

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.htm

Ročník

V/2007

ISSN 1214-6102

25.10.2007

REGISTRACE
WEBARCHIV
NÁRODNÍ KNIHOVNY
ČR

Číslo

5

Obsah

Editorial

180

PETR MOOS: CO KDYBYCHOM BYLI ZDRAVÍ, SILNÍ A NORMÁLNÍ ?

180

Aktuality, Politika, Koncepce

182

VYCHÁZÍ ZÁKLADY PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY (TRESS, KRUSSE, OTT)

182

ZÁPIS ZE SETKÁNÍ SDRUŽENÍ PRO PSYCHOSOMATIKU

183

Praxe

185

JAN PONĚŠICKÝ: BALINTOVSKÉ SKUPINY A TEORIE TERAPEUTICKÉ ZMĚNY. ČÁST VI: KDO JE VÍTĚZ A KDO PORAŽENÝ ?

185

Zkušenosti z pracovišť

187

ZUZANA HÁJKOVÁ, IVAN VONDŘICH: CO SE NEDÁ PŘEKROČIT ANEB KDYŽ JE ZMĚNA NEBEZPEČNÁ

187

Teorie

191

DIRK H. HELLHAMMER, CLEMENS KIRSCHBAUM, HENDRIK LEHNERT: PSYCHONEUROIMUNOLOGIE, část 2

191

Excerpta psychosomatica

197

RADKIN HONZÁK: LOVEC NEMUSÍ TREFIT JELENA, ZATO LOVCE MŮŽE TREFIT ŠLAK

197

RADKIN HONZÁK: OSAMĚLOST A RIZIKO ROZVOJE ALZHEIMEROVY DEMENCE

198

RADKIN HONZÁK: REVIZE KLASIFIKACE SOMATOFORNÍCH PORUCH V DSM-V

201

Akce, kurzy, semináře

208

KURZ IPVZ: ÚVOD DO PSYCHOSOMATIKY

208

DEN RODINNÝCH TERAPEUTŮ 20.11.2007

208

PSYCHOLOGICKÁ PÉČE O PACIENTY S DIABETEM 1. SPOLEČNÝ WORKSHOP DIABETOLOGŮ, PSYCHIATRŮ A PSYCHOLOGŮ 16.-17.11. 2007

209

ZÁKLADY KOMPLEXNÍHO PŘÍSTUPU VE FYZIOTERAPII II. ČÁST

211

POZVÁNÍ NA ŠEST VEČERŮ BIOENERGETICKÝCH CVIČENÍ

213

12.KONFERENCE PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY S MEZINÁRODNÍ ÚČASTÍ V LIBERCI 24.-26.4.2008

214

Nabídky

215

TERAPEUTICKOU KOMUNITU KALEIDOSKOP

215

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

PETR MOOS: CO KDYBYCHOM BYLI ZDRAVÍ, SILNÍ A NORMÁLNÍ ?



Již léta mám dojem, že psychosomatická obec lékařů, psychologů a terapeutů, sdružených kolem časopisu [Psych@som](#) a scházejících se na celostátních konferencích psychosomatické medicíny, vykazuje parametry jakési pozoruhodné církve. Při účasti na přednáškách, osobních diskusích, nebo při čtení „psychosomatických“ textů se tento můj dojem zatím stále posiluje. Znovu se osvěžil po přečtení dopisu redakci [Psych@somu](#) v minulém čísle od paní doktorky Galiny Krejčové, která píše osobně Vladislavu Chválovi: „Udělal jsi dobře, žes nic neřekl“. Chtělo by se mi k tomu dodat: „Protože bys házel perly sviním“.

Doktorka Krejčová reaguje na úvodník z předminulého čísla téhož časopisu, kde Chvála vyjadřuje své rozladění nad tím, že nepozvedl hlas na oborovém sympoziu dermatovenerologů v Liberci, ačkoli vnitřně velmi chtěl. Krejčová Chválu utěšuje jako svého bratra ve víře, že udělal dobře, protože by stejně jeho hlas nikdo z bezvěrců nezaslechl, neboť my věřící jsme již o hodně dál a hlouběji v poznání veškerenstva.

Krejčová však jde ještě dále, když ve svém dopise Chválovi píše: „Ano, z našeho pohledu jsme ti poctivější.....pro ty pacienty, kteří se odváží a chtějí s námi jít a hledat jsme lepší.....proto jsou kolegové, kteří na této cestě nejsou, horší.....s opravdovým nasazením dělají svoji práci nejlépe, jak v daný okamžik umí. Všichni jsme tak začínali. S nadšením, že konáme dobro. Na nás bylo změnit nástroje, byla to naše cesta hledání a naší změnou se změnil i okruh našich pacientů....oni v momentě vlastní velespokojenosti a expertnosti nemají uši ani oči otevřené, žijí jen úspěchem své metody....budou až do důchodu přesvědčeni, že konali a konají dobro.“

Do třiceti let jsem postupně pobýval v několika církvích. Všiml jsme si, že všechny mají jeden společný jmenovatel ve vztahu k okolnímu světu. Je to jakési vnitřní přesvědčení o tom, že my jsme ti lepší, my víme daleko víc než zaslepení neznabozi, my vlastně víme tu opravdovou pravdu a je potřeba, abychom pro ni získali další nevědomé ovečky, abychom je jakýmkoli způsobem o této pravdě přesvědčili. Takový aktivní církevník se pozvolna stává pro okolní svět naprosto nesnesitelným, možná právě proto, že vystupuje jako ten lepší a vědoucejší než ten druhý.

Já sám jsem se v církvi vyvíjel poměrně standardním a typickým způsobem. Jakmile jsem si uvědomil, že jsem součástí minority, bylo potřeba vybudovat neotřesitelné opěrné body pro obranu zvenčí. Často byl nejlepší

obranou útok. S postupujícím věkem jsem započal aktivně obtěžovat své spoluobčany evangelizací. Bylo potřeba, aby si uvědomili, jak jsou vlastně špatní, o kolik jsou horší než já. Jakmile jsem se stal ve světě takovým blbcem, že už to dále nešlo, postoupil jsem do další vývojové fáze, kterou bych nazval blahosklonnou či shovívavou. Ano, oni jsou zatím slepí, jsou na začátku, nadšení, že konají dobro, v momentě vlastní velespokojenosti zatím nemají uši a oči otevřené, žijí jen vlastním prospěchem a úspěchem. Ale oni se možná najdou, oni možná objeví, jak být lepší, jak se dostat k té opravdové pravdě, ke které jsem se dostal já, lepší člověk.

Tolik tedy k jistým nápadným paralelám. Často si v naší obci na stránkách časopisů či na konferencích stěžujeme, jak nás klasická medicína nechápe, jak nás považuje za podivíny a nesrozumitelné tvory, jak se od nás odvrací a mnohdy nás prostě nemá ráda. Zdůvodňujeme si to všelijak, nejčastěji tím, že klasický doktor je zabeđený nadšenec, který je příliš pohodlný a líný zabývat se bio-psycho-sociálními souvislostmi.

Mezi lékaři mám hodně dobrých přátel, příbuzných a manželku. Často si povídáme a prohlížíme věci. Zaujal mě podotek jednoho kamaráda, špičkového neurochirurga. Když provádí náročnou operaci mozku, zásadně si nepřeje o pacientovi cokoli vědět, dokonce ani jeho jméno, pokud to jde. Říká, že kdyby si při tom fidlání byl jen na okamžik uvědomil jeho lidství a bohaté sociální vztahy, kdyby mu jen prolétlo hlavou, že za dveřmi operačního sálu sedí jeho plačící manželka nebo celý rodinný systém s cirkulární kauzalitou, jazykáním a radikálním konstruktivismem, systemicky by pacienta zabil. A pak by si to tak leda mohl do omrzení externalizovat. Poněkud extrémní příklad, ale příklad. Doktor, který záměrně zavírá oči i uši a žije pouze vlastním úspěchem.

Vraťme se ale k otázce, proč tu naši psychosomatickou obec někdy klasická medicína příliš nemusí? Někdy mám dojem, že to ani není kvůli té psychosomatice samotné, ani kvůli našim netradičním pohledům a nápadům. Připadá mi, že naše psychosomatika v podstatě ani není ničím novým, a že spousta lékařů a terapeutů psychosomaticky přirozeně uvažuje. Na druhé straně vidím jako velice důležité na psychosomatické souvislosti stále upozorňovat, přednášet o nich, vyučovat je, prostě sdílet s doktory to, s čím se denně setkáváme v terapii. Oni se s tím z časových a systémových důvodů setkávají méně, takže je to může do jisté míry obohatit.

Nechť to však zůstane v rovině sdílení. Kolega, který si v klinické praxi něčeho všiml, oslovuje kolegu, který takovou možnost neměl. To je vše. Jakmile si všimnu a stávám se tím lepším než ten, který si nevšiml, nemusím již dále plýtvat energií na vzájemné sdílení. Ten druhý mě prostě nebude mít rád. A možná, že oprávněně.

Problém tedy nevidím v předmětu našeho zájmu, tedy v psychosomatice, nebo v nechuti klasických doktorů s námi tento zájem sdílet, ale problém vidím ve způsobu, jakým celou věc prezentujeme do světa. V základě může být potíže s menšinovým komplexem, který se postupně taví

do pocitu výjimečnosti až nadřazenosti. Z této pozice pak sdělujeme kriticky nebo nanejvýš blahosklonně.

A jak se ukazuje v nejrůznějších člancích, knihách a učebnicích v zahraničí, psychosomatika může být i zcela normální obor v klinickém uvažování při naprostém respektu lékařské vědy, psychosomatické texty a úvahy mohou být zcela normální, sebejisté, zdravé, bez neurotického koření. Prostě normálka. A tak navrhuji, abychom se pokusili o to, být prostě v našem oboru zdraví a normální. „Oni“ pak najednou s námi začnou třeba mluvit. A třeba nám ještě něco velmi podnětného řeknou. Stejně, jako my „jim“.

Nakonec ještě k tomu, že Vláďa Chvála na dermatovenerologickém sympoziu neřekl nic. On třeba nechtěl kázat a evangelizovat. Třeba nechtěl pronést církevní rezoluci. On možná chtěl jen normálně něco říct sám za sebe. A pak ho normálně mrzelo, že to neudělal.

V Liberci 26.9.2007

Mgr. Petr Moos – klinický psycholog a psychoterapeut

Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch v Liberci

AKTUALITY, POLITIKA, KONCEPCE

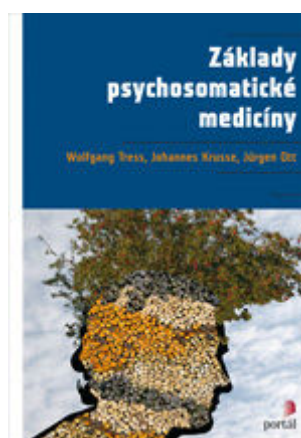
VYCHÁZÍ ZÁKLADY PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY (TRESS, KRUSSE, OTT)

Wolfgang Tress, Johannes Krusse, Jürgen Ott:

Základy psychosomatické medicíny, PORTÁL

Zhruba u čtvrtiny až třetiny všech obtíží, kvůli kterým lidé vyhledají lékařskou pomoc, sehrávají rozhodující roli psychosociální či psychosomatické příčiny. Z toho vyplývá nutnost základní psychosomatické péče o pacienta. Kniha představuje jak přehledný studijní text, tak i užitečné vodítko pro praktikující lékaře, psychology a psychoterapeuty. Text zohledňuje didaktická hlediska a uvádí do základů vedení rozhovoru mezi lékařem

a pacientem s ohledem na specifika zdravotních problémů (např. pasivně agresivní pacient, úzkostně závislý pacient), představuje psychosomatické aspekty asi 30 speciálních onemocnění, předkládá názorné kasuistiky



a vysvětluje základní psychoterapeutické postupy. Autor se zamýšlí také nad užitečností kombinace medikamentózní léčby s psychoterapií. Kniha je určena studentům medicíny, psychologie, lékařům, psychologům a psychoterapeutům.

W. Tress je vedoucí katedry psychosomatické medicíny a psychoterapie při univerzitě v Düsseldorfu.

J. Krusse je vedoucí lékař na klinice psychosomatické medicíny a psychoterapie při univerzitě v Düsseldorfu.

J. Ott je lékař a právník, vedoucí lékař na klinice psychosomatické medicíny a psychoterapie při univerzitě v Düsseldorfu.

váz., 320 s., asi 497 Kč

ISBN 978-80-7367-309-3

Podrobná recenze v příštím čísle (V.Chvála)

ZÁPIS ZE SETKÁNÍ SDRUŽENÍ PRO PSYCHOSOMATIKU



12.10. 2007, knihovna oční kliniky ÚVN Střešovice, Praha

!další setkání 11.1. 2008! více v bodě 2

Setkání mělo odbornou a organizační část. Zúčastnilo se ho 25 lidí.

