

PSYCH@SOM

(Psychosomatická medicína)

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

www.lirtaps.cz/psychosom.cz

Ročník

V/2007

ISSN 1214-6102

15.12.2007

REGISTRACE
WEBARCHIV
NÁRODNÍ KNIHOVNY
ČR

Číslo

6

Obsah

Editorial 221

Radkin Honzák: CO MĚ NAPADLO NAD TÉMATEM POSLEDNÍCH TŘÍ EDITORIALŮ 221

Z pošty 223

MUDR.JOSEF KUBÍNEK: NEMOHU NEŽ SOUHLASIT 223

Aktuality, Politika, Koncepce 224

ZEMŘEL NESTOR ČESKÉ PSYCHOTERAPIE DOC.MUDR.JAROSLAV SKÁLA 224

PSYCHOSOMATICKÁ SEKCE PSYCHIATRICKÉ SPOLEČNOSTI ČLS J.E.P. 226

*PROJEKT ZÁKLADNÍ PSYCHOSOMATICKÁ PÉČE DO ROKU 2010- návrh k diskusi
č.1* 226

ZÁPIS ZE SETKÁNÍ VÝBORU SDRUŽENÍ PRO PSYCHOSOMATIKU 28.11.2007 229

INFORMACE ZE SDRUŽENÍ PRO PSYCHOSOMATIKU 230

*POZVÁNKA NA 5.SETKÁNÍ SDRUŽENÍ PRO PSYCHOSOMATIKU O.S. 11.1. 2008 v 15
hodin* 231

Psychosomatická laboratoř 232

*MUDR. MARTIN KONEČNÝ: KASUISTIKA ÚSPĚŠNÉ PSYCHOFARMAKOTERAPIE
CHRONICKÉ PROSTATITIDY A URETRITIDY U 32LETÉHO MUŽE* 232

*RADKIN HONZÁK: POLYKÁNÍ CIZÍCH TĚLES U PACIENTŮ S PORUCHAMI
OSOBNOSTI* 238

Praxe 244

*MUDr.PhDr.JAN PONĚŠICKÝ: BALINTOVSKÉ SKUPINY A TEORIE TERAPEUTICKÉ
ZMĚNY. ČÁST VII: NARCISTICKÉ SPOJENCTVÍ* 244

Teorie	247
<i>DIRK H. HELLHAMMER, CLEMENS KIRSCHBAUM, HENDRIK LEHNERT: PSYCHONEUROIMUNOLOGIE, část 3</i>	247
EXCERPTA PSYCHOSOMATICA	255
<i>GENOVÁ MANIPULACE VYVOLÁ LESBICKÉ CHOVÁNÍ; ALESPŇ U HLÍSTIC (R.Honzák)</i>	255
<i>DOBŘÁ PAMĚŤ NEVYLUČUJE HROZÍCÍ ALZHEIMEROVU DEMENCI (R.Honzák)</i>	256
<i>BUPROPION ADOLESCENTŮM ODVYKAJÍCÍM NIKOTINU MOC NEPOMOHL (R.Honzák)</i>	256
Akce, kurzy, semináře	258
<i>12. CELOSTÁTNÍ KONFERENCE PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY V LIBERCÍ UŽ 24.- 26. DUBNA 2008- NEZAPOMEŇTE SE PŘIHLÁSIT!</i>	258
<i>ODBORNÁ SCHŮZE PURKYŇOVY LÉKAŘSKÉ SPOLEČNOSTI, 6. ÚNORA 2008 V 15.00</i>	258
<i>OSMÉ SYMPOZIUM O VÝUCE PSYCHOSOMATIKY</i>	259
<i>RODINA V KLINICKO-PSYCHOLOGICKÉ PRAXI 2007/2008</i>	260
Nabídky	261
<i>VÍCERODINNÁ TERAPIE V ČECHÁCH</i>	261
<i>Vydavatel'stvo F- psychiatria, psychoterapia, psychosomatika</i>	261

Sbor recenzentů

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

Redakční rada

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

Redakce

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

Adresa

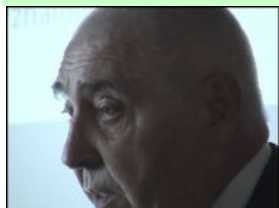
SKT Liberec
Jáchymovská 385
46010 Liberec 10
tel.:485151398
e-mail: CHVALA@SKTLIB.CZ

REGISTRACE WEBARCHIV NÁRODNÍ KNIHOVNY ČR WWW.WEBARCHIV.CZ

TOTO ODBORNÉ MÉDIUM JE NEZÁVISLÉ NA FARMACEUTICKÉM PRŮMYSLU

EDITORIAL

Radkin Honzák: CO MĚ NAPADLO NAD TÉMATEM POSLEDNÍCH TŘÍ EDITORIALŮ



Pearl Buck, která v roce 1938 obdržela Nobelovu cenu za literaturu za to, že přiblížila západnímu světu Čínu. Jedna z jejích povídek se mi zvláště zapsala do duše a rád bych ji přihodil do diskuse točící se kolem centrálního, leč nevysloveného tématu: O co vlastně (my psychosomatici)

usilujeme.

Vyprávění je prosté a pointa srozumitelná. Rodina vysokého amerického úředníka rozestře svá ochranná křídla nad malou dcerkou jednoho ze sloužících domorodců a celkem úspěšně ji vysvobodí z tradičních pout nespravedlivých a krutých pořádků (mrzačením nožiček počínaje a subordinovanou rolí ženy v rodině konče). Když holčička vstupuje do dospělosti, americká rodina odjíždí. Na místo činu se vrací po deseti letech a nachází tam šťastnou mladou rodinu se značně emancipovanou paní domu, která jim hrdě předvádí svou domácnost a své postavení. Její vývoj evidentně o několik desetiletí předběhl celé zaostalé okolí, je – na svou dobu – samostatná, veselá a autentická. Nicméně ta původně entuziastická, nyní však očividně blbá Američanka tohle všechno není schopna vidět, zato vidí nedostatky v hygieně (porovnáváné s kultem WC panujícím v USA), to že se děti muchlují se psy a další prkotiny, které „by bylo potřeba napravit“, je krajně nespokojena s výsledkem svých emancipačních aktivit a odjíždí rozladěna.

Je to příběh o neporozumění a o frustraci z nesplněných očekávání, která byla ukázkově nereálná – malá enkláva ve velké Číně nemůže dosáhnout poněkud nadsazených standardů americké společnosti, která navíc v té době své negativní prvky (a že jich nebylo málo!) také nereflektovala. Já mám pocit, že každý kánon a každé paradigma, není výpovědí o stavu světa, ale především určitou ochraňující jistotou pro jeho stoupence – v tom vidím myšlenkovou kontinuitu od H.G.Wellse, který porovnával náboženství a politické organizace (a upřít medicíně, že je politickou organizací, by byla nebezpečná zaslepenost!), přes Vládu Chválu, který mi asocioval Holanovy verše („...neřekl jsi jí to, mlčel jsi, a ona ten zpěv neslyšela“) a jeho advokátku, až po Petra Moose a jeho náboženské prozření.

Každý psychosomaticky uvažující a pracující jedinec je v rozpolceném světě zasraného (tohle slovo tam být nemusí, ale patří tam) Platonova dědictví apriorně heretikem. Franz Alexander je stále psychoanalyticky hodnocen jako „controversial“ (Marmor J: Franz Alexander, 1891 – 1964. Am J Psychiatry, 2002;159:1305). Proč? Protože napadl dogma o nutnosti sto let trvající analýzy a patlání se v Oidipském problému a nabídl „dnešek“ jako důležitější moment pro pochopení minulosti, protože prokázal účinnost i krátkodobé

terapie a tím ohrozil jejich zisky. Čím asi ohrožuje psychosomatický přístup hegemonii EBM – EVIDENCE BASED MEDICINE? I slepé kuře zrna najde.

Jako celoživotní reprezentant minority (CL-psychiatr, který se ve své roli nikdy necítil jako ukřivděný a nepochopený, snad také díky titulu MUDr., kteří kamarádi – psychologové nemají) jsem věděl, že mohu pracovat a mít uspokojení z práce a také jsem věděl, že na naplnění ambicí udělat ze své hereze nové náboženství, bych potřeboval lobby a peníze, peníze, peníze a moc peněz. Ale také vím, že již Max Planck řekl, že „nová vědecká pravda nevítězí tím, že by přesvědčila oponenty, ale spíše tak, že oponenti vymřou a nová generace vyrůstá s novou pravdou, která je jí vlastní.“

EBM dělá tu chybu, že neuspokojené a zklamané pacienty nahání do náruče Rasputinů, kteří jim navíc někdy pomohou! Mezi Rasputiny pak zařazuje také nás. Nemám nic proti tomu, že operující neurochirurg pracuje jako umělecký řemeslník a nestará se příliš o filosofii (někdy si přibere i pomocníka – robota), mám však námitky, když tento svůj postup povýší na kánon CELÉ medicíny. Pravda je, že podobně „radikální“ chyby děláme my, psychosomatici, také. Snad bychom se neměli cítit tak osaměle a snad spíše než přesvědčovat papeže sedícího ve 28. patře, bychom měli v přízemí medicínské budovy hledat kamarády. Mezi lidmi pracujícími v terénu jich čekají zástupy.

Do redakce přijato 24.10.2007

Z POŠTY

MUDR. JOSEF KUBÍNEK: NEMOHU NEŽ SOUHLASIT

Přiznám se, že po přečtení úvahy kolegy Moose nemohu jinak nežli souhlasit. Když jsem před lety opouštěl, obdobně jako Vláda Chvála, somatické pracoviště, navíc ve stejném podniku, netušil jsem, že se po létech praxe obvodního lékaře ocitnu v komunitě bio-psycho-socialně smýšlejících lidí. Byla to pro mne cesta často spleťtá, s přeměnou i v oblasti materialistického světonázoru. Nestal se však ze mne konvertita ve smyslu katolické církve. Obdobně se snažím nahlížet na nové obzory, které se s pojetím psychosomatiky přede mnou otevřely.

O to větší bylo překvapení při bližším poznání psychosomatické obce. Měl jsem dojem jako bych vlámal do vlastního domu, kde už bydlí někdo jiný. Má víze, pro kterou jsem opustil svou původní profesi, byla v nezastupitelnost pozice praktického lékaře s komplexní znalostí klienta v jeho sociálním zázemí, včetně generačně-rodinných vazeb. Rodinný lékař by měl, krom přirozené autority, být hlavně psycholog se schopnostmi herce na forbině a značnou kreativitou přístupu v terapeutických možnostech. To, že si začínáme uvědomovat, že za každým příznakem je příběh jedince, jehož souvztažnosti ani on sám nevnímá, je pouze počátek cesty. Kde je vůbec hranice toho, co lze označit za čistou psychosomatiku? Co vše je nám ještě neznámo? Sami zkušenosti z vyspělejších společností ukazují, že nestačí pouhé oficiální začlenění psychosomatiky do medicínských struktur a zjednání primariátu. Psychosomatika nemůže být samostatná disciplína. Jedná se přeci o způsob uvažování, a to nemůže být jednostranné z pozice terapeuta. Sebe brilantnější psychosomatický postřeh se mine účinkem, pokud není patřičně akceptován, k čemuž je zapotřebí určité zralosti terénu (pokud se lze o klientech takto vyjadřovat).

Můžeme dokonce sami o sobě prohlásit, že jsme zralejší, nežli naše akademické okolí. Spolu s kolegou tento pocit nemám. Nikdy jsem nekladl rovnítko mezi osobní vyspělostí a spirituálním vnímáním světa, přesto mne trochu zarazilo, jak byl doktor Chvála na jednom setkání lehce napomenut, ať příliš nevnáší otázku víry mezi seriózní témata. Kdo více by měl být právě těmto otázkám otevřen?

Nejsme opravdu tak trochu jako členové oné náboženské sekty, mezi kterými mám i několik přátel, kteří se dle návodu tváří přívětivě ke svému méně chápavému okolí, přesto však nepochybují, že s příchodem Armagedonu to jsou oni, kteří budou spaseni?

Rád bych se mýlil ...

V Rynolticích 18.11.2007

MUDr. Josef Kubínek PLD chirurg

AKTUALITY, POLITIKA, KONCEPCE



ZEMŘEL NESTOR ČESKÉ PSYCHOTERAPIE DOC.MUDR.JAROSLAV SKÁLA

Více fotografií z pohřbu na <http://www.lirtaps.cz/images/skala/index.htm>

PRO SVATÉHO PETRA

Na okno buší sněhové krupičky, hučí vítr, je den po listopadovém úplňku.

A někde tam, kam my ještě nedohlédneme, se Jaroslav Skála dnes večer už zdraví s Jaromírem Rubešem, Edou Urbanem, Toníčkem Šimkem, Virginií Satirovou, Petrem Bošem, Honzou Spitzem a protože je světovej, jistě pozdraví i Sigmunda F., Gustava J. a Tomáše Garigua M. A taky Tyrše.

Svatý Petr otevírá brány, vpouští a v předpokoji Nejvyššího se dívá do Knihy života téhle nové duše. Pokyvuje bílou hlavou a říká dobré ,dobré, dobré, člověče.

A já se tady zdola prosím pěkně hlásím, že chci ještě něco dodat, aby se vědělo.

Navlékám korálky vzpomínek.

Rok 1969. Vedena svým osudem či karmou jdu drze konkurzovat na místo psychologa do Apolináře. Jsem ještě mladé trdlo a k tomu antropolog. Jaroslav mě lstivě nechává samotnou se svojí maminkou, aby si mě prohlédla ženským okem. To mě schválilo. První kolo mám za sebou. Hlavní slovo mají ale Jaroslavovi milovaní pacienti. Ti po jakémsi mnou předvedeném psychodramatu rozhodují. Můj budoucí šéf na dalších cca 30 let mě přijímá. Tehdy ještě vůbec netuším, jaké mě potkalo životní štěstí. Prvních pár let to tak vůbec nevypadá. Nedovedu ještě ocenit sílu nekompromisních postojů, vůle, neutuchající kreativity. Jsme všichni, spíše všechny-hypnotizovány jeho charismatem, nadšenectvím, zápalem, vírou. Nikdy nikde jsem neviděla tolik oddanosti závislým.

Kdo chce zapalovat, musí sám hořet. Předané poselství.

Apolinář je svět sám pro sebe. Svět s duší. Barevný, smysluplný, náročný, plný svět v prázdné šedi. Platí jiné zákony. Za časů bolševika místo povinných prvomájových průvodů přespolní memoriálové běhy. Apolinářské Silvestry bez alkoholu. Terapeuti sepíší, nastudují a zahrají pro pacienty divadlo. Skála v paruce, Arnoštka Maťová v plavkách v neckách... o půlnoci pochodňový běh po magické apolinářské zahradě.

Plná dávka psychoterapie – komunity, skupiny, deníky, kluby, neverbálky... První moje muzikoterapie s Jaroslavem... On na housle, já na buben. Oba to moc neumíme, ale je veselo....

Dětské tábory v Lojovicích, doléčování na dobronické louce, rodinná terapie v Červeném Dvoře. Přilehlá království nabízejí prostor k dalším terapeutickým výbojům.

Každý běžný den srší energií, řádem, totální odevzdaností. Pracujeme často o svátcích, nedělích a kupodivu se nikdy neptáme, co za to .Učíme se .Čas vymazal chvílky zoufalostí, nejistot a strachů. Zůstal vděk.

A pak psychoterapeutický svět.

Komunita SUR– Skála– Rubeš– Urban. Ojedinělý projekt, který funguje skvěle dodnes. Jaroslav v mé komunitě dědečkem, vedoucím, supervizorem, manažerem, přísným superegem a laskavým spoluhráčem. Mnohoroce se už dnes nepěstují. Tehdy nevadily. Učily tak, jak učí dobrý odvážný, veselý, přísný i moudrý rodič.

Milý Svatý Petře, máš tam vzácnou duši, po které se nám bude hodně stýskat. Přijmi ji, prosíme, s láskou. Plně si ji zaslouží.

