogen@volny.cz

Strobachová I.: ZAUJETÍ A LHOSTEJNOST

- Zaujetí jako možnost uchopení i porozumění, jako hloubka a snad i nebezpečí.
- Lhostejnost jako zbavení se emoci, odkouzlení, ztráta, ale také odstup, zvážení, zhodnocení – a tedy rovněž možnost? Ale kam uložíme, to, co jsme ztratili?
- Je zaujatá skutečnost skutečností prožívanou „jen“ subjektivně, a je toto její degradací? Jsme schopni vůbec jiné než zaujaté a touto zaujatostí zhodnocené vnímavosti?
- Časovost jako již hluboká zaujatost, jako náročnost, jako prohloubenost i tíže.
- Tělesnost v zaujetí, zaujatá rozkoš tělesnosti.
- Jsou doby zaujaté a lhostejné (Kierkegaard)? A ve které to době potom jsme? Můžeme být někdy uvolnění z tohoto náročného boje?

O autorce:

Přednáším na 2.LF UK v Ústavu humanitních základů medicíny a lékařské etiky filosofii a mám soukromou praxi orientovanou převážně na děti a psychosomatiku (tu i u dospělých). (K filosofii, kterou jsem vystudovala jako hlavní obor, ale nemohla se jí - vzhledem k době známým okolnostem - věnovat oficiálně, jsem se vrátila po listopadu. Od dob studií po rozšíření studia na jednooborové jsem pracovala jako klinický psycholog.)

Kontakt: strobasi@quick.cz

Konečný M.: JAZYKY V PSYCHOSOMATICE: OD ANALÝZY K FENOMENOLOGII, OD FENOMENOLOGIE K NEUROBIOLOGII (SOUHRN)

Otázka jazyků v psychosomatice je otázkou paradigmat v medicíně vůbec. Původní karteziánské paradigma, které zrodilo moderní vědu a jemuž vděčí medicína za svůj výjimečný rozvoj (např. za fascinující objasnění příčin infekčních nemocí a fantastický pokrok v jejich léčbě), bylo po tři staletí pokládáno za jediné právoplatné východisko, umožňující vědecký pohled na člověka. Totéž co znamenaly Einsteinovy objevy týkající se času a prostoru pro moderní fyziku, představovaly Freudovy teorie pro medicínu. Úspěchy psychoanalýzy v oblasti léčby konverzních poruch a dissociativních stavů prolomily karteziánské, téměř mechanistické pojmání lidského bytí. Tak jako Einsteinův „časoprostor“ omezil platnost Newtonových zákonů mechaniky na speciální podmínky, tak i Freudovy

„nevědomí“ nezrušilo biologický koncept medicíny, ale přesvědčivě prokázalo, že není jediným platným paradigmatem. Freud i Einstein společně rozevřeli paradigma nové, relativistické, na jehož půdorysu se začala rozvíjet psychosomatika.

Jazyk relativismu však sdílí s původním karteziánským paradigmatem neotřesitelnou víru v lineární kauzalitu. Na základě určitých představ o prostoru a času, respektive o lidské psychice, predikují Einsteinovy a Freudovy teorie vývoj sledovaných událostí se stejnou neomylností jako to činili Newton či Koch a Pasteur. Podobně i původní, v klasické analýze zakotvená psychosomatika interpretovala somatické příznaky jednoznačně na základě nových poznatků z oblasti léčby hysterie a psychosomatické nemoci vnímala jako svého druhu neurotické poruchy. Ale tak jako se již za života Einsteina objevily práce Plancka, Heisenberga a dalších, kteří vystoupili se zcela novým chápáním reality v podobě kvantové teorie a kvantové mechaniky, v nichž události nelze predikovat jinak než s pouhou pravděpodobností, podobně již Frueodovi současníci a následovníci, počínaje Binswangerem a Bossem, přes Frankla, Perlse a Rogerse až k systémickým terapeutům, navrhli jiné pohledy na Self: šlo o koncepty fenomenologické a systémové, které vycházejí z tzv. holistického, tedy celostního paradigmatu. Holistická psychosomatika nepoužívala již expertní jazyk k pouhému interpretování symptomů, ale pohlížela z různých úhlů na celou lidskou existenci včetně jejích sociálních souvislostí. Dávala stejný prostor pohledu pacienta jako hypotézám terapeuta, který se z experta proměnil v průvodce nemocného, v dobrém slova smyslu v „závislého“ pozorovatele (v kvantové mechanice platí princip neurčitosti, podle kterého pozorovatel vždy svým pozorováním ovlivňuje průběh experimentu a znemožňuje jednoznačné stanovit velikost všech závislých veličin).

Od šedesátých let 20. století se objevují první výsledky snah o sjednocení klasických teorií (tedy těch, které neobsahují princip neurčitosti) a kvantové mechaniky, a stále více důkazů potvrzuje možnost objevu tzv. „teorie všeho“. Hovoří se o deterministickém paradigmatu. Žhavým kandidátem na sjednocující teorii v oblasti fyziky je tzv. teorie superstrun založená na představě hmoty, kterou tvoří klubíčka energie kmitající jako struny; až ty svými vibracemi dávají výskyt částicím s různými fyzikálními vlastnostmi. Podobně se také v psychoterapii a psychosomatice daří původně rozdílné teorie sblížovat a toto sjednocování nachází své potvrzení ve stále hlubších znalostech o neurobiologii, která je založena na témže „vibračním“ paradigmatu jako teorie superstrun: nepředstavitelné množství neuronálních okruhů kombinovaných miliardami buněk v celém mozku tvoří tzv. vnitřní rezprezentace, jež zahrnují kognitivní, emoční i tělesnou zkušenost získanou v období raného vývoje ze sociálních interakcí, a jejich znovuzapojováním v průběhu dalšího života, mohli bychom říci jejich „vibrováním“, vznikají podobné psychické i somatické příznaky, jaké organismus vytvořil v době jejich vzniku. Psychosomatika se tak ve světle neurobiologických poznatků stává plnohodnotnou vědní disciplínou a získává místo, které jí v moderní medicíně právem náleží.

O autorovi: MUDr. Martin Konečný (1964), vedoucí lékař Psychosomatické kliniky, Praha. Psychiater, certifikovaný Gestalt terapeut a rodinný terapeut v oblasti psychosomatických poruch s funkční specializací z psychoterapie, licencovaný homeopat. Dále se věnuje fytoterapii (léčbě bylinami) a fyzioterapii (reflexní masáže). Studium lékařství na 1. Lékařské fakultě v Praze dokončil v r. 1992. Po promoci začal pracovat na Onkologickém oddělení v Plzni, psychoterapii a psychiatrii se věnuje od r. 1998. Mimo jiné pracoval na Psychiatrické klinice Fakultní nemocnice UK v Plzni, ve Středisku pro psychoterapii a rodinnou terapii Všeobecné fakultní nemocnice UK v Praze a v Denním stacionáři občanského sdružení Fokus v Praze. Je autorem jedné monografie a pravidelně publikuje v odborných časopisech. Je členem České lékařské komory, České psychiatrické společnosti, České psychoterapeutické společnosti, Společnosti pro rodinnou terapii (SOFT), České asociace pro Gestalt terapii, Evropské asociace pro Gestalt terapii a držitelem Evropského psychoterapeutického certifikátu.

<mailto:MUDr.M.Konecny@seznam.cz>

Siřínek J.: MANIFESTACE DLOUHODOBÉ PAMĚTI V AKTUÁLNÍM PROŽÍVÁNÍ A JEJÍ TERAPEUTICKÉ VYUŽITÍ (workshop)

Většina psychoterapeutických škol přijímá předpoklad, že osobní historie hraje klíčovou roli v kvalitě dospělého života. Zásadní odlišnosti však panují mj. v těchto otázkách:

- Do jaké míry jsme pod vlivem prožitých, dávno minulých zážitků a událostí? Jaká je povaha tohoto vlivu?
- Lze zážitkové reliktů těchto událostí kontaktovat? Jakými prostředky?
- Pokud tak učiníme, jak si počínat, aby to bylo ku prospěchu současného života a ne ke škodě? Co je terapeutickým cílem?

Příspěvek má odpovědět na tyto otázky z pohledu Psychomotorické terapie Alberta Pessa. (PBSP)

Pesso přijal vývojově psychopatologické paradigma (neadekvátní rané interakce, které se internalizují, či naopak adekvátní, které se neinternalizují, negativně ovlivňují strukturu osobnosti). Vlastní metoda PBSP (originál vycházející z autorovy původní scénografické a choreografické erudice) syntetizuje techniky moderní „body terapie“ (microtracking, externalizace) s aktuálními neurofyziologickými poznatky týkajícími se paměti, formativních vlivů internalizovaných emočních významů a vědomí (jak se tyto významy bezprostředně manifestují v aktuálním prožívání).

Teoretický příspěvek může nabídnout srozumitelný náhled na metodu a její využití. Případný workshop pak nabízí plastický obraz metody přesahující možnosti pouhé přednášky. Těžiště sdělení by pak spočívalo v provedení jedné ukázkové, průběžně komentované, terapeutické procedury (tzv struktury).

O autorovi:

Jan Siřínek, Mgr. klinický psycholog narozen 1966, původním vzděláním hudebník (vystudoval housle na konzervatoři), vzdělání v oboru: psychologie na FFUK(1990 - 95), Diplomová práce zaměřená na Rorschachův test a analýzu písma (Bolzanova cena), atestace z klinické psychologie (2000), odborné výcviky: Pesso Boyden System Psychomotor (PBSP) 1998 – 2002, Intensive course in Process work - A. Mindell (USA 2005), Krizová intervence (Remedium 1998), Ericksonovská hypnoterapie (VI. Dvořáček 1994 - 95), Další četné kurzy zaměřené na psychoterapii orientovanou na tělo (V. Dvořáček, Brno, Y. Lucká, Praha), Dosavadní praxe: 1995 - 1997 Psycholog ve věznici Praha Pankrác, 1998 - 2001 RIAPS, lůžkové a ambulantní oddělení, 2001 založil s kolegy Dejvické psychoterapeutické centrum (www.dpc.cz), dosud. Aktuální činnost: soukromá klinická praxe při DPC, praktikuje systematicky PBSP ve skupinové i individuální podobě, věnuje se propagaci metody - kromě ukázkových workshopů při DPC a na FAMU od r. 2003 pravidelně "Vyber si svůj výcvik" , akce pořádaná každoročně FOKUS Praha; Přednáší pravidelně psychologii na FAMU, (od r. 2005), Vede kurzy psychologie písma pro veřejnost (pravidelně od r. 2002), vyučuje na dílčí úvazek hru na housle

Pánková R.: VLIV KOŽNÍCH NEMOCÍ NA EMOCE ÚČASTNÍKŮ 11. KONFERENCE PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY V LIBERCI – IKONOGRAFIE KOŽNÍCH A POHLAVNÍCH NEMOCÍ

ABSTRAKTA přednášky, která na konferenci nebude přednesena

Dermatovenerologie a psychosomatické úvahy

Zájem o současnou psychosomatickou dermatovenerologii vyvolávají:

- vědecké poznatky o ultrastruktuře kůže, neurogenních modulacích zánětu a psychoneuroimunologii (5,6,7,8,9,10,11,12,13)
- klinické zkušenosti se selháváním somatických léčebných postupů (14,15,16)
- snahy o zkvalitnění dermatovenerologické péče o nemocné (17,18,19)
- rozvoj mezioborové spolupráce (20,21,22,23,24,25,26)

O autorce: promoce 1969 FVL UK, I., II. atestace v oboru dermatovenerologie, disertační práce Psychické faktory v patogenezi a průběhu dermatóz – 1985, psychosomatická ambulance 1985-dosud, ustavení Centra pro léčbu a prevenci psychosomatických poruch, v dermatovenerologii VFN-1998, osvědčení o výcviku bálintovských skupin-1988, osvědčení o psychosomatickém vzdělání-2005, členka: Dermatovenerologické společnosti ČLS JEP (1970), European Academy of Dermatology and Venerology (EADV, 2002), Psychosomatické sekce Psychiatrické společnosti ČLS JEP (1976), Psychoterapeutické společnosti ČLS JEP (1992), Společnosti psychosomatických integrací ČLS JEP (1990), jmenována členkou Akreditační komise pro obory: dermatovenerologie a dětská dermatovenerologie (2005), klinické záliby: psychosomatická ambulance, venerologie

<mailto:rpankova@post.cz>

Hansmanová L.: PRÁCE GYNEKOLOGA V OBLASTI KRIZOVÉ INTERVENCE SE ZAMĚŘENÍM NA PROBLÉMY PERINATOLOGICKÉHO CENTRA

Gynekologicko-porodnická klinika FN v Olomouci

Ve svém příspěvku bych ráda seznámila posluchače s náplní ordinace pro krizovou intervenci a psychosomatická onemocnění na gynekologicko-porodnické klinice. Klinika je jedním z perinatologických center, častou problematikou řešenou v poradně je narození dítěte s VVV nebo porod mrtvého plodu či novorozence, který pro komplikace doprovázející nezralost umírá. Do poradny pak přichází nejen matka, ale i otec dítěte a někdy prarodiče. Dalšími klientkami jsou ženy z infertilní poradny, páry z centra pro asistovanou reprodukci a také ženy s onkologickým onemocněním, které jsou na klinice operovány. Emoce, kterými jsou tyto těžké okamžiky naplněny, se netýkají jen žen samotných, jejich partnerů a rodin, ale zasahují samozřejmě i lidi pracující v pomáhajících profesích, kteří se pokoušejí podle svých možností a schopností pacientky provázet. V dnešní době není zdaleka samozřejmostí nabízet pomoc lidem z pomáhajících profesí, ani dostupnost supervize pro týmy pracujících

s tolika emocemi u klientů i mezi sebou samými. Velmi uvítám diskusi na tato témata a zkušenosti z jiných pracovišť.

O autorce: MUDr.PhDr.Lenka Hansmanová pracuje na gynekologicko-porodnické klinice FN Olomouc, je také odborným asistentem a vyučuje na katedře LF, na rehabilitaci a kineziologii. Vedle gynekologie vyučuje také etiku, psychologii v oboru gyn.por. Je ve výcviku Pesso-Boyden terapie, věnuje se psychosomatickým pacientům ve svém oboru, zvláště pacientkám v programu IVF a na druhé straně pacientkám s maligním onemocněním.

<mailto:hansmanl@email.cz>

Pelková L.: OBNOVA A ZÍSKÁVÁNÍ EMOČNÍCH KOMPETENCÍ U PACIENTEK S PPP V RÁMCI STACIONÁRNÍ LÉČBY

Intenzivní práce s klientkami Denního stacionáře pro poruchy příjmu potravy a možnost sledovat jejich opakující se úzkost z každého jídla konfrontují terapeutický tým se závažností tohoto psychosomatického symptomu. Tam, kde jiní lidé v rámci denního programu a shonu pozorností utkví jen minimálně – tedy u jídla – je u pacientek vázáno mnohdy až sto procent energie, pozornosti, myšlenkových aktivit a prožívání.

