

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

POVĚDOMÍ A POSTOJE
PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ
K PSYCHOTERAPII



Bakalářská diplomová práce

Autor: **Jan Vlach**

Vedoucí práce: **Mgr. Jana Horáková**

Olomouc

2023

Děkuji Evě Ullrichové za pomoc, podporu a pochopení.

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma „Povědomí a postoje praktických lékařů k psychoterapii“ vypracoval samostatně pod odborným dohledem vedoucí diplomové práce a uvedl jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Praze dne 31. 8. 2023

Podpis

OBSAH

Číslo	Kapitola	Strana
	OBSAH	3
	ÚVOD	5
	TEORETICKÁ ČÁST	6
1	Psychoterapie	7
1.1	Výzkumy psychoterapie	8
1.1.1	Účinnost psychoterapie	9
1.1.2	Srovnání různých psychoterapeutických směrů	9
1.1.3	Faktory, přispívající k úspěšné psychoterapii	11
1.2	Možnosti využití psychoterapie v léčbě	11
1.2.1	Výhody využití psychoterapie.....	11
1.2.2	Využití psychoterapie při léčbě psychiatricky nemocných.....	13
1.2.3	Využití psychoterapie při léčbě somatických obtíží a příznaků.....	13
2	Povědomí lékařů o psychoterapii	16
2.1	Bio-psycho-sociální přístup.....	16
2.2	Současný stav	19
2.2.1	Komplexní přístup ve výuce medicíny.....	20
2.2.2	Bio-psycho-sociální model v současné praxi	22
	VÝZKUMNÁ ČÁST	24
3	Výzkumný problém	25
4	Typ výzkumu a použité metody	26
4.1	Metody získávání respondentů a kritéria účasti	26
4.2	Metody tvorby dat	27
4.2.1	Reflexe vlastního postoje	28
4.3	Metody zpracování a analýzy dat	30
4.4	Etické aspekty výzkumu	31
5	Výsledky	32
5.1	Komplexní přístup v pojetí praktických lékařů	32
5.2	Informace o psychoterapii a odkud je praktičtí lékaři čerpají	34
5.3	Využití psychoterapie v léčbě	35
5.4	Jaká jsou podle praktických lékařů omezení ve využití psychoterapie?	36
6	Diskuze	38
6.1	Výsledky výzkumu v kontextu aktuálního poznání	38
6.2	Přínosy a limity výzkumu.....	40

7	Závěr.....	42
8	Souhrn	43
	LITERATURA.....	45
	PŘÍLOHY.....	50

ÚVOD

Předmětem této práce je výzkum postojů praktických lékařů k psychoterapii. Budu se zde zabývat tím, co lékaři o psychoterapii vědí, jak moc jsou jejich informace přesné a zda psychoterapii využívají v léčbě. Z výzkumů víme, že psychoterapie může pomáhat zvýšit kvalitu života a snížit míru pocíťovaných příznaků, a to jak u tělesných nemocí (Wetherell et al., 2011), tak u psychosomatických (například Abbass et al., 2009) a psychických potíží.

V budoucnu bych se rád věnoval psychoterapii a důvodem pro volbu právě tohoto tématu tak byla snaha zjistit, jaké ve zdravotnictví panuje obecné povědomí o psychoterapii, zda v prostředí zdravotnických zařízení existují vůči psychoterapii předsudky, zda jsou zdravotníci o možnostech a omezeních psychoterapie dostatečně informovaní a jaké místo psychoterapii přisuzují v rámci léčby. Toto vše může přímo ovlivnit kvalitu péče, které se pacientovi dostane. V posledních několika desetiletích došlo v medicíně k posunu k holistickému přístupu a tím se rovněž zvýšila pozornost věnovaná psychosociálním faktorům vzniku nemocí; vznikají specializovaná pracoviště a katedry psychosomatické medicíny. Přesto neexistuje literatura, která by postihla, zda a jakým způsobem se tyto změny v přístupu a vzdělávání promítají do praxe a zda rovněž znamenají lepší představu o možnostech a omezeních psychoterapie. Cílem této práce je tedy částečně zmapovat aktuální stav ve zdravotnictví.

TEORETICKÁ ČÁST

1 PSYCHOTERAPIE

Naším prvním problémem je použitelná definice psychoterapie. Obecná definice říká, že psychoterapie je léčebné působení psychologickými prostředky (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015). Těmito prostředky mohou být například přístup pečujících profesí, rozhovor nebo způsob kontaktu (Orel et al., 2016), tyto (a další psychologické prostředky) však nejsou výhradní doménou psychoterapie. Jinými slovy je tedy možné říci, že psychoterapie je sice léčebné působení psychologickými prostředky, ale ne každé působení psychologickými prostředky je psychoterapie.

Užší definice říká, že psychoterapie je „záměrné a cílevědomé působení psychoterapeuta na pacienta“ (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015). To sice na první pohled působí jako definice kruhem (psychoterapie je činnost, kterou provádí psychoterapeut), v kombinaci s obecnější definicí se však dozvídáme, že psychoterapie je takové působení psychologickými prostředky, které provádí psychoterapeut, tedy člověk, který absolvoval psychoterapeutický výcvik. Zároveň se toto působení neděje náhodou a spontánně (například při běžném rozhovoru na chodbě), psychoterapeut musí vědět, proč působí tak, jak působí, a čeho svým jednáním chce dosáhnout. V tomto bodě se většina definic shoduje, často však kladou důraz i na další aspekty. Psychoterapie je tak například vnímána nejen jako léčba, ale i prevence a rehabilitace nebo (čímž částečně opouštíme kontext léčby) nástroj lepšího porozumění sám sobě i lidské existenci vůbec (Vymětal, 2010). Dozvídáme se, že léčba nemusí směřovat pouze do oblasti psychické, ale také do oblasti somatických procesů a orgánových funkcí (Vymětal, 2010). Orel (2016, s. 291) tvrdí, že „primárním cílem je působit na zmírnění či odstranění nějaké patologie“, a záleží tedy na tom, zda patologii definujeme relativně úzce ve smyslu diagnostikovatelné poruchy, nebo široce jako cokoliv, co brání rozvinutí plného potenciálu klienta. V prvním případě se psychoterapie omezuje na oblast zdravotnictví a psychických poruch, v druhém lze mluvit o psychoterapii i mimo tento kontext. Podle některých autorů lze pojem psychoterapie aplikovat pouze na použití v rámci zdravotnictví (tedy primárně prevence, rehabilitace a léčba psychických onemocnění), zatímco použití mimo tento kontext je nutné označovat jako poradenství, přičemž hlavním rozlišovacím rysem se zdá být psychické zdraví jedince (přítomnost patologie) a účel, za jakým psychoterapii vyhledá (Procházková et al., 2014). Definice tak samozřejmě často odráží profesní zaměření toho, kdo ji podává. Osobně se

domnívám, že psychoterapie se neomezuje jen na oblast zdravotnictví a léčby patologických stavů, ale lze o ní mluvit i tam, kde není přítomná patologie a kde je cílem růst a rozvoj osobnosti klienta. V této práci však půjde o využití psychoterapie ve zdravotnictví, a to ke zmírnění nebo odstranění psychických i tělesných obtíží. Většina autorů se shodne v tom, že zde je označení psychoterapie namístě, a rozlišení mezi psychoterapií a poradenstvím tedy nemá na tuto práci vliv.

Z hlediska stylu psychoterapie můžeme mluvit o terapii direktivní, kdy psychoterapeut přímo usměřňuje chování, postoje a myšlení klienta, a nedirektivní, při němž se terapeut vyhýbá udílení rad nebo doporučení a zaujímá neutrální postoj (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015). Forma psychoterapie je její základní uspořádání – psychoterapie může být realizována individuálně, v páru i ve větší skupině, v průběhu hospitalizace, denního stacionáře, nebo ambulantně. Konkrétní způsoby léčebného působení jsou pak prostředky psychoterapie – může se jednat o rozhovor, metodu volných asociací, techniky pracující s relaxací nebo imaginací, nebo třeba o práci s hlinou či výtvarným projevem (Orel et al., 2016; Vymětal, 2010). Zatímco konkrétní směr je podle mě vždy vyhraněný co do stylu, v otázkách formy a prostředků může i v rámci jednoho směru panovat značná variabilita.