Jitka Vodňanská, Dubeček, 26.listopadu 2007

A já jen doplním za nás psychosomatiky, že Jaroslav Skála začínal po válce na jednom z prvních pracovišť, kde se měly chronické somatoformní poruchy léčit v komunitním režimu jednoho z lázeňských domů v Lázních Libverda u Hejnic, v prvních letech po válce. Projekt vznikl v rámci spolupráce lékařů Psychiatrické kliniky v Praze s lázněmi Libverda v obsazeném a válečnými odsuny Němců poničeném pohraničí. Fungoval několik let, a zanikl poté, co se ztratilo několik kilogramů másla. To zastavilo rozvoj psychosomatické léčby při lázních, které by bylo kopírovalo osud psychosomatické medicíny v Německu, na mnoho let. Možná proto se říká „Má máslo na hlavě“, ne? Ať je to jak chce, bez člověka, jako byl Jaroslav Skála, bude těžké prosazovat pozici psychoterapii v medicíně důsledně a spravedlivě, tj., pro všechny, kdo se jí zabývají, ať už k ní přišli jako psychologové, nebo lékaři. Jaroslav nedělal rozdíly mezi lidmi podle vzdělání a společenského postavení, ale podle pravdivosti a poctivosti, pracovitosti a vztahu ke společenství. Z mnoha nápadů, kterými sršel až do posledního dechu, uvedu jen jeden: spolu s Matkou se chtěli zasadit o to, aby vedle lidských práv byly přijaty také lidské povinnosti.

Vladislav Chvála



PSYCHOSOMATICKÁ SEKCE PSYCHIATRICKÉ SPOLEČNOSTI ČLS J.E.P.

Proběhly volby do nového výboru psychosomatické sekce Psychiatrické společnosti ČLS J.E.P. V dalším volebním období bude pracovat v tomto složení: MUDr. V. Chvála, Doc. MUDr. R. Pánková, CSc., MUDr. PhDr. J. Poněšický, Doc. MUDr. J. Šimek, CSc., MUDr. M. Konečný, předseda bude zvolen na prvním zasedání výboru.

PROJEKT ZÁKLADNÍ PSYCHOSOMATICKÁ PÉČE DO ROKU 2010- návrh k diskusi č.1



Sedmého prosince byl v Brně Mikulášský seminář. Už potřetí se sešel tým tamního Ústavu psychologie LF MU vedený Doc. PhDr. Marcelou Bendovou k oslavě konce roku. Můžeme jistě diskutovat (a v kuloárech diskutujeme) zda zrovna toto je cesta k zvýšení prestiže psychologie a hlavně psychosomatické medicíny a psychoterapie na lékařských fakultách,

můžeme mít spoustu námitek, ale věci se hýbou praxí více než řečí, proto jsme jeli s Honzou Poněšickým podpořit brněnskou aktivitu a neprohloupili jsme. Kromě skvělé hostiny a pohostinnosti, uviděli jsme na vlastní oči psychosomaticky osvíceného chirurga (sic!) v pozici děkana lékařské fakulty spectabilis prof. MUDr. Jana Žaloudíka, CSc. Pronesl sice spíše zdravici, ale nezvykle zasvěcenou a psychosomatické a psychologii v medicíně vstřícnu. Po dobrém jídle a pití došlo na neformální setkání a my se potkali a diskutovali o tom, co by se mělo udělat, aby se psychosomatika také v Čechách stala respektovaným oborem. Není toho málo, ale když se toho nikdo neujme, nic se v tom nezmění. Dovolil jsem si neformální diskusi poněkud formalizovat a zapsat. Jde o první nástin do diskuse, kterou, jak doufám, může vyvolat. A pak možná i činy.



V.Chvála

Zástupci zdravotnické veřejnosti (psychosomatická sekce PS), psychoterapeutické společnosti (ČPS) a lékařských fakult (Ústav lékařské psychologie LF UM Brno)¹ se sešli, aby projednali stav psychosomatické medicíny v České republice a dohodli se na nezbytných krocích, které by vedly k nápravě tohoto u nás zanedbávaného segmentu zdravotnické péče. Konstatujeme, že ztráty, které podle relevantních výzkumů společnosti vznikají nedostatečným vzděláním lékařů v oblasti psychosomatické medicíny, jsou značné. Jsme ochotni napravit tento deficit v České republice podle vzoru německých lékařů. Chceme se zainteresovanými stranami dohodnout vznik segmentu ZÁKLADNÍ PSYCHOSOMATICKÁ PÉČE. Ten představuje dostatečně kompetentní část lékařů všech klinických oborů včetně praktiků vzdělaných tak, aby v rámci své běžné praxe uměli rozlišit psychosomatické pacienty, v rozhovoru uměli rozšířit anamnézu o psychosociální aspekty, případně uměli poskytnout některou z vhodných podpůrných psychoterapeutických metod a vhodné, indikované pacienty pak získají pro kvalifikovanou psychoterapii, prováděnou podle již zavedených oborových předpisů lékařem nebo psychologem vzdělaným v psychoterapii. Jen tak se minimalizuje tendence ke chronifikaci u těchto náročných pacientů.

S projektem přicházíme teprve nyní, protože dříve nebyly splněny předpoklady pro jeho zdárný průběh. Dnes můžeme konstatovat, že máme k dispozici:

- 1) Fungující segment psychoterapie ve zdravotnictví vč. vzdělávání v psychoterapii akreditované pro zdravotnictví s dostatečnou kapacitou, zajištěný zkouškou IPVZ, certifikátem na úrovni funkční specializace a respekt pojištěven k tomuto vzdělání
- 2) Dostatek Balintovských vedoucích, bez kterých by nemohl být takový projekt úspěšný
- 3) Vzdělávání v psychosomatické problematice na půdě IPVZ včetně závěrečné zkoušky z této problematiky, zatím bez respektu pojištěven
- 4) Stovky lékařů, kteří jsou vzděláni v psychosomatické problematice nebo ji dokonce ve své praxi provádějí, ale bez respektu pojištěven.²
- 5) Lokalizovanou učebnici Psychosomatické kompendium (Tress W., Kruse J., Ott J. (vyd.), *Psychosomatische Grundversorgung*. Stuttgart: Schattauer Verlag 2004, ISBN 3-7945-2209-5), která vyjde začátkem r.2008 v nakl.Portál a může sloužit jak vzdělávání lékařů tak mediků
- 6) Odborné médium Psych@ Som, sice na úrovni e-zinu, který vychází pravidelně 6x ročně a publikuje odborné články a překlady ze zahraničí
- 7) Zájem Psychiatrické společnosti na organizaci psychosomatické medicíny vyjádřený nově zvoleným výborem psychosomatické sekce
- 8) Nezávislou organizaci Sdružení pro psychosomatiku o.s. působící mezi lékaři všech oborů

¹U příležitosti „Mikulášského semináře“ Ústavu psychologie LF MU Brno. Seznam subjektů, které k dohodě přistupují se bude jistě rozšiřovat.

² Jde o lékaře, kteří procházeli za posledních min. 20 let sebezkušenostními výcviky (např SUR), řadu kurzů s menším rozsahem výukových hodin (včetně kurzu o časové ose, kterým prošlo cca 700 lékařů a psychologů), Psychoterapeutickou fakultou VIAP, vzděláváním IPVZ atd.

- 9) Institut podporující vzdělávání a tvorbu struktur v této oblasti (www.lirtaps.cz) o.p.s.
- 10) Podporu na půdě alespoň jedné LF- na Masarykově univerzitě v Brně, Ústav psychologie.³
- 11) Probíhající reformu zdravotnictví, ve které by měly být nuceny pojišťovny se chovat hospodárněji- což je důležitý aspekt k zavedení základní psychosomatické péče

Ke splnění tohoto cíle je třeba po vzoru německé lékařské veřejnosti vyjednávat na různých úrovních:

- 1) Vytvořit pracovní skupinu např. na půdě psychosomatické sekce PS
- 2) Formulovat jasně cíle a definovat pojmy ZÁKLADNÍ PSYCHOSOMATICKÉ PÉČE⁴
- 3) Požádat výbory odborných společností, kterých se problematika může týkat o podporu tohoto projektu, případně žádat jejich zástupce do pracovní skupiny
 - a) výbor Psychiatrické společnosti ČLS J.E.P. (prof.MUDr.Jiří Raboch)
 - b) výbor České psychoterapeutické společnosti ČLS J.E.P. (doc.PhDr.Jan Kožnar)
 - c) AKP (PhDr.Jiří Růžička, PhD., PhDr. Karel Koblic)
 - d) Lékařskou komoru a příslušné výbory o podporu projektu (nemám žádný kontakt- snad by věděl dr.Berka- co oslovit Stránského?)
- 4) Získat podporu lékařských fakult- zorganizovat elektronickou pracovní skupinu všech kateder nebo ústavů zabývajících se podobnou problematikou (mohla by Doc.Bendová?). Dosáhnout v horizontu 2 let vzniku kateder psychosomatiky na LF, třeba i jako společnou s katedrami psychologie či etiky.
- 5) Vypracovat společnou deklaraci o psychosomatice- např. na základě tohoto projektu
- 6) Oslovit vytipované politiky a připravit věcný záměr zákona, ve kterém bude třeba definovat:
 - a) základní psychosomatickou péči
 - b) rozsah vzdělávání pre a postgraduální
 - c) vymezení segmentu základní psychosomatické péče od psychoterapie a od psychiatrie, do kterých nebude zasahovat. Vzdělávání
- 7) Vyjednávat s pojišťovnami, motivovat je k výzkumu efektivity a účinnosti na základě sedmnáctileté zkušenosti z práce existujících psychosomaticky orientovaných pracovišť. Argumentovat německými zkušenostmi.
- 8) Trvale pokračovat v započatém programu vzdělávání lékařů s vizí vzniku Základní psychosomatické péče.

³ Lékařská psychologie nebo etika se vyučuje dnes již na všech LF, psychosomatická problematika zatím jen někde a nekoordinovaně

⁴ Ukázka, jak byly některé pojmy definovány v Německu, viz Psychosomatické kompendium

- 9) Podporovat místní pracovní skupiny na psychosomatiku zaměřených lékařů, nejlépe kolem balintovských skupin.
- 10) Pokračovat ve vydávání odborného média, a konferencí, v případě možností zvýšit úroveň média- to by znamenalo sehnat peníze.

Zápis z neformálního jednání na Ústavu lékařské psychologie LF UM v Brně pořídil a některé myšlenky rozvinul V.Chvála. K doplnění a zpřesnění posílám:

Doc.MUDr.Marcele Bendové, Brno

MUDr.PhDr.Janu Poněšickému, Bad Godleuba

MUDr.PhDr. Jiřímu Berkovi, Vojtova 23, Brno

Posílejte zpět na mou adresu chvala@sktlib.cz

ZÁPIS ZE SETKÁNÍ VÝBORU SDRUŽENÍ PRO PSYCHOSOMATIKU 28.11.2007

PŘÍTOMNI: MUDr.Hánová, Mgr.Jandourková, MUDr.Masner, Mgr.Olšáková, PhDr.Roubal, MUDr.Rys, PhDr.Slánská a MUDr.Štěpánová

Další setkání výboru a ostatních členů 3.1. 2008 v 18:00 opět na Psychosomatické klinice (pracovna dr. Roubala)

Další setkání celého Sdružení pro psychosomatiku 11.1. 2008 od 15:00 opět v ÚVN Střešovice (zasedací místnost oční kliniky, A5, 3.patro)

- 1) volba předsedy sdružení: navržen MUDr. Ondřej Masner, zvolen: 6, proti: 0 , zdržel se: 0, Mgr. Sevila Kačenová nepřítomná, pokladník MUDr. Michaela Štěpánová, zapisovatel PhDr. Pavel Roubal
- 2) zpráva o proběhlém diabetologickém setkání, kde byli i členové sdružení
- 3) MUDr. G. Krejčová zajistila prostory v ÚVN Střešovice pro setkání sdružení na celý příští rok
- 4) diskuse nad setkáním sdružení 12.10. a) u představování pracoviště větší podíl diskuze, představení konkrétní klinické práce, typický pacient, b) vyhovuje formát pauzy s občerstvením, pokud možnost přeskupit sezení (půlkruh)
- 5) Vytvořit adresář členů sdružení, mailem. Mgr. Eva Olšáková vytvoří instrukci a rozešle na adresy členů sdružení

- 6) MUDr. Hánová, nabídka vytvořit internetové stránky sdružení. Zatím by vyhovovala forma „nástěnky“: data akcí, adresář, odkazy na spřátelené organizace (stránky), nabídky podobných akcí. Cenu stránek zjistí MUDr. Hánová. Čtení těchto stránek pro všechny, ale zadávání přes „správce“.
- 7) členské příspěvky: účet založí dr. Štěpánová, dohodne s dr. Masnerem, založení potřeba 1000,-, potvrzení z Ministerstva, 2 lidí, kteří založí, 100 Kč/měsíc. dr. Roubal se zeptá na zkušenosti se založením účtu, nutnost, nejlevnější varianta. Zjišťuje také Mgr. Olšáková.
- 8) program: MUDr. Brožková, MUDr. Vondřich, zpráva z diabetologického sdružení (? MUDr. Lacigová), neurčen, kdo je osloví. dr. Brožkovou osloví dr. Roubal, MUDr. Lacigovou pravděpodobně dr. Masner, dr. Vondřicha a dr. Hájkovou?
- 9) potřeba diskuse nad konkrétním případem klinické práce jak na setkání sdružení, tak na setkání výboru sdružení
- 10) další setkání výboru sdružení 3.1.2008 v 18:00 na Psychosomatické klinice u dr. Roubala. Program bude zaměřen klinicky. Jsou zváni i ostatní členové sdružení.

zapsal dr. Roubal

INFORMACE ZE SDRUŽENÍ PRO PSYCHOSOMATIKU

Milí kolegové,

zdravíme vás v adventním čase. Snad si najdete chvíli na přečtení našeho mailu a také na odpověď.

Rádi bychom sestavili adresář členů a sympatizantů Sdružení pro psychosomatiku, o.s.. Adresář by měl sloužit k rozvinutí spolupráce mezi jednotlivými členy sdružení; k seznámení se s ostatními odborníky z oboru, k navázání kontaktů, k případnému předávání pacientů, atd. Pokud souhlasíte se zařazením do adresáře, pošlete nám, prosím, své **jméno, pracoviště a profesní zaměření se stručnou specifikací vašich pacientů** (např.: MUDr. Jan Novák, internista a psychoterapeut, privátní interní praxe, pracuje s dospělými pacienty, převážně s gastroenterologickými poruchami). Adresa je psm.cr@volny.cz

Adresář bude sloužit pro vnitřní potřeby sdružení, rozešleme vám jej emailem. Do budoucna by mohl viset na připravovaných www stránkách sdružení. Pro toto použití, prosím, promyslete, zda byste chtěli, aby byl adresář chráněn heslem a přístup k němu měli pouze členové sdružení (pokud preferujete tento postup, napište „heslo“), nebo chcete, aby k adresáři měl přístup každý uživatel internetu (pak připište „volný přístup“).

Děkujeme za ochotu a spolupráci, s přáním klidného prosince členové výboru sdružení

Mgr. Jandourková, Mgr. Kačenová, MUDr. Masner, Mgr. Olšáková, PhDr. Roubal, MUDr. Rys, PhDr. Slánská a MUDr. Štěpánová

P.S. Pokud své kontakty zašlete co nejdříve, můžete od nás dostat adresář pod stromeček.
☺

Milé kolegyně, milí kolegové,

POZVÁNKA NA 5.SETKÁNÍ SDRUŽENÍ PRO PSYCHOSOMATIKU O.S. 11.1. 2008 v 15 hodin

tímto vás zveme na páté setkání příznivců Sdružení pro psychosomatiku o.s.. Toto setkání se uskuteční **v pátek 11. ledna od 15 hodin v zasedací místnosti Oční kliniky Ústřední vojenské nemocnice ve Střešovicích** (viz Kudy tudy). Plánované ukončení setkání je kolem 19 hodiny.