Nápadným je u našich pacientek vždy problém snížené schopnosti práce s vlastními emocemi – ztráta kontroly nad nimi, obtíže s jejich otevřeným vyjadřováním, potlačování negativních emocí, strach z emočního prožívání.

Ať již vycházíme z jakékoli teorie o příčinách vzniku a přetrvávání poruch příjmu potravy, v terapeutické práci musíme klientkám nabízet konkrétní a pochopitelné kroky, jak lze nejen v oblasti jídelních návyků, ale i v oblasti emoční znovu získat pocit kompetence, tedy zvládnání na dospělé úrovni. To je totiž nezbytnou součástí „životní kompetence“, tedy pocitu, že svůj život dokáže nasměrovat, uspořádat a žít ke své spokojenosti (i bez psychosomatických obtíží).

V rámci prezentace bude představen přehled témat skupinové terapeutické práce na DS se zaměřením na to, jak a v čem lze podporovat emoční kompetence a rozšiřovat možnosti emočního nasycení, vyjadřování i kontroly. Představeny budou také kasuistiky dokumentující postupnou práci na obnově emočních kompetencí u pacientek v léčebném režimu Denního stacionáře.

O autorce:

PhDr. Lucie Pelková, PhD. v roce 1992 ukončila studium jednooborové psychologie na FF UK, v roce 2000 pak doktorandské studium (disertační práce na téma souvislosti mezi pracovní a životní spokojeností a psychosomatickým zdravím). Klíčovou pro profesní nasměrování byla pracovní zkušenost z osmiměsíční stáže na Klinice pro psychosomatiku a psychoterapii v Aulendorfu (SRN).

Pracuje na Psychiatrické klinice VFN Praha – před mateřstvím v Krizovém centru a od r. 2003 na Specializované jednotce pro poruchy příjmu potravy pod vedením Doc. Papežové.

Je výcvikovou terapeutkou v katatymně – imaginativní psychoterapii a v současnosti je členkou organizačního výboru pro 11.mezinárodní kongres KIP, který se bude konat v červnu 2007 v Praze. Je matkou dvou dětí.

<mailto:PelkovaL@seznam.cz>

Hrachovinová T.: DEPRESE A DIABETES – PSYCHOSOCIÁLNÍ FAKTORY

Katedra psychologie FF UK, Praha, Centrum diabetologie IKEM, Praha,

Diabetes mellitus 1. a 2.typ patří mezi chronická onemocnění, která jsou z psychosociálního hlediska charakterizována následujícími znaky: trvalou přítomností nemoci; nezbytností dodržovat komplexní léčebný režim; fázemi zlepšení a obdobími zhoršení nemoci, které nelze vždy předpovídat a nemocný se jimi cítí zaskočen. DM je onemocnění, které má z psychosociálního hlediska některé důležité charakteristiky. Především se jedná o nemoc sice léčitelnou, ale ve své podstatě nevyléčitelnou, s rizikem akutních a pozdních komplikací, různě rychle progredující a v některých případech vedoucí až k invaliditě nemocného a především vyžadující dodržování řady zásad a pravidel. Samostatnou kapitolu tvoří výskyt depresivních symptomů až depresivní poruchy a úzkostných poruch u nemocných diabetem.

Příspěvek bude rozčleněn na dvě části:

1. Výsledky studie zjišťující míru depresivity, úzkosti a úzkostnosti u nemocných diabetem (n=213) a rozdílů mezi nemocnými muži a ženami
2. představení mezinárodní studie DAWN

Z výsledků české studie: 1.Byly nalezeny vysoce signifikantní rozdíly mezi nemocnými muži a ženami v míře úzkostnosti ($p < 0,0001$), aktuální úzkosti ($p < 0,001$) a depresivity ($p < 0,05$). 2. Skór deprese, aktuální úzkosti a ještě více úzkostnosti byl u žen s diabetem signifikantně vyšší než u mužů a nalezené interindividuální odchylky jsou u žen větší než u mužů. Ženy našeho souboru prožívaly signifikantně vyšší psychický dyskomfort (měly více depresivních projevů, větší obavy, strach a úzkost) než muži. Od nemocných mužů našeho souboru se ženy neodlišovaly ve věku, trvání diabetu ani odolnosti vůči stresu. Naše závěry naznačují odlišný psychologický kontext onemocnění diabetem podle pohlaví, což potvrzuje i klinická zkušenost.

Závěr: Výsledky ukazují, že dopad diabetu jako chronického somatického onemocnění na oblast psychického prožívání je výraznější u žen. Tyto okolnosti by bylo vhodné zohlednit v edukaci a celkovém terapeutickém i psychoterapeutickém přístupu k nemocným ženám. Práce o psychosociálních aspektech diabetu vznikla za podpory VZ: MSM 0021620841

2. Studie DAWN

Diabetes Attitudes, Wishes and Needs – diabetes, přístupy, přání a potřeby

FAKTA O STUDII DAWN

Studii DAWN iniciovala společnost Novo Nordisk společně s International Diabetes Federation a poradní skupinou vedoucích odborníků na diabetes. DAWN je největší celosvětový průzkum psychosociálních aspektů péče o diabetiky. Studie přinesla důkazy z mnoha států světa, které ukazují, že péče o pacienty s diabetem zaměřená pouze na lékařské cíle, je opravdu nedostatečná a že je důležité se více zaměřit na psychosociální oblasti péče. Bezprostředním podnětem pro vznik DAWN byla skutečnost, že více než

polovina osob s diabetem nedosahuje navzdory dostupnosti kvalitní léčby optimální kompenzaci diabetu a tím odpovídající kvality života.

Kde

Studie DAWN probíhala v následujících 13 státech: v Austrálii, Dánsku, Francii, Německu, Indii, Japonsku, Holandsku, Norsku, Polsku, Španělsku, Švédsku, Spojeném království a Spojených státech.

Kdo

Do studie bylo zařazeno celkem 5 426 osob s diabetem. Z respondentů s diabetem 2. typu užívalo 1 370 inzulín a 2 056 inzulín neužívalo. Na studii se podílelo také 2 194 praktických lékařů, 1 122 zdravotních sester a 566 specialistů včetně endokrinologů a diabetologů.

Proč

- Získat více informací o tom jak pacient přistupuje k léčbě diabetu a jak toto onemocnění celkově ovlivňuje život pacienta
- Prohloubit znalost postojů a odpovědností zákonodárců i samotných poskytovatelů zdravotní péče
- Určit oblasti pro zlepšení psychosociální léčby diabetu
- Definovat zásadní bariéry a najít řešení pro účinnější selfmanagement v celosvětovém měřítku
- Poskytnout lékařům, zdravotním sestřám a zákonodárcům informace potřebné pro rozhodování a rozvoj národních programů péče o diabetiky
- Identifikovat oblasti, kde lze konstruktivně zapojit farmaceutický průmysl

Jak

Rozsáhlá kvantitativní studii proběhla formou telefonických nebo osobních rozhovorů. Populace pacientů ve studii nebyla sice reprezentativní z hlediska skutečné incidence v populaci, avšak byla tvořena vzorky, jež byly pro statistickou analýzu dostatečné.

Kdy

Hlavní část studie DAWN proběhla v roce 2001, dodatečný a podpůrný výzkum však stále probíhá a jsou průběžně analyzovány, prezentovány a publikovány nové výsledky studie DAWN.

NĚKTERÁ ZJIŠTĚNÍ STUDIE DAWN

- Prevalence psychosociálních problémů souvisejících s diabetem je velmi vysoká. Téměř polovina pacientů ve studii DAWN uvádí špatnou duševní pohodu a zdraví. Navíc mají nemocní velké obavy, že se jejich diabetes zhorší (u 48 % respondentů).
- 70 % lékařů považuje psychosociální problémy za významnou příčinu nedodržování léčebného režimu, tyto problémy jsou však léčeny jen zřídka, a k odborníkům poskytujícím psychosociální podporu odesílá pacienti méně než 10 % lékařů.

- Studie DAWN ukázala nutnost zabývat se komunikací mezi poskytovateli zdravotní péče a diabetiky. Dobrý vztah mezi pacientem a poskytovatelem zdravotní péče byl spojen s menšími zdravotními problémy a efektivnějším selfmanagementem.
- Jedna čtvrtina všech diabetiků uvedla neúspěšnost při zvládnání selfmanagementu. Odhady tohoto podílu, uváděné poskytovateli zdravotní péče, byly výrazně nižší. Podle nich dohodnutou dietu a doporučenou tělesnou aktivitu skutečně dodržuje méně než jedna čtvrtina pacientů.
- Téměř polovina diabetiků ze studie DAWN vnímala léčbu inzulinem jako selhání vlastní osoby, a sebeobviňování bylo spojeno s většími obavami ze zahájení léčby inzulinem.
- Dvě třetiny lékařů uvádějí, že léčbu inzulinem používají jako „hrozbu“, aby pacienti přiměli k dodržování léčebných doporučení.
- Poskyvatelé zdravotní péče, kteří se průzkumu zúčastnili odhadují, že 20 % jejich pacientů trpí depresemi a 60% pacientů trpí v souvislosti se svými onemocněním stresem nebo jinými psychologickými problémy.
- Více než polovina všech poskytovatelů zdravotní péče se domnívá, že nejsou schopni psychosociální potřeby osob s diabetem správně vyšetřit/rozpoznat a léčit.
- 15 % poskytovatelů zdravotní péče si přeje, aby byl do týmu pečujícího o diabetika zařazen i psycholog.

<mailto:tahr@medicon.cz>

Večeřová-Procházková A.: STRES, DEPRESE A SOMATICKÁ ONEMOCNĚNÍ Z POHLEDU PSYCHONEURO-IMUNO-ENDOKRINOLOGIE

Katedra psychiatrie IPVZ, Praha

Práce vznikla s podporou Centra pro neuropsychiatrický výzkum traumatického stresu při 1.LF UK, Praha

Psycho-neuro-imuno-endokrinologie je oborem, který pracuje s množstvím obtížně vyslovitelných pojmů, s množstvím vzájemně propojených interakcí mezi množstvím komponent, navíc její nálezy potvrzují to, co každý zkušený klinik ve své praxi běžně pozoruje a tudíž její nálezy tohoto oboru nepřekvapí a všeobecně se takto složité problematice téměř každý klinik úpěnlivě vyhýbá.

Jedná se o obor, který se zabývá vzájemnými vztahy mezi nervovým, endokrinním a imunitním systémem na straně jedné a behaviorálními výstupy na straně druhé. Nervový, endokrinní a imunitní systém spolupracují na udržení integrity organismu zvláště při infekci, tkáňovém poškození a stresu. V současné době se již všeobecně přijímá, že psychologický stres a psychiatrické onemocnění mohou narušit imunitní funkce a že endokrinní systém přispívá k biologickým změnám charakteristickým pro afektivní poruchy a schizofrenii.

U velké části depresivních pacientů se vyskytuje hypersekrece kortizolu, předpokládalo se tedy, že funkce imunitního systému jsou u těchto pacientů potlačeny. U depresivních pacientů je skutečně suprimována fagocytóza neutrofilů, lymfocytární proliferace po stimulaci

mitogenem a aktivita přirozených zabíječů. Ostatní složky buněčné imunity jsou u pacientů s velkou depresí zvýšeny. To platí např. pro sekreci prozánětlivých cytokinů (imunotransmiterů imunitního systému) z aktivovaných makrofágů a monocytů a zvýšenou syntézu proteinů akutní fáze v játrech.

Zatímco se prozánětlivé cytokiny v mozku podílejí na patofyziologii deprese, zvýšení jejich hladin v periférii může přispívat k osteoporóze, srdečním a autoimunitním nemocem, které se s depresí často sdružují. Bylo opakovaně prokázáno, že snížení emočního stresu u somaticky nemocných vedlo ke zlepšení vývoje onemocnění.

Když se zjistilo, že nervové a imunitní buňky mají receptory pro neurotransmitery, hormony i cytokiny, a že cytokiny přímo působí v oblastech limbického systému a v hypothalamu, rozběhl se výzkum, který vedl k formulaci tzv. cytokinové, neboli makrofágové hypotézy deprese v 90.tých letech 20.stol. Spočívá v tvrzení, že aktivace makrofágů jak v krvi, tak v mozku, (kde se mikroglie a astrocyty chovají jako makrofágy a uvolňují prozánětlivé cytokiny), hraje klíčovou roli v rozvoji depresivního onemocnění. To podtrhuje možnost, že deprese je poruchou, která vzniká na podkladě dysregulace imunitní endokrinní osy a zároveň může přispívat k narušení fyzického zdraví depresivních pacientů. Dosud známé psychoneuroimunoendokrinní mechanizmy snadno vysvětlí nástup deprese u somaticky nemocných osob a dokonce i tam, kde deprese a stres rozvoj somatického onemocnění předchází. Jaký je tedy vzájemný vztah mezi emocemi, reaktivitou CNS, endokrinním a imunitním systémem?

Organismus člověka vyhodnocuje imunitní aktivaci navozenou infekcí či traumatem jako stres. Periferní imunitní změny jsou nalézány i po spánkové deprivaci či psychickém stresu. Imunitní systém má kapacitu nejen vycítit přítomnost cizorodé molekuly, ale také komunikovat s mozkiem a neuroendokrinním systémem. Tato zpětnovazební regulace mezi imunitním a neuroendokrinním systémem je nejvýraznější ve vzestupu sekrece z hypofýzy a nadledviny, která následuje zánět nebo infekci. Nemocní s depresí vykazují parametry chronické zánětlivé autoimunitní aktivace, kdy rovněž dochází k produkci prozánětlivých cytokinů v periférii (např. v endotelu). Periferní produkce cytokinů stimuluje sama o sobě produkci prozánětlivých cytokinů v mozku.

Prozánětlivé cytokiny přímo stimulují syntézu a sekreci kortikotropin uvolňujícího hormonu (CRH) a vazopresinu v hypothalamu. Následná aktivace osy hypothalamus-hypofýza-nadledvina (HPA) je u stresových podnětů uniformní. Sensorické informace přicházejí do komplexu amygdaly, kde jsou zpracovány a vyhodnoceny. „Strachová“ signalizace (nebezpečí, nepříjemno) prostřednictvím hypothalamu aktivuje sympatický nervový systém a systém HPA osy. Zvýšená produkce kortizolu facilituje adaptační fázi obecného adaptačního syndromu, což vede k potlačení poplachové reakce. V této fázi se uplatňuje za stavu zdraví hipokampus, který po stimulaci kortizolem HPA osu tlumí. Naopak chronický psychický stres má za následek nadprodukcí glukokortikoidů a dysfunkci hipokampu. Z toho vyplývá nedostatečná inhibice osy HPA a dysregulace imunitních parametrů, včetně nadprodukce prozánětlivých cytokinů.

Jelikož se ví, že k hypersekreci CRH u deprese často dochází, lze hypotetizovat, že dysfunkce osy HPA je také částečně důsledkem zvýšeného uvolňování prozánětlivých cytokinů v mozku. Pokusy na zvířatech je prokázáno, že intracerebrální aplikace interleukinů potkanům vede k rozvoji syndromu nemocného chování („sickness behaviour“). Součástí syndromu sickness behaviour je anorexie, anhedonie, poruchy kognice a paměti, ztráta libida a poruchy spánku. Tento symptomový komplex tzv. „somatický syndrom“ pozorujeme právě u depresivních nemocných.