1) Odborně:

- **prezentace MUDr. Silvie Lacigové (lacigova@fnplzen.cz)** „Co všechno musí vydržet pacient s diabetem“. Informace o diagnostice, komplikacích a výzkumech týkajících se diabetu. Záměr více spolupracovat s psychiatry, psychology a terapeuty, a jak se tento záměr již daří naplňovat. Cílem by měla být celorepubliková síť „pevných bodů (psychiatrů, psychologů, terapeutů)“, kam by mohli diabetologové odesílat indikované pacienty. Podstatná by byla ale i zpětná vazba směrem k odesílajícím diabetologům. Informovala o České diabetologické společnosti (1000 členů, www.diab.cz). Zvala na „1. společný workshop diabetologů, psychiatrů a psychologů (Psychologická péče pro pacienty s diabetem)“, který se bude konat v Praze 16. a 17. listopadu 2007 (http://www.diab.cz/pozvanka_07.pdf)
- **prezentace PhDr. Jaroslavy Slánské** „Konceptce programu Kognitivně-Rehabilitační-Péče (K-R-P)“. Informovala o metodě a uvedla na příkladech kasuistik gerontologických pacientů výsledky dlouholeté

klinické práce. Některé práce dr. Slánské by měly být uveřejněny v Psych@somu (www.lirtaps.cz)

- **prezentace MUDr. Jarmily Klímové (www.aktip.cz)** „AKTIP (Konzultační a terapeutický institut Praha) - Jak se daří psychosomatice v komerční sféře“. Informovala o struktuře zařízení, o rozdělení činností na terapeutické, poradenské, služby a vzdělávání. Informovala o publikaci MUDr. Šárky Poupětové “Manželské a rodinné poradenství”, která vyjde v roce 2008.

2) Organizačně:

- **příští setkání se uskuteční 11.1.2008 od 15 hodin. Bude opět ve ÚVN Praha-Střešovice (několik zastávek tramvaj ze stanice metra Hradčanská) v knihovně oční kliniky.** Program bude opět trvat do 19 hodin s pauzou na občerstvení a rozhovory
- **setkání výboru sdružení 28.11.** od 18 hodin v pracovně Dr. Roubala tel:776 766 281) na Psychosomatické klinice (Patočkova 3, st. Tramvaje 15 a 25 „Hládkov“). Témata: příprava dalšího setkání sdružení, diskuse účasti sdružení na organizaci psm konference, aktivní spoluúčast na Purkyňce, praktické psychosomatické kasuistiky a další. **Setkání je samozřejmě otevřeno všem členům sdružení i zájemcům.**
- přijati zakládající členové sdružení
- zvoleni **členové výboru** sdružení: MUDr. Ondřej Masner, Mgr. Sevil Kačenová, MUDr. Michaela Štěpánová, Mgr. Eva Olšáková, PhDr. Jaroslava Slánská, MUDr. Eduard Rys, PhDr. Pavel Roubal.
- zvolen **revizor** sdružení: Mgr. Danuše Jandourková
- odhlasována výše ročních příspěvků 200,- Kč
- potvrzeny **termíny dalších setkání:** 11.1.2008, 11.4.2008, 6.6.2008, 3.10.2008, vždy v pátek od 15-19 hodin
- diskutována možnost zřídit internetové stránky. Znamenalo by to poměrně častou aktualizaci, správce.
- Diskutováno, jak přijímat nové členy. Návrh přijímat je, až se dostaví na další ze setkání.
- Informace o certifikátu IPVZ o psychosomatickém vzdělání. MUDr. Chvála zašle na emailovou adresu Psychosomatického sdružení (psm.cr@volny.cz) dispozice, které pak rozešleme na všechny v databázi sdružení. Také je možné se přímo obrátit na doc.MUDr. J. Berana (beran@fnplzen.cz)
- MUDr. Chvála nabídl možnost pro psychosomaticky orientované kolegy zapsat se do mapky psychosomatických pracovišť, která již funguje na stránkách libereckého institutu (www.lirtaps.cz). Informace lze zaslat dr. Chválovi (chvala@sktlib.cz).

Zapsal: Pavel Roubal

PRAXE

JAN PONĚŠICKÝ: BALINTOVSKÉ SKUPINY A TEORIE TERAPEUTICKÉ ZMĚNY. ČÁST VI: KDO JE VÍTĚZ A KDO PORAŽENÝ ?



Typická energická praktická lékařka představila bez rozmýšlení na Balintovské skupině dvaadvacetiletého pacienta, štíhlého svobodného pojišťovacího agenta s tím, že je v koncích, a s prosbou o radu, jak s ním jednat.

Tento muž trpí již několik let stavy dušnosti a občas i bolestmi zad, zvláště v situacích, kdy je toho na něj moc, což má za následek, že je svými symptomy ještě více omezen ve své výkonnosti, ačkoli by bylo naopak třeba, aby napnul své síly a vše zvládl. To jej tudíž znejišťuje a trápí, takže si občas bere na své služební cesty svojí přítelkyni, v níž cítí jednak oporu, jednak by mu byla nápomocná, kdyby vedla dušnost k tělesnému zhroucení. Nachází se tudíž ve stavu úzkostného napětí a to vše vede často i k resignaci a depresím. Lékaři a ani ambulantní psychoterapeuti – většinou léčbu po několika sezeních přerušil – dosud nepomohli, resp. nenašli žádný tělesný důvod jeho obtíží, takže došel též k názoru, že se jedná o psychicky podmíněnou poruchu. Hospitalizaci na psychosomatickém oddělení odmítá, neboť má negativní zkušenosti s pobytem v nemocnici, kde byl před lety léčen kvůli zlomenině nohy.

Tento fakt právě naší lékařku přivádí k zoufalství. Její pacient k ní vždy po několika dnech či týdnech přijde těžce dýchajíc, ona jej uklidní, řekne mu, aby klidně a zhluboka dýchal, což se po několika vteřinách podaří. Pacient si poté stěžuje a naříká, obává se propuštění z práce, poněvadž nepodává dostatečný výkon, slibuje, že se nechá hospitalizovat, lékařka to zorganizuje, pacient se dostaví na oddělení, tam si vše rozmyslí a jde opět domů. V tom ho podporuje i jeho babička, která ho spoluvychovávala a u které bydlí, které se se vším svěřuje, a ta jej ujišťuje, že je v pořádku, že žádnou terapii nepotřebuje, a že za všechno může jeho dívka, s kterou by se měl rozejít. Než se s ní seznámil žádné potíže neměl.

Ač dělá pacient na referentku dojem pilného a spořádaného mladého muže, přestává si jej vážit za jeho pasivitu a ustrašenost, střídavě má na něj zlost a zároveň se cítí zcela bezmocná, což jí ještě více rozzuřuje. K tomu přistupuje i zlost na ambulantní psychoterapeuty, kteří nejsou schopni jej motivovat k léčbě na psychosomatickém oddělení zdejší nemocnice a přesunují za to odpovědnost na ní. Nikdo nemá chuť s ním psychoterapeuticky pracovat, a má

podezření, že i kolegové v nemocnici se moc nesnaží jej tam přijmout a nechají ho klidně odejít.

Členové skupiny reagují rovněž bezmocným vztekem na pacienta, vzpomínají na podobné případy ze své praxe, představují si, že se o něj rodiče moc nestarali a babička jej proto rozmazlovala. Postupně se vynořovala představa rozmazleného dítěte, které se spoléhá na pomoc druhých, zvl. v situaci zvýšené zátěže. Nalézá se v situaci pod tlakem, který cítí na hrudi a vede k pocitu, že nemůže pořádně dýchat, či že ho ta zátěž dusí. Jedna kolegyně k tomu dodala, že i ve vztahu k referující lékařce zaujímá pasivní roli a jí manipuluje do aktivní role, takže se tím celá situace vlastně opakuje.

V diskusi vycházelo stále více najevo, že vlastně lékařka ten tlak, pod kterým se pacient subjektivně nachází, zesiluje svou snahou jej dostat za každou cenu do nemocnice. Pacient je totiž i pod tlakem svého zaměstnavatele, nároků své přítelkyně, jiný tlak a očekávání vyvíjí jeho babička a nyní se k tomu přidala i lékařka, která se opět nachází pod tlakem svých kolegů, kteří jí sdělují, že její pacient opět volal záchranku kvůli své dyspnoi, ta jej odvezla do nemocnice, kde se opět nic nenašlo, a tak má s ním konečně něco dělat.

Postupně se skupina začala zabývat i bezmocí naší lékařky, a jeden účastník připomenul, že se možná i pacient cítí naprosto bezmocný, a má pocit, že mu nikdo nevěří, nepomáhá, cítí se se svými úzkostmi osamocen, každý mu říká něco jiného, jeho přítelkyně si opět myslí, že za to může jeho vztah s babičkou, z čehož rezultuje nejistota. A tak je možné, že pacient obrací celou situaci proti lékařce, té nechává zakusit jak tlak tak i bezmocnost, nejen proto, aby se toho zbavil, ale i proto, aby jí tímto způsobem sdělil, jak se cítí. Je to snad i jakási pomsta a kompensace za svoje selhávání: nechává selhat své okolí v jeho snaze mu pomoci. A hlavně: získává tím ztracenou kontrolu nad svou bezmocností tím, že dělá bezmocným své okolí, manipuluje jej a zároveň na něj přesouvá již zmíněnou aktivní roli.

Jedna, taktéž energická, účastnice - praktická lékařka navrhla, že by mělo přece stačit se pacienta zeptat, co vlastně chce, a jen dle toho se řídit. Následovala diskuse o tom /na můj podnět/, že existují jak vědomé, tak i nevědomé motivace a cíle. Zeptal jsem se, co by to mohlo být, o co jde pacientovi a o co jde naší referentce. Ta ihned sama odpověděla, že mu jde o to, mít všude pomocné berličky: babičku, přítelkyni, lékařku, na něž přesouvá odpovědnost za svůj život, za své potíže (to korespondovalo s předchozí diskusí, ve které se hovořilo o odpovědnosti terapeutů, která je na ně, jak jsem dodal, pacientem delegována). A o co jde lékařce? Ta ho chce konfrontovat s tím, co on sám nechce, totiž s odpovědností za svůj život, za svojí léčbu, svoje obtíže. Pacient samozřejmě vycítil její kritický postoj. Nejraději by mu řekla, jak se sama přiznala, že je absolutní měkota, neschopný se rozhodnout a osamostatnit, že není pořádný mužský. Zde je vidno spojení jeho obtíží se vztahem jak k jeho dívce, tak i k babičce, jež jej nenechává dospět. On sotva dýchá, sotva stačí vyhovět všem nárokům okolí, hroutí se (bolesti páteře), přesouvá své lidské selhání na selhání dýchacího ústrojí a vzpřímeného postoje. Tělesně-symbolicky (tj. nepřímou, aby to nebylo tak vidno a on

se nemusel tolik za to stydět) to ukazuje svému okolí, které reaguje jen medicínsky-somaticky či podrážděně. To vyvolává jeho odpor, což nechává své lékařce pocítit: Ve své nouzi nachází uspokojení v tom, že jí dělá bezmocnou, nechává jí selhat, a tak se zdá, že v této „hře“ nikdo nechce být poražen, ale ani nikdo dosud nezvítězil.

Tímto závěrem nebyla lékařka příliš potěšena a opět se ptala, cože má nyní dělat. Výjimečně jsem si vzal na závěr slovo a odpověděl, že by možná stačilo pacienta takto vnímat, přestat s ním bojovat, a prostě se přestat zabývat nutností léčebného pobytu na psychosomatickém oddělení, přestat jej nutit k něčemu, co – snad prozatím – odmítá. Když on pocítí její změněný postoj, bude na ní jistě reagovat jinak než doposud.

ZKUŠENOSTI Z PRACOVÍŠŤ

ZUZANA HÁJKOVÁ, IVAN VONDŘICH: CO SE NEDÁ PŘEKROČIT ANEB KDYŽ JE ZMĚNA NEBEZPEČNÁ

Autoři:



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

MUDr. Ivan Vondřich, obor léčba bolesti. Původně práce v oboru ARO, I a II atestace v tomto oboru, funkční specializace v oboru léčba bolesti, čtyřletý výcvik v rodinné terapii v Liberci. Zaměření na léčbu akupunkturou a homeopatií. Pracuji v nestátním zdravotnickém zařízení PAIN s.r.o. Praha. Společně usilujeme o otevřenou spolupráci terapeuta a lékaře převážně u klientů a pacientů, kteří se obrací na ambulanci bolesti.