Program setkání bude mít opět část odbornou a organizační a to zhruba v následujícím pořadí:

- 1. MUDr. Vondřich, PhDr. Hájková:** „Nepřímá práce ve trojici - klient, lékař a psycholog“
- 2. Jak proběhl „První společný workshop diabetologů, psychiatrů a psychologů“** (zpráva od MUDr. Masnera, Mgr. Olšákové a MUDr. Ryse)
- 3. Neformální setkání u občerstvení**
- 4. Diskuse a organizační záležitosti:**
 - podoba internetových stránek Sdružení pro psychosomatiku
 - připravovaný adresář členů sdružení
 - další

Na setkání s vámi se těší členové výboru: Mgr. Jandourková, Mgr. Kačenová, MUDr. Masner, Mgr. Olšáková, PhDr. Roubal, MUDr. Rys, PhDr. Slánská a MUDr. Štěpánová,

KUDY TUDY: Adresa: U Vojenské nemocnice 1200 , Praha 6, Střešovice

K nemocnici:

MHD:

Tramvají č. **1,2,18** do stanice „**Vojenská nemocnice**“. Návaznost na nejbližší stanici metra:

ze stanice "**Dejvická**" tramvaj č. **2**

ze stanice "**Hradčanská**" tramvaj č. **1,18**

ze stanice "**Vltavská**" tramvaj č. **1**

ze stanice "**Národní**" tramvaj č. **18**

Auto:

Třída M. Horákové, odbočit do Střešovické ul., stále do kopce směr Petřiny. Odbočka do ulice U vojenské nemocnice je označena značkou "H", ze směru od centra je to ostrá odbočka vlevo (přes tramvajové koleje). **Parkování:** Parkoviště pro osobní automobily je umístěno před hlavní bránou ÚVN. **Zasedací místnost najdete ve 3. patře pavilonu A, vchod A5.**

[Orientační plán areálu](#)

PSYCHOSOMATICKÁ LABORATOŘ

Nová rubrika by měla být určena k publikování zkušeností, k diskusi nad nimi, k propojování novinek z výzkumu se zkušenostmi z praxe, vědy s fantazií, literárních rešerší s fantaziemi, které nás nad nimi napadají. Vlastně s tím už začal v minulých číslech Honzák, pokud k rešerši připojil svůj významný komentář. Zkuste si takto pohrát s tím, co Vás napadá, když se Vám nějaký výsledek výzkumu, o kterém čtete, propojuje s tím, co vidíte v praxi.

MUDR. MARTIN KONEČNÝ: KASUISTIKA ÚSPĚŠNÉ PSYCHOFARMAKOTERAPIE CHRONICKÉ PROSTATITIDY A URETRITIDY U 32LETÉHO MUŽE

Psychiatrické odd. Nemocnice Ostrov, Ostrov n. Ohří; Psychosomatická klinika, Praha;



Úvod: Čím více víme o fenoménu bolesti, tím více se potvrzuje platnost bio-psycho-sociálního modelu jeho vzniku. Zejména to platí o chronické bolesti, která je výrazněji než bolest akutní modulována afektivně, emočně a motivačně na úrovni eferentních systémů CNS, při čemž základní úlohu při modulaci sehrává limbický systém. Také lokalizace chronické bolesti není vždy závislá výhradně na stimulaci receptorů bolesti, nociceptorů, z aferentních systémů; aferentní stimulace může dokonce i chybět a subjektivně vnímaná bolest vzniká pak výhradně projekcí stimulovaných centrálních oblastí do periferie. Afektivní a emoční složku získává bolest ve spojení s cingulárním kortexem, amygdalou a hypothalamem, za její lokalizaci jsou pak zodpovědné cingulum, somato-senzorický kortex a thalamus.

CNS disponuje donedávna netušenou plasticitou, která umožňuje uchovávat emoční paměťové stopy prakticky po celý život v podobě stamilionových synaptických propojení kortexu, bazálních ganglií, limbického systému a mozkového kmene do neuronálních sítí, tzv.reprezentací. Ty umožňují, aby psychická, behaviorální a sociální zkušenost nemocného, respektive její emoční koreláty, významně spoluurčovala modulaci a lokalizaci bolesti. Stejně určující ovšem je i aktuální afektivně-emoční vyladění, které probíhá na úrovni CNS neustále jako výsledek interakce organismu s okolím. Při silné stimulaci podněty z prostředí jsou zapojovány neuronální okruhy emočních paměťových stop a oba procesy tak probíhají synchronně. Etiologie výsledného klinického obrazu tak již není vysvětlitelná na základě pouhých lineárně kauzálních souvislostí jednotlivých biologických faktorů; ty zůstávají přítomny na pozadí patologického procesu v cirkulárně kauzálním propojení s

psychickými a sociálními faktory, takže biologický základ nemoci je neustále spolutořen (modulován) psycho-sociálním kontextem, stejně jako je psycho-sociální realita kontinuálně utvářena biologickou skutečností organismu.

Chybí-li jednoznačná biologická příčina, která by dostatečně objasnila subjektivně pociťovanou bolest, měla by být v takovém případě psycho-sociální historie vnímána jako hlavní a určující etiologický faktor⁵. Taková bolestivá reakce na psychické faktory a sociální okolnosti působící na organismus z prostředí je pak psycho-somatickým onemocněním v pravém slova smyslu. Jedním z příkladů takto definované psychosomatické nemoci je i syndrom chronické pánevní bolesti u mužů, klasifikovaný podle MKN - 10 obvykle kódem N 41.1, chronická prostatitida⁶; té se týká následující kasuistika.

Kasuistika: 32letý muž s půlroční anamnézou pánevních bolestí a bolestí v močové trubici, dlouhodobě léčený urologicky, byl odeslán kvůli špatným výsledkům opakované ATB léčby chronické prostatitidy a uretritidy na Psychosomatickou kliniku v Praze svou známou psycholožkou. Byl podroben hodině a půl trvajícím strukturovanému rozhovoru zaměřenému na vyšetření bio-psycho-sociálních faktorů onemocnění, z nichž uvádíme následující:

Sociální faktory: nemocný je spisovatel, publikoval svůj poslední román v r. 2005, od té doby pracuje na dalším textu; žije v dlouhodobém bezdětném partnerském vztahu, který popisuje jako harmonický. Pochází z menšího města na Moravě, má dva starší sourozence, sestru o 11 a bratra o 15 let; rodiče se rozvedli, když bylo nemocnému 12 let; otec, závislý na alkoholu, žil po rozvodu sám v Brně, a zemřel v 55 letech na komplikace etylismu, když bylo nemocnému 19 let a studoval na VŠ v Praze; matce je 66, je zdráva;

⁵ Zdá se, že v tomto směru probíhá v uvažování lékařů posun (když je řeč o bolesti, připustíme, že u původně výhradně biologicky smýšlejících terapeutů jde o proces zpravidla bolestivý) od paradigmatu karteziánského, mechanistického, primitivně lineárního, k paradigmatu relativistickému či dokonce holistickému (celostnímu). Medicínský pohled se tak začíná podobat více pozorováním kvantového fyzika než konstrukcím strojního inženýra, jak tomu bylo dříve. Organismus postupně přestává být lékařem vnímán jako nesmírně složitý stroj a je na něj nově pohlíženo jako na bio-psycho-sociální jednotu, kterou lze pochopit stejně nesnadno jako např. fyzikální povahu světla nebo kvantové jevy. Svou roli v tomto posunu celé medicíny sehrávají zejména neurobiologické objevy posledních desetiletí, založené sice v deterministickém vnímání reality (deterministické paradigma zůstává uzavřeno meta-fyzické či spirituální dimenzi existence), překonávající ale poprvé v historii moderní vědy původní karteziánský dualismus (hmota versus duch, tělo versus duše), na němž vědecké myšlení s odvoláním na Aristotela vzniklo. Funkční zobrazování mozku umožnilo, tím že poodhalilo tajemství neuroplasticity CNS, renezanci pre-aristotelského pojetí člověka (a tím i přírody a celé kosmu?) jako jednoty somatického a psychického (hmotného a duchovního?).

⁶ "N" kód by měl být z výše uvedených důvodů postaven pouze jako kód dodatkový, který – podle požadavku Instrukční příručky Mezinárodní klasifikace nemocí – vyjadřuje manifestaci stavu, a tzv. primárním kódem by v tomto případě měla být diagnóza "psychologických a behaviorálních faktorů u nemocí klasifikovaných jinde" F 54, jež byla ještě před neurobiologickou revolucí zamýšlena pouze jako doplňková. Správně zkonstruovaný kód, pod kterým následně pojišťovny sledují náklady na léčbu u jednotlivých onemocnění (a jenž má tedy dalekosáhlý význam!), by tedy měl správně vypadat takto: F54+ N41.1* (Anebo zkráceně jen F 54). Po splnění 6 měsíčního časového kritéria by tato diagnóza měla být nahrazena jiným psychosomatickým "F" kódem pro „přetrvávající somatoformní bolestivou poruchu“, F 45.4.

kromě otcovy závislosti se v rodině nevyskytlo žádné psychické onemocnění. Po rozvodu rodičů až do odchodu na VŠ žil nemocný s matkou a sestrou v rodinném domě, bratr žil již v té době odděleně. Po ukončení studia, během kterého měl první vážný dlouhodobý vztah, bydlel nemocný dále v Praze, kde se seznámil se současnou přítelkyní. Společně bydlí 6 let, o svatbě zatím neuvažují, nepřejí si mít děti.

V roce 2004, když dokončoval svůj druhý román podporovaný grantem Ministerstva kultury ČR, odcestoval na studijní stáž, kde chtěl finalizovat podobu celého textu. Pobýval v Německu cca 6 měsíců a na konci pobytu prodělal zánět prostaty po prochlazení. Obtíže trvaly asi 2 měsíce a ustoupily po opakované ATB léčbě, kterou dokončil již po návratu do České republiky v době, kdy zaznamenal první příznivé ohlasy na dokončené dílo. Následně měl problémy s imunitou, opakovaně prodělal infekce HCD až do konce roku 2005, kdy nový román vyšel. V červenci 2006 odcestoval na měsíční pobyt do USA, který měl být součástí příprav dalšího románu. Při pobytu v zámoří se bez zjevné příčiny obtíže s prostatou opět obnovily a trvaly půl roku, tedy až do prvního vyšetření na Psychosomatické klinice v Praze. Po návratu ze zámoří byl opakovaně léčen ATB, léčba však byla bez efektu a obtíže se postupně zhoršovaly. Postupně se staly tak intenzivními, že nemocný nemohl dále pracovat na svém románu, kvůli bolestem na několik měsíců přerušil také sexuální život s partnerkou.

Biologické faktory: nemocný po narození prodělal těžkou umbilikální sepsi se závažným průběhem a údajně infaustní prognózou. Uzdravil se a v dětství ani v dospělosti již vážněji nestonal až do problémů s prostatou, které začaly v r. 2004. V době rozhovoru, tedy v únoru 2007, končil s užíváním čtvrté řady antibiotik a chemoterapeutik. Nemocný je nekuřák; alkohol užíval pouze společensky, asi 1x za 14 dnů v menších dávkách; asi 1x za 2 měsíce pil více při posezení s přáteli, nikdy se však neopil, nezažil palimpsesty či vážnější komplikace užívání etanolu; posledního půl roku od alkoholu abstinuje; užívá tetrahydrokanabinoidy asi 1x14 dnů ve formě čaje, dobře po konopí spí, užívá ho i v době bolestivé poruchy, když se již potřebuje vyspat; jiné drogy nikdy neužíval.

Psychické faktory: připouští, že od rozvodu rodičů měl možná problémy s náladou, stranil se spolužáků, i v dospělosti má jen několik přátel, s kterými se stýká. Nikdy nezažil hypomanický ani depresivní stav. Až během současného stonání se jeho nálada snížila téměř na úroveň deprese. Jak popsáno výše, bolesti mu bránily v práci, ale chuť pracovat neztratil; nepoklesla ani jeho sexuální apetence, sexuální praxi však bránily silné bolesti pociťované na hrázi a v močové trubici. Na otázku, jakou má povahu, odpovídá přesvědčeně, že je "líný, do všeho se musí nutit; i když má řadu aktivit, zdá se mu, že je celoživotně nevýkonný". Úspěch, kterého dosáhl, vnímá jako inadekvátní vlastním nedostatečným schopnostem.

Souhrn, hypotézy a doporučení terapie: svobodný, společensky úspěšný VŠ, vyrůstal v rodině, kde otec trpěl závislostí na alkoholu; po

rozvodu rodičů se u něho začala rozvíjet dystymie, lehký pokles nálady, který však významně ovlivnil strukturaci CNS v době dospívání; již v té době mohl prožívat pocity viny a nedostatečnosti spojené s rozpadem rodiny; i v dospělosti prožívá sám sebe jako insuficientního, i přes společenský a umělecký úspěch pochybuje o svých kvalitách (také o své schopnosti obstát v roli otce, nepřeje si proto mít děti); pocity nedostatečnosti trpěl zejména v r. 2004, tedy v době před dokončením druhého románu, který byl veřejností "s napětím očekáván". Tehdy došlo na základě prochlazení k rozvoji akutního zánětu, bolestivá aferentní stimulace však byla již tehdy modulována dlouhodobým dystymickým vyladěním, která přispěla k chronifikaci obtíží. Bolesti po návratu z půlročního pobytu v Německu do Česka měly již psychosomatický ráz a k jejich vyléčení zřejmě nepřispěla na prvním místě ATB léčba, ale spíše úspěch druhého románu u vydavatele před jeho publikací. S napětím, jak bude text přijat veřejností, bylo spojeno kolísání imunity nemocného, při němž docházelo k recidivám infekcí HCD. Podobně práce na třetím románu, která začala v r. 2006, u nemocného oživila silné pochybnosti o vlastních kvalitách. V době další tvůrčí krize se objevily psychosomatické obtíže znovu, tentokrát již zcela bez zdroje aferentních stimulů, pouze jako projekce centrální stimulace z limbického systému, když se oživily opět dětské pocity nedostatečnosti z doby rozpadu primární rodiny.

Nemocnému ordinujeme nízké dávky antidepressiv III. generace z řady inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu, konkrétně 50mg sertralínu, které podáváme jednou denně. Opíráme se při tom o teorii vysvětlující účinky antidepressiv jejich schopností podpořit neurogenezi v CNS. Doporučení psychoterapie, u níž funkční vyšetření mozku naznačují obdobné účinky trvalejšího charakteru, předkládáme nemocnému spíše jako výhledovou možnost, protože u něj nezjišťujeme dostatečně silnou motivaci k řešení afektivně emočního vyladění CNS, které považujeme za hlavní příčinu chronických obtíží.

Průběh léčby: zavedení medikace nemocný snesl bez obtíží; iniciální efekt léčby zaznamenáváme již po 3 týdnech užívání při první kontrole, tehdy ještě pouze na úrovni psychického zlepšení; po 6 týdnech užívání odeznívají zcela bolesti na hrázi, a téměř úplně bolest v močové trubici, která se zřídka a na krátkou dobu ještě objevuje; po 2 měsících léčby začíná nemocný znovu pracovat na třetím románu; po 3 měsících léčby udává překonání tvůrčí krize, která se rozvinula při pobytu v zámoří v r. 2006 – tehdy v USA při bližším poznání reálií ztratil návaznost pro další pokračování příběhu svého románu, nyní přišel na to jak problém vyřešit. V půlce srpna 2007 dokončuje práci na třetím románu. Je zcela bez bolestí, sexuálně žije se svou partnerkou a udává „poprvé v životě zážitek normální nálady“, o kterém nevěděl, že existuje.

konecnym@gmail.com

www.psychosomatika.net.

Pozn.editora.: Všechny identifikační znaky pacienta byly významně autorem z etických důvodů pozměněny.