Přestože se za hlavní mechanismus účinku antidepresiv v současnosti považuje působení genomické, je řada důkazů in vitro i in vivo, na zvířecích i lidských objektech, o tom, že antidepresiva působí také jako imunomodulátory a při úspěšné léčbě dochází i k normalizaci změn v buněčné i humorální imunitě.

Emoce a tělesné nemoce jsou propojeny přes neuro-imuno-endokrinně modulovanou aktivitu vegetativního nervového systému a léčením poruch emocí antidepressivou lze podstatně vylepšit i tělesnou dispozici k úzdravě organismu. Obor neuroimunoendokrinologie se tak velmi blíží holistickému pojetí Východní medicíny, která pokládá poruchy emoční za primární příčiny vzniku onemocnění.

O autorce:

MUDr. Alena Procházková-Večeřová, Katedra psychiatrie IPVZ, Psychiatrická ambulance v Praze 1 se zaměřením na deprese, úzkosti, psychosomatiku a to farmakoterapii a integrativní individuální psychoterapii, lektorka psychoterapeutického výcviku Skálava institutu, v poslední době spolupracuje s Centrem pro neuropsychiatrický výzkum traumatického stresu při 1.LF UK Praha I.

Prochazkova.alena@atlas.cz

Irmiš F.: EMOCE A AUTONOMNÍ NERVOVÝ SYSTÉM

ANS při emocích u psychosomatických nemocí, neuróz, poruch osobnosti (odlišná reakce při úzkostnosti a impulzivitu). Možnosti fyziologické regulace. Individuální reakce při emoční zátěži v potížích (symptom specifity), v fyziologických objektivních vyšetřeních (response specifity) nebo jen na určitý podnět (stres specifity). Přednáška se týká měření ANS (klinické, testy, funkčně objektivní). Obraz orgánový, celkový, konstituční, získaný (např. při stresu nebo jiných chorobách).

O autorovi: MUDr. Felix Irmiš, CSc. Začínal v medicíně jako lékař- farmakolog v r. 1961, později pracoval ve Výzkumném ústavu psychiatrickém, tam udělal kandidaturu na téma individuální rozdíly a EEG, dále se věnoval oblasti psychofyziologie vegetativního nervového systému u neuróz. Dále pracoval v oblasti psychiatrické rehabilitace z hlediska vegetativní nervové soustavy. Věnuje se psychosomatice, alternativní medicíně, homeopatii nyní jako psychiatr se zaměřením na psychosomatiku a poruchy osobnosti, rodinné terapie u úzkostně depresivních pacientů.

Celý příspěvek je publikován v tomto čísle v oddílu Teorie

<mailto:irmis.felix@cbox.cz>

Bob P.: DISOCIACE, EPILEPTIFORMNÍ AKTIVITA A PSYCHOSOMATICKÉ PROCESY

Centrum pro neuropsychiatrický výzkum traumatického stresu, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Praha

Propojení psychického a somatického je vzhledem k filosofické tradici renesančního a moderního evropského myšlení chápáno jako jednosměrné působení somatických procesů na psychické děje. Opačné působení tj. psychických procesů na děje somatické zůstávalo až donedávna mimo zorný úhel psychologického i neurovědního výzkumu. Výzkum v těchto oblastech však zejména v posledních patnácti letech přináší celou řadu poznatků o vlivu psychických procesů spojených s působením stresu a traumatu na somatické funkce a jejich ovlivnění patologického procesu. Především jde o psychické procesy spojené s poruchou integrovaných funkcí vědomí tzv. disociace. Tato obraná psychická reakce se objevuje jako důsledek traumatického stresu, který vede k celé řadě endokrinních, imunitních a epileptiformních patologických procesů. Stávající poznatky dokládají charakteristické

epileptiformní změny u traumatizovaných jedinců a to zejména v pravém i levém temporálním laloku a v levém frontálním laloku, které mají charakter ostrých vln, hrotů, a paroxysmálních pomalých vln bez obvyklých neurologických projevů epilepsie a to pravděpodobně v důsledku kindlingu podmíněného opakovaným působením traumatického stresu (Putnam, 1997, Teicher, 2003, Bob, 2003; Bob, Vymětal, 2005). Kindling (česky rozněcování) představuje opakované elektrické dráždění v určitých neuronových dráhách, které je schopno vyvolat epileptickou aktivitu. Toto dráždění je vyvoláno v případě tzv. behaviorálního kindlingu opakovanou expozicí traumatických prožitků a je obdobou kindlingu v experimentálních podmínkách, kdy dochází k vyvolání epileptické aktivity vlivem opakované aplikace podprahového i poměrně malého elektrického impulsu v určitých mozkových strukturách. Moderní poznatky potvrzují, že epileptická aktivita charakterizující záchvaty je schopna produkovat celou škálu psychopatologických projevů od deprese až po psychotické projevy a dále pak také celou škálu somatických projevů od záchvatů až k projevům nejrůznějších interních symptomů, které vznikají jako důsledek epileptických výbojů v autonomním nervovém systému (Roberts et al., 1992; Kanner, 2001; Baumgartner et al., 2001; Bob et al., 2005). Pravděpodobný vztah epileptiformních procesů a disociace tak poskytuje perspektivu jednotičího vidění některých psychopatologických a somatoforních projevů disociace, která také z neurovědního hlediska potvrzuje klinickou zkušenost, kdy se jako jednotící příčina rozsáhlých symptomatických projevů některých pacientů jeví iniciální traumatizující proces spojený s disociací a porušující jednotu vědomí. Významným důsledkem těchto poznatků z hlediska léčby je pak také poznatek, že byla v některých případech vedle psychoterapie doložena také dobrá odpověď na antikonvulzní léčbu (Roberts et al., 1992; Bob et al., 2005).

<mailto:petr.bob@lf1.cuni.cz>

Poděkování:

Autor děkuje za podporu projektu Centra pro neuropsychiatrický výzkum traumatického stresu 1M06039

Literatura:

Baumgartner, C., Lurge R.S., Leutmezer, F. (2001): Autonomic symptoms during epileptic seizures. *Epileptic Disorders* 3, 103-116.

Bob, P. (2003): Dissociation and neuroscience: History and new perspectives. *International Journal of Neuroscience* 113, 903-914.

Bob, P., Vymětal, J. (2005): Psychobiologické reakce na stress a trauma. *Česká a slovenská psychiatrie* 101, 425-432.

Bob, P., Susta, M., Pavlat, J., Hynek, K., Raboch, J. (2005): Depression, traumatic dissociation and epileptic-like phenomena. *Neuroendocrinology Letters* 26, 321-325.

Kanner, A. M. (2001): The Behavioral Aspects of Epilepsy: An Overview of Controversial Issues, *Epilepsy & Behavior* 2, 8-12.

Putnam, F. (1997): *Dissociation in Children and adolescents. A developmental Perspective.* The Guilford Press, London, New York.

Roberts, R.J., Gorman, L.L., Lee, G.P., Hines, M.E., Richardson, E.D., Riggle, T.A., Varney, N.R. (1992): The phenomenology of multiple partial seizure like symptoms without stereotyped spells: An epilepsy spectrum disorder? *Epilepsy Research* 13, 167-177.

Teicher, M.H., Andersen, S.L., Polcari, A., Anderson, C.M., Navalta, C.P., Kim, D.M. (2003): The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 27(1-2), 33-44.

Hnízdil J.: PŘÍČINA CHOROBY: LÉK

Lékaři upozorňují, že problematika kloubních onemocnění nabývá charakteru celosvětové epidemie a o současné epoše dokonce hovoří jako o epoše *artrózy*. Sdělení Evropské společnosti pro studium bolesti říká, že kloubními obtížemi, bolestí hlavy a zad trpí každý pátý Evropan. Ekonomiky jednotlivých zemí na léčbu těchto pacientů každoročně vynakládají 34 miliard EUR. Dramatický nárůst pacientů trpících bolestmi kloubů jde ruku v ruce i se stoupajícími náklady na jejich léčení. Vždyť jen v České republice loni přesáhly výdaje na léky magickou hranici 50 miliard, přičemž na prvních čtyřech místech žebříčku nejprodávanějších léků suverénně kralují právě analgetika.

Přes relativně snadnou dostupnost těch nejmodernějších diagnostických technologií v podobě počítačové tomografie, nukleární magnetické rezonance a ultrasonografie a pestrou nabídku vysoce účinných léků proti bolesti i revmatu a záplavu různých prostředků takzvané kloubní výživy, počet pacientů neustále narůstá. Kde hledat příčiny tohoto stavu? Problematika degenerativních kloubních onemocnění, artrózy, je modelovou ukázkou zvědečtění, medikalizace dříve přirozeného lidského života.

Medicínsko-farmaceutický průmyslově-obchodní komplex to s námi myslí dobře: neustále stupňuje tlak na vytváření nových diagnóz, aby obratem nabídnul jejich snadné léčení - léčivý; vytváří potřebu nových vyšetření (nové a dražší přístroje) a odhaluje nové poruchy, které pak nákladně léčí - léčivý. Analýzy prokazují, že čím více prostředků vynakládá společnost na zdravotní péči, tím nemocnější se cítí její občané. V letech 1966-1988 celosvětově vzrostl počet lidí, kteří se obávají o svoje zdraví z původních 15 na 50 procent. Úplná zkáza veškerého zdraví je blízko, zachraň se kdo můžeš. Lidé žijící v zemích, které občanům poskytují špičkovou lékařskou péči a zdravotnické informace, totiž spíše považují svoje obtíže za nemoci, zatímco lidé žijící v horších podmínkách považují tytéž problémy za přirozený stav.

Ideálním strašákem veřejnosti se v ruku medicínsko-farmaceutického komplexu mimo jiné stala právě *artróza*. Tu je ovšem nutné především chápat jako zcela přirozený proces stárnutí kloubů, obvykle odpovídající věku a způsobu života. Pozornost a péči lékařů vyžaduje zpravidla tehdy, pokud jsou degenerativní změny výrazně pokročilejší a provázené bolestí. Lidově řečeno: "je utahanej jako rumařská kobyla", nebo "je sedřenej", "život na něj naložil, až se z toho složil", "proti věku není léku" takže k stáru takového "bolí celej člověk". Zkrátka "co může člověk čekat na stará kolena". I odborníci jaksi pochopili že na vzniku a rychlém rozvoji artrózy se podílí celá řada faktorů, z nichž těmi nejčastěji uváděnými jsou: dědičnost, nadváha, chronické přetěžování kloubů, opakované úrazy a v širším měřítku nezdravý, stresující životní styl. Ani tento součet ale nepřináší vysvětlení, proč počet pacientů v posledních desetiletích tak hrozivě narůstá.

Vysvětlení je proto nutné hledat ve zcela pomýleném, ale zato přísně vědeckém přístupu současné medicíny ke smyslu a významu bolesti. Matka příroda nám jí dala jako varování před poškozením a obranu před pokračováním v sebepoškozujícím chování. A nejen to, když člověk zpozorní, bolest mu ukáže i na příčinu. Bylo by nasnadě snažit se bolesti rozumět a odstranit její příčiny, tedy problém kloubní bolesti řešit ještě ve fázi funkčních obtíží, které vždy předcházejí postupnému rozvoji degenerativních změn. Neboli, odstranit příčiny a tak vytvořit podmínky samoúdržavným procesům organismu, aby mohly konat. Milovníci paradoxů se dozvědí, že ze všeho nejdříve je nutno bolest tlumit, protože zhoršuje kvalitu života. A jsou tu naše spasilky, farmaceutické firmy. Vyrábějí léky na vše a proti všemu, vlastně v podstatě proti všem. Pacient je spokojen, už i sám umí užívat analgetika a antirevmatika, umí si sám o jejich předpis říci lékaři a lékař se nemusí trápit přemýšlením a pacientovi rád vyhoví. Dividendy rostou. Téměř bezchybný svět. Budiž pochválen předmět tržní spotřeby, dříve nazývaný lék.

Co na tom, že jenom v České republice je denně hospitalizováno pětadvacet pacientů s krvacením ze zaživacího traktu, z toho jedenáct v přímé souvislosti s užíváním tohoto typu

léků. Babička říkávala: "po účinku zlá rada". Ale jejich nejhorším nežádoucím (vedlejším) účinkem je, že potlačují bolest (ochranný signál) a dovolují tak pacientovi pokračovat ve zcela nežádoucím přetěžování kloubů, které je tou pravou příčinou bolestivých komplikací.

Tak si to shrňme: na co si dřívě babička dávala náčinek, jelikož "to přicházelo k sobě" a tím pádem to bolelo, to je teď „syndrom bolesti" a bolest je třeba tlumit. Analgetiky, antirevmatiky, anti anti... Bolest odejde a s ní i varování, že příčina trvá. Z poruchy se stane choroba, která vyžaduje složitá vyšetření a alespoň dva až tři různé léky, které je nutno brát právě proto, že se dřívě braly ty předchozí léky a ony správně účinkovaly. Tyto nové léky zhusta potlačují samouzdravnou schopnost organismu a přinášejí (zhusta) nežádoucí, vedlejší účinky. A co je nežádoucí, musí pryč a nastupuje třetí generace léků.

Ale farmacie je racionální věda a nejlépe ví, že prevence je třeba. Tu nemůže nechat na babičkách, které říkají: "jez do polosyta, pij do polopita, naplno vyjdou ti léta" nebo ". ????..."., ale vezme to do vlastních rukou. Za pár korunek jsou tu potravinové přípravky, u kterých je zvláštní jenom jedna věc: jak mohli lidé dřív žít bez nich. Tuhle myšlenku zdravotnicko - farmaceutická reklama nezištně šíří do všech stran a nikdo se jí nevyhne. V mozcích, vymytých již jinými reklamami se úlevně šíří jako jediné pravé učení. Pozor, lékaře nevyjímaje.

Souvislost mezi masovým nadužíváním a iracionálním předepisováním léků proti bolestem kloubů i prostředků kloubní výživy a dramatickým nárůstem pacientů trpících artrózou je tímto zřejmá. A máme tu děsivý paradox na závěr: lék se stává jednou z hlavních příčin této choroby.

<mailto:safarikova.l@volny.cz>

Bad'urová R., Boková P.: PŘÍPADOVÁ STUDIE PACIENTA S POLYMORFNÍMI OBTÍŽEMI

38-letý muž R.P., svobodný, SŠ vzdělání, hospitalizovaný na neurologické klinice pro došetření polymorfních obtíží - nevykonnost, únavnost, myalgie. Klinicky, laboratorně ani elektrofyziologicky myopatie nebyla prokázána, neurologický nále z v normě. R.P. uvádí pálení a bolesti ve svalech, prakticky ve všech, ale zejména na končetinách kofenové i distálně, jakoby byl stále unavený. Po ránu jsou potíže nejvýraznější, musí se "rozhýbat". Chůze i běh jsou bez omezení, sportuje. Maximum potíží se rozvíjí poslední 4 roky, od doby, kdy mu zemřel bratr. Po psychické stránce ho trápí po ránu pocit fyzického vyčerpání, rozlady, časté frustrace z fyzických problémů v zaměstnání a z pocitu samoty. Chybí mu partnerka, rodina. V současnosti žije v jedné domácnosti s matkou. Příčiny svých somatických problémů vidí v psychice (sebevědomí), možná v poruše prokrvování a odbourávání kyseliny močové ze svalů.