Ve svém sdělení se chceme zabývat místem, kdy se úspěšně rozvíjející terapie zastaví. Zde je třeba se citlivě rozhodnout co dál. Pokud bychom jako terapeuti nerespektovali opravdové potřeby pacienta či klienta, mohla by být výraznější změna v jeho životě nebezpečná. Toto místo se nedá překročit, je třeba jím projít.

Myslíme si, že jsou dva hlavní důvody pro toto zastavení v terapii.

1. klient potřebuje terapii ukončit
2. zastavení je dané
 - terapeutem a terapeutickým vztahem (terapeutická krize)
 - zábranou, kterou je třeba překonat („vývojová“ krize)

Pokusíme se ilustrovat obě možnosti.

Ad 1. Pacient potřebuje terapii ukončit:

a) *Pokud klient potřebuje terapii ukončit, může to znamenat, že terapii vyhledal hlavně proto, aby se mu ulevilo.*

Př. Pan L. nás vyhledal kvůli kožním problémům a kvůli nedorozuměním s rodiči své ženy. Po dvou konzultacích s terapeutkou a několika sezeních akupunktury došlo k upravení somatických obtíží a klient vnímal zlepšenou komunikaci s manželkou o jejich společných problémech. Z pohledu terapeuta a lékaře nedošlo k podstatnějším změnám v jeho životě. Velmi narychlo ukončil setkávání.

Po půl roce se vrátil se stejnými obtížemi a terapie měla podobný průběh. Ve chvíli, kdy se klient blížil k bodu, kde mohl se svými obtížemi něco dělat a ne jen o nich mluvit, sdělil, že mu to stačí a uvedl zlepšení. Sdělil, že se opět ozve, „až to bude potřeba“. Vnímal terapii jako úspěšnou a s dosaženými výsledky byl spokojen.

b) *Další je možnost, že pacient sice vyhledal léčení, ale metodě nedůvěřuje nebo naráží na svou neochotu na sobě pracovat.*

Příkladem bývají pacienti, kteří očekávají službu, za kterou platí a to považují za dostatečnou investici. („Chodí k nám jako k holiči.“). Podobnou variantou jsou klienti, které poslal některý z rodinných příslušníků a oni sami nejsou ke spolupráci motivováni.

c) *Zastavení na nepřekročitelném bodě.*

Tímto bodem bývají náboženská přesvědčení, pravidla platící v rodinném systému po několik generací apod.

Př.: Paní V. vychovaná v katolické víře setrvává ve svém naprosto nefunkčním manželství, i když nahlíží jeho nefunkčnost. Vyznává nerozlučitelnost manželství.

d) *Rozpadl by se systém, který je důležitější než zdraví či spokojenost klienta.*

Př.: Paní D s ulcerózní kolitidou se pro psychoterapii rozhodla ve velmi zhoršeném stavu na doporučení lékaře. Žila pouze pro svoji rodinu, uváděla, že to tak chce. Společně v terapeutkou pracovala na obrazu nemoci, jejím přínosu a ceně, začlenění do rodinného systému a na nakládání s těžkostmi v životě klientky vůbec. V průběhu terapie také objevovala, v čem její způsob života omezuje její další potřeby. Za tímto místem se rozhodla terapii ukončit. Uvedla, že se chtěla pouze zlepšit a je si vědomá toho, že pokračování terapie by „rodině nedělalo dobře“. Situaci jsme pojmenovaly a klientka uvedla, že „se do toho nechce pouštět.“ Sama stanovila tuto hranici.

Toto rozdělení motivů ukončení terapie sami považujeme za umělé. Umožňují nám ovšem lépe se v situaci zorientovat. Je zřejmé, že se obvykle prolínají a nedají se od sebe oddělit či vystopovat v čisté podobě.

Ad 2.) Zastavení v léčbě:

a) *Terapeut a terapeutický vztah vyčerpali své možnosti.*

Toto vyčerpání může být reálné i domnělé. Pokud jde o reálné vyčerpání terapeutického vztahu nebo metody a klient je nadále motivován k práci, je potřeba pacienta předat kolegovi, který může pomoci klientovi dále pokračovat. Domnělé vyčerpání by mělo vést ke hledání důvodu zastavení léčby. Jde o běžnou krizi v terapii, kterou lze obvykle řešit například supervizí.

b) *Klient vyčerpal své možnosti – „na víc nemá“.*

Hrozí nebezpečí, že se klient dostane do stavu, kdy pendluje mezi novým a starým a nemá sílu na to projít celým procesem. Přichází riziko, že dojde k vážným somatizacím. Ideální by bylo tomuto stavu předcházet, terapeut by se měl snažit odhadnout aktuální síly klienta a do změny ho nehnat. Tento stav lze někdy pozorovat i u absolventů různých psychoterapeutických výcviků.

Př.: Paní T. absolventka psychoterapeutického výcviku působící v pomáhající profesi během výcviku nahlídla nedostatečnost svého manželství. Necítí se na dokončení procesu, pomáhá si racionalizacemi, ale stále cítí nespokojenost a opakovaně se vrací do léčby s nejrůznějšími somatickými obtížemi. Je pravděpodobné, že bez výcviku by k uvedené nespokojenosti nedocházelo vůbec nebo by nebyla tak silná.

c) *Klient potřebuje podporu či „postrčení“ pro další krok.*

Jedná se o klienty, kteří se rozhodli pro změnu, ale naráží na silné překážky, ve kterých potřebují podporu terapeuta a čas na zažití postupných kroků. Někdy může tento proces trvat dlouho a klade nárok na terapeutovu trpělivost a důvěru ve vývoj terapie.

Jestliže chceme pacientovi opravdu prospět, je třeba respektovat jeho potřeby. Obtížné může být poznat jaké vlastně jeho potřeby jsou. Vědomé potřeby nemusí odpovídat potřebám nevědomým, dokonce mohou být v konfliktu. Proces uvědomování jeho potřeb by měl být provázený neustálou revizí terapeutického kontraktu. Pozornost je třeba věnovat i nevyřčeným potřebám klienta, na které můžeme usuzovat sledováním somatických projevů, chybných výkonů apod.

Myslíme si, že je dobré nechat klienta volit cesty a cíle terapie. Svobodná volba má ovšem svá rizika. Lze volit jen mezi vyváženými alternativami. Příkladem mohou být volby léčebných postupů v lékařství. Často

slýcháme, že by si pacient měl sám zvolit, ale pacient se může rozhodnout pouze na základě informací, které mu lékař sdělí. Když lékař straní některé z alternativ, může způsobem sdělení rozhodnutí pacienta výrazně ovlivnit. Podle našeho názoru jde o svobodnou volbu tehdy, když terapeut je schopen všechny alternativy zajistit a v případě, že některé z navržených možností straní, měl by to klientovi sdělit. To ovšem předpokládá, že si je terapeut vědom svých preferencí a svého terapeutického stylu. Volba, která terapeutovi nevyhovuje a limituje jeho styl práce by měla být jasně nazvaná a při její volbě klientem není vhodné klienta odrazovat, ale spolupráci ukončit.

Několikrát jsme zmínili termín „změna“. Za změnu považujeme proces, kdy dochází k výraznějšímu posunu v uspořádání klientova vnímání světa nebo v systému, ve kterém žije. Nejčastěji obojí. Uvědomujeme si, že mnoho lidí žije v něčem, co jim nevyhovuje, ale málo lidí opravdu stojí o změnu. Pokud klient o změnu nestojí, je úkolem terapie pomoci mu zlepšit fungování v daném systému. Jde o úlevu.

I u lidí, kteří o změnu usilují, nemusí ke změně z různých důvodů dojít. Některé z nich jsme dokumentovali.

Za smysl terapie považujeme

- přijetí situace
- úlevu
- přípravu na změnu (práce v terapii může přispět k budoucímu řešení v situace např. jiným terapeutem). Tato práce bývá nejméně zřetelná, ale nesnižuje to její význam. Z druhé strany nám tato možnost přináší výrazné a rychlé výsledky, pokud byl klient připraven z předcházející práce na sobě. V takovém případě bychom neměli ztrácet pokoru.
- změnu

Připomínáme, že terapeut nemusí smysl léčby vidět, důležité je prožívání klienta. Může se to dít například v situacích, kdy pacient vnímá smysl tak, že to nezapadá do našich představ o správné terapii či léčbě.

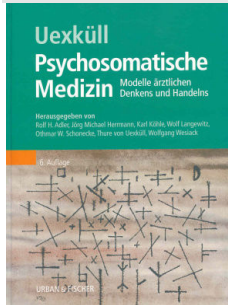
Př.: Paní M. několik let dochází na akupunkturu a homeopatii. Lékař nevidí pokrok, pacientka stojí o další pokračování. Po několika letech ukončila léčbu a zpětně se lékař dozvídá, že je v pořádku. O důvodech ukončení léčby lze pouze spekulovat, ale domníváme se, že souvisí se stabilizací rodinného systému.

U dlouhodobých klientů je ale nutné být ostražitý na závislost na terapeutovi.

TEORIE

DIRK H. HELLHAMMER, CLEMENS KIRSCHBAUM, HENDRIK LEHNERT: PSYCHONEUROIMUNOLOGIE, část 2

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 savců; udržují své okolí v takovém stavu, aby v něm nebyly bakterie, které by je mohly napadnout. Fagocytují bakterie jako zdroj potravy, aby z nich získávaly chemickou energii.

V mnohobuněčných organismech se již fagocyty (archecyt, celomycyt) nespolehnají na bakterie coby zdroj potravy, nýbrž optimalizují své strategie k přežití v určité symbióze; zde je proveden dílčí funkční krok v evoluci obranného systému. Mnohobuněčný organismus, hospodář pro fagocytující buňky, vyživuje fagocyty nezávisle na jejich biologických aktivitách nasměrovaných proti bakteriím, přiděluje jim určitá místa pobytu, např. střeva nebo plíce, vytváří vnitřní prostředí pro kontrolované množení tím, že je váže do určitého sensorického systému regulace, aby – jako protislužbu – využíval z evolučního hlediska starších schopností těchto buněk spočívajících v extracelulární likvidaci vniklých mikroorganismů zaměřenou na jednotlivé případy či v odklizení odumírajících tělu vlastních buněk.

Dokud jednobuněčné či jednoduše organizované mnohobuněčné organismy vykazují vysokou míru reprodukce, je imunitní kompetence, která se omezuje především na likvidaci bakterií fagocytózou, pro přežití druhu či řádu dostatečně efektivní. Může-li být genetická informace předávána další generaci s dostatečnou rychlostí tak, aby byla předána dříve, než je druh či řád vyhuben případně rychlejším množením a infekcí určitého patogenu, např. bakterií či plasmidem, neexistuje žádný větší selektivní tlak na vytváření efektivnějšího imunitního systému.

Příroda nemá – viděno z hlediska genomů – zájem o individuum, nýbrž o další předávání genomu v rámci určité populace a pro ní. Z důvodu specializace a rozdělování úkolů na jednotlivé buňky v rámci mnohobuněčného organismu již nebyla zajištěna rychlá míra reprodukce; skokový přechod od asexuálního k sexuálnímu rozmnožování je toho

důkazem. Je evidentní, že mnohobuněčné organismy – rostliny, zvířata a především člověk – nejsou schopny držet krok s mírou reprodukce bakterií.

Aby si vysoce diferenciovaní živočichové zajistili přežití v určitém mikro- a makrokolí s ohledem na konkurenční boj o využívání biologických zdrojů, museli se vybavit obrannými mechanismy, které jim umožňovali rozlišovat „cizí“ a „vlastní“, „nebezpečí“ či užitečná „symbióza“.

Především otázka, jak reaguje obranný systém proti patogenům integrujícím genom (virům), které využívají intracelulární molekulární mašinerie hostitele pro svoji replikaci a tím latentně či smrtelně poškozují buňky hostitele, musela být vyřešena s dostatečnou jistotou; molekulární hranice „cizího“ a „vlastního“ se smývají vnikáním, ukrýváním a proměňováním chemických informací na jiné chemické informace, např. na informace buňky hostitele.

Změny v dědičné informaci nepředstavují pro individuum nejprve ani výhodu, ani nevýhodu, nýbrž znamenají, že znaky evolučního proudu byly rozpoznány [4]. Zda půjde o výhodu či nevýhodu, se vyjasní na individuální rovině. Odpověď závisí na otázce, jak se tyto změny o epigenetické regulaci prezentují ve fenotypu a jak se je určitý pozměněný fenotyp schopen prosadit v okolí a dále předat svůj genom.