LITERATURA:

- Bonaz B.: Visceral Sensitivity Perturbations Integration in the Brain-Gut Axis in Functional Digestive Disorders; *Journal of Physiology and Pharmacology* 2003, 54, Suppl 4, 27-42
- Ducreux D. et al.: Mechanisms of central neuropathic pain: a combined psychophysical and fMRI study in syringomyelia; *Brain* (2006), 129, 963–976
- Giesecke T. et al.: The Relationship Between Depression, Clinical Pain, and Experimental Pain in a Chronic Pain Cohort; *Arthritis & Rheumatism* Vol. 52, No. 5, May 2005, pp 1577–1584
- Garcia-Larrea L. et al.: Laser-evoked potential abnormalities in central pain patients: the influence of spontaneous and provoked pain; *Brain* (2002), 125, 2766-2781
- Komárek S, Neubauer Z.: *Lejzr a smrž*; Tvar, 1993
- WHO: Mezinárodní klasifikace nemocí, Instrukční příručka: Geneva, 1993; Czech Edition Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, Praha, 1996; s. 27
- Neubauer Z.: *Přírodní vědy a náboženství*; samizdat, 1982
- Patočka J.: Negativní platonismus in *Péče o duši I*, Praha Oikúmené 1996, str. 303-336
- Pribram K.H.: Šírává touha zjistit, jak mozek pracuje; *Vesmír* 78, 10/1999. ss. 547-551
- Rezek P.: *Přednášky k fenomenologické psychologii*, samizdat, 1985
- Tattersall I.: Karl Pribram, the James Arthur Lectures, and What Makes Us Human; *Journal of Biomedical Discovery and Collaboration* 2006, 1:15; 1-6
- Vondráčková D.: Chronická bolest, patofyziologie a léčba; *Neurologie pro praxi*, 6/2004; ss. 337-344

V.CHVÁLA: KOMENTÁŘ

*Především moc děkuji Martinovi Konečnému za svědectví ze své praxe. Kdo se setkal s pacientem trpícím tím, čemu říkají urologové chronická prostatitida, případ ocení. Podle mé zkušenosti je to nejméně tak obtížné k léčbě jako chronická pelviální u žen. Obtížnější o to, že muži se zpravidla do psychoterapie moc nehrnou, je proto s nimi těžké rozkrývat psycho-sociální podloží poruchy. Že komplikovaně souvisí se sexem podobně jako pelviální u žen, to je zřejmé, o to choulostivější je explorační problém. V připravované publikaci *Psychosomatické kompendium autorů Tress, Kruse, Ott*, která vyjde v únoru 2008 v nakl. Portál, se sice nic moc o urologické psychosomatice nedočteme, ale to neznamená, že se zde nic o problematice nedozvíme. Autoři operují pojmem maladaptivní kruh, což je popis jiné, než lineární kauzality, stojící zpravidla za chronickým onemocněním. Sáhne-li po Uexküllově monografii *Psychosomatická medicína* 6. vydání z r. 2003, věnují zde autoři Ernst-Albrecht Günthert a Hans-Christian Drossel urologii celých 13 stran (s.1113-s.1126). Zde uvádějí, že psychosomatických pacientů je v ordinaci urologa 30-50%. Konečného pacient by patřil do jedné z diagnostických skupin zde uvedených jako F45.0/F45.2:*

- Chronická bakteriální prostatitis (NIH II),
- Chronická abakteriální prostatitis/ chronický algický pánevní syndrom (NIH III),

- Chronický zánětlivý bolestivý pánevní syndrom (NIH IIIa),
- Nezápětlivý chronický bolestivý pánevní syndrom (NIH IIIb) a konečně
- Asymptomatická zánětlivá prostatitida (NIH IV).

Je jasné, že odlišit je od sebe klinicky sice lze, ale u všech budeme muset hledat složitější, než jen biologické faktory udržující symptomy. Představuji si, že jednotlivé škatulky, které se vyznačují zdánlivou příčinností (např. „bakteriální“ nebo „zánětlivá“) jsou větší pastí pro klinika, který disponuje protizánětlivými léky a antibiotiky, než ty druhé, kde se z hlediska tradiční medicíny tvrdí téměř nesmysl („abakteriální“, nebo „nezánětlivá“), jakýsi koán, stejně jako třeba v případě „revmatizmu bez revmatoidních faktorů“, cosí jako oxymoron: „mrtvé milenky cit“. Posunout naše uvažování o několik řídících rovin výš, zrovna do oblasti CNS, je výborný nápad, umožněný rozvojem neurověd. Obávám se, že jediný rozdíl mezi těmi, kdo mají nález bakterií v moči a těmi, co nález nemají, je v tom, jak brzy se začne myslet na psychosociální kontext nemoci, tak jak to udělal v tomto případě Konečný. Zda organizmus „využívá“ k udržování svých symptomů bakterie nebo umí vytvořit symptomy i bez nich, je celkem jedno, v obojím případě je stav dost nepřijemný.

Z hlediska psychosomatických úvah je nejzajímavější skupina „Asymptomatická zánětlivá prostatitida“, kde je třeba se ptát: jak se ví, že je člověk takto nemocný, když choroba je asymptomatická. A dále: co v tomto případě udržuje maladaptivní kruh, když to nejsou projevy symptomů. Teprve o nich totiž předpokládáme, že kolem nemocného proměňují kontext. Teprve bolest, která znemožňuje styk, má vliv na partnerku, teprve potíže, které znemožňují nějaké sociální aktivity, mohou vytvořit sekundární zisk. Nebo že by i jen vnitřní chronický emoční stav mohl vést ke změnám prokrvení pánve, ke změnám napětí svalů dna pánevního aniž by byly pocíťovány bolesti, a zůstává pak jediným symptomem prostata citlivá na dotek, případně bakteriurie? Nevíme. Ale jsem klidný, protože vím, že většinou nevíme. Například si vůbec nedělám iluze o tom, že by se urolog dověděl běžně pravdu o skutečném sexuálním životě svého pacienta. A co může být pro stav prostaty podstatnější?

Nejpozoruhodnější je, že pacient zjevně psychosomatický, vyléčen byl užíváním antidepressiv. Skeptický čtenář řekne, tak k čemu ta psychoterapie, psychiatr zase, vidíte, říkal jsem vám to, byla to deprese. Larvovaná. Zastánce evidence based medicíny by se mohl dožadovat jednoznačného postupu: u chronického syndromu pánevní bolesti podej sertralin 50 mg p.o. jednou denně. A zastánce technické medicíny vykřikne: „Proč na to ještě nejsou automaty? Na internetu si naklikám podle symptomů diagnózu, a rovnou si nechám poslat 50 mg sertralinu, ne?“ A šéflékař (české) pojišťovny se vyjádří rovnou a jasně: nač tedy ztrácet čas zbytečným plkáním: ať si v čekárně pacienti vyplní dotazník depresivity a lék může předepsat lékař v mžiku a bez řečí- 36 bodů: minimální kontakt s pacientem. Proč na to chcete víc (času, peněz, vzdělání)?

Jenže já se obávám, že ono se to na podání sertralinu zjednodušit nedá. Samozřejmě, že anamnézu, tak jak se ji dověděl kolega Konečný, nelze odebrat v bezvědomí pacienta. Prostě u toho musí být. Otázkami stav věci nejen zjišťujeme, ale také proměňujeme. Podání sertralinu s vysvětlením, které Konečný podal, je také zcela jiná intervence než pouhé podání s informací ‚berte to jednou denně‘. Je to podání léku s výkladem, který navazuje na hypotézy, které si lékař utvořil. Ten lék už nemá šanci pracovat jen sám svou farmakokinetikou. Ale právě takové podání léku je skutečným léčením. Snad jen to ještě zachraňuje lékařský stav před tím, aby byly v drogériích případně na záchodcích instalovány automaty na léky podle plně automatizovaných algoritmů EBM.

Takový dvojitě slepý a randomizovaný výzkum, který by mohl potvrdit nebo vyvrátit tuto hypotézu, by mohl být uspořádán tak, že bychom vytvořili dvě skupiny pacientů s chronickou prostatitidou: jedné by byl na základě dotazníku depresivity podáván automaticky sertralin 50mg denně s jedinou informací ‚jedenkrát denně‘. Druhou skupinu by tvořili pacienti, se kterými by Konečný udělal strukturovaný rozhovor a teprve pak by podal Sertralin 50 mg s příslušným vysvětlením. Čekal bych, že druhá skupina bude v léčbě úspěšnější.

RADKIN HONZÁK: POLYKÁNÍ CIZÍCH TĚLES U PACIENTŮ S PORUCHAMI OSOBNOSTI



Podle: Gitlin DF, Caplan JP, Rogers MP, et al.: Foreign-body ingestion in patients with personality disorders. *Psychosomatics*, 2007;48(2):162-166

Léčebná péče o pacienty s opakovanými sebepoškozujícími aktivitami je náročná, jak co se týče ekonomických dopadů, tak pokud jde o zátěž okolí a zdravotnického personálu. Existuje rozsáhlá literatura zaměřená na pacienty, kteří si způsobují řezné rány, spáleniny, defekty po „skin-picking“ či podnikají další sebemutilační aktivity a většina pozornosti se upírá k diagnostice a terapii nemocných s osobnostními poruchami, zejména hraničními a narcistními. V protikladu k tomu jsou poměrně řídké údaje týkající se problematiky sebepoškození spočívající v polykání nevhodných předmětů.

Autoři proto shrnují dosavadní znalosti v této oblasti, předkládají několik ilustrativních kasuistik a zaměřují se na podstatné klinické problémy doprovázející toto chování. Zatímco poškození kůže je patrné a okolí je na ně bezprostředně upozorněno, je spolknutí nevhodného předmětu nebo látky

nenápadnější a také důsledky se mohou objevit s různě dlouhým zpožděním, což někdy představuje zvýšení rizika. Riziko přetrvává, dokud polknutý předmět nevyjde nebo není vyjmut. Další záležitost spočívá v tom, že při používání ostrých předmětů k pořezání mohou být tyto předměty zajištěny či odstraněny, naopak, polknout lze prakticky cokoli.

Dostupná literatura se zaměřuje hlavně na endoskopické a chirurgické postupy při odstraňování cizích těles z trávicího traktu a jen její malá část se orientuje na psychiku pacientů, respektive péči o ni. Přitom se zdá nepravděpodobné, že by takovéto (zvláště opakované) chování neindukovalo psychiatrické vyšetření a tím překvapivější se jeví nedostatek psychiatrických informací.

Dostupná literatura dělí psychopatologii "polykačů" do čtyř základních okruhů: simulace, psychózy, pica a osobnostní poruchy. Autoři stručně referují o prvních třech okruzích a podrobněji se zaměřují na čtvrtý.

Simulace má přinést osobě, která ji použije, určitý zisk. V praxi je to častý způsob jednání ve věznicích a v detenčních zařízeních, včetně psychiatrických. Polknutí cizího tělesa má za cíl přesunutí do pohodlnějšího zdravotnického zařízení, odkud by se také dalo snadněji uprchnout. Dostupné práce uvádějí v této skupině kolem 70% prevalence vězňů, psychiatrické diagnózy nejsou dostupné. Mezi nejčastěji polykané předměty patří žiletky, nůžky, šrouby, zvláštní kategorii tvoří „kotvičky“ vyrobené ze svorek, spínacích špendlíků a dalších pomůcek.

Psychotičtí pacienti mohou polykat předměty pod vlivem bludů nebo imperativních halucinací. V jedné citované práci, napsané z chirurgického pohledu, je uvedeno, že mezi ošetřenými pacienty bylo 23 % psychotiků. U této podskupiny bylo nápadné enormní množství spolykaných předmětů. Další citovaná kasuistika uvádí jako příčinu smrti otravu zinkem, když pacient spolykal celkem 461 kovových mincí.

Pica se častěji vyskytuje u dětské populace, bývá spojena s autismem, mentální retardací a dalšími těžkými poruchami.

Osobnostní poruchy jsou nejčastější diagnózou pacientů, kteří opakovaně polykají nevhodné předměty jako provokaci okolí v parasuicidálním úmyslu. V této podskupině má pak toto jednání stejný význam, jako jiné formy sebepoškození. Většina literatury upozorňuje na to, že takové jednání bývá opakované a navíc bohužel rezistentní k léčbě.

Diagnosticky obtížné může být to, že pacient se objevuje u lékaře s jistou latencí po ingesci nevhodného předmětu a buď otevřeně přizná své jednání, nebo si pouze stěžuje na vágní obtíže v gastrointestinálním systému. Ale ani první z obou variant nepřináší pro ošetřujícího lékaře dostatek jistoty, pokud jde o budoucí vývoj a je nutné vyčkat do doby, kdy už předmět (ať cestou endoskopickou, chirurgickou či per vias naturales) nebude v trávicím systému.

Předložené kasuistiky ukazují převážně na kompulzivní chování. Pacientka (s anamnézou více než 100 hospitalizací) po šesti dnech pobytu

v psychiatrickém zařízení, kdy se navenek jevila zcela klidná a vyrovnaná, chtěla použít plastickou propisovací tužku k tomu, aby ji rozlomila a tímto „nástrojem“ se pořezala, jako opakovaně předtím, ji místo tohoto způsobu použití v náhlém impulzu spolkla.

Pacientka s předchozí anamnézou posttraumatické stresové poruchy, známá sebepoškozováním na všech dostupných místech, včetně vkládání kovových uzávěrů lahví do vaginy s následným krvácením, polykala opakovaně předměty jako pera, tužky, přičemž popírala suicidální úmysly.

Polymorbidní pacient (závislost, velká depresivní porucha, antisociální osobnost) převezený do zdravotnického zařízení na základě telefonátu z autobusové zastávky, že tam polyká žiletky. Pacient uvedl, že se chce zabít od 14 let nejrůznějšími způsoby (předávkování, podřezání, oběšení).

Tito, stejně jako další uvedení pacienti a pacientky měli v anamnéze desítky hospitalizací a jednu společnou charakteristiku: rezistenci k jakékoli terapii.

V diskusi autoři probírají motivace těchto pacientů, kdy za nejčastější pokládají parasuicidální jednání, kterému chybí jasné přání zemřít. Přesah tématu tvoří další sebepoškozující činnosti (inzerce jehel do krevního oběhu, ostrých předmětů do břišní dutiny, atd.). Klinická zkušenost autorů i klinický dojem z literatury naznačuje, že ženy v této skupině jednoznačně převládají, což se může vázat k emoční labilitě spolu s agresivním (resp. autoagresivním) jednáním. Chování spojené se sebepoškozením může být výrazem těchto tendencí.

A protože personál a okolí má prakticky nulovou možnost omezit ingersi jakéhokoli předmětu, může to být z hlediska nevědomých tendencí od pacientů také velice srozumitelné vyjádření pocitu vlastní moci.

Z terapeutických možností jsou zmiňovány citované úspěchy „dialektické behaviorální terapie“, pokud jde o farmakoterapii mohla by být efektivní aplikace naltrexonu nebo clonidinu. Cílenou skupinou by vedle pacientů s typickými poruchami chování měli být i pacienti s PTSD.

Spojení: dgitlin@partners.ps.org

Komentář

Jako dlouhodobě působící konzultační psychiatr na gastroenterologickém oddělení, kde semináře na téma „cizí předměty v GIT“ byly velice oblíbené, nejen pro odborné znalosti, ale někdy též pro mírně pikantní příchut' (*vstup do GIT není jen z orální části; cizí tělesa zavedená z aborální části však spíše než s tendencí sebepoškození souvisejí s tendencí navození slasti. Zde se sluší připomenout případ muže, který se dostavil před dávnými roky na motolskou chirurgii s jogurtovou silnostěnnou, konicky tvarovanou, průměr dna kolem 10 cm, výška kolem 12 cm, skleničkou od jogurtu v rektu a s lakonickým vysvětlením: „Na své narozeniny dovolil jsem si malou perverzitku“. Chirurgové velmi tvůrčím způsobem vyřešili problém nekrvavou cestou:*

v hluboké anestézii a relaxaci pomocí porodnických kleští nejprve otočili skleničku horním otvorem aborálně, potom do jejích útroh nacpali klacek omotaný namočenými sádrovými obvazy a když sádra zatvrdla, cizí těleso tahem odstranili.) chci ocenit to, že autoři obrátili pozornost k méně viditelné, ale neméně nebezpečné formě sebepoškozování, než jsou lacerace žiletkami, střepy či puchýře od cigaret a dalších žhavých předmětů, nemluvě o pomezí psychiatrie a dermatologie nad problémem „skin-picking“. Z hlediska psychoneuroimunologie není ani rozsáhlejší tetováž – spojená s uplatněním všech zánětlivých produktů – tak úplně bezpečná, nemluvě už o piercingu a dalších módních „estetických“ postupech.