Psychologické vyšetření, při němž byly použity metody WMS, Raven, FDT, BT, ICL, Cornell-3, pozorování a rozhovor, nepotvrdilo psychopatologickou symptomatologii. Výkonové testy stanovily vrozenou fluidní inteligenci v pásmu nadprůměru a paměťové schopnosti v pásmu populačního průměru. V osobnostním testu ICL byly nejsilnější zastoupeny dimenze rysů: konformita, skromnost až poníženost, afiliace, protektivita, odpovědnost. Z kresby je patrná nejistota, nerozhodnost, nezakotvenost, nedůvěra, ovlivnitelnost, pasivita, oslabený smysl pro skutečnost (má myalgie x chce mít vypracovanou svalnatou postavu) a silná zaměřenost na tělesné schéma. V kresbě též naznačeny problémy v jemném sociálním kontaktu. R.P. má společensky příjemné vystupování, usiluje nepůsobit agresivně. Z diagnostického pohledu jde o akcentovanou osobnost s histriónskými a narcistickými rysy s tendencemi k dysforiím z inkongruence mezi ideálními představami a

jejich zvládnáním v realitě. Vzhledem k uvedeným skutečnostem usuzujeme na psychosomatickou symptomatiku.

Symbolika obtíží pana R.P. (bolesti svalů celého těla) leží v rovině potlačování přirozených afektů (jejich obsah je především agresivní, sexuální), které se pojí s prožíváním silné úzkosti z potenciálních následků agresivního chování. Tím dochází k napětí agonistické a antagonistické muskulatury, vedoucí ke vzájemné blokádě, chronicitě a zvýšení bolesti. Silné obrany a kompenzace stojí pana R.P. mnoho energie, čímž se zvyšuje jeho subjektivně prožívaný pocit únavy a vyčerpání. Pokřivený obraz o sobě, jehož pravou podobou nejspíše vnitřně pohrdá, představuje silný emoční tlak, který nemůže ve vědomé rovině zpracovat jinak, než jej potlačit do roviny somatického příznaku, kde se stává dostatečným alibi pro vlastní pracovní, společenskou i vztahovou nevykonnost. Ve vztahu k ženám může jít o prožívání ambivalentních pocitů vzhledem k impulzům, které pro něj sexuální tematika (s ohledem na její katarzní funkci) má. Tento konflikt řeší narcistním postojem, kde nemoc představuje opět výmluvu za ztroskotání. V případě vývoje pana R.P. usuzujeme na silný výchovný tlak rodičovských figur.

Autorky:

Boková Petra, Mgr.: Obor: interně (doktorské studium psychologie na FF MU v Brně), výuka na VŠ (komunikace, psychologie), externě (muzikoterapie, podpůrná terapie pro ambulantně se léčící klienty po hospitalizaci s psychózou) Vyučuje na VŠ - oblasti psychologická terminologie, komunikace, hudební psychologie, aktivně se věnuje muzikoterapii hyperaktivních dětí a skupinové terapii klientů s psychózou, v současnosti v terapeutickém výcviku – brněnský Gestalt – Dialog)

Baďurová Radmila, Mgr.: Obor: psycholog v klinice (neurologické klinice FN Brno Bohunice) a ve výzkumu (LF MU Brno) Zabývá se psychodiagnostikou, psychosomatikou a neuropsychologií v rámci působení na NK, prohlubuje znalosti v používání metody ROR (IPVZ Brno), podílí se na výzkumné činnosti v oblasti delirií a demencí ve spolupráci s LF. Zajímá se o terapie pracující s tělem (taneční terapie, bioenergetika, sanoterapie) v rámci krátkodobých seminářů.

<mailto:BadurovaR@seznam.cz>

Baštecký J., Boleloucký Z.: TRICET ROKŮ ČINNOSTI PSYCHOSOMATICKÉ SEKCE PSYCHIATRICKÉ SPOLEČNOSTI ČLS

S O U H R N: V práci je podrobně popsána činnost psychosomatické sekce Psychiatrické společnosti ČLS J. Ev. Purkyně od jejího vzniku v r. 1975 na úseku teoretickém, klinickém, organizačním, výzkumném a výukovém. Cílem sekce je zejména prosazování psychosomatického přístupu ve zdravotnictví a bio-psychosociálního modelu zdraví a nemoci. Svou činnost rozvíjí sekce na mezioborovém principu.

Celý text viz oddíl Koncepce, politika

Bendová, M.: ÚZKOST A DEPRESE JAKO FAKTOR KOMPLIKUJÍCÍ LÉČBU SEKUNDÁRNÍHO LYMFEDÉMU

FN Brno a LF MU Brno

Lymfedém končetin je klasifikován (WHO, 1988) jakožto onemocnění podmiňující psychosociální handicap nemocných. Je charakterizován jako chronické, progredující onemocnění, které je celoživotní zátěží a postihuje pacienty jak fyzicky tak psychicky. Jde o onemocnění vážné, které výrazně zasahuje do kvality života nemocných. Z celé řady psychosociálních faktorů ovlivňuje nemocné především bolest v postižené končetině, obtíže s oblékáním (nemožnost konfekčního ošacení a obuvi, snížení aktivity doma i v zaměstnání, narušený „body image“, omezená sociální interakce i partnerské vztahy, úzkost a deprese různé hloubky apod. Kromě toho u nemocných s lymfedémem končetin vidíme i souběžné psychické poruchy, nešťastné výsledky psychických obranných mechanismů i vlivy spojené s fází onemocnění. Vyléčení ad integrum u lymfedému neexistuje. Proto je základní nutností při léčbě lymfedému zařadit péči o postiženou končetinu do denního režimu. Vzniklé psychické poruchy, úzkost a deprese však velmi negativně ovlivňují tuto nutnost. Propadne-li pacient s lymfedémem depresi a zklamání a vzdá-li svou perspektivu, dodržuje požadovaný režim hůře a na svou účast v terapii zcela rezignuje. O postiženou končetinu se nestará a tím se uzavírá bludný kruh. Proto je zařazení léčby psychického stavu pacienta a jeho podpory, nezbytně nutná. Vhodná je systematická psychoterapie a tam, kde psychoterapie nestačí, je vhodná i léčba psychofarmakologická. V současné době se spolupráce s psychoterapeutem či psychiatrem stala nezbytnou součástí léčby nemocných s lymfedémem končetin..

O autorce: Doc.PhDr.Marcela Bendová,Ph.D., klinický psycholog.psychoterapeut, po promoci 3 roky na Psychiatrické klinice jako klinický psycholog, od r.1968 jako klinický psycholog na Gynekologicko porodnické klinice LF MU doposud. Zaměření mé práce: Psychoterapie, psychosomatika, psychodiagnostika, psychoonkologie a komunikace. Od r.2005 současně přednostka Ústavu psychologie Lékařské fakulty Masarykovy univerzity v Brně.

e-mail:mbendova@fnbrno.cz

Chvála V., Trapková L.: EMOČNÍ POLE RODINY A SOMATIZACE

Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch v Liberci

Při práci s pacienty přijímanými na naše pracoviště, které se zabývá především léčbou psychosomatických poruch, používáme již mnoho let tzv. časovou osu. Při tom se nám otvírá pohled na nemoc v poněkud jiné perspektivě než při obvyklé anamnéze zaměřené na jedince v ordinaci jedné odbornosti. Zorné pole se rozšiřuje na všechny členy rodiny, na jakékoli symptomy bez ohledu na to, ke komu patří, tělesné příznaky stejně jako poruchy chování nebo psychické symptomy zde vystupují do popředí nebo ustupují do pozadí v dlouhé časové perspektivě. Vidíme zde vývoj několika generací rodu, slyšíme rodové mýty o zraněních, které rodina přestála, o způsobech, jak si s tím či oním poradila, vnímáme rod jako živý organismus, z něhož jednotlivci čerpají svou sílu, nebo naopak mu svou vitalitu odevzdávají.

Těžko přehlédnutelným jevem jsou období, ve kterých stoná více jednotlivců v rodině současně nebo postupně, jako by jejich nemoci spolu nějak souvisely. Nejde dokonce ani o běžné infekční nemoci typu spalniček, ale nemoci zcela různého druhu. Dcera těžce krvácí po porodu, matku hospitalizují pro silnou menorhagii a babičku pro embolizaci. Jinde je matka depresivní, dcera bulimická a otec trpí bolestmi v zádech. Některé kombinace nemocí jsou častější, jako záchvaty žlučnickových kolik u jednoho a bolesti kloubů u druhého z partnerů, nebo bolesti hlavy u ženy a hypertenze u muže, záchvaty ischemické choroby srdeční u babičky, deprese a bolesti kloubů u její dcery a hypertenze s nespavostí a bolestmi zad u jejího zetě. Pokud ještě žije dědeček, ten by vhodně spektrum rodinných nemocí doplnil třeba rozvojem hluchoty v lepším, Parkinsonizmu v horším případě. Není na tom nic divného, každý ze své rodiny víme, že nemoc jednoho člena zatíží ty ostatní, dosud zdravé a ti se s tím musí nějak vyrovnat. Záleží na mnoha okolnostech, zda se tak stane za cenu zvýšené aktivity, nebo vzniku nemocí.

Zdá se, že jsou rodiny, které snadněji vytvářejí symptomy a jiné, kde symptomy najdeme jen vzácně i když procházejí nepochybně stejnými vývojovými úkoly. Právě tato jedinečnost ve zvládání životních situací je jedním z důvodů, proč lze jen obtížně zkoumat jinak očividný fakt, že lidé v rodinách stonají často pro sebe navzájem, nebo jinak řečeno pod vlivem vzájemných interakcí. To je však, podle našeho názoru, hlavním důvodem, proč se nad tzv. somatizací vyskytuje v literatuře tolik rozpaků. Je jasné, že individuální organismus vytváří jakékoli tělesné symptomy, zdroj jeho chování neleží v něm samém, ale mnohem spíše v interakčním poli s jeho nejbližším okolím. Jednoduše řečeno, rodina na své vývojové cestě je zdrojem emocí, v jejichž silovém poli se organismus jedince nějak chová. Míra autonomie rozhoduje o tom, zda bude nucen sdílet silové pole rodiny s ostatními nebo se pokusí osamostatnit. Čím méně přímé moci ovlivnit chod věcí v rodině, tím spíše bude nucen organismus hledat cestu k nepřímé moci, například nemocí. Astmatické dítě vypadá bezmocně, ale kdo v době záchvatu rozhoduje o tom, co budou rodiče dělat? Patrně platí, že čím více lze v rodině otevřeně komunikovat o potřebách všech jejích členů, tím méně je třeba komunikovat nepřímou, tedy například nemocemi nebo podivným chováním. (Podobně jako tělesný symptom může rodinu ovládat drogová závislost nebo závislost na automatech byt posedla jen jediného člena rodiny, protože na ni doplatí všichni)

Tak lze patrně mluvit o psychosomatické rodině (jak o ní psal Salvadore Minuchin), nebo o patologickém emočním poli rodiny, které je sice těžké objektivizovat, každý ho však dobře zná, když takovou rodinu sám navštíví. Je tam nesnesitelně, host sám může na sobě zažít somatizaci např. bolesti hlavy a příště se raději takové návštěvě vyhne. Význam somatizace by bylo třeba zaměřit na takové „emoční pole rodiny“. O jeho existenci nemáme pochyb, když řada našich intervencí u psychosomatických poruch vede přes zásah do rodiny rodinnou terapií nebo přes jiný druh psychoterapie zmenšením vlivu emočního pole na nemocného jedince. Rodina při svém vývoji musí vytvářet interakční prostor, ve kterém vzniká nutně emoční pole. V určitých obdobích je významnější, vlivnější, v jiných je klidné. Tak už Freud popsal období mezi 6 a 12 rokem dítěte jako období latence. Je to doba, kdy po překonání významného vývojového práhu kolem 5-6 let dojde ke zklidnění emocí a tedy se nijak nedíváme, že také nemocí v rodině. Je-li v rodině více dětí, situace je mnohem složitější. A ještě více komplikací nacházíme tam, kde se kolem dětí střídají v domácnosti různí dospělí při nestabilitě partnerství rodičů. To však není důvod, proč bychom měli odvrátit svou badatelskou pozornost od této významné stopy.

O autorovi: MUDr. Vladislav Chvála, studium LF UK v Hradci Králové 1972- 78, praxe ženské lékařství, porodnictví 10 let, od r.1989 Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch v Liberci, akupunktura, rodinná terapie, člen výboru ČPS, člen psychosomatické sekce Psychiatrické společnosti ČLS JEP, člen SOFT, lektor a supervizor rodinné terapie, certifikát o psychosomatickém vzdělání IPVZ

<mailto:chvala@sktlib.cz>

Janáčková L.: INTIMNÍ CHIRURGIE. JE VELIKOST PENISU SKUTEČNĚ DŮLEŽITÁ?

Ústav psychologie LFMU

Pohlavní úd, latinsky penis, je často spojován s celou škálou emocí. Může být zdrojem velkého potěšení (nejen pro muže), ale i velkých starostí (nejen pro muže).

Většina mužů se někdy ve svém životě setkala s pocitem obav zda délka, nebo šířka jejich penisu je dostatečná. Dodnes přetrvávají mýty o významu velikosti penisu pro pohlavní život a v podvědomí lidí hrají rozměry pyje důležitou roli při hodnocení sexuální výkonnosti muže. Muži mívají s velikostí svého penisu problém. Prý zpravidla touží po větším, protože jsou přesvědčeni, že velký penis se rovná i velké radosti při sexuální aktivitě.

Odkud tedy plyne vžitě přesvědčení mužů, že na velikosti záleží? K nespokojenosti s velikostí penisu dochází především u těch, kteří v pubertě dospívali později, a tudíž se pro svou nedostatečnou mužnost stali terčem posměchu vyspělejších spolužáků. Přestože i oni nakonec dospěli a jejich penis dorostl běžné velikosti, pocit nejistoty v nich možná přetrvával i nadále. Tato nejistota se mohla prohlubovat zaslechnutím nevhodné poznámky ze strany okolí na plovárně, ve společných sprchách, na ubytovnách, na vojně. Znejištění a mnohdy i asymetrickou pozici v páru způsobují z různých pohnutek sami ženy, shobením muže poukazem na jeho „malý“ penis, nebo poznámkou typu „hm s dvaceticentimetrovým to musí být opravdu rajc“ atd. Zvláštní roli při sebezkoumání muže hraje i falešná představa, že obří rozměry z pornofilmu, či časopisu jsou něco jako standard.