1.1 Výzkumy psychoterapie

Výzkumy věnované psychoterapii se dlouhodobě soustřeďují na účinnost psychoterapie, porovnání jednotlivých psychoterapeutických směrů a faktory, které přispívají k úspěšné psychoterapii – faktory na straně klienta, psychoterapeuta, vztahové faktory a konkrétní techniky a psychoterapeutické praktiky.

Výzkum psychoterapie má ovšem svá úskalí. Zlatým standardem jsou znáhodňované klinické zkoušky, které ovšem často upřednostňují interní validitu před externí. V rámci výzkumu se tak většinou pečlivě vybírají pacienti, kteří trpí pouze jedním konkrétním typem problému, terapie se v zájmu standardizace často vede podle manuálu, do hry vstupuje i efekt spřízněnosti výzkumníka se zkoumanou metodou. V praxi je přitom komorbidita pacientů spíše pravidlem a psychoterapeutická intervence je velmi komplexní (Mulder et al., 2017). Podle již okřídleného výroku Jaroslava Skály je „psychoterapie delikátní směs vědy a umění“ (citováno podle Vymětal, 2010, s. 13), a její žitá praxe tak často neodpovídá podmínkám výzkumu. I přes tyto výhrady ovšem znáhodňované klinické zkoušky dominují výzkumu díky své kvalitě a vysoké vnitřní validitě (Vybíral & Roubal, 2010). Používají

se ale i výzkumné designy zaměřené na hodnocení spokojenosti (ať už kvantitativní, nebo kvalitativní) nebo srovnání stavu před terapií a po ní nebo kazuistiky (Vybíral & Roubal, 2010).

1.1.1 Účinnost psychoterapie

Výzkumy psychoterapie dlouhodobě dokazují, že psychoterapie snižuje míru psychologického distresu (tento termín volím záměrně, protože v sobě zahrnuje jak psychopatologii, tak míru duševní (ne)pohody), a to jak v porovnání s kontrolní skupinou, která léčbu nepodstupuje, tak ve srovnání s placebo léčbou – tou obvykle bývá nějaká forma podpůrného vztahu založeného na naslouchání, o níž se klient domnívá, že je efektivní (Cooper, 2008). Tyto výsledky jsou statisticky signifikantní, jinými slovy je velmi nepravděpodobné, že jsou dílem náhody. Založené jsou na desetiletích výzkumu psychoterapie včetně stovek metaanalýz, a lze je proto považovat za dostatečně ověřené (Cooper, 2008; Vybíral & Roubal, 2010). Z výzkumů rovněž víme nejen to, že psychoterapie vede ke zlepšení stavu pacienta, ale že velikost účinku (odstranění negativních příznaků, pokrok, jehož klienti dosáhnou v rovině osobního růstu) je relativně vysoká (podle některých studií až 75 % účastníků má z psychoterapie alespoň částečný užitek, viz Vybíral & Roubal (2010), v čase mírně klesá (studie většinou provádějí další měření šest měsíců po ukončení výzkumu, zřídka déle než po osmnácti měsících, viz Cooper; 2008) a svou efektivitou je srovnatelná s léčbou psychofarmaky, nebo je (podle některých studií) dokonce účinnější (Cooper, 2008) – k tomu víc v samostatné kapitole. Zároveň je nutné říci, že u zhruba 5–10 % účastníků dojde během terapie ke zhoršení stavu (Cooper, 2008) a část (15–25 %) nezažije zlepšení (Vybíral & Roubal, 2010).

1.1.2 Srovnání různých psychoterapeutických směrů

Velká část výzkumů psychoterapie se soustřeďuje na rozdíly v účinnosti a použití různých psychoterapeutických směrů a do značné míry souvisí se snahou určit míru vlivu společných (tedy takových, které jsou společné většině psychoterapeutických přístupů) a speciálních faktorů na účinnost psychoterapie (Mulder et al., 2017).

V tomto ohledu existuje ohromné množství studií podporujících použití kognitivně-behaviorální terapie (KBT) u celé řady potíží od úzkosti přes poruchy příjmu potravy až po schizofrenii a tělesné obtíže (Cooper, 2008). K tomuto výsledku do značné míry přispívá relativní jednoduchost, s jakou lze KBT operacionalizovat pro potřeby výzkumu,

i provázanost s univerzitním prostředím na Západě, kde byla dlouhou dobu KBT dominantním terapeutickým přístupem. Většina metaanalýz se ovšem shoduje na tom, že při porovnávání takzvaně *bona fide* terapií¹ se různé směry liší co do účinnosti jen velmi málo (Cooper, 2008; Duncan, 2014; Vybíral & Roubal, 2010). Jedním z možných (a podle mě pravděpodobných) vysvětlení tohoto jevu je fakt, že většina psychoterapeutických přístupů dnes sdílí celou řadu faktorů. Většina směrů totiž klade důraz na kvalitu psychoterapeutického vztahu, vytvoření přijímajícího prostředí a bezpečí nebo terapeutovu empatii. Dalším společným faktorem je klientovo očekávání zlepšení, kredit psychoterapie a psychoterapeuta (placebo efekt) (Vybíral & Roubal, 2010). Lambert (1992 in Vybíral & Roubal, 2010; Cooper, 2008) *odhaduje*, že na úspěchu terapie se ze 40 % podílí faktory na straně klienta (osobnost, motivace) a události v životě klienta, které nesouvisí s terapií (životní změny, okolnosti, sociální opora, náhody). Ze 30 % se na výsledku podílejí společné faktory popsané výše, 15 % připadá na očekávání klienta a vliv placebo efektu a pouze 15 % výsledku lze přičíst speciálním faktorům, jako jsou konkrétní techniky a přístupy typické pro terapeutický směr. Lambertův odhad je nutné brát s rezervou, nabízí ale vysvětlení pro malý rozdíl v účinnosti různých směrů.

V současnosti se většina výzkumníků shodne na tom, že společné i speciální faktory hrají v úspěšné psychoterapii svou roli (Mulder et al., 2017). Zároveň ale existují studie dokazující větší účinnost konkrétních směrů při konkrétních potížích. Tato vyšší účinnost může být důsledkem právě těch zhruba 15 % specifických faktorů. Zároveň je ale nutné dodat, že ke klientovi je vždy nutné přistupovat individuálně (Vybíral & Roubal, 2010), a nelze se proto automaticky domnívat, že směr, který u klientů s podobnými problémy bývá účinnější, bude účinnější i u tohoto konkrétního klienta. Zatímco tedy některé terapeutické směry dosahují průměrně lepších výsledků u klientů s konkrétními obtížemi (například KBT u klientů s fobiemi), neznamená to automaticky, že je u každého klienta s tímto problémem vhodné použít stejný terapeutický směr (Vybíral & Roubal, 2010).

Na závěr je nutné dodat, že podle některých studií mohou klienti dosahovat lepších výsledků v terapeutických modalitách, které stavějí na jejich silných stránkách, spíše než v těch, které se snaží kompenzovat jejich slabé stránky (Cooper, 2008).

¹ Pokud je výzkumník v terapeutickém směru náležitě vycvičen a věří mu, pak lze mluvit o *bona fide* terapii.

1.1.3 Faktory, přispívající k úspěšné psychoterapii

Protože se tato práce zaměřuje na psychoterapii obecně, napříč různými směry, a také vzhledem k výše zmíněným odhadům o podílu jednotlivých složek psychoterapie na konečném výsledku považují za přínosné se primárně zaměřit na obecné (nespecifické) faktory, tedy takové faktory, které jsou do určité míry přítomné u všech psychoterapeutických směrů (Vymětal, 2010).