Moje kritická připomínka směřuje k termínu „simulace“ (v originále „malingering“); v naší nomenklatuře se tento pojem vztahuje k „předstírání“, zatímco polykači nic nepředstírají, protože uvedené předměty skutečně spolykali. Doporučuji tedy spíše označení „**účelové jednání spojené se sebepoškozením**“. Pro ty, kteří dosud neshlédli film U nás v Kocourkově s Janem Werichem v hlavní roli, vřele doporučuji jeho návod k opuštění vězení: „Spolknu ty hodinky – polykám zásadně švýcarské stroje – a už mě vezou... Následuje operace a pak dieta, nejdříve čajičky, polévky, kašičky a teprve potom jídla tuhá... Ale jizva mě hyzdí!“

Z praxe vím, jak rychle se rozšíří zpráva o malé efektivitě takového postupu mezi potenciálními adepty těchto metod: pamatuji se jak ubylo ve věznici na Pankráci polykačů „kotviček“ poté, co přednosta ORL Thomayerovy nemocnice, doc. MUDr. Pavel Škeřík, CSc. místo složitých operací zavedl jejich vyjímání endoskopicky pomocí plastové „rukavice“, takže pacient po půlhodinovém výkonu putoval zpět.

K problému zvanému „pica“ (už se píše i česky „pika“) bych rád dodal, že je uveden pod heslem „zálsuk“ již v publikaci: *Eds: Chodounský K, Thomayer J.: Zdravotnický slovník, Praha, J.Otto, rok vydání chybí (+/- 1900)*, a to takto: „**Zálsuk (Pica)** na abnormní věci vyskytá se často v průběhu hysterie. Chorobou touto stížená individua často nesnášejí zcela obyčejných dojmů, obyčejná jídla se jim protíví, některé vůně, zvuky, barvy rozčilení jim působí, za to však právě zálsuky na věci a činy abnormní stavy tyto provázejí. Tak pozorujeme požívání hmot nejedlých i nezáživných od křídý až ke špendlíkům a jehlám; kdežto nemocní hudby nesnášejí, pociťují rozkoš při kočičině a ve vřavě. Vůně růží je uvádí v zoufalství, zato ale hmotami páchnoucími natírají tělo své. Jindy se bodají jehlami i noži, vlasy si rvou, bolavá místa rozdírají a při všem tom pociťují jakousi rozkoš. Že stavy tyto příznakem vážné choroby čivné jsou, připomínati netřeba.“

Jak je vidět, je zde uvedena směs poruch chování u jedinců s poruchou osobnosti a dalšími sebepoškozujícími aktivitami. Na druhé straně jsem měl možnost pozorovat tento jev u dětí trpících karencí vápna (instinktivní ohryzávání omítky za postýlkou), ale také u nemocných v chronické dialyzační léčbě, kteří se naučili řešit žízeň a pocity palčivosti v ústech cucáním ledových kostek, což se jim posléze vymklo z kontroly.

Psychotiční pacienti jsou podle mých zkušeností řádově rizikovější, než polykači z řad psychopatů, pardon: osobnostních poruch. Ze své praxe bych chtěl prezentovat kasuistiku nešťastného mladého schizofrenika, která má v sobě kus etického poselství schizofrenní spravedlnosti: *J.K., 25 let, paranoidní schizofrenie. Do PL, kde jsem tenkrát sloužil druhým rokem byl převezen poté, co polkl svazek klíčů od bytu a domu. Odeslán okamžitě do Mladé Boleslavi na spádové chirurgické oddělení. Asi za dvě hodiny dorazila autobusem do léčebny jeho matka, která se dožadovala vydání klíčů. Když se dozvěděla, že syn byl odeslán na chirurgii, začala hořekovat, že už je nikdy neuvidí, protože tam si je dají do muzea, podobně jako si tam dali před lety klíč od společného záchodu na pavlači, což rodina těžce nesla, protože si vždy musela půjčovat klíč od sousedů.*

Během posledního pobytu v PL spolkl lékařský teploměr. Na chirurgii, kam byl okamžitě převezen, použili tentokrát konzervativní postup a pacientovi dávali k jídlu velké porce měkkého chléba a kyselého zelí, takže záhy teploměr vyšel per vias naturales. Ve svém smyslu pro spravedlnost se pacient domáhal navrácení teploměru do PL, protože sestry jej mají v inventáři a teploměr stojí 12.- Kčs (to bylo tenkrát dost peněz). Chirurgové však odmítli jeho požadavku vyhovět a vrátili ho zpátky do PL. Měl jsem tehdy víkendovou službu a byl jsem mladý (a naivní). Pacient mi vysvětlil, jak mu zachutnalo na chirurgickém oddělení kyselého zelí a vyslovil přání, zda bych mu je nemohl opatřit. S modrou bandáskou jsem se vydal do místní Zeleniny a přinesl mu dva kilogramy žádané pochutiny. Na oplátku mi druhý den pacient vítězoslavně předal teploměr, který spolkl na chirurgii, vypudil u nás a nyní jej poctivě vrací sestřičkám.

Pacient zemřel krátce na to na následky perforace žaludku po polknutí několika ostrých předmětů, včetně kuchyňského nože.

Pak existuje ještě jedna významná, nedostatečně zmapovaná, autory nezmiňovaná skupina, a to jsou pacientky (častěji než pacienti) s **Münchhausenovým syndromem**, které/kteří předstírají chorobu s jediným cílem: dosáhnout statutu „nemocné osoby“. Na cestě k této metě jsou jim všechny prostředky svaté, využívají jich v míře zcela nebrzděné, takže zhruba ve třetině případů v důsledku jejich použití umírají. Ještě tragičtější jsou důsledky Münchhausenova syndromu „by proxy“, kdy patologicky orientované osoby tímto způsobem „opečováávají“ osoby jim svěřené, nejčastěji děti nebo staré bezmocné lidi.

Na pomezí sebepoškození a „**snahy po léčebném účinku**“ (pokud jde o motivace) jsou různé očištné metody, počínající polykáním několikametrových nití, nestravitelných korálků, oblázků a jiných předmětů. Nevím, kam zařadit pacientku, která s představou bariatrického efektu spolkla patřičně povrchově kluzce upravený menstruační vaginální tampon, který se měl v žaludku roztáhnout a vyvolat omezení příjmu potravy. Za hranicí psychiatrie je pak zlatý retriever našich známých, který musel být laparotomován, protože sežral kuchyňskou utěrku.

Samostatnou kapitolu tvoří **pašeráci**, nejčastěji drog, ale i jiných komodit, v „bezpečně neprodyšných“ kapslích, jichž mají plný žaludek a také nejrůznější „umělci“ polykající a zvracející předměty. Zde odkazují na Medicínské historky brněnského farmakologa profesora Štefla, popisující případ komedianta s achylií, který ve svém žaludku přechodně skladoval hejno ucouraných závojnatek, které na požádání vyzvracel a pustil do akvária. Jednou mu dávící reflex selhal, přispěchal tedy na nedalekou interní kliniku, kde lékaři žasli nad kolonizací jeho žaludku.

U parasuicidálních experimentů bychom neměli také zapomenout na to, že některé látky mohou významně na organické bázi **poškodit pasáž trávícím traktem** (např. vypití i slabé koncentrace roztoku louhu), a že tato situace může vyvolat chronický zdravotní problém. Opakovaně jsem se domáhal ORL vyšetření jedné takové pacientky (tentamen suicidií před 20 roky požitím čistícího prostředku na vodovodní trubky), vždy když ohlásila, že se léčí na psychiatrii, byla tam odkázána zpět jako hysterka, navzdory údajím, že tekutiny polyká snadno a vážnou tuhá sousta. Teprve když jsem tam s ní osobně zašel a doslova donutil kolegy, aby se jí do jícnu podívali, ti náhle konstatovali strikturu (už ne hysterii), situace se zlepšila a pacientka začala být adekvátně léčena.

Na druhé straně souhlasím s autory článku, že polykačky a polykače předmětů vidíme nejraději za devaterými horami. Jestliže je však jejich počínání „**náhražkou**“ a tedy i **prevencí dokonané sebevraždy**, jak tvrdí řada teorií, je to sice nešťastné, ale přece jen lepší řešení.

Praha 27. května 2007

MUDr. Radkin Honzák, CSc.

www.radkin.estranky.cz

PRAXE

MUDr.PhDr.JAN PONĚŠICKÝ: BALINTOVSKÉ SKUPINY A TEORIE TERAPEUTICKÉ ZMĚNY. ČÁST VII: NARCISTICKÉ SPOJENCTVÍ



Ve většině dosavadních příspěvků jsem se zabýval převážně tím, jak terapeut nevědomky spoluaguje s pacientem a tím nechtěně posiluje jeho maladaptivní vztahový vzorec chování, jež je odpovědný za jeho psychosomatické příznaky. Terapeut se nechává nepozorovaně vmanipulovávat do určité role, v které se na jedné straně cítí nějak dobře, neboť mu umožňuje uspokojování vlastních důležitých potřeb či

přínejmenším zapadá do jeho osobního vztahového vzorce chování, a na druhé straně mívá i nepříjemný pocit nesvobody, vzájemná interakce se ustaluje a místo vývoje jde jen o její opakování.

Někdy však převažuje /nad touto komplementární interakcí, kterou si lze představit jako klíč a zámek/ identifikační vztahovost, jež vyústí do konkordantního protipřenosu. I v tomto případě se nechává terapeut pacientem ovlivnit, tentokrát spíše „nakazit“ něčím z jeho osobnosti, oslovuje jej něco co je i jemu vlastní, byť to nemusí být v jeho osobním životě v popředí. Pacient jej něčím fascinuje, event. žije něco čeho se on sám neodváží, či s ním prostě souzní, a tudíž se pro něj angažuje s takovou vervou, jakoby to byl on sám. Tím ovšem přebírá jeho možnosti či jáské funkce, které by měl rozvinout jeho pacient. Jindy se stane v důsledku spojenectví s ním méně kritický, automaticky potlačuje negativní reakce na něj.

Ale posuďte sami: Energická praktická lékařka působící na malém městě si neví rady se svým šestapadesátiletým pacientem, který trpí metabolickým syndromem: hypertensí, cukrovkou, obesitou a různými psychosomatickými, hlavně vegetativními příznaky. Kolegyně se marně snaží jej přivést na zdravý způsob vedení života, pacient léčbu i doporučený sport zanedbává, a na druhé straně si nechává již celý rok prodlužovat neschopenku. Vůbec nedbá na to podstatné, tím více jej rozčilují maličkosti. Když mu vyjednala pobyt na psychosomatickém oddělení, pohádal se tam po několika dnech kvůli dodržování léčebného režimu – ač tento v podstatě schvaloval – a kliniku opustil. Stejná situace se opakovala v jiné nemocnici, kde s pohádal s recepční dámou. Musí mít neustále pravdu, vše musí být perfektní, tak jak si to on představuje. Protože jej již i jeho vlastní žena nemohla snášet – dříve pracoval jako manager mimo bydliště a trávil s rodinou většinou jen víkendy – zajel si na několik týdnů do Anglie za jeho dcerou /mimořádně : povolení k tomu v době nemocnosti od nemocenské pojišťovny mu vyjednala ona lékařka/, avšak po jednom týdnu se kvůli hádkám opět vrátil. S druhou dcerou

má opět jiný konflikt, neboť chodí na biblické semináře, což neodpovídá jeho aktivnímu pojetí života.

Jedná se o managera středně velkého podniku, kterému se před rokem přihodila vážná chyba v produkci software, jež znamenala milionovou ztrátu. Vedení podniku se s ním dohodlo o propuštění bez toho, že by musel škodu nahradit. I přesto vidí tento muž všude zaujatost proti němu, nikdo mu opravdu nerozumí. Na jedné straně se prezentuje jako schopný manager, který nyní není ochoten vzít na doporučení pracovního úřadu jakoukoli práci, na druhé straně naznačuje možnost invalidního důchodu /teprve později se kolegyně dozvěděla, že si již o něj podal žádost, zřejmě se za to před ní styděl/. Pro to neviděla terapeutka dostatečný důvod, a tak se mu snažila zprostředkovat nějaké vhodné místo, znající místní poměry. I v tomto případě se opakoval výše popisaný vzorec chování : pacient se všude po pár dnech pohádal, všude se choval jako ten, který ví nejlépe, jak má vše fungovat – a kolegyně se začíná bát, že by mohl dostat v takové vypjaté situaci srdeční infarkt. Nyní, po roce, byla jeho žádost o invalidní důchod odmítnuta /na základě dvou posudků, první nechala pro jistotu zhotovit lékařka sama kvůli tomu, zdali může považovat pacienta za práce schopného, ten druhý si nechala zhotovit starobní pojišťovna/, a pacient se obrátil na kolegyni s větou, aby s tím něco udělala, že určitě stojí na jeho straně. Ona si teď neví rady, pacient je jí sympatický a chce pro něj coby obvodní lékařka udělat co je v jejích silách, na druhé straně je v podstatě s posudky zajedno. Situace je o to obtížnější, že v onom městečku zná každý každého, a pacient se nechce blamovat před ostatními a hlavně před svým ještě žijícím otcem, přísným a náročným učitelem, a vlastní manželkou-učitelkou.

Je tudíž pod tlakem, který dává dál, i na referující kolegyni, což tato vehementně popírala. Naproti tomu reagovali ostatní členové Balintovské skupiny zcela odlišně : jen druhořadě cítili k pacientovi sympatie, převládala zlost na jeho aroganci a zároveň na delegování odpovědnosti a aktivity na lékařku, dále bezmoc ohledně jeho sebestřehného chování a odmítání všeho co se do jeho sebeobrazu managera nehodilo, a též i strach při představě otevřené konfrontace s ním.

Terapeutka nedovedla v následující diskusi dost dobře zdůvodnit, proč tyto pocity nesdílí a proč se za pacienta tolik angažuje, resp. mu otevřeně neřekne, že považuje posudky za oprávněné – a navíc rozhovor s jeho ženou ukázal, že je rodina dostatečně finančně zajištěna, a že je možno docela dobře překlenout dobu od ukončení podpory v nezaměstnanosti do předčasné pense /jež by byla o část zkrácena/. Jeden kolega se jí zeptal, zdali by nemohla – fungující jako příklad – říci, že si neví rady, že nyní není možno nic dělat, leda pracovat na tom , jak tuto situaci zvládnout nějak jinak než doposud. To se naší energické doktorce moc nelíbilo, raději by – podobně jako její pacient – něco dělala, manageovala. To, že pacient apeluje na její mateřskost /sama má tři děti/ chápala spíše jako něco pozitivního. Byla skoro hrdá na to, že se onen manager s každým rozhádal, jen s ní nikoli, i když ho často energicky kritizovala za jeho nezdravý styl života. Jak je možné, že se k ní choval téměř

submisivně, ač se všude jinde choval spíše opačně ? Je možné, že by se ve vztahu k ní neopakovalo jeho narcistické chování ? To má však vždy dvě stránky : v hloubi duše jde o pocit méněcennosti, zde způsobený náročným a přísným otcem, v jehož očích nechtěl neustále selhávat, kompenzovaný snahou po bezchybnosti – zde aktuálně snahou po vytěsnění svého pochybení v zaměstnání z mysli. A tak ve vztahu k terapeutce si uspokojoval obě potřeby : touhu po akceptanci, bez nutnosti podat výkon, a jeho kompenzatorní narcismus spojil s podobnou všemohoucnou pomáhající tendencí u jeho lékařky. V odborné literatuře se tato koluze nazývá narcistický dvojčatový vztah, ve kterém – zde pacient – s odzbrojující samozřejmostí předpokládá, že s ním terapeut sdílí jeho mínění, že je stejný jako on /ze stejného dřeva/.