Ve výzkumné studii u naší populace studentů LF a FF jsme zjistili běžnou délku po ztopoření 12 až 16 cm. Nelíšme se tedy výrazně od celosvětového průměru, který byl oznámen v listopadu 2003 na Evropské konferenci o sexuálním zdraví v Istanbulu a který činí při erekci podle posledních měření 12,9 cm.

Navzdory dobrým radám sexuologů se poměrně mnoho mužů snaží svoji mužnost ještě zvětšit, a to i u nás. Jde dokonce i o celkem uspokojivě vybavené jedince, kteří přicházejí na kliniky plastické chirurgie s tímto přáním. Při výběru pacientů na penoplastiku se setkáváme s problémem PACIENT versus CHIRURG. Pacient má většinou konkrétní představu co chce, a chirurg ví, co může udělat. Praxe ukazuje, že chirurg přistoupí k operaci, když je pacient schopný akceptovat prodloužení v klidovém stavu maximálně o dva centimetry. Přidáváním tukové tkáně je možné dosáhnout i zvětšení obvodu penisu, které je však jenom dočasné. Tuk se totiž časem vstřebá. Jestliže je navíc pacient dostatečně solventní (u nás 23000 Kč za každou jednotlivou operaci, tedy zvětšení a prodloužení, ve státech EU přibližně 5000-6000 EU, ve Spojených státech 5900 dolarů) nic nebrání operaci.

Operace penisu, které mají za účel penis prodloužit, zvětšit jeho průměr, nebo obojí, se provádějí ze dvou hlavních důvodů. Vrozená vývojová vada – mikropenis. O této poruše mluvíme tehdy, když penis dosahuje velikosti dětského malíčku. A subjektivní pocit nedostatečné velikosti penisu. Muž je přesvědčen, že velikost jeho penisu je nedostatečná a očekává, že po operaci tento pocit zmizí. Třetí, zvláštní skupinu tvoří muži, kteří chtějí vydělávat na velikosti svého penisu v pornografickém průmyslu.

Historie prodloužování penisu nabízí tyto možnosti: incize suspensorního ligamenta, uvolnění fundiformních ligament, odpojení corpora cavernosa od ramus ischiopubicus (Kelley, Eraklis 1971), M- plastika kožní v oblasti suprapubické (Reed 1994 China), V-Y posun (Chung 1990), Z- plastika (Gilbert 1994), dvojitá Z plastika (Gary J. Alter 1995).

Při augmentaci byli použity goratexové implantáty (Gore), silikonové implantáty, lalok nebo štěp z facie abdominis, tukový štěp (Horton 1994), koriotukový štěp, výplňové látky na bázi kyseliny hyaluronové, silikonový gel. Jako kuriozitu je možné uvést minerální oleje a kameny.

V současné době se mezi nejčastěji používané metody prodlužování řadí uvolnění závrtného ligamenta. Nejpoužívanější metodou zvětšování je bezesporu tukový štěp do oblasti mezi kůží a topořivá tělesa.

Mezi komplikace spojené s běžným operačním výkonem můžeme uvést také impotenci, inkontinenci, bolest, sníženou citlivost a zmrzačení, přestože jejich procentuální zastoupení je malé.

Zvážíme-li výsledky a možná negativa operace je zřejmé, že v motivaci pacienta přistupujícího k operaci se setkáváme s pragmatickým přáním zlepšit vzhled versus patologickou projekcí problémů podvědomí. K zamýšlení stojí též objektivní stav versus stupeň důležitosti přikládané pacientem.

Operační prodloužení, zvětšení penisu ve většině případů neřeší skutečný problém pacienta. Operatér by se měl vždy zamyslet, zda jeho pacient nepatří do rizikové skupiny, která nebude spokojená s výsledkem operace. Mezi rizikové pacienty můžeme zařadit pacienty s nadměrným očekáváním, pacient detailista, nerozhodný pacient, nevyzrálý pacient, „důležitý“ „pacient, pacient s velkými obtížemi navazující kontakt a „surgiholic“ pacient.

Nespokojený pacient není dobrou reklamou operátora ani jeho pracoviště.

„ Komerční“ prodlužování penisu není z lékařského hlediska etické.

Závěrem je nutné ještě připomenout, že průměrná délka vagíny je 10-12 centimetrů. Největší počet nervových zakončení se nachází okolo poševního vchodu a v první třetině pochvy. Pro sexuální uspokojení ženy tedy není velikost údu muže rozhodující.

O autorce: PhDr.Laura Janáčková Strouhalová, CSc. vystudovala FF UK v Praze obor psychologie. Svůj studijní pobyt na 1.LF UK využila k získání kandidatury psychologických věd. Dále pracovala jako odborný asistent FVL UK na odd.lékařské psychologie, psychotherapie a psychosomatiky. Vyučovala zde studenty LF. V letech 2000-2004 pracovala na Václavské univerzitě, kde obhájila titul Dr.phil. Nyní pracuje jako odborný asistent LF MU v Brně.

<mailto:LauraStrouhalova@seznam.cz>

Tondlová H.: ÚZDRAVNÁ MOC ODPUŠTĚNÍ

Ústav onkologie a pneumologie, Nová Ves pod Pleší, obl. nem. Příbram, konziliární psychiatri, Sanatorium TOPAS, Škvorec, psychiatri

Motto: O. Wilde: „Vím jenom, že život nelze pochopit bez odpuštění a že bez odpuštění jej nelze žít“

Všechno tělesné strádání je daleko intenzivněji vnímáno ve stavu myslí sžirající se nemožností alespoň pomyslně se pomstít za vědomé či nevědomé křivdy od našich známých, blízkých, křivdy společenské, neúspěchy, nedosažení cílů. Za svou dlouholetou praxi a hlavně v paliativní medicíně jsem došla k názoru, že nemožnost a neschopnost odpuštění člověka vždy velmi svazuje, souží a bolí někdy víc než nemoc sama. V následující kauzistice ze sanatoria Topas je ústředním bodem právě touha po odpuštění, kterého po velkých bojích dosáhla.

F.T. – 1921-2003

Přijata do sanatoria Topas z domácí péče v listopadu 2001, nebyla schopna se o sebe postarat. Dg.: incip. smíšená demence, ICHS, stp. IM v r. 2000, v anamneze polyneuropatie, amauroza pravého oka a 2 roky trvající námahová dušnost, pro kterou byla odeslána na

diagnostický pobyt na plicní odd. Velešlavin. Zde zjištěn bronchogenní karcinom a odeslána zpět.

RA.: Z rodiny sedláka na Moravě, ze tří dětí, bez jakékoliv zátěže.

OA: V mládí nebyla nemocná, začala studovat na KU ihned po maturitě matematicko-fyzikální fakultu, pro protest proti zavření vysokých škol celou válku v koncentračním táboře. Ač oslabená, začala již na podzim v r. 1945 znovu studovat. V r. 1950 těsně před ukončením vyjádřila dle svého přesvědčení kritiku dění kolem procesů a byla opět odsouzena, tentokrát na 15 let vězení. Domů šla „již“ po osmi letech, s podlomeným zdravím, dostudovala až v r. 1967, ale stejně nemohla své vzdělání uplatnit. Neměla sílu založit rodinu, když viděla jak spoluvězenkyně trpěly rozvody na dálku – málokdo z partnerů vydržel. Měla řadu hodnotných kontaktů z doby věznění a byla navštěvována.

Stykem s těmito návštěvami jsem mohla získat objektivní informace. Pacientka těžce nesla, že křivdy ve vězení byly od příslušníků vlastního národa. Jako věřící necítila nenávisť, posilovala se modlitbou, ale odpuštění nepřicházelo. K tomu přibyl ještě tranzitorní cca 5 dní trvající paranoidní sy. Protože 1x týdně jsem se individuálně pacientce věnovala, také proto, abych se poučila o cestě k odpuštění a společně jsme se modlili Otče náš, se zvláštním důrazem na závěr „odpusť nám naše viny, jakož i my odpouštíme našim viníkům“. Přímou jsem se zeptala na její cestu k odpuštění, které se jí dlouho nedařilo, až ho dosáhla. Svoji vyrovnanost vysvětlila tím, že prosila o schopnost odpouštět. Připomnělo mi to německého klasika Ephraima Lessinga, v jehož díle Moudrý Nathan po ztrátě všech blízkých ztratil i víru, plakal, hněval se a zuřil, aby nakonec prosil Boha .. „chci, jen chceš-li, abych chtěl“. Mohlo by se tedy mýnit, že věřící mají usnadněné vše - ne vždy mají schopnost odpustit. Několik dní před smrtí začala pacientka mít velké bolesti, po konzultaci s onkologií na Pleši a nasazením Durogesiku se zklidnila a žádala kněze, známého Františkána z Prahy. Bylo jí vyhověno. Vedení sanatoria chtělo náklady uhradit, což bylo odmítnuto.

Pacientka zemřela několik dní po té. Ač polymorbidní, traumatizovaná životem, měla klidný výraz, odešla ve spánku, uzdravena odpuštěním, které je volním aktem.

Snažme se i my kvalitu našeho života zlepšit alespoň snahou o odpuštění a zaměřit se na tento postoj v jakémkoliv období života i života našich pacientů (Frankl). Je to v podstatě možnost volby.

O autorce:

MUDr. Henrieta Tondlová, psychiatr. V r. 1963 promoce na FVL-stomatologie. Tam jsem se setkala s psychosomatickou reakcí. Po úrazu nemožností vykonávat praxi stomatologa jsem vystudovala všeobecné lékařství, promoce v r. 1966. Zvolila jsem obor nenáročný na manuální zručnost. Soustavněji jsem se začala zabývat psychosomatikou díky Doc. MUDr. Bašteckému a prim. MUDr. Šavlíkovi v r. 1981. V r. 1981 až 1990 jsem externě pracovala na CKOIII, kde zasluhou Prof. MUDr. Andryška vznikla první integrovaná onkologicko-psychiatrická ambulance v zemích tehdejší RVHP. Od r. 1991 dosud pracuji jako konziliář na onkologii v OLÚ Nová Ves pod Pleší spolu s psycholožkou PhDr. Ságovou v týmu ředitelky prim. MUDr. Aschermanové. Na krátký úvazek jsem dosud na železniční nemocnici. Od r. 1992 do 2004 jako primář, nyní psychiatr v gerontopsychiatrickém sanatoriu TOPAS.

<mailto:ales.tondl@volny.cz>

POLITIKA, KONCEPCE

Baštecký J., Boleloucký Z.: TRICET ROKŮ ČINNOSTI PSYCHOSOMATICKÉ SEKCE PSYCHIATRICKÉ SPOLEČNOSTI ČLS

Baštecký J. – Subkatedra soudní psychiatrie a psychologie IPVZ, Psychiatrická léčebna Bohnice-Praha

Boleloucký Z. – Psychiatrické a psychosomatické oddělení Nemocnice Svitavy

Máme-li dnes hodnotit více než 30 roků činnosti psychosomatické sekce, musíme si uvědomit, že rozhodnutí tehdejšího výboru Psychiatrické společnosti (vědecký sekretář K. Dušek / České lékařské společnosti J.Ev. Purkyně založil komisi pro studium psychosomatiky /1974) bylo nanejvýš prozíravé a přišlo v pravý čas. Tehdy totiž dozrávaly podmínky k prosazování psychosomatického přístupu v československém zdravotnictví, k rozvoji výzkumu v psychosomatické medicíně u nás a k širší aplikaci metod psychosomatické intervence, a to i za situace, kdy psychosomatická medicína nebyla u nás vůbec institucionalizována a kdy zcela převládal biomedicínský model zdraví a nemoci. Navíc rozvoji psychosomatické medicíny byly v období utužující se normalizace kladeny ideologické překážky.

Komise se konstituovala na přelomu let 1974 a 1975, a to téměř současně s komisí klinické psychofyziologie (jež navázala na činnost dřívější kortikoviscerální komise) Společnosti vyšší nervové činnosti ČLS, ta se od r. 1990 nazývá Společností pro psychosomatické integrace ČLS a v jejím rámci pracuje sekce pro neurohumorální integrace a behaviorální medicínu.

Naše komise získala později statut sekce, která měla k 31.12.1989 180 členů z řad psychiatrů, klinických psychologů a odborníků z ostatních biomedicínských disciplín. Získala též adresář 25 slovenských zájemců, jež jsme občas na naše akce zvali. V r. 1990 se ustavila sekce psychosomatické a behaviorální medicíny v rámci Slovenské internistické společnosti a současně byl konstituován Kabinet psychosomatické a behaviorální medicíny slovenského Institutu pro další vzdělávání lékařů v Bratislavě. Z tohoto je vidět rozdílný přístup oproti České republice, kde Internistická společnost ČLS zmařila funkční specializaci z psychosomatické a behaviorální medicíny, kterou naše sekce koncipovala. Na druhé straně Psychiatrická společnost SLS (L. Vavrušová) zmařila konání 10. jubilejní slovensko-české psychosomatické konference v r. 2003 a tak 10. česká konference se konala v r. 2004 v Liberci (V. Chvála).

Naše sekce od svého vzniku spolupracuje se Společností pro psychosomatické integrace ČLS, se sekcí psychoterapie a rodinné terapie Psychiatrické společnosti (nyní se Společností pro psychoterapii a rodinnou

terapii) a s dalšími sekcemi nepsychiatrických oborů, které postupně vznikaly od r. 1990. Připravuje se založení Společnosti behaviorální medicíny.

Naše sekce měla vždy i vzhledem ke složení členské základny výrazně mezioborový charakter. Je orientována převážně klinicky a v souladu s trendy psychosomatické medicíny ve světě zaměřuje činnost svých členů na prosazování tzv. nespecifických koncepcí psychosomatiky, zejména těch, jež jsou psychofyziologicky orientované (včetně kortikoviscerální koncepce K.M. Bykova a I.T. Kurcina), avšak od r. 1990 integruje koncepce, jejichž teoretickým základem je psychoanalýza a kognitivně behaviorální terapie.

Na psychosomatické poruchy nahlížíme jako na onemocnění charakterizovaná multifaktoriální etiologií a patogenezou (Lipowski 1986) a vycházíme z biopsychosociálního modelu zdraví a nemoci G.L. Engela (1977) a ze systémového přístupu. Bio-psycho-sociální model převzala i III. verze koncepce oboru psychiatrie (Janík a Dušek, 1977), jež jako první z koncepcí klinických oborů v České republice výslovně zdůrazňuje i péči o psychosomaticky nemocné. Model je zakotven i v současné koncepci.

Sekce se ve výzkumu orientuje jednak na kasuistiky jedna na kontrované klinické pokusy a zejména na studie prospektivní. Podporuje i rozvoj mezioborových směrů, např. biobehaviorální onkologii, psychoneuroimunologii a psychoneuroendokrinologii. Snaží se napomáhat institucionizaci psychosomatické medicíny a postgraduální a pregraduální výuce.