Hlavními nespecifickými faktory jsou ty na straně pacienta. Zdá se, že v terapii se lépe daří pacientům, kteří jsou motivovaní a připravení na sobě pracovat a kteří mají pozitivní a realistická očekávání možného výsledku psychoterapie – to souvisí s placebo efektem psychoterapie a s dobrou pověstí psychoterapie (Vybíral & Roubal, 2010). Větší užitek z psychoterapie mívají pacienti, kterým se lépe daří – jsou buď schopni lépe psychicky fungovat, nebo zažívají menší množství méně závažných problémů (Cooper, 2008).

Mezi nejdůležitější společné faktory patří kvalita psychoterapeutického vztahu a shoda na cílech psychoterapie (problém tedy nastává tam, kde pacient chce mířit konkrétním směrem a psychoterapeut jiným). S tím úzce souvisí psychoterapeutova schopnost empatie, přijetí klienta, jaký je, a autenticita, tedy vlastnosti, které jsou typické pro rogersovské pojetí psychoterapie (Vymětal, 2010). Zdá se, že tyto faktory stojí za úspěšností laické psychoterapeutické pomoci, která je často používána jako kontrolní skupina u mnoha výzkumů psychoterapeutických intervencí. Důležitost nespecifických faktorů dnes uznává i většina zastánců specifických faktorů (Mulder et al., 2017).

1.2 Možnosti využití psychoterapie v léčbě

Psychoterapie má své místo v léčbě psychiatricky nemocných, ale i pacientů se somatickým onemocněním s výraznou psychosociální složkou i jako podpůrná terapie u somatických onemocnění, při léčbě bolesti nebo onkologicky nemocných pacientů (Vymětal, 2010).

1.2.1 Výhody využití psychoterapie

Psychoterapie s sebou nese řadu výhod v porovnání s farmakoterapií. Zatímco u psychofarmak nastupuje účinek rychleji, psychoterapie se postupem času dostává na stejnou úroveň účinku, někdy je dokonce účinnější, navíc účinek psychoterapie přetrvává

déle po ukončení léčby (Cooper, 2008). Léčba psychofarmaky se většinou soustředí na úlevu od potíží, ale necílí na jejich příčinu, zatímco psychoterapie umožňuje porozumění sobě a okolnostem vzniku potíží a nabízí tak příležitost pro hlubší a trvalejší změnu (Vymětal, 2010). Podle některých studií ovšem existují druhy problémů, u kterých farmakoterapie dosahuje lepších výsledků. Sem patří například endogenní deprese, u níž se předpokládá vliv biologických faktorů na její vznik. V porovnání například s antidepresivy má psychoterapie mnohem méně vedlejších účinků. Je ovšem třeba říct, že i psychoterapie může vést ke zhoršení stavu. V horším případě to může být způsobeno neodborným zacházením ze strany psychoterapeuta, a jedná se tedy o negativní účinek psychoterapie. V lepším případě je zhoršení dočasné a je průvodním jevem změny, například pokud si klient začne uvědomovat vlastní nefunkční vzorce chování, interpersonální vztahy atp. V takovém případě může být dočasné zvýšení diskomfortu katalyzátorem hlubší změny.

Není zcela jasné, jak si psychoterapie stojí v porovnání s novými léky. Zdá se, že tam, kde dojde ke kombinaci psychoterapie a farmakoterapie, bývá výsledek lepší, než při použití pouze jednoho druhu léčby (Hay et al., 2001; Ijaz et al., 2018), ovšem existují i studie, které tvrdí, že kombinace psychoterapie a farmakoterapie nevede ke zvýšení účinku, viz například Cox et al. (2014); podobně o absenci důkazů pro synergické působení farmakoterapie a psychoterapie mluví i Vymětal (2010). K těmto závěrům je tedy třeba přistupovat s jistou mírou obezřetnosti. Rozhodně je ale vhodné dodat, že psychoterapie a farmakoterapie svou účinnost navzájem nesnižují (Cooper, 2008) a současná praxe je taková, že se běžně používají dohromady nebo v návaznosti na sebe, podle druhu a závažnosti potíží – čím závažnější jsou potíže, tím větší prostor má farmakoterapeutická léčba a naopak (Orel et al., 2016; Vymětal, 2010).

Psychoterapie má v porovnání s obvyklou péčí rovněž ekonomické výhody. Psychoterapie může podstatnou měrou snížit výdaje spojené s využitím zdravotnických služeb. Úspora je nejvýraznější u pobytu na lůžkovém oddělení: psychoterapie přispívá ke zkrácení doby pobytu, a tedy snížení výdajů. Vzhledem k tomu, že cena jednoho dne pobytu v nemocnici je několikanásobně vyšší než cena hodiny psychoterapie, je právě zde rozdíl největší (Cooper, 2008). Tam, kde hospitalizace není zapotřebí, se úspora zdá být zanedbatelná, ale je to částečně i proto, že mnoho studií bere v úvahu pouze přímé náklady, srovnává tedy cenu poskytnutých služeb. Pokud ovšem zohledníme i nepřímé náklady, jako je absence nemocného či případně ošetřujícího blízkého v práci, nezaměstnanost, životní

spokojenost nemocného i jeho okolí, pak se zdá jisté, že se investice do psychoterapie v porovnání s obvyklou péčí vyplatí (Cooper, 2008).

Podobná zjištění platí i u takzvaně lékařsky nevysvětlených příznaků, u nichž lze předpokládat vliv psychosociálních faktorů na vzniku potíží, i zde je ovšem obtížné spočítat přesnou částku. Lidé s psychosomatickými obtížemi dlouhodobě nadužívají zdravotnický systém, ve snaze nalézt fyziologickou příčinu obtíží často absolvují množství drahých vyšetření i pobytů v nemocnici. I zde se jejich obtíže promítají do nižší produktivity v práci a nesou s sebou řadu nepřímých nákladů (Konopka et al., 2012), nicméně přesná analýza je i zde obtížná a studií na toto téma tak není mnoho .

1.2.2 Využití psychoterapie při léčbě psychiatricky nemocných

Psychofarmakoterapie je v současné době nejrozšířenější metodou péče o osoby s psychickými poruchami (Vymětal, 2010), přesto má v léčbě své místo i psychoterapie, jako komplementární doplněk léčby psychofarmaky. Lze mluvit o takzvané dvojkolejně léčbě, kdy je působeno prostředky biologické léčby (psychofarmaka, elektrokonvulzivní terapie aj.) na mozek a jeho procesy a zároveň na rovině psychické psychologickými prostředky (kam patří zejména psychoterapie). Podle aktuálního stavu pak může jedna z rovin léčebného působení mít přednost – například u akutního stavu těžké deprese má ze začátku přednost léčba biologická a až po stabilizaci stavu se přidává psychoterapie (Orel et al., 2016). V závislosti na postupu a vážnosti nemoci pak může docházet k souběžnému působení biologické a psychologické léčby, ale třeba i k postupnému utlumování biologické léčby a jejímu nahrazování psychologickou léčbou (Vymětal, 2010). Psychoterapie má jako hlavní léčebná metoda místo všude tam, kde lze předpokládat větší vliv psychosociálních faktorů na vznik nemoci, například při léčbě neuróz a závislostí. Dále může psychoterapie fungovat jako komplementární léčba tam, kde se předpokládá částečný vliv faktorů psychosociálních na vznik a vývoj nemoci spolu s dalšími faktory, například u schizofrenie nebo poruch osobnosti (Vymětal, 2010).

1.2.3 Využití psychoterapie při léčbě somatických obtíží a příznaků

Psychoterapii lze využít jako součást léčby u potíží, u nichž se předpokládá výrazný vliv psychosociálních faktorů na jejich vznik a průběh (takzvané psychosomatické poruchy

v užším slova smyslu)², zároveň ale i jako podpůrná péče u somatických onemocnění, kde může pomoci zvládat náročnou léčbu.