Ani genom, jako chemické informační vlákno, ani řídicí programy, které vyvolávají chemické informace a převádějí je do určitého fenotypu, nemohou být – díváme-li se na samostatně či izolovaně – zodpovědné za určitou eu- či malfunkci organismu. Schopnosti přijímat, regulovat a somaticky zpracovávat znaky zajistí přežití. Člověk disponuje potřebnými anatomickými, celulárními, molekulárními, psychickými a sociálními systémy a subsystémy, aby tyto schopnosti vnímal. Je schopen je používat pro udržování psychosomatického zdraví či vypořádávání se s nemocemi. V následujících oddílech budou představeny funkční souvislosti v rámci imunitního, neuronálního a endokrinního systému, a sice to té míry, do jaké jsou nutné pro porozumění širších souvislostí s psychickými a sociálními systémy.

5 Imunitní systém ve své klasické funkčnosti

Imunitní odpovědi se vyvinuly – vycházejí z organismů žijících v moři a konče u člověka – na principu rostoucí specializace rozpoznávacích mechanismů, vázaných na celulární a humorální struktury. Myšlenka rozpoznávání cizích struktur a tolerování struktur vlastních různými celulárními a humorálními součástmi imunitního systému se manifestovala v paradigmatu tolerance a diskriminace „já/ne-já“ imunitního systému. Tyto vlastnosti jsou opsány v pojmech, které opouštějí fyzikální pojmosloví. Dovolují komplexnímu organismu specifický, partnerský dialog mezi veškerými orgány a orgánovými systémy, které vytvářejí organismus jak po stránce strukturní, tak po stránce funkční.

Diskriminace mezi „vlastním“ a „cizím“ umožňuje komplexnímu organismu, aby rozpoznával a eliminoval pozměněné „součásti sebe samého“, které mohou být parazity, bakteriemi či houbami. Komplexnější forma rozlišování se musela vyvinout tam, kde se vytvářejí možná nebezpečí uvnitř buňky, tedy tam, kde jsou buňky infikovány virem nebo jsou pozměněny tak, že představují maligní fenotyp. Zde se uplatňuje zvláštní úkol celulárního imunitního systému, a sice kontrolovat vnitřek buňky z hlediska možných potenciálů nebezpečí, rozpoznávat je a eliminovat.

Z evoluční linie imunitního systému je možné u člověka odvodit vrozené neboli nativní a získané neboli adaptivní imunitní odpovědi. Vrozený imunitní systém se skládá z mechanických bariér pokožky a sliznic a přirozené bakteriální flóry: bakteriální flóra osidluje hranice s vnějším světem. Vrozená humorální imunita je tvořena proteiny akutních fází, lysozomy, opsoniny a systémem komplementu; na celulární straně je vázána na aktivitu makrofágů a přirozených likvidačních buněk.

V evoluci se z vrozené imunity, která je nespecifická a při opakovaných expozicích s tímž antigenem nevede k žádnému vytváření paměti, jež by stálo za zmínku, vyvinula specifická, adaptivní imunita s imunologickou tvorbou paměti. Jejími prvky jsou buňky prezentující antigen (APC), jako jsou *Langerhansovy* buňky pokožky, cytotoxické (CTL-) pomocné lymfocyty Th1 a Th2 a B-lymfocyty, které mohou po aktivaci secernovat specifické protilátky (plazmové buňky).

Buňky imunitního systému mají společnou pluripotentní kmenovou buňku, z níž se odvozují předběžné lymfoidní buňky, které se diferencují na nativní a zralé T- a B-lymfocyty, v závislosti na cytokinovém vzorci, kterému jsou v určitém časovém okně ve svém vývoji vystaveny.

Z pluripotentní kmenové buňky se vyvíjejí také myeloidní předběžné buňky, které rovněž za určitých cytokinových vzorců vyžívají do bazofilních, eozinofilních a neutrofilních granulocytů, mastocytů, megakaryocytů a trombocytů jako i monocytů, které již patří k vrozenému imunitnímu systému a mohou se diferencovat na tkáňové makrofágy. Přirozené likvidační buňky, které rovněž náleží k vrozenému imunitnímu systému, jsou z hlediska svých předběžných buněk v zařazení ještě sporné.

Postmitotické granulocyty směřují svoji obrannou činnost především proti extracelulárním parazitům, jsou nespecifické a likvidují nejenom patogeny, nýbrž také sebe samotné, rozpoznaly-li konkrétní patogen; viditelným znakem této obrany je tvorba hnisu. Vrozená imunita je vždy k dispozici a umožňuje bezprostřední imunitní odpověď na patogeny. Přemostňuje fázi v délce trvání čtyřech až pěti dnů, která je bez ochrany a jež je nutná pro nastartování adaptivní imunitní odpovědi.

Regulační mechanismy vrozené imunitní odpovědi jsou archaické a konzervativní; spočívají především ve fagocytóze, opsonizaci jako příznaku odlehčené fagocytózy a sebevraždě bakteriotoxicitě, jak je prováděna neutrofilními granulocyty. Buňky přirozeného imunitního systému přitom vstupují z hlediska funkcí jejich efektorů prostřednictvím cyto- nebo chemokinů pouze do omezeného intracelulárního dialogu, jenž má řídit imunitní odpovědi. Jejich úkol zůstává omezen na bezprostřední likvidaci popř. eliminaci exogenních patogenů. Vrozená imunitní obrana je velmi efektivní tehdy, pokud exogenní patogeny, proti kterým se má zaměřovat, provedly koevoluci s archaicky nativním imunitním systémem.

Ve výzkumu imunitního systému bylo těžiště již velmi brzy na adaptivním imunitním systému s jeho regulačními mechanismy, s jeho vytvářením dlouhodobé paměti a možnými intervencemi v té podobě, jak je představují klasická ochranná očkování.

Strategií adaptivního imunitního systému je klonální selekce. Veškeré lymfocyty jsou potenciální efektorové buňky a nesou receptory (receptory T-buněk či B-buněk), které jsou schopny rozpoznávat a vázat veškeré vyskytující se antigeny v rozdílné afinitě. Rezervoár receptorů je díky celkovému počtu lymfocytů, díky segmentaci genů, přeskupování segmentů kódovatelných a nekódovatelných úseků genů a hypermutací tak velký, že díky této kombinatorní divergenci může vzniknout přibližně 10^{15} antigenních receptorů. Přitom jsou v rané fázi vývoje nativních T-lymfocytů v thymu eliminovány ty lymfocyty, které vykazují receptory proti antigenům, které jsou tělu vlastní.

V tomto stádiu vázání T-receptorů vede tvorba antigenů s „proteinovými doménami sebe sama“ nikoli k aktivaci buněk, nýbrž k apoptóze. Repertoár receptorů na T-lymfocytech po jejich dozrání v thymu je s ohledem na jejich počet dostatečný, ale také tolerantní s ohledem na sebe sama, aby mohla být zajištěna efektivní imunitní odpověď. Klonální selekce vede pouze tehdy k antigenně specifické imunitní odpovědi, pokud každý lymfocyt nese výhradně receptory jedné jediné specifičnosti. Zajištění dalekosáhlé mono-specifičnosti má zásadní význam pro zahájení, rozšíření a ukončení imunitní odpovědi.

Překonal-li nějaký mikroorganismus mechanické bariéry vrozeného imunitního systému a pronikl-li do tkáně, začne se ve většině případů množit. Jeho počet vzrůstá a je-li rozpoznán buňkami imunitního systému jako patogen, můžeme pozorovat lokální zánět se znaky rubor, calor, dolor a tumor. Tyto znaky jsou výrazem imunologického děje, který je udržován množением buněk zprostředkovaným cytokiny/chemokiny (tumor), funkcemi cév (zarudnutí a teplo) a tkáňovými hormony (bolest) a který trvá tak dlouho, dokud nejsou imunologické reakce ukončeny.

Některé z patogenů nebo jejich metabolické produkty jsou přepraveny prostřednictvím lymfatického toku či takzvanými buňkami prezentujícími antigeny (APC) do nejbližší strážní lymfatické uzliny (*sentinel lymphnode*).

Specifická buněčně zprostředkovaná imunitní odpověď je inicializována dvěma různými lymfocyty. CD8 (*CD = cluster of differentiation* neboli *diferenciační svazek*) -pozitivní T-lymfocyty rozpoznají svým receptorem T-buňky určitý fragment antigenu (peptidy v délce 8 až 12 aminokyselin) v asociaci s *Major Histocompatibility Complex I* (MHC třída I), který je k dispozici na každé buňce organismu s jádrem.

Ladí-li receptor T-buňky a komplex fragmentu antigenu MHC třídy I ve svých vazebných charakteristikách dohromady a jsou-li ještě další ko-stimulující signály na CD8 pozitivní buňce i na somatické buňce koherentní, je nyní CD8 pozitivní buňka označena jako cytotoxický lymfocyt a podává signály rozpoznané cílové buňce (somatické buňce), které u této buňky vyvolají buď přímou cytotoxicitu nebo apoptózu. Je-li určitá somatická buňka napadena virem, jsou-li proto na povrchu buňky v komplexu MHC třídy I fraktálně indikovány virové proteiny, může být tato virem infikovaná buňka zahubena T-lymfocytem, jehož receptor T-buňky rozpozná komplex fragmentu antigenu MHC třídy I. Likvidační mechanismus ale proběhne pouze tehdy, jsou-li na obou buňkách angažovány ještě další vazby liganda – receptor, a to stejným způsobem jako u principu klíč – zámek. Tento mechanismus probíhá jako redundantní zabezpečení, aby nebyly lyzovány somatické buňky, které sice ještě mohou vázat receptory T-buněk prostřednictvím svých molekul MHC třídy I, ale nerepresentují fragment antigenu signalizující nebezpečí.

T-lymfocyty, které na svém povrchu nesou molekuly CD4, mohou svůj receptor T-buňky angažovat pouze s tzv. komplexem fragmentu antigenu MHC třídy II. Příslušná buňka (profesionální antigen reprezentující buňka, APC), která nese na svém povrchu většinu molekul MHC třídy II, je dendritická buňka následovaná makrofágy a – s odstupem – B-lymfocyty. CD4 pozitivní T-lymfocyty vylučují široké spektrum biologicky aktivních látek, obecně označovaných jako lymfokiny, a sice tehdy, jsou-li aktivovány receptorem T-buňky vazby fragmentu antigenu MHC třídy II prostřednictvím APC. Spektrum vyloučených biologických látek (interferony, interleukiny) aktivované CD4 pozitivní buňky je závislé na intrinzické aktivitě antigenu, jehož proces probíhá v APC a který je reprezentován v MHC třídy II, coby fraktálním vzorci peptidu, jenž se shoduje se znakem. Tyto lymfokiny jsou především růstové a diferenciační faktory, které mohou jemně řídit celulární imunitní odpověď nebo mohou vyprovokovat B-lymfocyt k monoklonální odpovědi protilátek.

Je-li v průběhu imunitní odpovědi eliminován antigen, např. protože je na straně APC prezentován ve stále menších kopiích, klesá také vylučování biologických látek díky klesajícímu počtu CD4 pozitivních a zaktivovaných lymfocytů, dokud nedojde k úplnému zastavení imunitní odpovědi a některé paměťové buňky přitom nezůstanou zachovány.

Také vázání paměťových buněk na konci imunitní odpovědi je řízeno lymfokinovým popř. cytokinovým vzorcem během hlavní fáze imunitní odpovědi. CD4 pozitivní buňky mohou být opět rozděleny na pomocné T-buňky typu 1 a pomocné T-buňky typu 2, v závislosti na jejich převládajícím cytokinovém vzorci, který jako zaktivované CD4 pozitivní T-buňky vylučují.

Buňky Th1 produkují především gama-interferon, interleukin-2, buňky Th2 pak interleukin-4 a interleukin-5. Obě subpopulace produkují také tumornekroze faktor (TNF), interleukin-3 a kolonie stimulující faktor (CSF), který podporuje vývoj granulocytů a makrofág (GM-CSF). Toto je pouze malý výběr faktorů, které jsou během imunitní odpovědi generovány imunokompetentními buňkami za účelem operacionálního dialogu s ohledem na čelení určitému patogenu, a to uvnitř buňky, či extracelulárně v organismu.

Mnoho z těchto dialogických buněk působí ve své biologické funkci efektoru pouze autokrinně, to znamená ve smyčce zpětně na buňku, která je vyloučila, nebo parakrinně, tedy pouze v bezprostředním okolí buňky, která je vyloučila. O juxtakrinní aktivitě mluvíme tehdy, nejsou-li signální a přenosové látky rozpustné, nýbrž si při své aktivaci zachovávají svoji buněčnou membránu. Endokrinní přenosové látky jsou distribuovány cestou tělesných tekutin a nacházejí tak své cílové buňky často ve značné vzdálenosti od buňky, která je vyloučila.

Vedle těchto cytokinů vylučují zaktivované pomocné T-buňky a jiné imunokompetentní efektorové buňky dialogové molekuly, které mají neuronální a endokrinní buněčné partnery. Z experimentálních výsledků vyvozujeme, že centrální nervový systém je o aktivitě imunitního systému permanentně informován, a to v reálném čase [7].