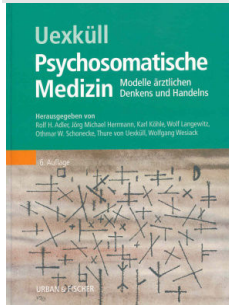
Zdá se, že identifikatorní vztah /resp. jeho převaha nad „objektální vztahovostí“/ je silnější nežli reaktivní komplementární vztah, neboť je vývojově dřívější, tudíž méně reflektovaný /typický v neverbálním stadiu vývoje/ nežli vnímání manipulace do určité komplementární role, a je často i pozitivně hodnotově vnímán coby empatie. Avšak: tím, že se nereflektovaně identifikujeme s pacientem se vyhýbáme tomu samému, co on sám vytěsňuje, zde frustraci z výše zmíněného pochybení a ztráty managerské pozice. To se snaží náš pacient o to více kompenzovat v běžném životě, místo aby to emočně zpracoval a sebekriticky se na sebe podíval. A tak nepřekvapuje, že se terapeutka těmito fakty téměř nezabývá /i v Balintovské skupině se o tom jen letmo zmínila/, a nepřišlo jí např. na mysl, že by mohl být pacient v podstatě rád, že mu jeho podnik tu milionovou ztrátu odpustil. Místo toho se spíše identifikovala s jeho pocitem nepochopení a vyhýbala se jakékoli konfrontaci. Přitom právě ona nezpracovaná frustrace a křečovitá kompenzace zneuznání vedla k jeho psychosomatickým potížím, vysokému krevnímu tlaku, nadměrnému jedení a kouření a vegetativním příznakům.

MUDr PhDr Jan Poněšický

TEORIE

DIRK H. HELLHAMMER, CLEMENS KIRSCHBAUM, HENDRIK LEHNERT: PSYCHONEUROIMUNOLOGIE, část 3

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



4 Evoluční tlak na imunitní systém

Jednobuněčné organismy jako například améby již vykazují určitý „nádech“ příbuznosti s určitými částmi imunitního systému, který můžeme nalézt u obratlovců. Volně plovoucí améby se chovají z funkčního hlediska jako fagocyty u ptáků a

6 Rozšířený koncept klasické imunitní odpovědi

Nová interpretace dřívějších výsledků ohledně získávání protilátek však doplnila zásadní aspekt ke tradičnímu aktivačnímu mechanismu adaptivní imunitní obrany, který také z důvodů teorie poznání skýtá zajímavý přístup pro výzkumy prováděné na půdě psychoneuroimunologie (PNI). Často jsme mohli pozorovat, že při experimentech prováděných na zvířatech dochází k humorální imunitní odpovědi v zesílené míře nebo pro mnohé antigeny výhradně tehdy, pokud bylo zvíře společně s cílovým antigenem inkubováno prokaryontickými strukturami, jako např. lipopolysacharidy (LPS), mureinem či manózou; to jsou struktury, které nejsou procesně zpracovávány a prezentovány klasickou cestou prezentace antigenů na straně APC.

Rozšířená „teorie ne-já“ vychází z toho, že pro iniciaci produktivní buněčné odpovědi T-(CTLs-) a B-(plazmových buněk) jsou vedle klasické cesty procesního zpracování antigenů nutné ještě konzervované indikátory „cizího“, tzv. „*Pathogen-Associated Molecular Patterns*“ (PAMP) [9]. Výše uvedené látky z prokaryontů patří k těmto vzorcům PAMP. Interakce vzorců PAMP jako např. LPS s konzervovanými receptory na buňkách APC, jako receptor CD14 nebo receptor *toll-like 2* (TLR2), indikuje expresi ko-stimulujících receptorů, např. již zmíněných molekul B7.1, B7.2 a cytokinů. Biologickým důsledkem z toho vyplývajícím je, že buňky APC v kontextu těchto stimulujících signálů mohou efektivnějším způsobem prezentovat procesně zpracované antigeny nativním T-buňkám.

Především *P. Matzinger* [10, 11] modifikoval klasický model imunitní odpovědi o aspekt „nebezpečí“ (*danger*). Navrhuje, že nejenom exogenní patogeny, které nemají žádné primární imunologické epitopy, jak je známe od proteinů, nýbrž také endogenní patogeny – např. z maligních buněk

v organismu – musí být rozpoznány jako „endogenní signály nebezpečí“, aby mohla proběhnout produktivní T- a/nebo B-buněčná odpověď. Endogenní indikátory pro imunitní systém, které signalizují nebezpečí, jsou v současné době ještě málo známé. O veškerých komponentách „celulárního já“ se diskutuje jako o signálech nebezpečí. Tyto komponenty jsou v buňce fyziologicky kompartmentovány a jsou uvolněny teprve v okamžiku nekrotické smrti buňky. Můžeme k nim počítat struktury mitochondrií, proteinů DNA nebo tepelného šoku (HSP). Proteiny tepelného šoku – označované také jako stresové proteiny – představují vysoce konzervovanou rodinu proteinů, kterou je možné rozdělit ve fylogenticky těsných hranicích podle sekvenčních homologií a funkce, a to počínaje u prokaryontů a konče u člověka.

Exprese HSP byla iniciálně popsána jako reakce organismů na zvýšení teploty, nedostatek glukózy nebo kyslíku, extrémní změny hodnot pH extracelulárního prostředí nebo jako reakce na virovou infekci. Biologická odpověď buněk na takovéto stresové stavy je vytvoření denaturovaných, agregovaných proteinů. HSP chrání stresované buňky tím, že vrací proteiny zpět do funkčního stavu nebo ovlivňuje jejich rychlé proteolytické odbourávání. Mnoho těchto HSP je vylučováno také konstitutivně, tedy nezávisle na aktivačním stavu buňky a hrají přitom rozhodující roli jako chaperony (pomocné proteiny sloužící k vytváření struktur/vrásnění a k intracelulárnímu transportu jiných proteinů).

Imunologie si povšimla proteinů HSP, protože imunizace pomocí HSP preparátů vytvořených z linek nádorových buněk indukovala u myši ochranný účinek proti tumorům. Tato imunita byla zprostředkována cytotoxickými T-lymfocyty a zaměřila se – překvapivě – nikoli proti autologním HSP, nýbrž proti antigenním peptidům, které byly asociovány s HSP. Proto bylo nasnadě hodnotit HSP jako „signály nebezpečí“, které jsou nutné, aby mohla být vyprovokována adekvátní imunitní odpověď; endogenní „signály nebezpečí“ samy o sobě však nejsou podrobovány klasickému procesnímu zpracování antigenů na straně APC.

7 „Imunologický model nebezpečí“ a psychoneuroimunologický výzkum

Rozpoznávání „nebezpečí“ se u člověka odehrává pomocí vnímání pertubací receptorů smyslových orgánů, kterým je přidělován význam „nebezpečí“. Nebezpečnou situaci může představovat riskantní předjíždění autem, které vede k iniciační reakci s fyziologickými změnami funkcí (na situaci vázaná tachykardie a hypertonie, výron potu a suchost v ústech). Tato iniciační reakce je orgánům – s ohledem na funkce, které provádějí – zprostředkována pomocí neuroendokrinních přenosových látek (adrenalin, noradrenalin, acetylcholin); také buňky imunitního systému – jako orgánu – jsou zahrnuty.

Nervový systém a imunitní systém byly dlouhou dobu považovány za systémy, které fungují do značné míry nezávisle na sobě. Ale díky imuno-histochemickým a světelně i elektronově mikroskopickým metodám mohly být získány detailní molekulárně anatomické znalosti neuroimunologických interakcí. Tyto znalosti dokládají, že imunitní a nervový systém jsou na různých uzlových místech (lymfatických uzlinách) v těsném funkcionálním vzájemném vztahu.

Typicky neuronální přenosové látky (substance P, opioidy, růstové faktory, cytokiny) se vytvářejí také v imunitních buňkách – a to zvláště po aktivaci – a mají na sebe vzájemný vliv. Není divu, že různé typy buněk jednoho organismu mohou produkovat tytéž přenosové látky a jejich odpovídající receptory, neboť mají všechny jeden a tentýž genom. Je to pouze otázka regulatorní exprese odpovídajících genů, kdy budou tyto přenosové látky vyrobeny a vyloučeny pro určitou schopnost dialogu o aktivaci genů popř. kdy budou exprimovány jako receptory, aby zahájily výměnu znaků.

Sekundární lymfatické orgány, jako lymfatická uzlina, slezina a lymfatická tkáň asociovaná mukózou (MALT) jsou bohatě senzorycky a sympaticky inervovány [12]. Vedle inervace lymfatických orgánů je možné ve všech orgánech histochemicky prokázat prostorové vztahy mezi nervovými zakončeními a imunokompetentními buňkami ve tkáni. Zvláště postkapilární venoly vykazují nápadně výraznou inervaci. Zde se setkávají na minimálním prostoru nervová zakončení, mastocyty, makrofágy, buňky endotelu, lymfocyty a ve sliznicích dále buňky epitelu a v kloubech buňky synovialu.

Toto prostorové uspořádání multicelulárních entit skýtá pro imunitní systém výborný předpoklad indikovat „nebezpečí“. Počínaje procesy vnímání dochází k indikování nebezpečí díky nervovým impulsům, které jsou přitom vydány, jsou předávány dále a distribuovány v organismu. Vlastní indikace nebezpečí je realizována uvolňováním a aktivitou neuropeptidů, neurohormonů a neurotransmiterů. Také *Langerhansovy* buňky – coby specializované buňky v pokožce prezentující antigeny – jsou díky inervaci pokožky neuronálními přenosovými látkami s ohledem na své vlastnosti schopné:

- přijímat antigeny, procesně je zpracovávat a prezentovat,
- indukovat migraci k nejbližší lymfatické uzlině a
- diferencovat se během migrace k lymfatické uzlině i během pobytu v ní na dendritické buňky.
- Jsou prvními kandidáty, kteří mohou být neuro-hormonálními signály nebezpečí modulovány ve svých aktivačních vlastnostech. Vnímáním, ze zkušenosti a z porovnávání i na základě emocí jsou vyvolávány různé neuronální a endokrinní reakce. Tyto reakce se projevují v rozdílném generování molekulárních „signálů“, které imunitní systém čte diferenciovaně pro svoji aktivaci. Infekce se může odehrát bez rozporu s tradičním paradigmatem aktivace imunitního systému, avšak

míra/intenzita a efektivita individuální imunitní odpovědi mohou být jak z časového hlediska, tak z hlediska symptomů různé, protože podle vlivu zprostředkovaného interpretantem jsou v centrálním nervovém systému a v endokriniu generovány signální vzorce jako indikátory pro imunokompetentní buňky.

Otázka týkající se vědomí, které mají vyšší primáti a člověk, i jeho souvislosti s imunitní kompetencí, jak jsme ji popsali u vyšších primátů a u člověka, získává rostoucí zájem v oblastech výzkumu mozku a v psychoonkologii. Vědomí není žádným jednotným projevem: tělesné vědomí existuje u vyšších primátů a u člověka jako uchopitelně prožívaná existence, zatímco autobiografické vědomí přispívá k narativní existenci. Propojuje minulost s přítomností a budoucností coby základna pro vědomí jednání.

Sebevědomí a sebereflexe existují s velkou pravděpodobností pouze u člověka. Všechny tyto různé formy vědomí mohou vést prostřednictvím vzestupných efektů „dialog“ s imunitním systémem, přičemž neuronální propojení centrálního nervového systému je možné definovat jako hardware. Individuální a variabilní program pro udržování jednotky přežití (sestavující z organismu a prostředí) spoluurčuje také imunitní kompetenci (a tím člověka v jeho prostředí), které si člověk konstruuje pro své biologické potřeby a dispozice chování pomocí svých smyslových znaků.

Sledujeme-li evoluci imunitního systému od jednobuněčného organismu až k oduševnělému člověku, není v žádném případě rozporuplné, že různí živočichové fylogeneticky využívají při imunitních odpovědích společné konzervativní nebo z evolučního hlediska individuálně úspěšné uživatelské kódy (znaky) ve formě molekul a signálních cest různým způsobem. Imunologická věda nakládá s těmito znaky čistě přírodovědecky, tedy tak, že popisují skutečnost jako otevřený, mechanický systém. Individuální skutečnost člověka je však uzavřený semiotický systém.

Vývoj centrálního nervového systému – vybudovaného jako systému z různých subsystémů (asociativní mozková kůra, subkortikální části mozku a především retikulární formace = mediální, mediální a laterální jádro) – otevřel člověku diferenciovaný pohled na svět, který společně s organismem tvoří jednotku přežití. Umožňuje vnímat „nebezpečí“, ať už se u zvířete jedná o bezprostředního nepřítele v konkurenčním boji o zdroje a u člověka o infekci nebo auto jedoucí proti nám ve stejném pruhu. Zpracování signálu nebezpečí může vyústit do bezprostředně prozřetelného jednání, např. fyzického úniku před nebezpečím, doprovázeného všemi jeho fyziologickými a neuromotorickými procesy. Může se ale také projevit ve zprostředkované změně, např. v aktivaci nebo inhibici imunitní kompetence vyvolané neuronálními regulacemi.

8 Neuronální systém v kontextu psychoimunologie

Velká výzva psychoneuroimunologického výzkumu spočívá ve snaze pochopit, jak spolu různé systémy komunikují v vzestupných a sestupných pohybech, aby udržely zdraví a v případě nemoci aktivovaly samo-regenerační síly [13]. Psychický aparát, opírající se o síť sestávající z více než 100 miliard nervových buněk, které jsou spojeny do systémů, umožňuje vnímání prostředí a jeho interpretaci a řídí jednání. Z hlediska systémové teorie se tyto procesy skládají z více kroků zpracovávajících informace a dokonce i ty nejjednodušší kognitivní úlohy či nejnepatrnější hnutí myslí vyžadují koordinaci více částí mozku.

Celková genetická informace, kterou má lidský organismus k dispozici – podle dnešního stavu poznání v rozsahu asi 30 000 až 80 000 genů – však nepostačuje k tomu, aby mohly být veškeré vytvořené neuronální spoje, které reprezentují individuum, přímo specificky modulovány. Epigenetické události, které jsou podmíněné jak embryonálně, tak prostředím, aktivují specifické geny v různých časových oknech vývoje. Vnější okolí zajišťuje výživu, sensorické a sociální zkušenosti a zprostředkovává vědění; tyto faktory ovlivňují nervový systém změnami neuronálních aktivit.

Optimální sladování vrozených a vnějších faktorů je rozhodující pro správnou diferenciaci každé nervové buňky a pro vývoj celého nervového systému, aby mohla být vytvořena individualita. Zdraví a nemoc jsou ale znaky pro individualitu, tedy pro specifickou formu jednotky určitého jednotlivého člověka sestávající z organismu a prostředí, a mohou být protějškem pociťovány pouze dodatečně, avšak nikdy autenticky.

Jako příklad vzestupného pohybu v imunitním systému budou zmíněna pozorování z pracovní skupiny okolo *Besedovskyho* z konce sedmdesátých let [14]. Nervové buňky hypotalamu mohou přijímat signály imunitního systému, jak je patrné z experimentů prováděných ohledně imunizace za současného měření míry vytápění jednotlivých neuronů v hypotalamu. Jeden den po imunizaci ovčímí erytrocyty se u krys neobjevila ani imunitní odpověď, ani reakce v hypotalamu. Pátý den po injekci však došlo k maximální imunitní odpovědi ve slezině projevující se tvorbou protilátek. Současně s ní několikanásobně vzrostla míra vytápění hypotalamických neuronů.