Psychosomatické potíže jsou náročné na léčbu, neboť je především nutné vyloučit organickou příčinu onemocnění, přičemž nalézt nějakou (byť nepatrnou) nefyziologickou změnu není zase tak obtížné – lékařský bonmot praví, že zdravý pacient je pouze nedostatečně vyšetřený. Navíc se naše poznání příčin nemocí zpřesňuje a i nemoci, které se dříve považovaly za choroby psychogenního původu, se za ně dnes nepovažují (Wilshire & Ward, 2016). V podobném duchu se například vyjadřuje jeden z respondentů Stoklasové (2016, s. 30). Nicméně i tam, kde lze dosáhnout rozumné míry jistoty, si část pacientů odmítá psychosociální příčinu příznaků připustit, což je ostatně jeden z charakteristických znaků somatoformních poruch (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015, s. 261).

Existuje řada studií, které potvrzují účinnost různých směrů psychoterapie u psychosomatických obtíží, namátkou lze uvést například KBT (Balon, 2009), krátkodobou psychodynamickou psychoterapii (Abbass et al., 2009) nebo interpersonální psychoterapii (Stuart & Noyes Jr., 2006), krátkodobá psychoterapeutická intervence navíc může zvýšit šanci, že pacient do budoucna vyhledá psychoterapii (Schweickhardt et al., 2007). Některé studie naopak účinnost psychoterapie pro psychosomatické poruchy zpochybňují. Wilshire a Ward (2016) vycházejí z předpokladu, že psychosomatické potíže by měly na léčbu pomocí psychoterapie reagovat lépe než organické potíže. Vzhledem k úspěšnosti psychoterapie v redukci příznaků u organických potíží (Wilshire a Ward zmiňují zejména KBT) však podle nich nelze přesvědčivě dokázat vyšší úspěšnost u psychosomatických potíží. Domnívám se, že tento argument by ale bylo možné obrátit – pokud víme, že psychoterapie funguje i u nemocí s prokazatelně organickou příčinou, je to podle mě o důvod víc ji široce aplikovat i u nemocí, u nichž předpokládáme příčinu psychosociální.

Léčbu psychosomatických onemocnění lze vhodně kombinovat s psychofarmaky, konkrétně především s antidepresivy. Někteří lékaři vidí v pozitivní odezvě na léčbu antidepresivy potvrzení hypotézy o psychosociálních faktorech (Stoklasová, 2016).

Kromě přímé léčby psychosomatických obtíží však má psychoterapie místo i jako podpůrná léčba pacientů se somatickými obtížemi. Zejména u KBT existuje množství důkazů o pozitivním vlivu na množství zdravotních problémů (Cooper, 2008). V případě

² Toto jsou poruchy, které by se běžně označovaly za psychosomatické, připomínám ale, že v duchu komplexního přístupu je každé onemocnění, tedy i somatické, ve skutečnosti psychosomatické, neboť zasahuje vždy celého jedince.

třetí generace KBT má zejména acceptance and commitment therapy (ACT) velmi slibné výsledky v oblasti chronické bolesti (Feliu Soler et al., 2018; viz též Wetherell et al., 2011), spíše než zmírnění bolesti nabízí ACT možnost naučit se žít s bolestí lépe (Mulder et al., 2017). Spadá sem například i péče o pacienty s nádorovým onemocněním, kdy může psychoterapie významně přispět ke zvýšení kvality života a přijetí situace a může také pomoci dodat sílu a odvahu k další léčbě (Vymětal, 2010).

2 POVĚDOMÍ LÉKAŘŮ O PSYCHOTERAPII

V této kapitole se zaměřím na to, co vědí o psychoterapii lékaři. Z bio-psycho-sociálního přístupu k nemoci podle mě jasně vyplývá potřeba větší integrace psychoterapie jako jednoho z nástrojů léčby a povědomí lékařů o tomto nástroji ovlivní způsob, jakým bude využíván. Kromě vědomostí a přístupu k psychoterapii se tedy zaměřím i na komplexní přístup, současný stav ve zdravotnictví a způsob, jakým se budoucí lékaři o komplexním přístupu učí, neboť důležitost psychoterapie jako nástroje léčby je z tohoto paradigmatu přímo odvozená.

2.1 Bio-psycho-sociální přístup

Bio-psycho-sociální (též komplexní) přístup se aplikuje v medicíně a příbuzných pomáhajících oborech. Jedná se o holistický (celostní) pohled na člověka jako na organismus, jehož složky mezi sebou interagují a celek je ve výsledku víc než jen součet jednotlivých částí. Těmito částmi jsou tělo a fyziologické i patologické tělesné pochody, osobnost člověka a psychické procesy, vztahová rovina (zejména oblast bližších vztahů, ale i společnosti celkově). Někteří autoři sem řadí i oblast přesahu (otázky po smyslu a místě člověka ve vesmíru atp.) a podotýkají, že tyto části existují v určitém prostoru a čase, nejsou tedy statické, nýbrž reagují na změny, přizpůsobují se okolnostem, mají svou historii. Můžeme tak mluvit o bio-psycho-sociálně-spirituálně-časoprostorovém přístupu (Orel et al., 2016). Na mysl přichází koncept organismicko-environmentálního pole, které podle mě vyjadřuje stejnou myšlenku ještě o něco elegantněji: organismus (člověk ve své psychice a tělesnosti) se nachází v poli, které vyjadřuje nejen vztahovou, nýbrž i společensko-kulturní složku a patří do něj vlastně celý vesmír – zahrnuje tedy i takové jevy, jako je válka nebo pandemie, které jedince přirozeně ovlivňují, i když třeba aktuálně přímo nezasahují do oblasti významných vztahů nebo tělesných procesů. Organismus a pole se neustále vzájemně ovlivňují (Burnes & Cooke, 2012). V každou chvíli jsme vystaveni mnoha vlivům, takže celkový stav organismu je v jistém smyslu dynamickou výslednicí působících pozitivních i negativních sil. Člověk v tomto přístupu ovšem není jen pasivním příjemcem vnějšího působení. Stane-li se stejná událost dvěma lidem, budou na ni reagovat odlišně. Vliv tak má

nejen individuální nastavení jedince, ale i to, jak aktuální událost vnímá. Sám navíc mění svoje prostředí a je tak zároveň jeho aktivním prvkem.

Tento přístup bývá někdy označován jako psychosomatický. Vyjdeme-li z etymologie, pak se psychosomatika přísně vzato zabývá pouze vztahem mezi tělem (řecky *soma*) a duší (*psýché*), a zahrnuje tak pouze část bio-psycho-sociálně-spirituální jednoty (Orel et al., 2016). Domnívám se, že by bylo vhodnější mluvit o komplexním nebo celostním pohledu na člověka, nicméně pojem psychosomatika je natolik rozšířen jako synonymum komplexního přístupu, že jej i v této práci budu tímto způsobem používat. Jako příklad nám poslouží existence Ústavu psychologie a *psychosomatiky* na lékařské fakultě Masarykovy Univerzity, nebo například Danzerova kniha *Psychosomatika: celostný pohled na zdraví těla i duše*.