Generování imunitních odpovědí, jak bylo popsáno výše, se odehrává převážně za fyziologických podmínek v lymfatické uzlině. Etablované dogma imunologie vychází z toho, že veškeré antigeny, které jsou identifikovány jako „ne-já“, vyvolávají adaptivní imunitní obranu. Přitom musí profesionální antigen prezentující buňky (APC) ukázat antigen – ve formě fraktálního řetězce peptidů – CD4 pozitivním buňkám, načež tyto buňky reagují vylučováním cytokinů, které opětovně modulují diferenciaci počínaje CD8 pozitivními lymfocyty až po efektorové buňky s ohledem na aktivaci indukovanou smrt buňky (AICD) vůči rozpoznané cílové buňce (nádorová buňka, virem infikovaná buňka).

Vedle této nutné cesty aktivace cytotoxických T-lymfocytů (CTLs) jsou ale nutné další ko-stimulující signály, aby mohla být aktivace a cytotoxická funkce cytotoxickými T-lymfocyty také provedena. V juxtakrinním módu – jak na buňce prezentující antigen, tak následně také na terčové buňce CD4 – musí být exprimovány ko-stimulující signály (LFA-1, CD2, CD28), a to cytotoxickým T-lymfocytem, který byl předtím stimulován klasickou cestou prezentace antigenu. A musí být možné, aby se tyto ko-stimulující signály angažovaly na cílové buňce B7.1, B7.2 nebo ICAMs; jenom tehdy je zajištěna operacionální imunitní obrana.

Pokračování v č.6/2007

EXCERPTA PSYCHOSOMATICA

RADKIN HONZÁK: LOVEC NEMUSÍ TREFIT JELENA, ZATO LOVCE MŮŽE TREFIT ŠLAK



(...a já dodávám: „Dobře mu tak!“)

„Muži si myslí, že jsou lovci, ale zatím jsou lovná zvěř“, píše Lev Nikolajevič Tolstoj v Kreutzerově sonátě. Platí-li to stoprocentně v mezilidských vztazích, může se to naplnit i v přírodě. Michiganští kardiologové zkoumali kardiologickou zátěž a z ní vyplývající rizika při lovu

jelenů u 25 dobrovolníků, z nichž 17 trpělo prokázanou ischemickou chorobou srdeční. Muži v průměrném věku 55 (± 7) let byli nejprve vyšetřeni v kardiologické laboratoři ergometricky při plné zátěži a jejich EKG záznam byl posléze porovnán s kontinuálním EKG snímaným během celkem sedmi lovů jelenů.

Tepová frekvence u 22 osob stoupla během lovu o více než 85 % ve srovnání s jejich nejvyšší tepovou frekvencí a u deseti z nich překročila hodnoty získané při maximální zátěži na ergometru. Přitom zvýšení frekvence negativně korelovalo s kardiopulsační zdatností, tedy čím horší zdatnost, tím výraznější vzestup. Byly zachyceny periody sinusové tachykardie v trvání 1-65 minut. Byly však rovněž zachyceny arytmie a deprese úseku ST svědčící o ischemii. V terénu se objevily komplexy bigeminie a trigeminie, které nebyly zjištěny během laboratorního vyšetření a osm úseků ventrikulární tachykardie.

Autoři uzavírají, že lov jelenů může vyvolat přetrvávající zvýšení tepové frekvence, ischemii myokardu doloženou depresí ST-segmentu a ohrožující srdeční arytmie významné závažnosti. K těmto výsledkům přispívá jak tělesná námaha při lovu, tak nepochybně také hyperadrenergie a stresové vlivy z prostředí, které všechny vedou k excesivním požadavkům na kardiovaskulární systém.

Haapaniemi S, Franklin BA, Wegner JH, et al.: ECG responses to deer hunting activities in men with and without CAD. Am J Cardiol, 2007 Jul 15;100(2):175-179

RADKIN HONZÁK: OSAMĚLOST A RIZIKO ROZVOJE ALZHEIMEROVY DEMENCE

Podle: Wilson RS, Kruger KR, Arnold SE, et al.: Loneliness and risk of Alzheimer disease. Arch Gen Psychiatry, 2007;64:234-240

Sociální izolace, která nemusí být absolutní, ale může se vyznačovat jen nápadně chudou sítí interpersonálních vztahů, absencí životního partnera nebo malou účastí v mezilidské komunikaci, je všeobecně považována za nepříznivý faktor ve vztahu k řadě onemocnění a mezi nimi též demencí. Tyto skutečnosti jsou potvrzovány řadou prospektivních studií.

Na druhé straně není příliš mnoho znalostí o tom, v jakém vztahu je rozvoj demence k emoční izolaci nebo osamělosti, která může existovat (dokonce dlouhodobě) navzdory zdánlivě fungujícímu rodinnému a sociálnímu systému; i v něm se totiž jedinec může cítit odtržený od ostatních, přehlížený a někdy více nespokojený se stávajícím stavem, než kdyby žil sám a upravil si život po svém.

Předložená práce se zajímá právě o tuto druhou možnost existence a připomíná, že existuje rozdíl mezi možnostmi „být sám“ a možnostmi „cítit se osamělý“. Vychází přitom z údajů a výsledků studie Rush Memory and Aging Project, dlouhodobé klinicko-patologické studie sledující rizikové faktory ve vyšším věku. Výchozí hypotéza byla, že vyšší míra osamělosti bude spojena s vyšší mírou Alzheimerovy demence (dále AD).

Účastníci zde citované studie byli vybráni z účastníků studie výše uvedené a předpokladem pro zařazení byla **absence** příznaků demence na počátku sledování a souhlasem k obdukcí mozku po smrti. Účastníci studie pocházeli z nejrůznějších lokalit i sociálních vrstev v Chicagu. Na počátku studie byla administrována baterie validních kognitivních testů. Osamělost byla stanovena podle tří variant Jong-Gierveld Loneliness Scale, zatímco podmínky sociální izolace byly hodnoceny podle kvantifikace uvedené sociální sítě a participace na sociálních aktivitách. Dále byly vzaty v úvahu možné symptomy deprese, tělesné aktivity, snahy participovat na sociálních aktivitách a z biomedicínských parametrů také stav mozkových cév a tedy stav mozkového zásobení.

K posouzení kognitivních funkcí bylo použito celkem 20 metod (!!! další komentáře jsou redundantní). Rovněž několik metod bylo použito k postmortálnímu vyhodnocení stupně patologie – zejména ve vztahu k AD – na sledovaných mozcích.

Do studie bylo zařazeno – po použití vylučovacích kritérií – celkem 857 osob, z nichž po roce studii dokončilo celkem 791 osob, z nichž 75 % tvořily ženy. Míra „osamělosti“ byla hodnocena od 1,0 do 4,6, přičemž vyšší hodnoty odpovídaly vyšší míře osamělosti.

Osamělost hodnocená na úrovni 3,2 byla spojena s 2,1x vyšším relativním rizikem rozvoje AD ve srovnání s mírou osamělosti hodnocenou jako 1,4, zatímco vyšší úroveň sociálních aktivit vedla ke snížení rizika až na 0,52. Rozsah sociální sítě (počet interpersonálních vztahů) přitom nehrál žádnou významnou roli. Pocit osamocení byl rovněž výrazněji spojen s rozvojem rizika AD, než depresivní symptomatologie. Osamělost sledovaná v průběhu času významně negativně korelovala s přírůstkem kognitivních deficitů.

Autoři uzavírají, že během čtyřletého sledování kohorty necelých 800 osob zjistili, že osamělost je spojena s přibližně dvojnásobným rizikem rozvoje AD, a to i ve srovnání s osobami, které žijí izolovaně, ale necítí se „osamělé“. Tedy pocit izolace ve zdánlivě funkčním společenství je rizikovým faktorem pro AD.

Vztahy mezi pocitem osamělosti a rozvojem AD jsou nejasné. Na jedné straně může být pocit osamělosti již důsledkem nastupující demence, na druhé straně relativně dobrá úroveň kognitivních funkcí na počátku studie neovlivnila nikterak příznivě vývoj do AD v případech, že se sledované osoby cítily osaměle. Nebyla také nalezena korelace mezi mírou osamělosti a nálezem amyloidu nebo malých cerebrálních infarktů.

Nabízí se také vysvětlení, že osamělost může oslabovat („compromise“) neurální systém, kognici i paměť a tak přispívat k rychlejšímu průběhu degenerativních změn. Podobně totiž i deprivovaná zvířata vykazují v izolaci nižší míru větvení neuronálních výběžků a down-regulaci BDNF („brain-derived neurotrophic factor“), u lidí v izolaci klesá úroveň sociálních dovedností. Deprese a osamělost se sice psychometricky dají oddělit, ale v praxi jdou prakticky společně a mají analogicky detrimentalní vliv, a to až po pokles neurogeneze. Nicméně podrobná analýza ukázala menší vliv depresivní symptomatologie na rozvoj AD, než osamělost jako taková.

Limity předložené studie jsou především v tom, že jejími účastníky byli dobrovolně spolupracující jedinci, nikoli reprezentativní vzorek populace. Také malý počet sledovaných osob nedovoluje generalizovat zjištěné výsledky.

KOMENTÁŘ

Začal bych od konce – za velký klad práce považuji skutečnost, že se na ní žádným způsobem nepodílely farmaceutické firmy a tak bych její limity vnímal jako podstatně méně zkreslující, než kdyby ji platila firma XXX. Úhel pohledu je psychosociální a je tedy jasné, že interpretace neunes tvrdé nároky Evidence Based Medicine. Na druhé straně zde stojí citát nositele Nobelovy ceny Petera Medawara: „*Existuje tu však velké zmatení. Věda je to, co většina považuje za umění: hovořit s pacientem a fyzikálně ho vyšetřit a získat tak 90 % potřebných informací. Umění je ten zbytek, takzvaně objektivních nálezů.*“

Samota je krutá a již profesor Vondráček říkal, že nejostřejším zhoršením trestu je samovazba a že poustevníci byli pokládáni za výjimečné, protože

samotu dokázali snášet. Osamělost je pak samota uprostřed lidí, která je dvojnásob tvrdá.

Kult mládí, štíhlé krásy a dalších konzumních hodnot odsunuje staré lidi někam mezi neužitečnou spotřebovanou veteš, vyhasnutí řady užitečných rituálů jim bere jakýkoli srozumitelný smysl života a izolace v rozpadající se společenské struktuře neposkytuje žádnou smysluplnou nabídku.

Již před půlstoletím etologové věděli, že zvířata chovaná ve strohém prostředí bez dostatku podnětů daleko méně rozvíjejí své schopnosti, jejich mozky mají daleko méně neuronů a dříve zmírají. Účinky deprivace (dětské) u nás prioritně zkoumali a dokázali Matějček a Langmeier. Ale podíváme-li se 2000 roků nazpět, můžeme dohlédnout až k výsledkům ostrakismu.

Úroveň společnosti je taková, jak se chová ke svým bezmocným jedincům. A jestliže používáme pojem „hyena“ jako dehonestující, měli bychom se podívat, jak se jejich smečky chovají ke svým stárnoucím a bezmocným členům. Evidence based medicine ale nic z toho nezajímá. Teprve prodej příslušného psychofarmaka!

OTÁZKY

Jedinec, který žije sám, je ohrožen kognitivním deficitem:

- a) více než člověk, který se cítí osamělý NE
- b) stejně jako člověk, který se cítí osamělý NE
- c) je to otázka velice individuální ANO

Sociální problematika je oblast, kterou:

- a) nemá řešit, protože patří jiným oborům NE
- b) může vyřešit jen medicína NE
- c) medicína má zdůrazňovat a přispívat k jejímu řešení ANO

„Osamělost“ jako problém:

- a) nezvyšuje riziko rozvoje AD
- b) zvyšuje riziko AD asi dvojnásobně ANO
- c) zvyšuje riziko AD jen nepatrně

RADKIN HONZÁK: REVIZE KLASIFIKACE SOMATOFORNÍCH PORUCH V DSM-V

Podle Kroenke K, Sharpe M, Sykes R: Revising the classification of somatoform disorders: Key questions and preliminary recommendation. *Psychosomatics*, 2007;48(4):277-285

Diagnostický a statistický manuál psychických poruch (DSM) Americké psychiatrické společnosti je významnou nomenklaturní normou umožňující operacionalizaci psychiatrických diagnóz klinickým lékařům, výzkumným pracovníkům i pacientům. Od svého vzniku prošel již třemi zásadními změnami a nyní jej čeká čtvrtá a její výsledky se mají odrazit v DSM-V, který by měl být dokončen během 6-8 let. Jednu z podstatných změn má prodělat také část věnovaná somatoformním poruchám.