V letech 1978 až 1980 pracovala jednotka psychosomatické lůžkové péče v rámci interního oddělení OÚNZ Praha-západ v Třebotově (J. Šavlík). V r. 1983 byla založena obdobná jednotka v rámci interního primariátu PL Pezinok (R. Štefanovič) a další. 1.9.1989 zahájilo činnost Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch a léčení bolesti původně v rámci OÚNZ Liberec (V. Chvála). Vznikla další lůžková a poliklinická oddělení, např. RIAPs a klinika ESET v Praze.

V r. 1983 byla zahájena činnost školicích míst v psychosomatické medicíně v rámci ILF (nyní IPVZ) pod vedením J. Bašteckého a J. Berana. Ve 23 stážích prošlo dosud 150 lékařů různých oborů. Bohatou výukovou činnost pořádá i Středisko komplexní terapie a další instituce.

Konečně z řad členů sekce se ustavil i autorský kolektiv nomografie Psychosomatická medicína (editoři: J. Baštecký, J. Šavlík, a J. Šimek), jež vyšla v nakladatelství AVICENUM-GRADA v Praze r. 1993.

Od svého vzniku připravuje sekce program 18 vědeckých schůzí psychiatrické společnosti, samostatně uspořádala 35 vědeckých schůzí sekce a dalších několik schůzí společně s jinými lékařskými společnostmi. Poslední z nich se konala v Liberci v r. 2004 (koordinátor V. Chvála). Publikoval o ní J. Baštecký (2004).

Nemalou zásluhou sekce je i ta skutečnost, že se jí v období utužující se normalizace podařilo vyjmout psychosomatickou medicínu z oblastí, jež byly terčem ideologické kritiky (Boleloucký a Baštecký 1976).

Sekci se však dosud nepodařilo zapojit se do činnosti mezinárodních společností, např. Mezinárodní společnosti psychosomatické medicíny a Mezinárodní společnosti behaviorální medicíny, i když někteří její členové se jejich mezinárodních konferencí účastnili, anebo jsou i jejich zakládajícími členy. Česká pracovní skupina pro biobehaviorální onkologii byla v r. 1984 přijata do Evropské pracovní skupiny pro psychosomatický výzkum zhoubných nádorů a zapojila se v r. 1988 do jejího mezinárodního výzkumného projektu. Autor tohoto sdělení byl v r. 1984 v Kyjevě zvolen členem její vědecké rady a dalšími řádnými členy se stali Z. Boleloucký a H. Tondlová.

Výsledky činnosti psychosomatické sekce za posledních 30 roků.

Ty lze shrnout:

1. V návaznosti na tradice průkopníků psychosomatické medicíny v Československu (např. L. Haškovec, O. Janata, Z. Macek, Z. Mařatka, J. Roubíček, J. Šráček, M. Velek, M. Vojtěcovský, M. Zapletálek, V. Zikmund a další) prosazovala sekce psychosomatický přístup do myšlení zdravotníků a do zdravotnické praxe, zejména na úseku primární péče.
2. Sekce podnítila činnosti neformálních pracovních skupin věnujících se klinické aplikaci psychosomatické medicíny a tím připravovala půdu pro její institucionalizaci.

Vznikla zejména tato pracoviště, z nichž některá byla zmíněna výše: oddělení socio-psychosomatické péče v Třebotě (J. Šavlík a spol.), obdobná jednotka v rámci interního oddělení PL Pezinok (R. Štefanovič a další), psychosomatické oddělení ve Výzkumné ústavu chorob oběhu krevního v Bratislavě (D. Selko a další) a konečně Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch a léčení bolesti v Liberci (V. Chvála a další), další jako např. psychosomatické poliklinické oddělení v Ústavu péče o matku a dítě v Praze (P. Čepický) a poliklinická oddělení v rámci RIAPs v Praze a na klinice ESET v Praze.

3. Sekce informovala lékaře a klinické psychology o psychosomatickém dění u nás i

v zahraničí prostřednictvím odborných akcí České a Slovenské lékařské společnosti a jejich odborných časopisů.

4. Katedra psychiatrie ILF v Praze ve spolupráci se sekci zahájila v r. 1982 postgraduální

stáž psychosomatické medicíny pro lékaře různých oborů a psychology.

5. Podílela se na monografii Psychosomatická medicína (1993).
6. V neposlední řadě se sekci podařilo vyjmout psychosomatické snažení v předlistopadovém Československu z oblastí, jež byly terčem ideologické kritiky.
7. Sekci se však nepodařilo výrazněji se zapojit do mezinárodního dění.

8. V posledních letech začala vydávat časopis Psychosom.
9. J. Beran inicioval na ředitelství IPVZ vydávání Osvědčení o psychosomatickém vzdělávání pro pracovníky s delší praxí v psychosomatické medicíně. Od r. 2005 získalo toto osvědčení 20 lékařů. Osvědčení je náhradou za tzv. funkční specializaci, která obecně nebyla legalizována zákonem č. 95/2004 Sb.

LITERATURA :

1. Baštecký, J., Šavlík, J., Šimek, J. (Editors) Psychosomatická medicína
AVICENUM – GRADA, Praha 1993. S. 363
2. Boleloucký, Z., Baštecký, J.: Některé světónázorově aspekty psychosomatiky
ČS. Psychiatrie 72, 1973, č. 1, s. 28-31
3. Engel, G.L.: The need for a new medical model: a challenge for biomedicine
Science 196, 1977, č. 4286, s. 129-136
4. Lipowski, Z.J.: Psychosomatic. Medicine: Past and Present (I-III)
Canad.J. Psychiat. 31, 1986, č. 1, s. 2-21
5. Šavlík J., Singer V., Valdauf K., Boleloucký Z., Baštecký J.: Návrh koncepce
sociopsychosomatické péče a model internisticko-psychosomatického lůžkového úseku Čas.
Lék. čes. 120, 1981, č. 29-30, s. 881-886
6. Koncepce oboru psychiatrie
Metodické opatření č. 11/1977 Věst. MZ ČSR
ČS . Psychiatr. 74, 1978, č. 4, s. 236-246
7. Z. č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované
způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta.

J. Baštecký – Subkatedra soudní psychiatrie a psychologie IPVZ, PL Bohnice,

Ústavní 91

181 02 Praha 8 – Bohnice

PRAXE

V této rubrice například vyšlo:

- Růžička J.: Léčba dle principů „Daseins“ (5,6/2004)
- Vondřich I, Hájková Z.: Co se stane když homeopatikum otevře dveře (5/2005)
- Bojar M.: Umění naslouchat a místo empatie v evidence based medicíně (6/2005)
- Chvála V.: Psychosomatická gynekologie a sexuologie, I-III. (1-3/2006)

Z. Mařatka: FUNKČNÍ TRÁVICÍ PORUCHY Z HLEDISKA PSYCHOSOMATICKY ORIENTO VANÉHO GASTROENTEROLOGA

Východiskem našich studií byla sestava nemocnice Na Bulovce z období 1957- 1968, kde mezi 11.756 nemocnými s chorobami trávicího ústrojí činil podíl funkčních poruch 36% ¹. Na jejím základě byla vytvořena klasifikace funkčních trávicích poruch, poznatky z ní vyplývající byly v následujících letech uveřejňovány v tisku domácím i zahraničním a shrnuty r. 1999 ². V roce 1980 zahájila mezinárodní skupina v Římě spolupráci v tomto oboru, která vyústila v roce 1999 v tv. Římských kritériích ³. Jejich závěry potvrzují naši klasifikaci, ale vzbuzují i kritické připomínky, které dále uvedeme.

PODSTATA FUKČNÍCH PORUCH

Termín "fukční" vzbuzuje dojem, že tyto poruchy jsou způsobeny poruchou známých funkcí jako je sekrece, motilita, absorpce, avšak ve skutečnosti je tomu tak jen u některých poruch vyvolaných poruchou motility (spasmus, pseudoileus). Patofysiologie těchto poruch není až na tyto výjimky známá, uvažuje se o poruchách endokrinních, abnormálním vnímání útrobních pocitů, potravinové nesnášenlivosti aj. Významná je psychogeneze, neboť tyto nemocní si uvědomují činnost svých orgánů a vnímají ji jako obtíž na rozdíl od zdravých osob, které ji pocítují jen jako fyziologické pocity hladu, sytosti, nucení na stolici. Ježto poruchy měřitelných funkcí tvoří jen menší část patofysiologie těchto poruch, byl by pro ně výstižnější název *poruchy neorganické, regulační*, tj takové, jejichž příčina je mimo orgán.

Dvojitý ráz funkčních trávicích poruch

Na rozdíl od Římských kritérií, kde chorobné stavy jsou sestaveny průběžně podle orgánů, pokládáme za vhodné rozdělit je na dvě skupiny podle toho, zda mají převážně symptomatologii nervovou či trávicí (Tab. 1). Toto rozlišení má zásadní význam pro terapii, protože neuro-a psychopatické poruchy (např. globus, aerofagie, neurotické visceralgie) nejsou spojeny se sníženou

výkonností trávicích orgánů a nevyžadují dietní omezení ani léky zaměřené orgánově, zatímco poruchy trávicí (např. funkční dyspepsie, funkční zácpa) jsou skutečnými orgánovými chorobami (i když neorganickými, regulačními). To musí být patřičně zohledněno i v přístupu k jejich terapii, jejíž významnou složkou je dieta a farmakoterapie.

Klasifikace funkčních trávicích poruch

Rozeznáváme poruchy *psychofunkční*, *neuropatické* a *trávicí* v užším slova smyslu ("orgánové neurózy").

Poruchy psychofunkční jsou přechodné reakce následkem afektů a emocí :

Dysfagie při prudkém vzrušení, *zvracení* při odporném zážitku, *bolest břicha* při úzkosti, *nucení na stolici* při trémě, *průjem* při úleku a strachu, *nechutenství* a *zácpa* při depresi.

Poruchy neuropatické jsou (sub)chronické, mají endogenní případně konstituční základ, při čemž zevní podněty působí event. jako *vybavující* faktory. Projevují se v oblasti trávicího ústrojí resp. břicha, avšak nikoli typickými příznaky trávicích poruch, nejsou závislé na stravě a trávení. Římská klasifikace je zahrnuje promiskue mezi skutečné poruchy trávení, ačkoli jejich rozlišení je významné. Uvedeme je v pořadí orgánů, jejichž onemocnění napodobují:

Globus hystericus je pocit cizího tělesa v jugulu, který nemá nic společného s činností jícnu a není provázen dysfagií. Je typickým projevem úzkostného stavu.

Ruminace je atavismus fyziologický u přežvýkavců, není poruchou trávení, někdy je vyvoláván úmyslně (*mericismus*).

Aerofagie není polykání vzduchu, nýbrž neurotický tik, při němž je vzduch podvědomě nasáván jícnem do žaludku, podobně jak to vědomě praktikují břichomluvcí a nemocní po laryngektomii.

Funkční zvracení mívá ráz hysterický není spojeno s trávicí poruchou.

Funkční vzednutí břicha je podmíněno povolením břišní stěny při současném stahu svalstva zádového a pánevního a nemá nic společného s meteorismem či jinou nitrobřišní příčinou (*neplynové vzednutí břicha, proptóza*⁴⁾.

Proctalgia fugax je způsobena křečí některého pánevního svalu a nesouvisí s funkcí střeva.

Tzv. *funkční nebo nespecifické bolesti břicha* mohou být způsobeny buď *solárním syndromem*, tj. neurózou břišních neurovegetativních pletení⁵ nebo *neuropatickými visceralgemi*, způsobenými projekcí bolestivých pocitů do břicha jako u bolestí talamických a fantomových.

K těmto stavům je možno připojit řadu příznaků, které jsou následkem úzkosti, deprese, scestných představ, bludů, karcinofobie, hypochondrie, simulace, hysterie. Mohou napodobovat různé trávicí příznaky, syndromy a nemoci, avšak nelze je pokládat za funkční trávicí poruchy v pravém slova smyslu.

Vyjmenované příznaky a chorobné stavy je třeba oddělit od neorganických poruch trávicích, nejen z důvodů teoretických, nýbrž i praktických, protože nevyžadují léčbu

dietou a léky pro úpravu trávení, nýbrž terapii psychoterapeutickou resp. psychiatrickou. Poruchy trávicí v užším smyslu ("organové neurozy")

Jejich hlavní charakteristikou jsou příznaky související s poruchou trávení, jsou většinou závislé na kvalitě a kvantitě stravy. Mohou postihovat jakýkoli dutý orgán trávicího ústrojí, klinicky významné jsou funkční poruchy jícnu, žaludku a střeva, s jistou rezervou i žlučového ústrojí.

Funkční poruchy žaludeční.

Hlavním a nejspornějším termínem je *dyspepsie*⁶. Je třeba roznávat *dyspepsii* - *příznak* a *dyspepsii* – *nemoc*. Příznak dyspepsie může mít příčinu funkční či organickou. Římská kritéria definují *dyspepsii* jako *bolest nebo diskomfort v epi- a mezogastriu*. Tuto definici nepokládáme za výstižnou, protože nevhodně zdůrazňuje lokalizaci a opomíjí vztah k trávení. Směšuje *bolest* a "*diskomfort*" (v naší terminologii *indigesti*) tj. nevěli, nestravnost, tlak, plnost, předčasnou sytost, pomalé trávení. Avšak většina nemocných dovede obě obtíže rozlišit a to přispívá ke klasifikaci *funkční dyspepsie* a k terapii.

Bolest je pocit víceméně lokalizovaný, zatímco *indigesti* nemocní nejsou schopni lokalizovat, používají neurčitých výrazů "*je mi špatně*", "*mám zkažený žaludek*", "*bolí mě břicho*", "*mám odpor k jídlu*" apod. V římské definici chybí charakteristika, která je pro *dyspepsii* významnější než lokalizace, totiž vztah k trávení - obtíže bývají vázány na příjem stravy, na její složení a množství. Pojem *dyspepsie* je tedy jen povšechným označením obtíží přisuzovaných horní části trávicího ústrojí.

Definice *indigeste* se může opírat o pocity a obtíže provázející trávení (Tab. 2). Na rozdíl od normálního stavu, kdy zdravý člověk má v precibální fázi hlad a apetit, při jídle pocituje uspokojení a po jídle příjemný pocit sytosti provázený odřihnutím přebytečného vzduchu spolykaného při jídle, je při *indigesti* nechutenství, předčasná sytost a pocit plnosti, tlaku a pomalého trávení s chybějícím nebo neuspokojivým odřihnutím.

Dyspepsie jako nemoc

Dyspepsie – *nemoc* se označuje jako *funkční* nebo *neulcerózní dyspepsie* či *funkční gastropatie*. Naše i římská klasifikace se shodují v tom, že existují dva základní typy, z nichž jeden se vyznačuje příznaky ve smyslu plus (*dráždivý žaludek* – *ulcer-like dyspepsia*) a druhý příznaky ve smyslu minus (*chabý žaludek* – *dysmotility dyspepsia*). *Dráždivý žaludek* se projevuje kombinací *indigeste* a epigastrické bolesti. Termín *ulcer-like dyspepsia* je méně vhodný, neboť bolesti napodobující vřed jsou jen u zlomku případů, které označujeme jako *pseudoulcerózní syndrom*.