Danzer (2001) píše, že termín „psychosomatika“ přispívá k představě, že nemoci lze dělit na somatické, psychické a případně psychosomatické, což je ovšem představa zcela mylná. Na takové dělení lze narazit i v akademickém prostředí, kde nutnost třídění a kategorizace poznatků vede často k umělým dělením tam, kde ve skutečnosti žádné dělení neexistuje. Danzer (2001, s. 13) tento pohled shrnuje následovně: „U člověka vlastně nikdy neexistují primárně jen duše, duch nebo tělo; vždy ochoří celá ‚bio-psycho-sociální jednotka člověk‘, i když se při tom dostanou do popředí jednotlivé aspekty.“

Vznik a rozvoj nemoci může být otázkou jedné příčiny (tělesný úraz), nebo vícero (souhra genetických predispozic, dlouhodobé psychické zátěže a spouštějící události). Vždycky ale ovlivní celého jedince, ať už se projeví pouze v jedné oblasti, nebo ve vícero (Orel et al., 2016). Například pociťování bolesti s sebou může nést jak psychické změny (kognitivní zúžení, zaměření se na bolest, přemýšlení o jejích příčinách), tak důsledky v oblasti vztahů (omezení společenských aktivit ve snaze vyhnout se eskalaci bolesti). Člověka pohledem bio-psycho-sociálně-spirituálního přístupu si tedy lze představit jako zmáčknutý balonek – tlak v jednom místě se projeví vyboulením někde jinde. Zda a jak se konkrétní příčiny projeví, je přitom dáno individuálním nastavením jedince, jeho historií, odolností a citlivostí (Orel et al., 2016).

To také znamená, že každá léčba by měla respektovat celostní principy a nezabývat se „jen“ aktuálně zasaženou oblastí. Takový přístup však v praxi naráží na limity, ať už se jedná o kapacity lékařů a jejich vzdělání, nebo o očekávání pacientů (Orel et al., 2016).

Psychoterapie působí na člověka holisticky; neovlivňuje pouze psychické stavy a procesy, nýbrž i tělo, osobnost nebo vztahy (Orel et al., 2016). Pokud tedy psychoterapie přináší úlevu nebo zmírnění potíží, může tohoto efektu být dosaženo různými způsoby, skrze tělesnou relaxaci, změnu postojů vůči aktuálnímu problému, případně skrze změnu vztahového systému klienta, protože i aktuální problém, ať už je následkem interakce faktorů, nebo důsledkem pouze jednoho, ovlivní celý systém. Úleva nemusí nutně přicházet skrze odstranění primárního zdroje potíží, ale proto, že psychoterapie poskytuje celkovou úlevu zatíženému systému (rozuměj člověku) – snížením celkového tlaku se situace zlepšuje.

Tento přístup je v souladu s multifaktoriálním modelem vzniku onemocnění, nicméně přesné mechanismy provázanosti jednotlivých složek stále nejsou uspokojivě vysvětleny. Na tělesné rovině se například navzájem ovlivňují nervový, imunitní a endokrinní systém a všechny tři mají přímý vliv na psychické prožívání. Do hry ovšem vstupuje i trávicí systém a střevní mikrobiom (Honzák, 2017). To jsme pořád u propojení a vzájemného vlivu tělesné a psychické složky. Vliv má ale například i rané dětství a attachment (tedy primárně rovina psycho-sociálních vlivů), které však zpětně působí i na tělesné procesy (Maunder & Hunter, 2001), typ osobnosti (který kromě jiného má vliv na průběh nemoci, a dokonce i na její výskyt; Sirri et al., 2013) nebo stres jako faktor sociální a environmentální, který ovlivňuje jak psychické, tak tělesné fungování. Tím ovšem komplexita interakcí, které mají vliv na zdraví a nemoc, způsob stonání nebo konkrétní projev nemoci zdaleka nekončí. Výsledkem je systém, kde všechno souvisí se vším, a který je tak velmi obtížné uspokojivě popsat nebo vysvětlit, což ovlivňuje nejen lékařské vzdělání a praxi, ale také výzkum a v neposlední řadě přístup veřejnosti ke zdraví.

Z hlediska výše popsaného přístupu tedy může být obtížné přesně určit hlavní příčinu nemoci, protože náchylnost k nemoci nebo k jejím projevům ovlivňuje do jisté míry všechno od genetiky přes osobnost a ranné zážitky, vztahy a prostředí až po konkrétní spouštěcí podněty, které opět mohou být různého druhu. Historicky vznikaly různé psychosomatické přístupy, které se v této nepřehledné situaci snaží najít řád. Pro některé psychosomatické teorie je tělesné onemocnění symbolickým vyjádřením intrapsychického konfliktu. Tak například Poněšický (2002, s. 87) píše: „U chronické obstipace se z psychologického hlediska jedná o emocionální zácpu, charakterizovanou potlačením emocionalitu na úkor pořádkumilovnosti, šetrnosti, pedanterie, perfekcionismu a tvrdohlavosti. Nadmíru je kontrolovaná zvláště agresivita.“

Jiné teorie dávají do souvislosti dlouhodobé funkční změny vegetativního systému v důsledku často prožívaných nebo dlouhodobých afektů, které mohou skrze dlouhodobé funkční změny vést až ke strukturálním změnám orgánových soustav (Danzer, 2001, s. 70). Sám se k takovému hledání poměrně jednoduchých kauzálních souvislostí v jinak komplexním systému stavím skepticky a považuji je provizorně za částečná vysvětlení, která jsou sice užitečná jako pracovní hypotézy, ale zároveň poměrně reduktivní.

Na druhé straně vznikají seznamy nemocí, u nichž je příčina pravděpodobně psychosomatická v užším slova smyslu, tedy taková, že sociální a intrapsychické faktory způsobují tělesné onemocnění určitého typu. Tyto seznamy dávají konkrétní události v rovině psychické a sociální do souvislosti se zcela konkrétními projevy. Mezi časté potíže tohoto typu patří potíže z okruhů kardiopulmonálního, gastrointestinálního i muskuloskeletálního, stejně jako potíže se spánkem nebo koncentrací, sexuální dysfunkce a mnoho dalších a v zásadě se na nich shodují jak moderní autoři (Chvála et al., 2015), tak průkopníci psychosomatiky (viz Danzer, 2001; též Poněšický, 2002)

Množství různých psychosomatických teorií se projevuje i ve výzkumu, různí autoři o vzniku potíží mluví odlišně a odkazují se na různé teorie. Ve výsledku tak není vždy jasný mechanismus vzniku potíží, což vytváří prostor pro kritiku psychosomatického přístupu. Někteří autoři například poukazují na to, že v takovém případě není možné prokázat, že psychoterapie působí na primární zdroj potíží. Ke kritice psychosomatického přístupu a jeho vědeckého ukotvení viz Wilshire & Ward (2016). Mně osobně připadá nejudržitelnější teorie celkového stresu v obecném měřítku. Navíc víme, že psychoterapie pomáhá i tam, kde je příčina potíží zcela jasně organického charakteru (Abbass et al., 2009); některé moderní formy psychoterapie, zejména třetí generace KBT psychoterapií, počítají s uplatněním při tělesných obtížích.

2.2 Současný stav

Bio-psycho-sociální model nemoci byl Světovou zdravotnickou organizací uznán v roce 1977 (Vybíral & Roubal, 2010), integrace tohoto modelu do českého zdravotnictví probíhá ale velmi pomalu. Nástavbová atestace z psychosomatické medicíny byla schválena v roce 2013 a Společnost psychosomatické medicíny České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně byla založena o rok později (Společnost psychosomatické medicíny

ČLS, 2019)³. Pro představu o rozšířenosti atestace z psychosomatiky mezi lékaři lze nahlédnout na stránky České lékařské komory. Členství v lékařské komoře je pro všechny lékaře vykonávající lékařské povolání v České republice povinné, komora pak na svých internetových stránkách zveřejňuje seznam lékařů podle specializací a okresů. V okrese Praha, hl. m., je k datu 5 července 2023 evidováno 6 lékařů, v okrese Praha-Západ jeden a v okrese Praha-Východ žádný (Česká lékařská komora, n.d.). Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb eviduje ke stejnému datu 22 subjektů, které poskytují nějakou formu psychosomatické péče (Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb, n.d.).⁴

2.2.1 Komplexní přístup ve výuce medicíny

Zastoupení komplexního přístupu ve výuce medicíny bych rád ilustroval na příkladu Univerzity Karlovy na základě aktuálně platných studijních plánů (pro akademický rok 2022/2023, platné k 6. 6. 2023, získané ze studijního informačního systému Univerzity Karlovy (<https://is.cuni.cz/studium/predmety/index.php>)).