Ústřední diagnózou v této skupině byla somatizační porucha (SP) definovaná mnoha symptomy vyskytujícími se po mnoho let. K ní však bylo přiřazeno mnoho dalších poruch (konverzní, hypochondrická, aj.), jimž bylo společné pouze to, že pacienti měli somatické příznaky. Navíc byla přiřazena také „nediferencovaná SP“ zahrnující mnoho nemocných trpících řadou somatických příznaků, nespĺňujících však všechna kritéria čisté SP. Tím se celá kategorie rozrostla do značné šíře a stala se nepřehlednou, což vedlo k požadavkům na různě radikální revizi. Vzhledem k tomu, že tito pacienti vesměs zahajují svou „kariéru“ na somatických pracovištích, je problematické, zda zde mají být značkováni psychiatrickou nálepkou, kterou navíc oni sami odmítají.

Projekt zaměřený na konceptuální otázky somatoformních a podobných poruch byl nastartován před několika lety prvním autorem tohoto sdělení a jeho cílem je interdisciplinární dialog týkající se taxonomie somatoformních poruch a somatických diagnózách funkčních syndromů jakými jsou např. dráždivý tračník, chronický únavový syndrom, fibromyalgie, atd. Pracovní skupina se sešla celkem třikrát a vypracovala jednak klíčové otázky týkající se této oblasti (přinášející více rozdílných názorů než shod mezi účastníky), jednak předběžná doporučení (kde byla shoda větší).

KLÍČOVÉ OTÁZKY

1) *Kdo má odpovídat za tento problém v DSM-V?*

Prozatím to byli profesionálové z oblasti duševního zdraví, kliničtí pracovníci, výzkumníci, školitelé, atd. Nicméně jsou zde i další neopominutelné skupiny, a to především pacienti, kteří mají zájem na tom, jakou dostanou diagnózu a především pacienti, kteří odmítají své somatické obtíže nechat stigmatizovat psychiatrickou diagnózou. Je tedy

otázkou, nakolik mají do procesu příprav vstoupit také kliničtí lékaři z nepsychiatrických oborů.

- 2) *Má se omezit používání termínů a konceptů, jakými jsou „somatizační“ nebo somatoformní“? Ve vztahu k první otázce se zde vyskytly názory, že tyto pojmy, stejně jako „hypochondrie“ by se měly významně omezit a mělo by se přihlížet k tomu, jak jsou pro pacienty přijatelné. Argumentace z druhé strany zdůrazňovala jejich užitečnost v klinickém použití; zrušení a náhražky by vedly ke zmatkům. Nehledě na to, že stigma by se přesunulo na nově použité termíny, protože by přetrvával koncept psychogeneze a tím i jisté osobní odpovědnosti, který se k nim váže. Jsou zde i kulturní rozdíly: např. v Německu jsou tyto diagnózy akceptovatelné, pravděpodobně pro širokou síť psychosomaticky orientovaných pracovišť. Přestože termíny „funkční“, nebo „psychosomatické“ jsou méně stigmatizující a více neutrální, pacienti dávají jednoznačně přednost **somatické** diagnóze.*
- 3) *Mají „somatoformní poruchy“ i nadále zůstat hlavní psychiatrickou diagnózou (osa I DSM-V)?* Systém DSM používá několikaosovou diagnózu: osa I. uvádí hlavní psychiatrickou diagnózu, osa II. osobnostní poruchu a osa III. somatickou problematiku. Je tedy vhodné, aby manifestní somatické příznaky byly vedeny především na ose I. jako psychiatrická diagnóza, nebo mají být zařazeny na osu III.? Implikuje zařazení na osu I. to, že příčinou symptomů jsou psychické procesy, nebo to, že tyto obtíže mají být v kompetenci psychiatrů a psychologů? Na to navazuje také řada otázek týkající se financování léčby. Přestože došlo ke shodě o tom, že profesionálové z oblasti duševního zdraví projevují nejhlubší porozumění a také poskytují nejefektivnější léčbu, pokud jde o dichotomii týkající se osy I. a osy III., tedy zásadní psychosomatické problematiky, shody patrně dosaženo nebylo.
- 4) *Mělo by „vysvětlení“ zůstat centrálním konstruktem při diagnóze somatoformní poruchy?* Zásadním kriteriem diagnózy somatoformní poruchy je přítomnost tělesných příznaků, které se jeví jako „disproporční“ ve vztahu k somatickému onemocnění, nebo „vědeckou medicínou nevysvětlitelné“ (MUS = medically unexplained symptoms). Problém je v tom, že tyto pacienti velmi často nějakou somatickou nemocí trpí a při „vysvětlování“ jejich obtíží záleží pak především na úhlu pohledu. Dále pak, zaujmeme-li skutečně biopsychosociální přístup, musíme přiznat, že např. schizofrenie je mnohem víc „biologická“, než „psychická“, a též, „nevysvětlitelné“ příznaky mohou představovat ve skutečnosti alibistické obejití metodologických etiopatogenetických obtíží. Ve hře zůstávají tři názory: ponechat status quo, přesunout tělesné obtíže na osu III. a kosmetické úpravy.
- 5) *Jak mají být funkční tělesné příznaky klasifikovány?* Takzvané funkční somatické syndromy jakými je dráždivý tračník, fibromyalgie, intersticiální cystitida a další často koexistují nebo se překrývají. Dále jsou zde individuální problémy, jakými jsou tenzní bolest hlavy, bolest dolních zad, ulcer-like dyspepsie a další. Pokud takovíto pacienti navštíví somatické

odborníky, patří v DSM na osu III., je-li však týž pacient vyšetřen psychiatrem, dostane diagnózu na ose I. Názory expertů se liší. Mají být tyto obtíže zařazeny do DSM-V na osu I., nebo mají být kódovány jako tělesné příznaky na ose III.?

- 6) *Máme počítat symptomy, abychom mohli stanovit diagnózu somatizační poruchy?* Máme i nadále považovat určitý počet symptomů jako diagnostické kritérium? Řada studií prokazuje kontinuální vztah mezi stoupajícím počtem symptomů, rizikovými faktory v dětství a v rodině, psychiatrickou komorbiditou a vyšší spotřebou zdravotní péče. Nezdá se, že by na tomto kontinuu byl kvantitativní práh zásadně měnící kvalitu zdravotního stavu; na druhé straně v psychiatrii je tento postup používán např. u deprese nebo úzkosti, ale také somatická medicína používá arbitrární členění (hypertenze, diabetes, aj.). Bylo by jistě užitečnější zavést „pozitivní“ psychologická nebo behaviorální kritéria jako mandatorní pro stanovení diagnózy somatoformní poruchy.
- 7) *Představuje grupování příznaků, jejich celoživotní přehled, nebo inventář symptomů (symptom checklist) užitečnou pomůcku pro diagnózu somatoformní poruchy?* Grupování či smysluplné sdružování symptomů se objevilo až v DSM-IV (kritéria DSM-III-R vyžadovala přítomnost alespoň 13 příznaků z 35 uvedených), v němž je uveden požadavek určitého „vzorce“ příznaků z různých oblastí (např. nejméně čtyři bolestivé příznaky, dva gastrointestinální, jeden sexuologický a jeden pseudo-neurologický). Tento postup sice snižuje počet příznaků požadovaný pro stanovení diagnózy, na druhé straně požaduje „naplnění“ všech uvedených kategorií. Autoři této úpravy měli v úmyslu zpřesnit diagnostiku, užitečnost úpravy však nikdy nebyla testována. Někteří autoři na tyto clustery věří, jiní se domnívají, že neexistují v čisté formě, a většina zastává názor, že existuje jen jeden „somatizační“ faktor. Také celoživotní inventář symptomů se jeví jako problematický; za prvé je v běžné praxi časově příliš náročný, ale především není reliabilní. Aktuální inventář symptomů má sice svou operativní hodnotu, ale jeho role při stanovení kritérií je nepodstatná, protože je nepřesná.

DOPORUČENÍ

První doporučení se týká rozšíření symptomového spektra obtíží, které by měly být zařazeny pod diagnózu somatizační poruchy (SP). Dosud tato diagnóza identifikovala jen menšinu pacientů s obtížemi, jež neumí vědecká medicína vysvětlit (MUS). Zatímco prevalence SP v primární péči je 1%, prevalence pacientů s MUS zde je 15%. Tato změna by měla vést k vypuštění dosud platné diagnózy nediferencované SP, která sama o sobě je dost nepřesná a představuje často jakýsi sběrný koš.

Psychiatrická diagnóza („somatoformní“ apod.) by napříště neměla stavět pouze na tom, že symptomy jsou nevysvětlitelné současnými medicínskými

poznatky, protože tento termín může znamenat jak psychologickou etiologii, tak skutečnost, že se jedná o idiopatický symptom. Proto by diagnostická kritéria měla požadovat pozitivní psychologická zjištění a také údaje o spojitosti somatických symptomů s jinými tělesnými nemocemi nebo psychiatrickými poruchami. Nicméně pro navržená podrobná kritéria nebylo dosaženo v pracovní skupině shody.

Druhé zásadní doporučení se týká „bolestivých poruch“, kterým DSM-IV navzdory deklarované absenci teoretických východisek přiřkl psychogenezi. Navíc existuje rozsáhlá literatura poukazující na obousměrnou komorbiditu (>50%) bolestivých stavů a deprese nebo úzkostných poruch. Ani odborníci věnující se studiu a léčbě bolesti nepovažují její zařazení na osu I. jako výhodné. V tomto případě se přípravný tým shodl na řešení: bolest by měla být kódována na ose III., na ose I. pouze v případě, že přítomna významná psychiatrická komorbidita.

Problémem zůstává, jak se stavět k počtu algických příznaků. Prozatímní doporučení zní: pokud jde o jeden okruh symptomů, např. bolest dolních zad nebo dráždivý tračník, patří na osu III., pokud jdou přítomna další kritéria SP, patří na osu I.

Další otázky vyvolaly obtíže řazené prozatím pod diagnózu hypochondrie. Účastníci panelu dospěli ke konsenzu, že se jedná o pejorativní termín, a že by měl být nahrazen „úzkostí vztahující se ke zdraví“ (Health Anxiety Disorder); není však shoda, zda má zůstat mezi somatoformními poruchami, nebo přiřazena pod SP, a nebo zda má být přiřazena k úzkostným poruchám.

Konverzní poruchy by mohly být přiřazeny pod poruchy dissociační, ale například pseudoneurologické příznaky tuto kategorii nesplňují, patřily by tedy spíše pod somatoformní, navíc se někteří účastníci podivovali, proč tyto poruchy mají tvořit zvláštní skupinu, odlišnou od ostatních MUS. Konverzní poruchy by měly mezi kritérii též obsahovat psychogenní aspekt, což je těžko ověřitelné kritérium. Byl vysloven též názor, že by bylo možné znovu zavést dříve zavržený termín „poruchy přizpůsobení se somatickými příznaky“.

Přestože dysmorfická porucha není nikterak často diagnostikována v primární péči, těší se značnému zájmu, o čemž svědčí překvapivě vysoký počet publikovaných studií během poslední dekády. Někteří experti vyslovili názor, že by tato diagnóza příště měla patřit pod obsedantně kompulzivní poruchy, konsenzu však nebylo dosaženo.

Podstatná a častá komorbidita somatoformních poruch s emočními a úzkostnými poruchami nebyla v agendě pracovní skupiny, nicméně nesporně tuto situaci bude třeba vzít v úvahu při diagnostice a klasifikaci somatoformních poruch. Jednomyslná shoda byla dosažena v tom, že se jednalo zatím pouze o počáteční fázi celého procesu, přičemž jak účastníci pracovní skupiny, tak externí posuzovatelé byli překvapeni množstvím divergentních pohledů.

70 citací relevantních literárních pramenů

KOMENTÁŘ:

*Lékaři si myslí, bůhví co pro lidstvo neudělali,
když pro nemoc vymysleli nové jméno.
Voltaire*

Na celém - nejspíš nemírně pracně stvořeném a pro vývoj diagnostiky funkčních poruch nesmírně důležitém - příspěvku jsou pro mne zarážející dvě na první pohled do očí bijící věci:

- a) úporná snaha po „korektnosti“ nabývající až groteskních podob;
- b) pokračující byrokratizace medicíny při naprosté absenci psychosomatického myšlení.

Už i v Evropě si zvykáme **nenazývat** věci jasnými jmény, abychom se někoho snad nedotkli; přestává nám být podivné, že černocho už není černocho, ale afroameričan, bělocho pak je američan kavkazského původu (nevím, kdy začneme brát v úvahu a jak zohledníme podíl Hunů - pardon, středoasijských bojovníků - na jeho genetické výbavě), a že Eskymáci už neexistují, neb se v zájmu korektnosti rozprášili do několika desítek etnik. Že takto chápaná korektnost vůbec nepřispívá k vytvoření integrované společnosti ukazuje náš prozatím neúspěšný experiment s romskými spoluobčany, o nichž se však nesmí veřejně mluvit, zvláště když jsou nepřizpůsobiví, takže se o nich napíše, že jsou to spoluobčané, kteří vesměs nemají bankovní účet. To jsem se vskutku dočetl! V novinách. Čekám, kdy se to objeví v odborném sdělení.