Chabý žaludek (*dysmotility-like dyspepsia*) se projevuje *indigestí* bez bolesti. Sem spadají případy označované dříve jako *gastroptóza*, *hypotonická elongace žaludku*, *dolichogastrie*. Často se sdružuje s funkčními obtížemi střevními a má ráz systémové poruchy celého trávicího ústrojí (*neurodigestivní astenie*⁷).

Funkční poruchy střevní

Příznaky střevních poruch jsou převážně vázány na *defekaci* a nemocní je převážně vyjadřují pojmy *zácpa* a *průjem*. Odborně se tyto pojmy většinou definují v termínech četosti vyprazdňování a hutnosti stolice, avšak lze je nahlížet podobně jako u žaludku s ohledem na pocity provázející defekaci⁸ (Tab. 3).

Funkční střevní poruchy se v Římských kritériích shrnují do diagnózy *syndrom dráždivého střeva*. Jde však o souborné označení pro několik stavů, které si zaslouží samostatné postavení, protože se jejich diagnostika a terapie zčásti liší (viz tab. 1) :

Dráždivý tračník se projevuje bolestmi břicha a nutkavými defekacemi. Má několik podtypů, z nichž některé mají symptomatologii tak charakteristickou, že tuto diagnózu můžeme stanovit se značnou pravděpodobností už na základě anamnézy. Jsou to : ranní frakcionované defekace, postprandiální defekace a tzv. debakly (občasné koliky následované sérií naléhavých defekací s postupně řidnoucí stolicí a event. příměsí hlenu – mukózní kolika).

Spastická zácpa se projevuje bolestmi břicha a zácpou, *funkční průjem* se projevuje průjmem bez výrazných bolestí. Přirozeně existují i formy neúplné a atypické, projevující se např. jen bolestmi břicha a nepravidelnou stolicí nebo jen flutulencí, někdy jen *záchvatovitou flatulencí*. Další nemocí s typickou symptomatologií, která v Římských kritériích chybí, je *kvasná enteropatie*, podmíněná hyperkinezí tenkého střeva, vzestupem sacharolytické bakteriální flory do tenkého střeva a kvasnou dysmikrobií. Zahřnovat všechny tyto stavy pod jeden syndrom dráždivého střeva znamená ochuzovat se o významná diagnostická a terapeutická hlediska.

FUNKČNÍ PORUCHY ANOREKTÁLNÍ

V římské klasifikaci postrádáme dvě hlavní poruchy patřící do této skupiny: dyschezie a dráždivý konečník.

Dyschezie je podmíněna snížením příp. ztrátou citlivosti konečníku na rozpětí stolicí a útlumem defekačního reflexu. Klinicky se projevuje jako tzv. *prostá zácpa*.

Dráždivý konečník je naopak charakterisován snížením prahu pro vnímání rozpětí konečníku a tedy častým nucením na stolicí. Je třeba ho odlišovat od tenesmů, které se liší příměsí chorobných příměsí a na rozdíl od dráždivého konečníku se vyskytují i v noci.

Funkční poruchy žlučové.

Klinicky významná je *biliární dyskineze*, připisovaná dysfunkci v oblasti svěračů žlučového ústrojí. Zřetelně se projevuje u postoperačních stavů, u nichž však je podezření na účast organických změn. Ostatní projevy uváděné v římské klasifikaci pod názvy *dysfunkce žlučníku* nebo *Oddiho svěrače* aj. - jsou laboratorními, převážně rentgenovými a manometrickými nálezy, jejichž korelace s klinickými obtížemi je problematická. Mnoho funkčních poruch označovaných za *funkční žlučovou poruchu* je ve skutečnosti funkční dyspepsií při asymptomatické cholelitiáze. Proto jsou výsledky cholecystektomie neuspokojivé.

<mailto:maratka@email.cz>

Literatura

1. Mařatka Z : Praktická gastroenterologie. 2. vyd. Stát. zdrav. naklad., Praha 1968.
2. Mařatka Z : a spol.: Gastroenterologie. Karolinum, Praha 1999.
3. Drossman DA, Corazziari E, Talley NJ et al.: ROMA II. A multinational consensus document on functional gastrointestinal disorders. Gut(Suppl. II), 1999,s. II1-II11.
4. Mařatka Z: Neplynové vzvednutí břicha. Čs. gastroenterologie 10,1956,s. 428-431.
5. Mařatka Z: Solární syndrom. Čas. lék. čes. 1954, s. 650-657..
6. Mařatka Z: Dyspepsie - terminologie, definice a klasifikace. Čs. Gastroent. Výž. 45, 1991a, s. 192-196.
7. Mařatka Z: Neurodigestivní astenie. Čas. lék. čes. 89, 1950,s 449-455..
8. Mařatka Z: Psychosomatický pohled na zácpu a průjem. Čs. Gastroent. Výž. 1975, 29/3:199-201.

Prof. MUDr. Zdeněk Mařatka

U páté baterie 40, 162 00 Praha 6

maratka@email.cz

Tab 1. Neorganické ("funkční") trávicí poruchy ²

Poruchy	neuropatické	trávicí ("funkční" v užším smyslu)
Ústa	stomatodynie glossodynie	funkční xerostomie záchvatovitě slinění
Jícen	globus hystericus aerofagie	spazmus jícnu hypertenzní jícnový svěrač horní hypertenzní jícnový svěrač dolní
Žaludek	psychogenní zvracení	funkční gastropatie a) dráždivý žaludek b) pseudoulcerózní syndrom c) chabý žaludek
tenké a tlusté střevo	domělá zácpa předstíraný průjem "plynatost" neplynové vzvednutí břicha pseudoapendicitida	funkční střevní poruchy kvasná enteropatie funkční kolopatie a) dráždivý tračník b) spastická zácpa c) funkční průjem

		d) tvary neúplné a atypické
konečník	proktalgia fugax	dyschezie (prostá zácpa) dráždivý konečník
ostatní poruchy	solární syndrom neuropatické visceralgie karcinofobie hypochondrie bludy, fobie, obsese mentální anorexie, bulimie	neurodigestivní astenie

Tab. 2. Pocity provázející příjem potravy ⁶

Fáze	Norma	Indigesce
Precibální	hlad, apetit	anorexie, parorexie
Cibální	potěšení z jídla	předčasná sytost
Postcibální	příjemná sytost, odřihnutí s úlevou	plnost, tlak
Interdigestivní	žádný pocit	pomalé trávení

Tab. 3. Pocity provázející defekaci ⁸

	Pocit potřeby :	Vyprázdnění :	Pocit po defekaci :
Normální defekace	přiměřený	koordinované	uspokojivý
Zácpa prostá	chybí	namáhavé	neúplné vyprázdnění
Zácpa spastická	bolesti břicha	obtížné	bolestivé břicho
Dráždivý tračník	naléhavý (kolika)	opakované (zátky)	bolestivé břicho
Průjem	naléhavý	překotné	nucení přetrvává
Tenesmus	naléhavý	nedostatečné	nucení přetrvává

TEORIE

V této rubrice již vyšlo:

- Thure von Uexküll, Wolfgang Wesiack: Integrovaná medicína jako ucelený koncept lékařství: biologicko-psychologicko-sociální model části 1-10 (postupně v číslech 1/2004-6/2005)
- Köhle K.: Komunikace 1-3 (1-3/2006) (z učebnice T.v.Uexküllla)
- Poněšický Jan: Psychosomatika, psychoterapie a neuropsychologie (2/2006)
- Od příštího čísla (5/2006) uvedeme další překlad z Uexküllovy učebnice- tři díly psychofyziologie

Irmíš F.: EMOCE A RŮZNÉ REAKCE V AUTONOMNÍM NERVOVÉM SYSTÉMU

Organizmus reaguje na řadu různých stresových emocionálních podnětů v autonomním nervovém systému (ANS). To vede k různým psychosomatickým reakcím. Je třeba si položit několik otázek.

1/ jaký je klidový stav ANS („tonus“ - relativní převaha sympatiku či parasympatiku) a jeho poststimulační individuální reaktivita.

2/ jaké podněty jsou více či méně emocionální, a to v závislosti na sociální situaci, osobnosti, temperamentu, zkušenosti, podmiňování, odolnosti.

U převahy sympatiku (v závorce u parasympatiku) převládá: TK a srdeční frekvence (SF) je často vyšší (nižší), ruce jsou studené (teplé), sucho v ústech (salivace), sklon k zácpě (k průjmu), třes rukou (klid), bledé tváře (červené), časté bušení srdce (občas), vnitřní a svalové napětí (klid, relaxace), horší usínání (lehké), špatné snášení horka (dobré), kůže suchá (zpocená). Indikátory ANS se dají objektivně měřit v klidu a po zátěži různými funkčními testy kardiovaskulárními (tep, TK, vlna P a T v EKG, variabilita srdeční frekvence), kožními (elektrický odpor kůže, teplota), biochemickými (K, Ca, K/Ca v séru), po podání farmak aj. (Irmíš 1991, 2006).

To ovšem neznamená, že jedinec s převahou sympatiku má všechny zmiňované příznaky. Při stresových a emočních podnětech se více aktivují jen některé indikátory. Není tedy přímý vztah mezi jednotlivými parciálními regulačními okruhy řízení ANS. Lacey a Vanlehn (1952) upozornili na individuální reakci na podněty tzv. "**response specificity**". Velikost reakce je u různých osob odlišná nejen co do intenzity, ale je individuálně stabilní (specifická) v reakci různých měřených indikátorů ANS. Např. někteří jedinci jsou více reaktivní v EEG, jiní v SF nebo kožním

odporu (intra-stressor stereotypy). Určité osoby pak reagují stejným vzorcem reaktivity na různé podněty (inter-stressor stereotypy), u jiných je reakce odlišná. K fenoménu "response specificity" má blízko tzv. "**symptom specificity**", který znamená u určitého jedince klinickou citlivost při stresu (průjem, bolesti u srdce aj.). Toto se může někdy v delších časových obdobích měnit (symptom wechsel). Vidíme to u některých psychosomatických nemocí.

Podle klinické manifestace se používá dělení na:

- a) **všeobecný** vegetativní syndrom bez vazby příznaků na orgánovou soustavu (např. neurastenický syndrom)
- b) **orgánový** vegetativní syndrom vázaný na jednu orgánovou soustavu (kardiorespirační, neurodigestivní). Dělení není vždy jednoznačné, protože jednotlivé vegetativní syndromy se často sdružují.

Podle etiologie můžeme dělit poruchy na syndrom **konstituční** (vrozená dispozice, habitus, rys jedince) a **získaný** jako důsledek psychického stresu, somatického onemocnění, chemických vlivů aj. V psychosomatice se často prolíná dispoziční (konstituční) složka se získanou vegetativní dysfunkcí. V interpretaci se na to někdy zapomíná. K třídění podle etiologie patří též dělení na **primární** (často u neurologických syndromů) a **sekundární** autonomnímu selhání (při řadě somatických nemocí), které se někdy označuje jako **autonomní neuropatie**.

Nový nebo neočekávaný biologicky silný podnět vyvolá **orientační reakci** (co je to?). Dojde k zaujetí přípravné polohy k akci (útěk nebo útok), k reakcím v ANS (rozšíření zornic, elektro-kožní reakci, aktivaci v EEG), zaměření smyslových orgánů na nový podnět. Jestliže se podnět opakuje a nemá pro organismus význam, dochází k zmenšování této reakce, takzv. **habituaci** (nejde o únavu). Jsou jedinci, kteří se rychle habituuji (adaptují) na původně ohrožující podněty, jiní pomalu.

Primární emoce (strach, úzkost, radost, zlost, smutek) mají tři stránky. Subjektivní vnitřní zážitek, vnější změny v chování a fyziologické reakce (nejcitlivější je ANS). Neexistuje vždy vztah mezi subjektivním stavem, pozorovaným chováním a fyziologickou reakcí v ANS. Existují tzv. „**disociace**“ (nesoulad) mezi ANS a subjektivním stavem. Některé osoby potlačují nevědomě své emoce, v psychologických testech mají např. nízkou úzkostnost, zatímco jejich fyziologická reaktivita je velká ("represors"). Jiní jedinci při malých fyziologických reakcích („sensitisers“) udávají vysoké subjektivní hodnoty anxiózy (Gudjonson 1982). Eysenck (1981) se domnívá, že osoby z první skupiny, které více potlačují své emoce, mají častěji somatické nemoci (např. koronární nemoc), zatímco osoby s větší úzkostností

mají častější psychosomatické choroby. Tyto vztahy nejsou zatím jednoznačné.

U somatických nemocí existuje řada disociací mezi laboratorním a klinickým stavem (epilepsie bez EEG nálezu, počínající nemoci). Problematika disociací upozorňuje na nespecifičnost objektivních nálezů a potřebu studia individuální normy a kvalitativně kvantitativní dynamiky nemoci v klinickém stavu a objektivních vyšetřeních (Irmiš 2004 a.). Jinak pacient chodí od lékaře k lékaři a je neustále vyšetřován.

Alexithymie se vyskytuje často u osob inklinujících k psychosomatickým nemocím (hypertenze, astma, bolestivé syndromy). Tyto osoby se obtížně vyjadřují o svých emocích a popisují neustále tělesné potíže. Mají sklon k samotě, napětí a nervozitě, pasivní agresivitě a závislosti (Sifneos 1973). Předpokládalo se, že je spojena s větší reaktivitou ANS při menším subjektivním emočním prožitku. Řada prací to jednoznačně nepotvrdila. Je zde však větší shoda v tom, že u alexithymických osob převládá vyšší klidový „tonus“ sympatiku.

Většina jedinců se při stresu emocionálně vzruší s větší nebo menší reakcí v ANS. Tato individuální reaktivita je závislá na řadě faktorů. Jsou jedinci, kteří se častěji pohybují ve vyšším stavu vzrušení či vyšší **aktivační hladině** (stavu bdělosti), i když to nemusí být přímo pozorovatelné v chování. Podle Eysencka (1970) je to častěji u introvertů, kteří oproti extravertům se proto více vyhýbají intenzivnějším vnějším podnětům (pracují raději o samotě). Tím se obě skupiny dostávají do optimálnějších středních hladin aktivace, vhodnějších pro výkonnost. Jestliže jsou v situaci, kde to není možné (např. nevhodné rodinné konstelace), jsou více ve stresu. Introvert i extrovert může být stabilní nebo labilní (neurotický), což má též svoji odlišnou komponentu v ANS (viz dále).

Zajímavý pohled na emoce přináší Gray (1972). Emoci chápe jako stav, který je posilovaný zkušeností nebo podněty, které mohou být buď podmíněné nebo nepodmíněné. Popisuje určitou shodu mezi pozitivním efektem signálu odměny a netrestání a dále negativním efektem signálu trestu a frustrujícího neodměňování, které vyvolávají spíše útlum až vyhýbavé chování. Za hlavní temperamentovou dimenzi pokládá impulzivitu, která se zvyšuje od stabilních introvertů k labilním extrovertům a anxiozitu, která se zvyšuje od stabilních extrovertů k labilním introvertům. Jen stručně naznačím biosociální vztahy a ANS u těchto krajních osobnostně temperamentových rysů.