Na 1. lékařské fakultě UK pro akademický rok se ve třetím a čtvrtém ročníku vyučuje povinný předmět Lékařská psychologie a psychoterapie (tři semestry), který pokrývá vše od komunikačních dovedností přes sdělování závažné diagnózy a psychologický přístup až po obecný úvod k psychoterapii, věnuje se ale i bio-psycho-sociálnímu paradigmatu medicíny. 2. lékařská fakulta nabízí povinný předmět lékařská psychologie (který se tématu psychosomatiky dotýká), částečně se bio-psycho-sociálního přístupu dotýká předmět Psychiatrie (z hlediska etiopatogeneze psychiatrických onemocnění), nabízí se volitelný předmět Psychosomatika v praxi. Na 3. LF se tématu komplexního přístupu dotýkají povinné předměty Lékařská psychologie a Lékařská psychologie a komunikace, v závislosti na ročníku pak buď volitelný, nebo povinně volitelný předmět Psychosomatická medicína.

Je tedy vidět, že komplexní přístup se ve výuce pomalu prosazuje, nicméně se omezuje na několik málo specializovaných přednášek. Kuchtová prováděla v rámci své bakalářské práce rozhovory s praktickými lékaři, z deseti lékařů se většina s komplexním přístupem na vysoké škole nesešla (Kuchtová, 2018). Její výzkum byl prováděn před pěti lety, kdy byla průměrná délka praxe jejích respondentů téměř 22 let. O malém zastoupení

³ Od sedmdesátých let 20. století existovala Psychosomatická sekce v rámci psychiatrické společnosti ČLS JEP.

⁴ K vyhledávání byl použit termín „psychosomatik“.

psychosomaticky orientovaných přednášek ve studiu se zmiňují i respondenti Feuersteinové, jejíž výzkum probíhal v roce 2014 a průměrná délka praxe jejich respondentů byla cca 19 let (Feuersteinová, 2014). Zdá se tedy, že studijní náplň se přeci jen pomalu posouvá směrem k většímu důrazu na aplikaci komplexního přístupu.

Psychoterapie ve výuce medicíny

Aktuální studijní plány lékařských fakult Univerzity Karlovy lze najít na adrese <https://is.cuni.cz/studium/predmety/index.php>, informace níže byly získány 6. července 2023 a jedná se o aktuálně platné studijní plány pro akademický rok 2022/2023.

K datu 6 července 2023 je na 1. LF UK pro akademický rok 2022/2023 psychoterapii věnován jeden povinný předmět ve třetím a čtvrtém ročníku (Lékařská psychologie a psychoterapie, tři semestry), v pátém ročníku pak je možné předpokládat, že se studenti o psychoterapii něco dozvědí v povinném předmětu Psychiatrie, v pátém ročníku je dále možné zapsat si volitelný předmět Psychoterapeutická propedeutika (1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, 2023).

Na 2. LF UK se podle studijních plánů platných pro akademický rok 2022/2023 žádný předmět psychoterapii výslovně nevěnuje, nicméně lze o ní očekávat zmínku ve čtvrtém ročníku v předmětu Lékařská psychologie a v pátém ročníku v předmětu Psychiatrie (2. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, 2022).

Z pražských fakult poskytuje nejvíce kurzů věnovaných psychoterapii nebo jejím aspektům 3. LF UK, která nabízí od třetího ročníku povinně volitelný předmět Experimentální psychofarmakologie, současný výzkum psychedelik a psychedelická psychoterapie a v závislosti na ročníku buď volitelné, nebo povinně volitelné předměty Psychoterapie (z pohledu první osoby) a Využití tvarové (Gestalt) terapie v poradnictví (3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, 2023).

Ani zde se nejedná o reprezentativní přehled výuky psychoterapie v rámci všeobecného lékařství v českém vysokém školství, jde pouze o ilustrativní vzorek. Vzhledem k charakteru předmětů, které se psychoterapii přímo zabývají (povinně volitelné a volitelné) lze říct, že pokud student není sám od sebe motivovaný se o psychoterapii něco dozvědět, může projít těmito fakultami, aniž by o ní získal hlubší poznatky.

2.2.2 Bio-psycho-sociální model v současné praxi

Každá nemoc je ze své podstaty psychosomatická, neboť vždy zasáhne celého jedince (viz Danzerův citát výše), lékař by proto měl na psychosociální aspekty onemocnění myslet u každého nemocného od samého začátku, nicméně v praxi si velmi často vystačí se somatickým vyšetřením i terapií a komplexní přístup přichází ke slovu až tehdy, když somatická vyšetření neodhalí adekvátní příčinu problému (Chvála et al., 2015). Pracovní diagnóza psychosomatického onemocnění (v užším smyslu) tedy většinou probíhá vyloučením somatických příčin (Já Praktik, 2023).

Aplikaci bio-psycho-sociálního přístupu v praxi brání mnoho překážek. Velkou překážkou větší aplikace komplexního přístupu je časové hledisko. Získat přehled o psychickém naladění a sociální situaci pacienta zabere víc času než prosté somatické vyšetření a lékaři se často potýkají s nedostatkem času, způsobeným množstvím pacientů i administrativní zátěží (Kuchtová, 2018). V předchozích výzkumech rovněž někteří lékaři zmiňovali obavy ze zanedbání somatického problému a nutnost adekvátního somatického vyšetření. V kontextu tzv. lékařsky nevysvětlitelných příznaků (anglicky medically unexplained symptoms; zkratka MUS se používá i v českém prostředí) může jít o problém, který aktuálně lékařská věda neumí vysvětlit, přesto ale může mít somatickou příčinu (Stoklasová, 2016). Opětovně tak pacienta somaticky vyšetřit je proto pro lékaře v jistém ohledu bezpečnější (Feuersteinová, 2014). V předchozích několika výzkumech si zároveň lékaři často stěžují na nedostatečné pokrytí komplexního přístupu při studiu, v kombinaci s objemem látky věnované „somatické“ medicíně (Kuchtová, 2018). Jedním z cílů práce tak je zjistit, jestli tento trend i nadále pokračuje.

Z výše zmíněného se zdá, že komplexní přístup je nejčastěji aplikován tam, kde je příčina potíží nejasná, tedy primárně u psychosomatických obtíží.

Obeznamení lékařů s psychoterapií

Obeznamení českých ani světových lékařů s psychoterapií není v současné době předmětem výzkumu ani u nás, ani v zahraničí (M. Světlák, osobní sdělení, 24. 1. 2022) a na toto téma chybí relevantní literatura. Jedním z cílů této práce tak bude alespoň zčásti tuto mezeru zaplnit. Na informace, které lékaři mají k dispozici, lze usuzovat pouze nepřímou. Jednou z indicií je výuka (nebo její absence) na psychoterapii zaměřených předmětů na vysokých školách (k tomu viz kapitola 2.2.1.).