Hypochondrie tedy přestane být hypochondrií, protože to je urážlivé slovo. V tomto případě už máme nabídnutou náhradu: Health Anxiety Disorder. Jakou náhradu najdou experti všech pracovních komisí za termín „psychiatrie“?

Mám rád dílo Jaroslava Haška a při čtení textu článku připomínajícího spíše libreto k tanci mezi vejci kolem horké kaše se mi naléhavě vynořily vzpomínky na dvě povídky. První z nich se týká inzerátu v Národní politice, v němž pan Vyžrálek ohlašuje, že se od včerejška jmenuje Blatenský. V autorově vizi ho nečekají nikterak zářné zítřky: „Který to je? Jo, ten Blatenský vyžrálek!“ Ještě tragičtější je osud komtesy Julie z nádražní misie vytvořené k ochraně nevinných venkovských dívek před bahnem velkoměsta. Když velení misie posílalo své delegátky na nádraží s transparentem NESESMILNÍŠ, doporučovala cituplná komtesa nahradit tento tvrdý příkaz něčím jemnějším, například NERAČTE SMILNITI! Při své první akci se bohužel stala obětí kuplíře... Kolik kuplířů z farmaceutických firem se točí kolem tvorby DSM-V se lze jen dohadovat; nebude jich však málo.

Chápu ušlechtilý úmysl autorů návrhů destigmatizovat psychiatrické pacienty, mám však obavy, že tudy cesta opravdu nevede. Psychiatrie sama se v medicínském kontextu musí stát věrohodnou, čehož nedosáhne tím, že bude měnit nálepky, které uštěďuje svým pacientům, ale že se důsledně přihlásí k biopsychosociálnímu paradigmatu, které je věrohodnější platformou než snaha o biologizaci sociálních jevů, což je dnešní trend. Je zajímavé, že celostní přístup je výrazně dominantní v centrech pro léčbu bolesti a rozhodně to není ani algeziologii, ani jejím pacientům ke škodě. Naději mi dodává třeba také poznatek, že např. v Německu neznamenaají diagnózy somatoformních poruch zdaleka takové stigma, což je pravděpodobně důsledkem (kvalitní a pozitivně přijímané) existence mnoha psychosomatických pracovišť.

Absenci psychosomatického způsobu myšlení (tedy způsobu optimálního pro tuto kategorii poruch) lze vidět již ve svěřací kazajce manuálu DSM-IV s jeho deklarovanou ideovou neutralitou a objektivitou, v níž zůstali autoři uvedené revize sešněrování a místo dynamického přístupu (jehož šídlo z řídké pytlaviny platných kriterií i návrhu vykoukne, např. při požadavcích průkazu psychogenní etiologie somatoformních poruch) volí i nadále těžkopádný postup kladení inkluzivních a vylučujících kriterií u zjištěných symptomů. To představuje v praxi požadavek nadále pracovat s kriterii, nikoli však už s pacientem. Jako ukázka může sloužit požadavek na kriteria somatoformních poruch, na němž se závěrem neshodli sami jeho tvůrci:

- A. Tělesné symptomy, které pacienta výrazně obtěžují, ale nejsou vysvětlitelné žádnou jinou tělesnou chorobou nebo psychickou poruchou. Tělesné příznaky emočních nebo úzkostných poruch se sem nezapočítávají.
- B. Příznaky vedou k významnému pracovnímu a/nebo sociálnímu omezení.
- C. Jeden z příznaků přetrvává nejméně 6 měsíců.
- D. Jsou přítomny dvě nebo více z následujících kriterií:
 - 1) Mnohočetné tělesné příznaky. Příznaky vytvářející jeden cluster (např. dráždivý tračník, fibromyalgie) se počítají jako jeden příznak.
 - 2) Atribuční komponenta: pacient připisuje své příznaky nepoznané tělesné nemoci, přestože byl opakovaně řádně vyšetřen (s negativním nálezem).
 - 3) Afektivní komponenta: úzkost ve vztahu k vlastnímu zdraví nebo strach z vážného onemocnění (ale ne tak intenzivní či perzistentní, aby splňovala podmínky Health Anxiety Disorder - dříve hypochondrie).
 - 4) Kognitivní komponenta: např. neustálé ulpívání na tělesných symptomech, selektivní pozornost k nim zaměřená, opakované objevování a kontrolování příznaků, katastrofizace (další rozvíjení obav a představ špatných konců navzdory opakovanému ujištění).
 - 5) Behaviorální komponenta: opakované návštěvy zdravotnických zařízení, požadavky na opakované testování nebo vyhledávání mnoha odborníků pro tytéž symptomy.

A nikde ani zmínka o psychosociálním pozadí! Jako hlas volajícího na poušti tak vyznívá diskusní příspěvek uveřejněný jako editorial v letošním 8. čísle Am J Psychiatriy požadující začlenění „vztahové diagnózy do DSM-V (1). Autor píše: „Jsme utvořeni tak, že hledáme mezilidské vztahy a tyto aktivity tvoří základní součást lidské zkušenosti. Přestože tvůrci DSM-V prohlašují, že chtějí v tomto manuálu aplikovat biopsychosociální model, je v jejich návrhu jasně patrná absence jakékoli zmínky o úloze vztahových procesů při vzniku, udržování a charakteru klinického obrazu psychických poruch.. Přitom právě tvorba DSM-V nabízí možnost korigovat tento nedostatek; taková oprava je nejen žádoucí, ale přímo životně nezbytná.

Vztahové poruchy jsou definovány jako „přetrvávající a bolestně prožívané soubory pocitů, chování a percepce týkající se dvou nebo více partnerů ve významném interpersonálním vztahu.“ Význam vztahových poruch nemusí být zdůrazňován, protože bylo mnoha výzkumnými pracemi prokázáno, že tyto poruchy hrají signifikantní úlohu v rozvoji, průběhu a vyústění psychických poruch u dětí i dospělých. Léčba psychických poruch zaměřená též na rodinný systém je účinná a rodinná stejně jako párová terapie se stává žádoucím prvkem akreditačních programů. Navíc většina psychiatrických pacientů má problémy v nejbližší sociální skupině, která by je naopak měla podporovat.“

Jeho požadavky se shodují s názory představitelů našeho předního psychosomatického pracoviště, Vladislava Chvály a Ludmily Trapkové (2): „O silovém poli rodiny, které je patrně nejsilnějším generátorem emocí a má podstatný vliv na zdraví a nemoc, není pochyb. Je známo, že i těžké společenské události, jako jsou válečné konflikty, bývají dětmi dobře snášeny, pokud cítí nejbližší rodinu jako zdroj bezpečí. A naopak víme, jak zhoubný vliv má etnický konflikt na ty děti, jejichž rodiče jsou příslušníky zneprátených etnik a prožívají konflikt loajality.“ Pregnantně tuto myšlenku vyjádřil již Edmund Husserl, když řekl: „V běžném životě není zdaleka tak významná příčinnost kauzální, jako příčinnost vztahů.“

Obávám se, že ještě mnoho vody uplyne, než požadavky vyplývající z těchto poznatků dojdou naplnění. Rovněž nevidím nadějně interdisciplinární spolupráci somatických odborníků a psychiatrů a psychologů. Při vcelku solidním vhledu na postupy obou potenciálních tvůrců budoucího DSM-V si nedělám již vůbec žádné naděje; stačí nahlédnout do Římských kritérií (3) a jejich filozofie a je jasné, že zde k dohodě nemůže nikdy dojít.

- 1) Denton WH: Issues for DSM-V: Relational diagnosis: An essential component of biopsychosocial assessment. Am J Psychiatry, 2007;164(8):1146-1147
- 2) Chvála V, Trapková L: Emoce v medicíně. Vesmír, 2007;86(8):526-527
- 3) Drossman DA (sen.ed.): The functional gastrointestinal disorders.- Rome 2., Allen Press Inc., Lawrence, KS, 2000

AKCE, KURZY, SEMINÁŘE

KURZ IPVZ: ÚVOD DO PSYCHOSOMATIKY

Praha 4, Budějovická 15, hotel ILF, ORG, Doc.J.Beran

Pátek 30.11.2007

- 9.00-10.45 MUDr. Petra Uhlíková: Poruchy příjmu potravy u adolescentů, rizikové faktory, prevence a léčba na DS pro děti a adolescenty PK UK a VFN
- 11.15-13.00 MUDr. Hana Papežová, CSc: Komplexní přístup k příčinám a léčbě poruch příjmu potravy.
- 14 – 15.30 balintovská skupina

Sobota 1.12.2007

- 8.00 -9.45 MUDr. Dagmar. Ratajová: Léčba poruch příjmu potravy na DS pro poruchy příjmu potravy.
- Mgr. Tereza Štěpánková: Psychologické a psychoterapeutické postupy léčby PPP na DS, (kasuistiky).
- 13– 14.30 balintovská skupina

DEN RODINNÝCH TERAPEUTŮ 20.11.2007

Pořádá výbor sekce rodinné terapie

České psychoterapeutické společnosti při ČLS J.E.P a SOFT

„PSYCHOSOMATIKA RODINY“

Lékařský dům – Praha, dne 20. listopadu 2007, 9.00 hodin .

(6,5 HODIN TEORIE)

Dopolední program

- Chladová H.: Tři v jednom (nemocný, rodina, tým)
- Honzák R.: Nemocný a jeho rodina
- Zemanová M.: Osobní zkušenost při terapii rodin s vážně nemocným dítětem
- Vítová J.: Posun rolí v rodině při nádorovém onemocnění dítěte
- Blichová M.: Růžové prasátko Pepa –člen terapeutického týmu
- Smolíková L.: Respirační fyzioterapie u dítěte s chronickým onemocněním a rodina

Odpolední program

- Klimeš J.: Sebepojetí tělesně postižených a jeho dopad na partnerskou volbu
- Jílková A.: Naslouchej nejen slovům, ale i řeči těla
- Stibůrek M.: Zkušenosti z rodin s duševně nemocným
- Rohlíková P.: Transplantace plic a dění v rodině

Odborný garant : PhDr. Helena Chladová

Den rodinných terapeutů je zařazen do celoživotního vzdělávání klinických psychologů a zdravotních sester .

Za výbor sekce rodinné terapie srdečně zve

MUDr. Lea Brodová

předsedkyně sekce RT ČPS při ČLS J.E.P.

PSYCHOLOGICKÁ PÉČE O PACIENTY S DIABETEM 1. SPOLEČNÝ WORKSHOP DIABETOLOGŮ, PSYCHIATRŮ A PSYCHOLOGŮ 16.-17.11. 2007

Vážené kolegyně a kolegové,

dovoluji si Vás pozvat na první mezioborové setkání diabetologů, psychiatrů a psychologů, jehož cílem bude připravení společného programu na zlepšení PSYCHOLOGICKÉ PÉČE O PACIENTY S DIABETEM.

Diabetes mellitus je chronické, nevyléčitelné onemocnění, které klade velké nároky na psychiku nemocného. Nutnost celoživotního dodržování diabetického režimu, strach z očekávaných komplikací a mnoho dalších negativních faktorů, kladou velké nároky na psychiku nemocných. Zpětně pak špatná psychika přímo zhoršuje kompenzaci diabetu a celý kruh se uzavírá.

Do konce října 2007 oznámí moderátoři hlavní body svých workshopů. Body budou umístěny na webových stránkách České diabetologické společnosti (www.diab.cz). Prosím všechny účastníky setkání, aby se s nimi seznámili, aby pak naše diskuse byla co nejpřírodnější.

Na setkání se těší

MUDr. Silvie Lacigová, PhD.