Osoby o vysoké **impulzivitě** (častěji labilní extroverti) jsou silně citlivé na signály odměny a netrestání a málo na signály trestu (vrozený rys). V sociální interakci neutlumí určité chování ve

stavech ohrožení nebo potenciálního zisku, což může vést až k agresivitě při hledání odměny (převažuje behaviorální aktivační systém). Objevuje se psychopatické asociální chování (primární psychopatie). Dostávají se častěji do rozporu se zákonem. Výchova selhává (necitlivost na trestání). Vychovávat se dají lépe antisociální jedinci, kteří jsou narušení nevhodnou výchovou.

U primárních psychopatů se popisuje většinou nižší hladina „autonomní a korové aktivity“, což vede u těchto jedinců k výrazné potřebě stimulace (hledání vzrušení). Mají nižší elektrokožní vodivost (vyšší kožní odpor) a méně výchylek kožně galvanické reakce (Hare a Quin 1971). Při anticipaci trestu nedojde k přiměřené behaviorální inhibici, ale ke zkratkovému jednání (Dolan 1994). Dále mají menší reaktivitu sympatiku a rychlejší habituaci v kožním odporu. Několik prací popisuje, že psychopati jsou málo reaktivní na neaverzivní podněty. Fowles (1980) se domnívá, že u psychopatů dochází ke snížení elektrodermální aktivity při ohrožení, ale k zvýšení SF, když je možné, aby situace vyústila v aktivní činnost. U těchto impulzivních jedinců je vhodná intrapsychicky orientovaná psychoterapie, snaha o limitované ocenění akčně orientovaných sklonů a jejich převedení (vybití) na pozitivní činnost.

U **anxiózních** jedinců (častěji labilní introverti) s vysokou úzkostností je častější sklon k depresivnímu syndrómu. Nacházíme u nich často změny v ANS oproti kontrolám, zejména v kardiovaskulárních a kožních indikátorech (Gale a Edwards 1984). Ty se ještě zvětší při stresu a stimulaci. Jejich návrat do původní hladiny je oproti normálům pomalejší (pomalejší habituace). Anxiózní jedinci mají často vyšší klidovou SF a TK, častější výskyt kožně galvanické reakce. Mají tedy vyšší „tonickou“ aktivitu sympatiku.

U dimenze anxiozity je zvýšená anticipace nebezpečí, větší citlivost k trestu a menší k odměně (Gray). Převažuje behaviorálně inhibiční systém. Z hlediska Cloningerovy biosociální teorie temperamentu (Cloninger a spol 1992) je zde vysoký rys „vyhnutí se ohrožení“. Dále nižší práh sedace, snížená habituace k novým podnětům (často větší reaktivita ANS). Osvědčila se psychodynamická psychoterapie směřující k poznání dříve prožitého konfliktu, který může udržovat obranné vzorce chování. Též KBT zaměřená na redukci nadměrné úzkosti.

U těchto jedinců se častěji setkáváme s **afektivní nestabilitou** (často u hraničních, hysterických a depresivních osobností). Jde o extrémní citlivost k významným událostem např. ke kritice, očekávání, izolaci. Vznikají obranné reakce, které mohou narušovat vztah ostatních k těmto jedincům. Popisuje se větší cholinergní reakce, hyperreaktivita noradrenergického systému

Narušené vztahy k ostatním nelze podle Siever a Davise (1991) jednoduše změnit psychofarmakologickou intervencí. Zůstávají dysfunkční vzorce chování. Psychoterapie může ovlivnit hluboce zakořeněné maladaptivní interpersonální reakce, reakce, které vznikly jako strategie ke změně nestabilních afektivních stavů.

Rozdíly v ANS nacházíme u **stylu chování A a B** podle Friedmana a Rosenmana (1974). Jedinci A stylu chování, kteří mají častější výskyt kardiovaskulárních chorob, se vyznačují vysokým pracovním tempem, spěchem, netrpělivostí, ctižádostí, agresivitou a rivalitou, výbušnou řečí, rychlejší konzumací jídla, silnějším kouřením. Jsou hostilnější a depresivnější. Chtějí mít vše pod kontrolou. Oproti tomu jedinci B stylu chování jsou klidnější, umí lépe relaxovat a nakonec často udělají práce více.

Tak např. Manuck a spol (1993) zjistili, že osoby o typu chování **A** reagují více ve fyziologických indikátorech ANS (např. KT, SF, katecholaminech) na vnější podněty, které působí jako výzva. Ukázalo se (Blascovich a Katkin 1993), že zvýšená reaktivita myokardu v nepřítomnosti vaskulární reaktivity během stresu může být benignější, zatímco zvýšená vaskulární reaktivita, tím spíše současně s vyšší reaktivitou myokardu, je více malignější. Osoby typu **A** mají podle řady fyziologických testů větší reaktivitu sympatiku (Scher a spol 1986). Je řada prací, které popisují změny ANS u psychóz, úzkostných neuróz (např u panické a obsedantní poruchy), reakce ANS na balneofyziatrické procedury, akupunkturu, biofeedebak, což již překračuje rámec této práce (Irmíš 2006 v tisku).

Naznačené vztahy u osobnostně temperamentových rysů a jejich reakce na emoce zasahují do biopsychosociální interakce. Ukazují též, proč jeden vyhledává určité podněty, které pokládá za vhodné (oproti představě druhého) a jakým způsobem na ně reaguje. To vše zasahuje do rozmanitosti emocionálních reakcí ve společnosti a rodině.

Literatura

Blascovich, J., Katkin, E.S.: Cardiovascular Reactivity to Psychological Stress and Disease: Conclusion. In: Blascovich, J., Katkin, E.S. (Eds). Cardiovascular reactivity and cardiovascular disease: Conference, Papers, Washington: APA, 1993, 225-238.

Cloninger, C.R., Svrakic, D.M., Brzybeck, T.R.: A psychobiological model of temperament and character. Arch. Gen. Psychiat. 50, 1993, 975-990.

Dolan, M.: Psychopathy-A Neurobiological Perspective, 168, 1994, 151-159.

Eysenck, H.,J.(eds.): The biological bases of personality. Springfield USA, 1970, 399 s.

Eysenck, H.J.: Personality and psychosomatic diseases. Activ. nerv. sup., (Praha), 23, 1981, 112-128.

Fowles, D. C.: The three arousal model: implication of Gray's two factor learning theory for heart rate, electrodermal activity and psychopathy. *Psychophysiology*, 17, 1980, 87-107..

Friedman, M., Rosenthal, R.H.: Type A behavior and our heart. New York: Knopf 1974.

Gale, A, Edwards, J.: Individual differences. In: Coles, M. Donchin, E., Porges, S. W.(eds.): *Psychophysiology: Systems, Processes and Applications*. N.Y., Guilford Press 1984.

Gudjonsson, G.: Elektrodermal responsivity to interrogation question and its relation to self-reported emotional disturbance. *Biol. Psychol.* 1982, 4, 213- 218.

Gray, J.A.: The structure of the emotion and the limbic system. In: *Physiology, Emotion and Psychosomatic Illness*. Amsterdam, London, N.Y., Assoc. Sci. Publishers, 1972, 87-120.

Hare, R.D., Quinn, M.J.: Psychopathy and autonomic conditioning. *J. Abnorm. Psychol.*, 77, 1971, 223-231.

Irmiš, F.: Balneofyziatrie v psychiatrii z hlediska vegetativního nervového systému a diferenciální psychofyziologie, *Čes. Psychiat.* 87, 1991, 56-65.

Irmiš, F.: Individuální norma a kvalitativně-quantitativní dynamika nemoci: mezi „objektivním“ a „subjektivním“, *Prakt. Lék.*: 83, 2004, 104-107.

Irmiš, F.: Temperament a autonomní nervový systém: diagnostika, psychosomatika, konstituce, psychofyziologie, 2006, v tisku.

Lacey, J.I., VanLehn, R.: Differential emphasis in somatic response to stress. An experimental study. *Psychosom. Med.*, 14 1952, 256-260.

Manuck, S.B., Kamarck, T.W., Kasprovicz, A.S., Waldstein, S.R.: Stability and Patterning of Behaviorally Evoked Cardiovascular Reactivity. In: Blascovich, J., Katkin, E.S. (Eds): *Cardiovascular reactivity to psychological stress and disease*. Conference, Papers, Washington, 1993, 111-133.

Sifneos, P.E.: The prevalence of "alexithymic" characteristics in psychosomatic patients. *Psychother. Psychosom.* 22, 1973, 255-266.

Scher, H., Hartman, L., Furedy, J.J., Heslegrave, R.J.: Electrographic T-wave changes are more pronounced in type A than in type B men during mental work. *Psychosomatic Medicine*, 48, 1986, 159-166.

Siever L.J., Davis, K.L.: A Psychobiological Perspective on the Personality Disorders. *Am. J. Psychiatry*, 148, 1991, 1647-1658.

MUDr. Felix Irmiš, CSc

Psychiatrie a psychosomatika

Kováčů 9, 150 00, Praha 5

Konferenci v Liberci 2006 – pro otištění v *Psychosomu*.

P.S. drobnosti opraveny ještě 6.8.06

NABÍDKY

Seminář na téma psychospirituální krize

Vážení přátelé,
sdružení Diabasis Vás zve na seminář významného amerického psychologa Davida Lukoffa...

„Psychospirituální krize jako nová nepatologická diagnostická kategorie
v krizové intervenci”

David Lukoff, Ph.D.

27. 9. 2006

13.00 – 17.00 hodin /překlad zajištěn, vstup zdarma/

Divadlo Za plotem areál PL Bohnice - “**Modrý salonek**” /v 1.patře divadla/
Ústavní 249, Praha 8 – Bohnice
/pod záštitou Centra krizové intervence PL Bohnice/

...Světověznámý mytolog Joseph Campbell jednou řekl, že kdyby lidé viděli na chodbě směrovku, na níž by bylo napsáno: „Přednáška o Bohu vpravo, Setkání s Bohem vlevo“, většina lidí by šla vpravo - na přednášku. To platí i pro obory zabývající se péčí o duševní zdraví. Přesto existuje stále více důkazů o tom, že zohlednění spirituálního hlediska v diagnóze a léčbě může zlepšit efektivitu práce s klienty v terapeutickém procesu. Výzkumy a zkušenost ukazují, že spiritualita je pro lidi zdrojem smyslu i možností, jak zvládnout krizi či nemoc a rovněž důležitým zastřešujícím rámcem jejich životní zkušenosti.

V tomto krátkém semináři budeme sledovat historii rostoucí otevřenosti vůči spiritualitě v oblasti péče o duševní zdraví a diskutovat o možných cestách, jak pracovat s duchovními tématy v terapeutickém vztahu.

blíže informace o semináři:

**“Psychospirituální krize jako nová nepatologická diagnostická kategorie v krizové intervenci”
s Davidem Lukoffem**

cílová skupina: **Krizová centra ČR** a odborná veřejnost

Seminář se bude zabývat zhodnocením fenoménu psychospirituální krize a role, kterou spiritualita hraje při léčení a provázení klientů, kteří se snaží překonat životní krizi nebo duševní poruchu. Jeho součástí bude školení v kvalifikaci spirituálních zkušeností a diskuze o možnostech intervencí ve spirituálním kontextu, které z této kvalifikace mohou vyplynout. Účastníci budou seznámeni i s diferenciálně diagnostickým postupem pro rozlišení autentických spirituálních zážitků od projevů duševních poruch. Terapeutický přístup v práci jak s duchovními aspekty procesu terapie, tak s fenomenologií a etiopatogenezí problematiky psychospirituální krize jako nové klasifikační jednotky DSM IV.

STUDIJNÍ CÍLE:

- Jak přistupovat ke spirituálním otázkám u klientů trpících duševní poruchou.
- Jak být nápomocni klientům přicházejících s danou tematikou, přestože naše odborná či osobní orientace aktivně nezahrnuje spirituální rovinu
- Tematika psychospirituální krize v DSM IV, diferenciální diagnostika
- Jak vhodně informovat klienty o procesu uzdravování jako duchovní cestě s potenciálně pozitivním výsledkem.

- Jak se vztahovat k osobní historii duchovních zkušeností a vyhodnocovat spirituální zkušenosti klientů.
- Kdy a jak provádět intervence ve spirituálním kontextu.
- Jak projevit citlivý přístup, otevřenost a akceptaci k nejrůznějším náboženským a/nebo spirituálním projevům v komunikaci s klientem.
- Jak zacházet s nábožensky založenými dysfunkčními představami, které mají negativní dopad na klientovu problematiku.
- Jak a kdy povzbuzovat účast klientů v následování spirituální cesty nebo náboženského společenství, která je v souladu s jejich zážitky a hodnotami.
- Jak na příkladu utváření vlastní spirituality (je-li to vhodné), ukázat přístup zahrnující vědomí duchovního smyslu a cíle, spolu s nadějí a vírou v transcendentní rozměr života.

David Lukoff, Ph.D.

Pracuje jako psycholog v soukromé praxi v Kalifornii a profesor psychologie na Saybrook Graduate School v San Franciscu. Je autorem více jak padesáti článků a studií o spirituálních tématech a duševním zdraví. Jeden z těchto příspěvků získal cenu Exemplary Paper (Výjimečná práce) od Nadace Templeton. David Lukoff je také spoluautorem diagnostické kategorie "Religious or Spiritual Problem" (Náboženská nebo duchovní problematika) v americkém diagnosticko statistickém manuálu DSM IV a věnuje se přednáškám doma i v zahraničí na téma spirituality v oblasti péče o duševní zdraví a v kontextu duševních poruch. Studoval psychologii a antropologii na Chicagské univerzitě, Harvardu a Loyolské univerzitě v Chicagu a je členem fakult na Harvardu, UCLA, Oxnard College, Kalifornském institutu integrálních studií a Institutu transpersonální psychologie. V současnosti je co-presidentem Asociace transpersonální psychologie, členem představenstva Mezinárodní společnosti pro duševní zdraví online a členem redakčních rad Journal of Humanistic Psychology a Journal of Transpersonal Psychology. Do Prahy přijíždí již podruhé na pozvání sdružení Diabasis.

Pořádající občanské sdružení **Diabasis** je novou organizací nabízející s počátkem roku 2005 služby lidem procházejícím *psychospirituální krizí* a vzdělávací aktivity pro odbornou veřejnost – více informací na www.diabasis.cz .

Těšíme se na setkání s Vámi

za o.s. *Diabasis*

Michael Vančura a Alan Jarkovský

P.S. Pokud uznáte za vhodné, přepošlete prosím tento e-mail dál svým kolegům. Děkujeme.
/omlouváme se za případné zdvojené zaslání zprávy způsobené překrýváním některých adresářů...
děkujeme za pochopení/

TUTO TISKOVINU NESPONZORUJE ŽÁDNÁ
FARMACEUTICKÁ FIRMA

Psych@Som

Bulletin zájemců o
psycho-somatickou
problematiku
v medicíně

Tiskne Lirtaps Liberec
Jáchymovská 385
Liberec 10, 46010