Kuchtová (2018) se ve svém výzkumu praktických lékařů ptala mimo jiné i na to, co je možné udělat pro pacienta, pokud lékař předpokládá vliv psychiky na aktuální potíže. Z deseti zúčastněných praktických lékařů tři přímo zmínili možnost psychoterapie, ostatní lékaři se zmiňovali buď o doporučení k psychiatrovi, nebo k psychologovi, například: „pokud lékař pociťuje, že pacient potřebuje častější a přímější intervence, posílá ho podle typu problému k psychologovi či psychiatrovi“ (Kuchtová, 2018, s. 60). Zdá se tedy, že lékařům splývá psychoterapie s psychologií a že mezi oběma nerozlišují, nebo si nejsou vědomi různých nároků i uplatnění obou profesí. Domnívám se, že podobná zjištění reflektuje i práce Feuersteinové (2014) – autorka jakožto studentka psychologie sice správně mluví o doporučeních k psychoterapii, nicméně se domnívám, že sama možná spíše interpretuje nepřesná vyjádření zúčastněných lékařů, neboť tam, kde přímo cituje své respondenty, zaznívají tvrzení v podobném duchu jako u Kuchtové, viz například:

Nyní si [pacientka] konečně našla *psycholožku* [zdůraznění přidáno] zaměřenou na tuto problematiku a za jedno sezení se jí svěřila nevím s čím. S tím, co nám leta neřekla. Jen za to musela platit a měla by chodit často, tak to bude dost náročné. (Feuersteinová, 2014, s. 50)

Psychoterapie je zároveň jako metoda léčby zmíněna v Doporučeném diagnostickém a terapeutickém postupu pro všeobecné praktické lékaře pro psychosomatické poruchy a lékařsky nevysvětlitelné příznaky (Chvála et al., 2015), kde dokonce najdeme poznámku, že psychoterapeutem nejčastěji bývá psycholog. Přejde mi tedy pravděpodobné, že lékaři vědí o možnosti využití psychoterapie při léčbě psychosomatických potíží, vzhledem k terminologickým nejasnostem (psycholog versus psychoterapeut) se mi však zdá pravděpodobné, že hlubší a přesnější informace o psychoterapii, jejích náležitostech a možnostech jim chybějí.

VÝZKUMNÁ ČÁST

3 VÝZKUMNÝ PROBLÉM

V teoretické části práce jsem ukázal, že psychoterapie je účinná metoda péče o duševní zdraví člověka podložená desetiletími výzkumu a že může mít svoje místo v léčbě mnoha různých druhů potíží jako hlavní i doplňková metoda léčby, a to i tam, kde se potíže primárně projevují v somatické rovině. Zároveň se zdá, že ve výuce budoucích lékařů není ani psychoterapii, ani komplexnímu přístupu věnováno mnoho prostoru. V současnosti přitom neexistuje literatura, která by mapovala aktuální vědomosti praktických lékařů o psychoterapii a jejich postojů k ní (M. Světlák, osobní sdělení, 24. 1. 2022). Cílem výzkumu je proto do hloubky popsat pohled několika praktických lékařů na psychoterapii v širším kontextu komplexního přístupu jako na jeden z nástrojů léčby tak, jak se uplatňuje v běžné praxi. Za tím účelem si kladu následující výzkumné otázky:

- Jak se praktičtí lékaři stavějí ke komplexnímu přístupu?
- Jaké mají informace o psychoterapii a odkud je čerpají?
- V jakých případech je podle praktických lékařů vhodné doporučit svým pacientům psychoterapii?
- Jaká jsou podle praktických lékařů omezení ve využití psychoterapie?

4 TYP VÝZKUMU A POUŽITÉ METODY

Ke zvolenému výzkumnému problému bych se rád přiblížil z pozice rozumějícího a nehodnotícího přístupu, který respektuje zkušenost respondentů a snaží se ji popsat tak, jak jí rozumějí oni sami. Z tohoto důvodu jsem zvolil kvalitativní přístup a interpretativní fenomenologickou analýzu (IPA), která takový způsob práce umožňuje (Miovský, 2006).

4.1 Metody získávání respondentů a kritéria účasti

Výběr účastníků probíhal metodou samovýběru v kombinaci s metodou sněhové koule. Účastníky výzkumu jsem primárně oslovil přes facebookovou skupinu všeobecných praktických lékařů s prosbou o účast ve výzkumu, na tuto výzvu odpovědělo celkem pět praktických lékařů, dalších pět respondentů jsem získal na doporučení prvních několika praktických lékařů. Zvolená metoda výběru účastníků nepochybně ovlivnila výsledky, neboť je pravděpodobné, že se do výzkumu přihlásili hlavně účastníci, kteří mají na zkoumané téma vyhraněné názory (Ferjenčík, 2010).

Jediným kritériem účasti ve výzkumu bylo, zda oslovení lékaři aktuálně pracují v oboru všeobecného praktického lékařství pro dospělé, tuto podmínku všech deset oslovených lékařů splnilo. Mojí snahou bylo zahrnout různé možné perspektivy plynoucí jednak z délky praxe a množství zkušeností, jednak z doby, kdy účastníci studovali, a potenciálně tak zachytit proměnu ve vzdělávání lékařů.

Výsledný výzkumný soubor tedy zahrnuje deset účastníků, dva muže a osm žen, s velmi různorodou délkou praxe, detaily zachycuje tabulka 1. Průměrná délka praxe v oboru všeobecného praktického lékařství byla ve výzkumném souboru 8,45 roků, medián délky praxe byl 4 roky, standardní odchylka délky praxe je 10,93.

Tabulka 1: Charakteristika výběrového souboru praktických lékařů

Účastník	Pohlaví	Délka praxe v oboru VPL v rocích	Vysoká škola	Kraj výkonu praxe	Atestace z VPL
1	Žena	21	2.LF UK	Praha	Ano
2	Žena	35	3. LF UK	Praha	Ano
3	Muž	4	1. LF UK	Praha	Ano
4	Žena	7	1. LF UK	Praha	Ano
5	Muž	2.5	LF HK (UK)	Vysočina	Ne
6	Žena	4	2. LF UK	Praha	Ano
7	Žena	4	Hull York Medical School	Praha	Ano
8	Žena	1	2. LF UK	Praha	Ano
9	Žena	3	2. LF UK	Praha	Ne
10	Žena	3	1. LF UK	Jihočeský	Ne

Poznámka: Někteří ze zúčastněných lékařů se v minulosti věnovali jinému oboru, sloupec Atestace se vztahuje k atestaci z všeobecného praktického lékařství

4.2 Metody tvorby dat

Zúčastnění praktičtí lékaři byli předem v obecné rovině informováni o účelu a formě výzkumu a byla jim nabídnuta možnost osobního setkání na jimi zvoleném klidném místě nebo virtuální setkání prostřednictvím MS Teams. Pět lékařů zvolilo osobní setkání, pět virtuální. Součástí základního představení výzkumu byl i informovaný souhlas, zejména s ohledem na dobrovolnost účasti ve výzkumu a možnost kdykoliv z výzkumu odstoupit bez udání důvodu, anonymitu účastníků, souhlas s nahráváním rozhovorů a způsob práce s daty a jejich skladování. Informovaný souhlas byl zároveň se všemi zúčastněnými lékaři probrán znovu ústně před zahájením rozhovoru. Všichni zapojení lékaři souhlasili s nahráváním.

Samotná setkání probíhala formou polostrukturovaných interview s předem danými tématy a okruhy otázek. Odpověď na jednu otázku často částečně odpověděla i na další otázky, odpovědi pak stačilo trochu upřesnit. Zároveň během rozhovorů nastávaly i situace, kdy lékař či lékařka z mého pohledu implicitně odpověděli i na jiné otázky, které jsem zprvu nepovažoval za nutné pokládat, nicméně při pozdější reflexi v průběhu výzkumu jsem došel k názoru, že tyto implicitní odpovědi jsou do jisté míry závislé na mé interpretaci, a začal jsem si proto své porozumění i v těchto případech ověřovat doplňujícími otázkami.

Tato forma vedení rozhovoru mi zároveň umožňovala pružně měnit pořadí otázek tak, aby na sebe plynule navazovaly a abych příliš nepřeskakoval mezi tématy. Kladl jsem množství doplňujících otázek, abych si ověřil, že odpovím rozumím, přičemž jsem vystupoval z autenticky z pozice laika, který má zájem o jejich obor, nicméně se v něm sám neorientuje a je tak ve svém poznání zcela závislý na upřímných odpovědích lékařů. Během

rozhovorů jsem tuto pozici aktivně zdůrazňoval a zúčastněné lékaře jsem prosil, aby mě upozornili, pokud bych kladl otázky odtržené od reality praxe všeobecného lékařství. Od tohoto přístupu jsem si sliboval omezení rizika podávání odpovědí, které účastníci mohli považovat za žádoucí s ohledem na zaměření výzkumu. Seznam tematických okruhů je níže.