Jelikož je hypotalamus neurosekrečním orgánem, který přímo převádí elektrické signály na hormonální informace, nelze na základě těchto nálezů přesně rozlišit, zda ke změnám elektrické aktivity hypotalamických nervových buněk dochází prostřednictvím signálů imunitního systému či prostřednictvím hormonů, které mohou prostřednictvím portálního systému hypotalamu a

hypofýzy oba systémy, tedy systém hypotalamu a systém hypofýzy, modulovat s ohledem na jejich vliv na imunitní odpovědi. Změny endokrinních a autonomních procesů, současně změněné elektrické aktivity a koncentrace katecholaminů v mozku během aktivace imunitního systému ale jednoznačně ukazují, že centrální nervový systém, stejně jako autonomní, vegetativní nervový systém přijímají signály od imunitního systému a tyto signály mohou být zpracovávány bilaterálně.

9 Endokrinní systém jako modulující spojovací článek mezi centrálním nervovým systémem a imunitní kompetencí

Molekulární anatomie a funkce komunikačních kanálů mezi mozkem [15] a imunologickými aktivitami organismu jsou předmětem intenzivního neuroimunologického výzkumu [16]. Neuroendokrinní signály jsou generovány mozkem prostřednictvím uvolňování hormonů z hypofýzy pod kontrolou hypotalamu, limbického systému a obvodu mozkového kmenu – také souborně v ose „hypotalamus – hypofýza – endokrinní orgány (např. nadledviny). Nervová zakončení neuronů v mangocelulárních, paraventriculárních a supraoptických jádrech vypouštějí neurohormony přímo do oběhu vrátnicové žíly zadního laloku hypofýzy. Nervová vlákna z hypotalamu stimulují vylučování hormonů do krve vrátnicové žíly hypofýzy. Tyto hormony se dostávají do předního laloku hypofýzy a řídí jeho uvolňování hormonů.

Nejdůležitějšími hormony jsou adrenokortikotropní hormon (ACTH), tyroid stimulující hormon (TSH), follikel stimulující hormon (FSH), luteinizační hormon (LH), růstové hormony (GH) a prolaktin. Bez ohledu na jejich endokrinní efekty ovlivňují tyto hormony imunitní systém tak, že mu dávají signály. ACTH a endorfiny ovlivňují imunitní odpověď lymfocytů tím, že mění expresi CD2 a/nebo CD3 nebo afinitu receptoru IL-2. ACTH vedle toho nepřímou cestou řídí – prostřednictvím uvolňování glukokortikoidů (GC) z kůry nadledviny – počet (leukocytopenie) a aktivitu (imunitní suprese) B- a T-lymfocytů.

Osa corticotropin-releasing hormon (CRH) – ACTH – GC má vliv na regulaci uvolňování proopiomelanokortinu (POMC) z předního laloku hypofýzy; POMC je enzymaticky štěpen na ACTH a β -endorfin. Pro CRH se nacházejí na imunokompetentních buňkách, především na makrofágách ze sleziny, vysoce afinní receptory. TSH moduluje uvolňování hormonů štítné žlázy, trijodtyroninu (T3) a tyroxinu (T4). Tyroidem očkované krysy odpovídají redukcí hmotnosti lymfoidních orgánů, klesajícím počtem cirkulujících lymfocytů, sníženou tvorbou protilátek a sníženou mírou proliferace T-lymfocytů na mitogenní stimulaci. FSH a LH jsou uvolňovány hypofýzou a působí na gonády; zesilují ale také míru proliferace T-lymfocytů. LH stimuluje aktivitu slezinných T- a B-buněk a dává podnět k produkci IL-1 a IL-2. GH řídí růst a

zrání lymfoidních orgánů. Tymocyty, T- a B-lymfocyty transkribují specifickou mRNA pro GH.

Centrální nervový systém a imunokompetentní buňky komunikují pravděpodobně bi-direkčně. K uvolňování prolaktinu z hypofýzy dochází v denních (cirkadiálních) a krátkodobých (pulzatilních) rytmech a může být stimulováno reprodukčními cykly, stresem, steroidními hormony, neuropeptidy a cytokiny. Prolaktin stimuluje nespecifickou aktivitu makrofág a podporuje klonální expanzi T- a B-lymfocytů. Prolaktin působí také jako antagonist na imunitní supresi indukovanou glukokortikoidy [17].

V závislosti na vysvětlování významu interpretantem (viz. kapitola 1 „Integrovaná medicína“) a stresorech ve smyslu *Cannona* [18] a *Selye* [19] jsou aktivovány limbický systém, hypotalamus a hypofýza. K tomu ještě přistupuje propojená stimulace sympatiku s noradrenalinovou odpovědí a dodatečné vylučování adrenalinu prostřednictvím dřeně nadledviny, vyvolané osou hypotalamus – hypofýza – nadledvina. Jelikož tyto hormony a neurotransmitery modulují také kompetenci buněk imunitního systému, není divu, že kvalita vnímání a nakládání se stresory má u člověka podstatný vliv na zdravotní stav a vypořádávání se s nemocemi.

Trvalé negativní emoce jako strach a zlost, beznaděje a bezmoc, vyvolané např. zatěžujícím psychosociálním stresem (nezaměstnanost), vedou k hormonálnímu a neuronálnímu nonsense-dialogu [20, 21], který může u imunokompetentních cílových buněk končit anergií, cytopenií, inhibicí proliferace a diferenciací, sníženou cytotoxicitou a tvorbou protilátek i alergií [22].

10 Metodologická reflexe v psychoimunologii

Rizikové faktory pro vznik nemoci působí synergisticky, a nikoli jednoduše aditivně, monokauzálně; to platí jak pro fyzikální a chemické noxy, pro změny v dědičném materiálu, tak pro psychosociální faktory. Nemoc, stejně jako zdraví se odehrávají v prožívaném světě, který je vytvářen mentálně-duševními úrovněmi vztahů. Zavedeme zde pojem „odehrávání nemoci“, jelikož hra ponechává výsledek stochasticky otevřený, a to v závislosti na možnostech různých integračních úrovní.

Přáním přírodovědně-monokauzálního lékařství byla vždy co možná největší determinace s ohledem na výpovědi ohledně úspěchu terapie a prognózy; to je zcela legitimní přání. Nástroj znáhodněné, prospektivní a dvojmo zaslepené studie pracuje v mnoha disciplínách klinického výzkumu úspěšně. Tento nástroj však selhává z důvodu svého nutného a záměrného redukcionismu, a sice tam, kde se pod pojmem nemoc rozumí více než úhrn chromosomálních aberací. Dilema spočívá ve vytvoření validních systemicky-integrovaných nástrojů. Klinickou psychoimunologii je možné považovat za

základnu pro takovýto rozšiřující krok. Psychoimunologie je vědeckým studiem imunologických změn asociovaných chování a imunologicky asociovaných změn chování, které je možné odvodit ze vzájemných interakcí centrálního nervového systému, endokrinního a imunitního systému.

Psychologický výzkum dává k dispozici dva nástroje: strukturovaný (video-) interview a interkulturně ověřené dotazníky pro samostatné vyplňování. Biologická a kognitivní psychologie je schopna měřit široké spektrum fyziologických parametrů, a to v závislosti na stresorech. Motivační psychologie [23, 24] se pokouší popisovat motivy, které jsou zakotveny hluboko v osobnosti a které jsou blízké emocím, jelikož emoce představují prostředníka mezi vnímáním vnějšího světa, centrálním nervovým systémem a systémem imunitním. Aktivita přirozených likvidačních buněk imunitního systému tedy závisí na tom, jakým způsobem jsou motivace individuálně jako znaky percipovány a převáděny do jednání řízeného motivy [25].

Výzkum imunitního systému musí dovolovat reprodukovatelné skalární veličiny, aby bylo možné zobrazit definovatelné souvislosti v modelových systémech, které samozřejmě vykazují také vždy redukcionistické aspekty. Psychologický výzkum se zabývá také s bio-psycho-sociálními souvislostmi [26] a generuje induktivní výsledky za pomoci jazykového vědomí.

Úkolem psychosomatické medicíny na pozadí teorie lékařství [4] je rozvoj algoritmů, aby bylo možné propojit tyto různé množiny údajů do jedné co možná největší společné množiny nových poznatků. Metodologický spor v medicíně týkající se otázky, za kterých vědeckých kritérií byly generovány datové množiny, se stane nepodstatným v ten okamžik, kdy bude možné na základě algoritmického zpracování různých datových množin docílit výsledků s ohledem na popsitelné koncepty terapií, které mohou při individuálním či kolektivním ověřování udržovat či restaurovat integrující, bio-psycho-sociální souvislosti [27, 28].

EXCERPTA PSYCHOSOMATICA

GENOVÁ MANIPULACE VYVOLÁ LESBICKÉ CHOVÁNÍ; ALESPŮŇ U HLÍSTIC (R.Honzák)

Hlístice oblá (*cenorhabditis elegans*) je 1-2mm červ živící se bakteriemi, který patří k nejlépe prozkoumaným živočichům naší planety. Má přesně 302 neurony a mezi nimi několik tisíc spojů, není to tedy žádný mozkový gigant, přesto projevuje významné sociální emoce; v podmínkách dostatečného přísunu potravy a bezpečného prostředí žije samostatně, při nedostatku potravy či signálech ohrožení se sdružuje a krmí se skupinově. Jak píše Antonio Damasio⁷, „V tomto chování je skryt velký počet sociálních pojmů: bezpečí dané množstvím, síla podmíněná spoluprací, utahování opasků, altruismus.“

Sexuální život hlístice oblé sledují badatelé téměř s veyeurskou vášní a není divu: na jednoho samečka připadá běžně asi 500 hermafroditních samic, které navíc o styk s ním evidentně nestojí. Přestože při samooplození se narodí jen 200 jedinců (při kopulačním oplození je jich 1200), brání si s pomocí matky přírody samičky své panenství s nesmírnou urputností, jakoby chtěly rigidně zachovat genetický kód a stávající poměr pohlaví v celém společenství. Ze samooplození se totiž samečkové rodí jen zřídka, kdežto při kopulačním oplození je jich daleko více.

Pohlavní dimorfismus se v nervové systému projevuje především tím, že samičky mají zdvojenou genovou výbavu (xx), kdežto samečkové jen jednoduchou (xo) a dále tím, že samečkové mají v „mozku“ čtyři čichové neurony reagující na feromony hermafroditních samic. Pokud jsou tyto neurony odstraněny před sexuální dozrání, projevují samečci i nadále zájem o samičky; jejich sexuální orientace musí být tedy kódována také v dalších částech nervového systému. Pokud se manipuluje se samičími geny tak, že jsou změněny na samčí, nemění se stavba těla těchto samic, ale změní se jejich sexuální orientace. Jsou pak sexuálně přitahovány hermafroditními samičkami, stávají se tedy „lesbickými“⁸.

⁷ Damasio A: Hledání Spinózy. dybbuk, 2004. s.60

⁸ White JQ, Nicholas TJ, Gritton J, et al.:The Sensory Circuitry for Sexual Attraction in *C. elegans* Males. Curr Biol, [doi:10.1016/j.cub.2007.09.011](https://doi.org/10.1016/j.cub.2007.09.011)

DOBŘÁ PAMĚŤ NEVYLUČUJE HROZÍCÍ ALZHEIMEROVU DEMENCI (R.Honzák)

Všeobecně je rozšířena domněnka, že zhoršování paměti, byť pozvolné, vyústí nakonec do Alzheimerovy demence, zatímco stabilní paměť tento neblahý vývoj vylučuje. Bohužel, recentní práce neurologů z Mayo Clinic tento mýtus nepotvrzuje⁹. Autoři sledovali dlouhodobě, až deset let, celkem 199 pacientů a v tomto období opakovaně měřili úroveň jejich kognitivních funkcí a sledovali jejich zhoršování.

Zatímco některé funkce (např. učení a zapamatování si naučeného) se progresivně zhoršovaly, **retence** paměti, tedy „podíl uchovaných vědomostí v čase“ zůstávala dlouhodobě na vyrovnané úrovni, a to ještě v období 4-2 let před propuknutím plného klinického obrazu Alzheimerovy demence. Autoři práce se domnívají, že mozek má kompenzatorní mechanismy, které úspěšně působí v době nastupující demence. Zbývá jen doufat, že někoho napadne tyto mechanismy hledat a v komplexní léčbě je posilovat.

Na druhé straně není důvod k poplachu či zoufalství ani v případech, kdy se objevuje mírné zhoršení kognitivních funkcí (MCI – mild cognitive impairment), protože jak ukazuje jejich další klinická práce¹⁰, ne z každého případu jejich zhoršení se nutně vyvine Alzheimerova demence.

BUPROPION ADOLESCENTŮM ODVYKAJÍCÍM NIKOTINU MOC NEPOMOHL (R.Honzák)

Kouření dospívající populace se stává stále významnějším zdravotně sociálním (a v dopadech ekonomickým) problémem. Americké studie odhadují, že v USA kouří okolo 23 % studentů středních škol, u nás to

⁹ Smith GE, et al.: A plateau in pre-Alzheimer memory decline: Evidence for compensatory mechanisms? *Neurology*, 2007;69(2):133-139

¹⁰ Whitwell JL, et al.: Patterns of atrophy differ among specific subtypes of mild cognitive impairment. *Arch Neurol*, 2007;64(8):1130-1138

pravděpodobně bude procento vyšší, protože podle zprávy MVČR z roku 2005, patří naše republika mezi přední světové spotřebitele tabáku i alkoholu. Většina dospělých kuřáků začíná svou návykovou kariéru již v adolescenci, takže se tak stávají „dlouhodobými kuřáky“ se zvyšujícími se riziky.

Ukazuje se, že v tomto věkovém období vzniká závislost na tabáku rychleji a při nižších dávkách, než se dříve předpokládalo (do deseti cigaret denně). Mnoho mladých lidí není tak schopno skončit s kouřením, přestože se o to ve vysokém procentu (okolo 60 %) snaží. Epidemiologická data hovoří o 7-10% úspěšnosti, některé studie dokonce uvádějí, že úspěšná jsou pouze 4 %.

Pokud selhala primární prevence (= nezačít s kouřením), nabízí se prevence sekundární, tedy nejrůznější formy pomoci, jak se návyku zbavit. U dospělých kuřáků se při odvykání uplatnil přípravek bupropion ze skupiny antidepresiv, který pomáhá zvládnout odvykací stav po odnětí nikotinu. Bupropion je již dlouho užíván u dětí s hyperaktivní poruchou, nebylo tedy žádným zdravotním ani etickým problémem použít jej také u této skupiny.

Prezentovaná studie uvádí půlroční zkušenosti (6 týdnů aktivní léčby a katamnéza po 26 týdnech) s touto farmakologickou pomocí u skupiny 312 adolescentů ve věku 14-17 let, kteří se nejméně dvakrát pokoušeli s kouřením přestat. Studie byla kontrolována placebem. Celá skupina byla slepě rozdělena na třetiny, přičemž první podskupina dostávala 150 mg účinné látky denně, druhá 300 mg účinné látky denně a třetí placebo, výsledky byly vyhodnocovány po 6 týdnech aktivní léčby a závěrem po půl roce. Údaje respondentů byly ověřovány měřením dechových vzorků a vyšetřením moči.

Po 6 týdnech abstinovalo od nikotinu 5,6 % osob, které dostávaly placebo, 10,7 % osob s dávkou 150 mg bupropionu denně a 14,5 % osob s dávkou 300 mg bupropionu denně (významnost rozdílu mezi placebovou skupinou a skupinou s vyšší dávkou je 0,03), nicméně po půl roce se rozdíly mezi placebem a intenzivně léčenou skupinou dostávají na hranici významnosti ($p = 0,49$) a po placebo abstinovalo 10,3 % respondentů, po 150 mg bupropionu pouze 3,1 % a po 300mg bupropionu pouze 13,9 %.

Výsledky adjuvantní léčby bupropionem při odvykání kouření u adolescentů nejsou tedy nikterak oslnivé. Legitimní otázka pak zní, jestli není na čase konečně přestat s neefektivní prevencí a začít s tvrdou represí na bázi nulové tolerance. Víím, že si tím vysloužím ostrou kritiku adiktologů, ale ať tedy poradí něco lepšího; tohle tu ještě nezkusili a podle mého by to stálo za to.