Diabetologické centrum Plzeň

Psychologická péče pro pacienty s diabetem

1. společný workshop diabetologů, psychiatrů a psychologů

Termín 16.-17.11. 2007

Program

Pátek 16.11.2007

Psych @ Som 5/2007

13:00 - 15:00	Registrace účastníků	
15:00 – 15:15	MUDr. Silvie Lacigová, PhD:	Zahájení setkání
15:15 – 15:45	prof. MUDr. Jindřiška Perušičová, DrSc	Diabetolog „psychologem“ nebo psycholog „diabetologem“?
15:45 – 16:15	MUDr. Jaroslav Vaněk	Pohled psychiatra na nemocné s chronickým nevyléčitelným onemocněním, diabetem
16:15 – 16:45	Káva + občerstvení	
16:45 – 17:15	PhDr. Tamara Hrachovinová, CSc.	Pohled psychologa na nemocné s diabetem
17:15- 17:45	MUDr. Silvie Lacigová, PhD	Pohled diabetologa na nemocné s diabetem
17:45- 18:15	PhDr. Eduard Hilšer	Paralelní subjektivní a objektivní pohled na diabetes
18:15 – 18:45	Společná diskuse, informace o průběhů nedělních workshopů	
18:45- 19:30	Večeře	
20:00	Společné neformální posezení s osvěžením těla i duše	

Sobota 17.11.2007

08:00 – 09:00	Snídaně	
09:00 – 09:50	1. Workshop	Lze poznat hranici, kdy už je nezbytná odborná psychologická nebo psychiatrická péče?
10:00 - 10:50	2. Workshop:	Úhrada poskytnuté psychiatrické a psychologické péče.
10:50 – 11:15	Káva + občerstvení	
11:15 – 12:50	3. Workshop:	Jak nastavit spolupráci mezi diabetologem, psychologem a psychiatrem. Možnosti zpětné vazby? Komunikace v rámci Pevného bodu.
13:00 – 13:50	4. Workshop:	Měření efektivity psychologické péče a jejího pozitivního vlivu na zdravotní stav pacienta s diabetem.
14:00	Zakončení setkání a společný oběd	

Moderátoři workshopů:

- PhDr. T. Hrachovinová, CSc., MUDr. E. Kitzlerová, PhD.
- MUDr. Ondřej Masner, PhDr. Eva Jirásková
- MUDr. Alena Vosečková, CSc., PhDr. Jana Severová, PhD., MUDr. Zdeněk Janovec
- MUDr. S. Lacigová, PhD., Mgr. Eva Olšáková

Hotel Populus, Praha

U staré cihelny 2182/11, Praha 3-Žižkov

Přihlásit se u agentury: Avance Trade s.r.o.

Kyjovská 1983/1

142 00 Praha

Tel: 420 241 721 064

Fax: 420 241 721 029

www.avancetrade.cz

Kontaktní osoba Ivana Hudecová

602 382 094

ivana.hudecova@avancetrade.cz

ZÁKLADY KOMPLEXNÍHO PŘÍSTUPU VE FYZIOTERAPII II. ČÁST

Přednášející: Mgr. J. Týkalová, MUDr. J. Hnízdil, MUDr. J. Šavlík, CSc.,
MUDr. Z. Kalvach, CSc.

Termín: **sobota, 27.10. 2007**

Místo konání: Centrum komplexní péče s.r.o. Dobřichovice, Na Vyhlídce 582

Cena: **700,-Kč** (nejpozději do 21.10.2007)

Platba:

1. převodem na bankovní účet: 800065005/2700, var.sym.: 271007, poznámka: uveďte jméno účastníka semináře
2. hotovostí na recepci Centra komplexní péče v Dobřichovicích (také nejpozději do 21.10.2007)

Objednání: tel. 257713076, 723603677, 723603600, (recepce centra)

Anotace semináře:

Seminář je koncipován jako teoreticko-praktický celek. Seznamující posluchače se základy komplexního (psychosomatického) přístupu, jenž je nejstarším, ale současně nejmodernějším způsobem medicínského myšlení. Samotný název psychosomatika pochází ze starořeckých slov psyché (duše) a soma (tělo), jejichž spojením zdůrazňuje nezbytnost celostního, komplexního nazírání na člověka ve zdraví a nemoci.. Zabývá se vztahy mezi tělesnými a duševními ději, které nechápe jako dvě oddělené oblasti, nýbrž jako propojené a navzájem se neustále ovlivňující systémy.

Komplexní přístup doplňuje a dále rozvíjí principy vědecké biologické medicíny a je základním předpokladem určení správné diagnózy i realizace účinné léčby.

Cíle semináře:

- porozumět základním principům komplexního přístupu, seznámit se s jeho historickými kořeny i současnou situací

- osvojit si celostní, komplexní způsob nazírání na člověka ve zdraví a nemoci a osvojit si psychoterapeutický způsob komunikace mezi členy zdravotnického týmu a pacientem
- porozumět základním diagnostickým i terapeutickým principům komplexního přístupu
- porozumět významu a osvojit si principy kvalitního vztahu mezi zdravotníkem a pacientem
- seznámit se se základními aplikacemi komplexního přístupu ve fyzioterapii

Časový harmonogram semináře:

- 8.00 - 8.15 Zahájení, organizačně technické informace.
- 8.15 - 9.00 Krize současné medicíny a možnosti řešení. Psychosomatika jako medicína příběhů. (J. Hnízdil)
- 9.15 -10.00 Bolest, stres a emoce - smysl, význam a interpretace. Příběh pacienta. (J. Hnízdil)
- 10.15 -11.00 Psychosomatika jako medicína postmoderní doby. (J. Šavlík)
- 11.15 - 12.00 Individuální a rodinný přístup v psychosomatice. (J.Šavlík)
- 12.00 - 13.00 Polední přestávka, oběd.
- 13.15 - 14.00 Psychoterapie ve fyzioterapii- problematika alexithymie. Příběh pacienta. (J. Týkalová)
- 14.15 - 15.00 Psychosomatika v geriatrici. (Z. Kalvach)
- 15.15 - 16.00 Gerontologie jako nový pohled na medicínu stárnutí. (Z.Kalvach)
- 16.00 – 17.00 Metoda Ludmily Mojžíšové jako intuitivní model komplexního přístupu. Autentický videozáznam práce L. Mojžíšové. (J. Hnízdil) Komentář. Diskuse.

Přednášející:

Mgr. Jana Týkalová, MUDr. Jan Hnízdil, oba Centrum komplexní péče, Na Vyhliďce 582, tel. 257713076, ckpdobrichovice@seznam.cz, MUDr. J. Šavlík, CSc., jiri.savlik@seznam.cz, MUDr. Z. Kalvach, CSc., z.kalvach@seznam.cz

Určeno pro:

Fyzioterapeuty, lékaře a zájemce o komplexní medicínu. Na seminář podáváme žádost o přidělení kreditů na UNIFY ČR.

Těšíme se na setkání s Vámi Mgr. Jana Týkalová
koordinátor semináře

POZVÁNÍ NA ŠEST VEČERŮ BIOENERGETICKÝCH CVIČENÍ

14. 11. – 19. 12. 2007 (středy), vždy 18.30 - 20 h



- ▶ V kurzu se můžete prakticky seznámit se základními bioenergetickými cvičeními, které pomáhají uvolňovat energetické bloky v těle a aktivují tak skryté rezervoáry tělesné životní energie;
 - prohlubují vědomé prožívání těla a ukotvení v realitě
 - harmonizují přirozeně tělo, mysl a emoční prožívání
 - pomáhají dostat se do kontaktu s vlastními vnitřními zdrojiCvičení vycházejí zejména z psychoterapeutické práce s tělem dle A.Lowena. Vedle bioenergetiky čerpají také z biosyntézy, Kum Nye, hakomi terapie a dalších přístupů zaměřených na tělo v psychoterapii.
- ▶ Kurz je určený pro psychoterapeuty, socioterapeuty, pedagogy a další pracovníky ve zdravotnické, psychosociální a rehabilitační oblasti, kteří pracují s mladistvými a dospělými klienty s psychickými potížemi (např. deprese, neurózy či závislosti). Zvláště vhodná jsou tato cvičení pro klienty s psychosomatickými obtížemi a s problematickým kontaktem jak s vlastním prožíváním, tak s okolím.
- ▶ Lektorky kurzu:
Mgr. Jana Vránová - *absolvovala psychologii (FFUK) a speciální pedagogiku (PedFUK). V současnosti pracuje s lidmi s duševním onemocněním ve Fokuz Praha jako muzikoterapeutka a psychoterapeutka a v o.s.Greendoors. Absolvuje v současné době výcvik v Integrované psychoterapii zaměřené na tělo. Zajímá se aktivně o hudbu a tanec.*

Mgr. Michaela Čápková - *absolvovala psychologii (FF UK), pracovala s psychotickými klienty, nyní pracuje jako psycholožka a psychoterapeutka v terapeutické komunitě pro lidi s poruchou osonosti. Absolvovala skupinový výcvik v Elementární psychoterapii, nyní absolvuje výcvik Integrovaná psychoterapie zaměřená na tělo. Dlouhodobě se věnuje terapeutickým a rozvojovým metodám zaměřeným na tělo - Tanec v 5 rytmech, Spontánní tanec, Základní výcvik v práci s tělem v psychoterapii (biosyntéza, Kum Nye, Či-Kung).*

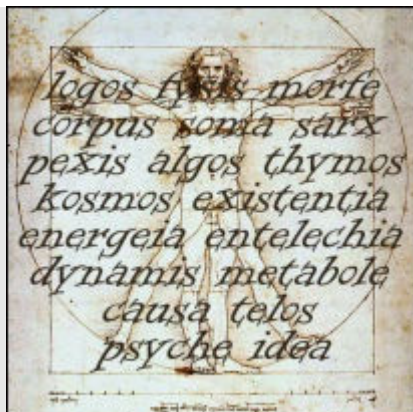
- ▶ Cena kurzu: 1785,- Kč

Na setkání s Vámi se těší
Jana Vránová a Michaela Čápková

- ▶ Přihlášky a podrobné informace vám rádi poskytneme na adrese:
Atelier Extraart, Fokuz Praha, o.s., Meziškolská 2, Praha 6 – Břevnov
Tel.: 220 516 497, 777 800 395
E-mail: arte@fokus-praha.cz

12.KONFERENCE PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY S MEZINÁRODNÍ ÚČASTÍ V LIBERCÍ 24.-26.4.2008

PSYCHOSOMATICKÁ PRAXE



AKTIVNÍ ÚČAST – ABSTRAKTA

Abstrakta budou přijímána elektronicky vědeckým sekretariátem akce:

Chvála Vladislav: E-mail: chvala@sktlib.cz

Rozsah abstrakta je max.30 řádek, formát doc nebo rtf

Témata příspěvků:

1. Psychosomatická praxe v rámci našeho oboru, zkušenosti
2. Psychoterapie a psychosomatika
3. Techniky užívané v psychosomatické praxi
4. Týmová spolupráce v psychosomatické praxi
5. Kasuistiky
6. Výzkum v psychosomatice, předběžná sdělení výzkumných projektů
7. Ukázky technik používaných v terapii, dílny
8. Filosofické, etické a ekonomické aspekty psychosomatické praxe

Příspěvky mohou být prezentovány ve formě přednášky, posteru, workshopu nebo semináře. Přednášky budou prezentovány v plenárním (15, 30 nebo 45 min), nebo v subplenárním jednání (15 nebo 30 min), semináře či dílny budou paralelně po 90 minutách. Preferovanou formu prezentace prosím zatrhněte na Formuláři na příjem abstrakt, který je k dispozici na webových stránkách akce nebo k vyžádání u technického sekretariátu akce.

Termín pro zaslání abstrakt / uzávěrka: 31.12. 2007

Všechny informace na www.lirtaps.cz

NABÍDKY

Dobrý den, dovoluujeme si Vám představit

TERAPEUTICKOU KOMUNITU KALEIDOSKOP

*určenou pro **mladé lidi s poruchou osobnosti**. Podrobnější informace o uspořádání terapeutického a rehabilitačního programu najdete v příloze. K TK patří také **ambulance**, jejíž služby jsou určeny především dvěma cílovým skupinám - zájemcům o komunitu a lidem, jejichž blízký trpí poruchou osobnosti, především rodičům. Na podzim se bude otevírat i svépomocná **rodičovská skupina**. Ambulance je k dispozici pro zodpovězení jakýchkoliv otázek, jak ze strany klientů, tak odborné veřejnosti.*

Pokud byste měli zájem o bližší informace, neváhejte nás kontaktovat, je možné domluvit se na zaslání podrobnějších informací o TK Kaleidoskop nebo na návštěvě pracovníků ambulance ve Vaší organizaci.

Ambulance Kaleidoskop

Hostivítova 5, Praha 2

www.kaleidoskop-os.cz

tel: 224 911 226

mob: 774 437 977

email: ambulance@kaleidoskop-os.cz

Chcete-li tisknout toto číslo z wordu ve formátu 2 str. na A4, použijte tento vzorec stránkování: 217, 178,179, 216/ 215, 180,181,**214**/ **213,182,183**,212/ 211,184,185,210/ 209,186,**187**,208/ 207,188,189,206/ 205,190,**191**,204/ 203,192,193,202/ 201,194,195,200/ 199,196,**197**,198

TUTO TISKOVINU NESPONSORUJE ŽÁDNÁ
FARMACEUTICKÁ FIRMA

Psych@Som
Bulletin zájemců o
psychosomatickou
problematiku
v medicíně

Tiskne Lirtaps Liberec
Jáchymovská 385
Liberec 10, 46010