Muramoto ML, Leischow SJ, Sherill D, et al: Randomized, Double-blind, Placebo-Controlled Trial of 2 Dosages of Sustained-Release Bupropion for Adolescent Smoking Cessation. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2007;161(11):1068-1074.

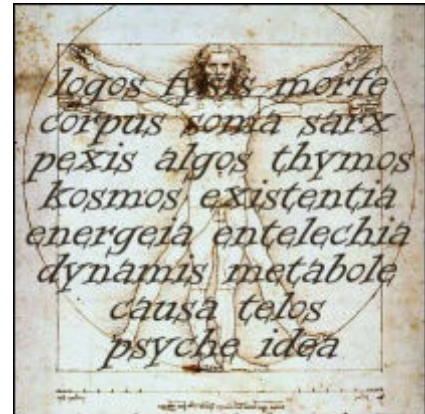
MUDr. Radkin Honzák, CSc.
26.11.2007

AKCE, KURZY, SEMINÁŘE

12.CELOSTÁTNÍ KONFERENCE PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY V LIBERCÍ UŽ 24.- 26. DUBNA 2008- NEZAPOMEŇTE SE PŘIHLÁSIT!

Všechny potřebné informace najdete na informačním serveru konference:

www.lirtaps.cz/konference.htm



ODBORNÁ SCHŮZE PURKYŇOVY LÉKAŘSKÉ SPOLEČNOSTI, 6. ÚNORA 2008 V 15.00

Sál Psychiatrické kliniky, Ke Karlovu 11, Praha 2

Téma: psychosomatika

- PhDr.Tamara Hrachovinová: Deprese a diabetes
- MUDr.Jan Poněšický: Psychosomatika, psychoterapie a neuropsychologie
- MUDr.Ondřej Masner: Sdružení pro psychosomatiku: nový subjekt na poli psychosomatiky
- MUDr.Vladislav Chvála: Projekt 2010: Podaří se v ČR zavést segment Základní psychosomatické péče?

Všechny zájemce o psychosomatiku zveme. Dr.Chvála

OSMÉ SYMPOZIUM O VÝUCE PSYCHOSOMATIKY



ÚSTAV PRO HUMANITNÍ STUDIA V
LÉKAŘSTVÍ

1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy
přednosta prof. PhDr. Jan Vymětal
Faustův dům
Karlovo nám. 40, 128 00 Praha 2
Tel./fax: 224921694

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

pozdravuji Vás a informuji, že náš ústav spolu s Psychiatrickou klinikou FN UK v Plzni připravuje již **osmé** sympozium, které tentokrát bude na téma:

Psychosomatické vztahy v medicíně

Výuka humanitních předmětů na lékařských fakultách v ČR

Setkání je určeno pro ústavy a kliniky lékařských fakult ČR, které se zabývají výukou humanitních předmětů (lékařská psychologie, psychoterapie, lékařská etika, filozofie medicíny apod.).

Sympozium, na které Vás srdečně zveme, se koná ve středu **13. 2. 2008 od 10.00 hod. nejdéle do 16.00 hod.** (s přestávkou na oběd) jako obvykle v **Akademickém klubu 1. LF UK ve Faustově domě** (Praha 2, Karlovo náměstí 40).

Váš eventuelní příspěvek k tématům **Psychosomatické vztahy v medicíně** a **Výuka humanitních předmětů na lékařských fakultách v ČR** (či na jiné téma, jež by ostatní seznámilo s Vaší prací), necht' prosím nepřesáhne 20 minut.

Vaši účast laskavě potvrďte a v případě Vaší aktivní účasti dodejte souhrn Vašeho příspěvku (maximálně 15 řádek) nejpozději do konce tohoto roku (2007) doc. Dr. Jiří Beran (adresa viz níže nebo email: BERAN@fnplzen.cz).

Prosím o informování osob z Vašeho okruhu, jež by mohly mít zájem o výše uvedená témata.

Na setkání se těší a klidné dny přeje

doc. MUDr. Jiří Beran, CSc.

PhDr. Ing. Karel Hájek, Ph.D.

přednosta Psychiatrické kliniky
lékařské fakulty Univerzity Karlovy
a FN Plzeň

za Ústav pro humanitní studia v lékařství
1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy
Faustův dům

Alej Svobody 80
300 00 Plzeň

Karlovo náměstí 40
120 00 Praha 2

V Praze dne 4. listopadu 2007

RODINA V KLINICKO-PSYCHOLOGICKÉ PRAXI 2007/2008

Společnost pro výcvik v psychoterapii (Starobrněnská 7, Brno) vás zve na pravidelné kazuistické semináře

Náplň:

setkání jsou koncipována jako aktivní kazuistický seminář. Preferovanou formou je přímá práce (konzultace) odborníka s rodinou. Ostatní účastníci fungují buď jako tzv. reflektující tým přímo při sezení, případně konzultaci sledují přes videozařízení v druhé místnosti. Po skončení konzultace pak probíhá reflexe a rozbor psychologické problematiky a terapeutického vedení konzultace. Další možností je pak rozbor a reflexe videonahrávek z klinicko psychologického či rodinně terapeutického sezení. Na každý termín je domluvena vždy konzultace s klienty v přímém čase a zároveň videonahrávka či odborné sdělení pro případ, že se klienti nedostaví.

Podmínkou je samozřejmě informovaný souhlas klientů k tomuto typu práce, použití videotechniky a případného pořizování záznamu a jeho nakládání s ním.

V roce 2007/2008 začíná již 5. ročník tohoto semináře. Odbornou garanci zajišťuje PhDr. Zdeněk Ettl.

Cílová skupina:

především kliničtí psychologové, psychiatři a rodinní poradci, kteří jako svůj významný pracovní nástroj používají rodinnou terapii a psychologické poradenství při práci s rodinami.

Místo a termíny konání:

každý měsíc vždy v pátek v 9:00 – 12:00 hodin (30min uvedení do problematiky konkrétního případu, 1,5hod konzultace, 1hod společná reflexe a rozbor případu) v Manželské a rodinné poradně Bethesda (Starobrněnská 7, 602 00 Brno, tel: 542 214 547).

TERMÍNY ZÁŘÍ-PROSINEC 2007
7. září
12. říjen
2. listopad
7. prosinec

Možnost přihlášení:

Mgr. Milan Pilát: FN Brno – Dětská nemocnice, Odd. dětské psychiatrie a klinické psychologie, Černopolní 9, 625 00 Brno, e-mail: mpilat@fnbrno.cz, tel: 532 234 575.

Využijte této možnosti vylepšit své klinicko psychologické, poradenské a terapeutické dovednosti, pomoci kolegům v jejich práci, užít si přítomnosti a zkušeností spoluzúčastněných kolegů, setkat se!

Zdraví a na setkání se těší

Milan Pilát a Zdeněk Ettl

NABÍDKY

VÍCERODINNÁ TERAPIE V ČECHÁCH

Vícerodinná terapie je velmi účinnou formou terapie, která dává rodinám šanci úspěšně zvládnout problém s mentální anorexií. Principem je vzájemná spolupráce několika rodin, které mají problém s touto nemocí a nevědí si rady, jak svou obtížnou situaci řešit. Tým terapeutů organizující kurz vícerodinné terapie nabízí rodinám, které mají problém s mentální anorexií, účast v dalším cyklu této terapie, který bude zahájen na počátku roku 2008. Pro více informací můžete volat na tel. číslo 775 095 461 nebo psát na e-mail tomanova@tiscali.cz.

Vydavatel'stvo F- psychiatria, psychoterapia, psychosomatika

Pod Brezinou 84, SK- 911 01 Trenčín

☎ 032/6592844; 0904446239 (Mgr. Viera Červeňová)

e- mail: vydavatelstvof@post.sk

www.vydavatelstvo-f.sk

- Argelander H.: **Prvé interview v psychoterapii**. 82 strán. 90,- Sk
- Backhaus J., D.Riemann : **Poruchy spánku**. 136 strán. 170,- Sk
- Beck D.: **Krátkodobá psychoterapia**. 120 strán. 140,- Sk
- Benkert O., H. Hippus : **Príručka psychiatickej farmakoterapie**. 460 strán. 250,- Sk
- Blaser A., et al. : **Na problém orientovaná psychoterapia. Koncept integrovanej krátkodobej psychoterapie**. 302 strán. 100,- Sk

- Bleuler E. a M. : **Učebnica psychiatrie**. 356 strán. 235,- Sk
- Blumenfield M., M.L.A. Tiamson: **Konzultačná/Liaison psychiatria**. Consultation-Liaison Psychiatry. Praktická príručka. 225 strán. 271,- Sk
- Bohus M.: **Borderline porucha osobnosti. Pokroky psychoterapie**. 152 strán. 150,- Sk
- Busch F. N., M. Rudden, T.Shapiro: **Psychodynamická terapia depresie**. 204 strán. 252,- Sk
- Cepeda C.: **Psychiatrické interview s deťmi a mladistvými**. 286 strán. 378,-Sk
- Dührssen A.: **Dynamická psychoterapia**. 118 strán. 100,- Sk
- Dührssen A.: **Biografická anamnéza z hlbinne-psychologického aspektu**. 94 strán.100,- Sk
- Dulcan M.K., D.R.Martini: **Detská a dorastová psychiatria**. Stručný sprievodca. 280 strán. 360,- Sk
- Eikelmann B. : **Sociálna psychiatria**. Základné poznatky a prax. 172 strán. 225,- Sk
- Erdély Z.E.: **A skutočnosť preda jestvuje**. 138 strán. 140,-Sk
- Erdély Z.E.:**Ako to poviem mojej mame?** Vylastnené self.77 strán. 119,-Sk
- Gabbard G.O.: **Dlhodobá psychodynamická psychoterapia**. Základný text. Jadrové kompetencie v psychoterapii. 208 strán. 263,- Sk
- Greenspan S. I.: **Klinické interview s dieťaťom**. Sprievodca vývinom detskej duše. Bio-psycho-sociálny prístup. 259 strán. 369,-Sk
- Hahlweg K., M. Dose : **Schizofrénia**. Terapeutická príručka. 122 strán. 205,- Sk
- Hašto J.: **Vzťahová väzba. Ku koreňom lásky a úzkosti**. 300 strán. 294,- Sk
- Hašto J.: **Autogénny tréning**. Návčik koncentratívneho sebauvoľnenia. Základné informácie. 48 strán. 25,- Sk
- Hašto J. (ed.):**Terapia depresií**. 78 strán, rozobratá (dostupná na webe)
- Hašto J., P. Breier, P. Černák, A. Rakús, et al.: **Reforma psychiatrickej starostlivosti v SR**. 88 strán. rozobratá (dostupná na webe)
- Hautzinger M.: **Depresia**. 86 strán. 100,- Sk
- Hell D., D. Schüpbach: **Schizofrénie. Základy pre porozumenie a orientáciu**. 112 strán. 150,- Sk
- Hochgerner M., V.Pokorny (ed.): **Koncentratívna pohybová terapia v teórii a praxi**. 233 strán. 200,- Sk
- Horowitz M.J.: **Liečba syndrémov podmienených stresom**. 111 strán. 150,- Sk
- Jacobi C., T. Paul, A. Thiel: **Poruchy príjmu potravy. Pokroky v psychoterapii**. 128 strán. 170,- Sk
- Jürgens U., D. Ploog: **Od etológie k psychológii**. 63 strán. 95,- Sk
- Kaščáková N.: **Obranné mechanizmy z psychoanalytického, etologického a evolučno-biologického aspektu**. 137 strán. 137,-Sk
- Kind H.: **Psychiatrické vyšetrenie**. 156 strán. 190,- Sk, rozobratá (dostupná na webe)
- Kockott G., E.M. Fahrnerová : **Sexuálne poruchy u muža**. 178 strán. 60,- Sk
- Kühner C., I.Weber : **Predchádzanie depresiám**. 204 strán. 290,- Sk
- Lavie P.,G.Pillar, A.Malhotra: **Poruchy spánku**. Diagnóza, manažovanie a liečba. 177 strán. 170,- Sk
- Lazarus A.A., C.N. Lazarus, A. Fay: **Neverte tomu!** Štyridsať toxických myšlienok, ktoré Vás privádzajú do šílenstva.140 strán. 164,-Sk
- Levenson H., S. F. Butler, T.A. Powers, B.D. Beitman: **Krátka dynamická a interpersonálna terapia**. 174 strán. 266,- Sk
- Mentzos S.: **Psychodynamické modely v psychiatrii**. 150 strán. 150,- Sk
- Milrod B., F.Busch, A. Cooper, T. Shapiro: **Psychodynamická psychoterapia panickej poruchy. Manuál**. 115 strán. 160,-Sk
- Nawka, P., P.Černák,J.Hašto (ed.): **Reintegrácia sociálne postihnutých do spoločnosti**. Súčasný stav a perspektívy. (Zborník). 208 strán. 40,- Sk
- Novalis P. N., S. J. Rojcewicz, R. Peele: **Klinická príručka podpornej psychoterapie**. 421 strán. 345,- Sk

- Rief W., W. Hiller: **Somatizačná porucha a hypochondria.** 125 strán. 100,- Sk
- Robinson D. J.: **Poruchy osobnosti - podľa DSM – IV – vysvetlené.** 128 strán. 150,- Sk
- Schaub A., B. Bernhard, L. Gauck: **Kognitívne – psychoedukačná liečba bipolárnych porúch.** Terapeutický manuál. 186 strán. 350,- Sk
- Schlegel L.: **Základy hlbinej psychológie s osobitným zreteľom na neurozológiu a psychoterapiu.** Diel I - III v jednom zväzku. 538 strán. 495,- Sk
- Schlegel L.: **Základy hlbinej psychológie s osobitným zreteľom na neurozológiu a psychoterapiu.** Diel IV. Polarita duše a jej integrácia podľa C.G.Junga a imaginatívne metódy v psychoterapii. 251 strán. 399,- Sk
- Schwartz B., Flowers J. V.: **Ako zlyháva terapeut. 50 spôsobov ako stratit' alebo poškodiť vašich pacientov.** 166 strán. 199,- Sk
- Spar J.E., A. La Rue: **Geriatrická psychiatria.** Stručný sprievodca. 239 strán. 295,- Sk, rozobratá, (bude na webe)
- Trenckmann U., B. Bandelow: **Psychiatria a psychoterapia.** Odporúčané informácie pre pacientov, príbuzných, priateľov. 270 strán. 290,- Sk
- Wetzig-Würth H., P. Müller: **Psychoterapeutický rozhovor.** Terapeuticky účinné dialógy v lekárskej praxi. 224 strán. 220,- Sk
- Wiston A., R.N. Rosenthal, H. Pinsker: **Úvod do podpornej psychoterapie.** Jadrové kompetencie v psychoterapii. 202 strán. 262,- Sk

!! Objavte cestu, ako ísť ďalej. Podpora a rady pre každého, koho postihla schizofrénia. 96 strán. (grátis)

Zásielková služba cez Vydavateľstvo F je pružná, ceny sú výrazne nižšie, než MOC v knihkupectvách (ceny, ktoré uvádzame v tomto ozname platia len pre zásielkový predaj a priamy odber z Vydavateľstva F). Poštovné a balné podľa platných taríf. Prepočet na Kč podľa aktuálneho kurzu. Zásielky vybavujeme aj do ČR za vnútroštátne poštovné.

Navštívte našu webovú stránku. Môžete si stiahnuť elektronické štúdijné a psychoedukačné texty.

Pro tisk dvojstrany formátu A5 na A4 je tento vzorec: 265,218,219,264/ 263,220,221,262/
261,222,223,260/ 259,224,225,258/ 257,226,227,256/ 255,228,229,254/ 253,230,231,252/
251,232,233,250/ 249,234,235,248/ 247,236,237,246/ 245,238,239,244/ 243,240,241,242/

(celkem 12 listů A4, 48 stran)

**TUTO TISKOVINU NESPONZORUJE ŽÁDNÁ
FARMACEUTICKÁ FIRMA**

Psych@Som
Bulletin zájemců o
psychosomatickou
problematiku
v medicíně

Tiskne Lirtaps Liberec
Jáchymovská 385
Liberec 10, 46010