Jak dlouho se věnujete praktickému lékařství?

Kde jste studoval/a? (Univerzita a fakulta)

Co pro Vás znamená komplexní přístup k pacientovi?

Setkal/a jste se s komplexním přístupem během studia na vysoké škole? Kde?

Věnuje se ve výuce nějaký čas psychoterapii a její aplikaci?

Máte představu o účinnosti psychoterapie v porovnání s medikací?

Snažíte se k pacientům přistupovat komplexně? Jak to vypadá? (Jak přistupujete k léčbě, pokud předpokládáte vliv jiných než pouze organických faktorů?)

Co je možné udělat pro pacienta, pokud předpokládáte vliv psychosociálních faktorů na jeho/její aktuální problém? Jak postupujete?

Pokud máte podezření, že se jedná o komplexní příčinu (tedy ne pouze organickou), mluvíte o tom s pacientem?

Jak takový rozhovor typicky vypadá?

Máte představu, jestli může být psychoterapie v případě komplexních příčin prospěšná nebo vhodná metoda? Pro které druhy problémů?

Doporučujete pacientovi psychoterapii? Jak takový rozhovor probíhá? Doporučujete konkrétní pracoviště, psychoterapeuta...?

Máte představu, jestli je mezi různými psychoterapeutickými směry nějaký výrazný rozdíl ve vztahu k potížím pacienta?

Setkal/a jste se u pacientů s vážnějšími psychickými potížemi (např. deprese, úzkost)? Jak postupujete?

Jakou máte zkušenost s reakcemi pacientů, když s nimi mluvíte o možné psychické příčině jejich problémů?

Máte zpětnou vazbu, jak se takovému pacientovi s psychickými problémy daří a jestli vyhledá pomoc podle vašeho doporučení?

Napadá vás ještě něco, co byste mi chtěl/a říct? Měl bych se ptát ještě na něco jiného?

Máte nějaké otázky?

4.2.1 Reflexe vlastního postoje

Vzhledem k přímému i nepřímému vlivu výzkumníka na tvorbu dat v kvalitativním výzkumu (Miovský, 2006), jsem považoval za vhodné před zahájením výzkumu provést reflexi vlastního postoje ke komplexnímu přístupu a psychoterapii a reflexi očekávaných výsledků výzkumu. Reflexi vnímám především jako způsob zvědomení vlastních názorů a předsudků do jisté míry i omezení jejich vlivu na tvorbu dat, dále ale dává čtenáři této

práce možnost vzít moje vlastní názory v úvahu a samostatně zvážit jejich vliv na získaná data.

Za komplexní považují takový přístup ke člověku, který při léčbě a diagnostice bere v úvahu nejen tělo a fyziologické případně patologické projevy, ale i psychiku, vztahy, hodnoty a postoje konkrétního jedince s ohledem na jeho prostředí a čas. V tomto přístupu je nemoc výsledkem složité interakce těchto faktorů a onemocní vždy celý člověk, nikoliv pouze jedna jeho složka. Pojem psychosomatika považuji za poněkud reduktivní nejen z důvodů lingvistických, ale především proto, jakým způsobem se používá. Vytváří totiž umělou hranici mezi psychikou a psychickými obtížemi na jedné straně a tělem a tělesnými obtížemi na straně druhé. V obecném povědomí s sebou tento termín navíc často nese i představu o vzniku nemoci (tedy psychosomatické jsou takové potíže, které mají svůj původ v psychice jedince a projevují se tělesně).

Komplexní přístup považuji za zlatý standard v léčbě, zároveň se domnívám, že je jeho uplatnění v praxi českého zdravotnictví nedostatečné, navzdory pozitivnímu vývoji posledních let (vznik kateder psychosomatické medicíny, založení společnosti psychosomatické medicíny nebo vznik nástavbového oboru). Důvody považuji převážně za systematické, od vzdělání (komplexní přístup je sice oficiálně součástí vzdělání, ale prakticky na něj v kurikulu není prostor), přes praxi (nedostatek času a množství pacientů) po administrativní překážky (například obtíže s vykazováním úkonů zdravotním pojišťovně).

Snažím se o přístup informovaný výzkumem, navzdory tomu si všímám, že mám sklon upozadovat výsledky výzkumů, které odporují mému předpojetí (například výzkumy, které dokazují, že u některých klientů dojde v terapii ke zhoršení potíží) a naopak přeceňovat pozitivní vliv psychoterapie (v souladu s konfirmačním zkreslením). V teoretické části jsem proto cíleně zahrnul i takové výzkumy, které mému vlastnímu přesvědčení odporují.

Můj přístup k psychoterapii by s velkou mírou nadsázky bylo možné shrnout slovy: „Psychoterapie pomáhá všem, vždy a za všech okolností.“ Výzkumy podle mě přesvědčivě dokazují, že většina psychoterapeutických přístupů je účinná. Zároveň si myslím, že různí lidé mohou v různých situacích těžit z různých přístupů a některé přístupy se mohou lépe hodit pro řešení určitých druhů problémů. Osobně preferuji rovnostářské, respektující přístupy zejména humanistického směru, sám jsem aktuálně ve výcviku Gestalt psychoterapie, která je podle mě svým zaměřením komplexnímu přístupu velmi blízká.

Psychoterapie podle mě snižuje celkovou míru zátěže organismu, čímž přispívá k lepšímu prospěchu (*wellbeing*) a je tak cenným doplňkem léčby v rámci komplexního přístupu i tam, kde se problém primárně projevuje tělesně. Některé druhy psychoterapie například prokazatelně pomáhají se zvládnutím bolesti. Proto si myslím, že je větší začlenění psychoterapie do běžné zdravotnické péče žádoucí. Tam, kde lze předpokládat vliv psychosociálních faktorů, může psychoterapie přímo působit na příčinu potíží. Tam, kde jsou potíže primárně tělesného charakteru, může pomoci se zmírněním bolesti, přizpůsobením se nové situaci, nebo může zlepšit compliance (součinnost pacienta s léčbou). Přes tuto užitečnost jsou podle mě vědomosti českých doktorů o psychoterapii jen velmi povrchní. Psychoterapii se ve vzdělání věnuje minimum prostoru, další vzdělávání během vlastní praxe podle mě většinou směřuje k prohloubení informací z oblasti vlastní atestace a málokterý lékař má čas a prostor se věnovat ještě dalším oblastem. Z tohoto důvodu tedy očekávám, že většina zúčastněných lékařů nebude mít o psychoterapii hlubší informace.

Považuji za nutné podotknout, že hned první dva rozhovory ukázaly omezenost mých předpojetí a pomohly mi tak má očekávání lépe uzávorkovat a přistupovat k zúčastněným lékařům s větší otevřeností a pokorou.

4.3 Metody zpracování a analýzy dat

Ze všech rozhovorů byly za souhlasu účastníků pořízeny audionahrávky, ty byly následně přepsány a upraveny. Cílem úprav bylo jednak odstranění slovní vaty a převedení mluveného projevu do podoby, která je srozumitelná i v psané formě, dále odstranění údajů, které by bylo možné použít k identifikaci účastníků – lékaři například někdy odkazovali k institucím, jejichž součástí jsou jejich ordinace. Z prepisů jsem dále odstranil ty části konverzace, které neměly informační hodnotu s ohledem na zvolené téma rozhovoru, například když lékař musí vyřešit naléhavý hovor, omluví se a odejde, nebo komentuje vypnutou klimatizaci a hovor se stočí na její výhody a nevýhody. V rámci samotného rozhovoru mají i takovéto výměny svou funkci (odstranění napětí, navázání vztahu), nicméně s ohledem na téma práce nejsou informačně hodnotné a prepisy rozhovorů zbytečně prodlužují.

Rozhovory jsem prepisoval průběžně tak, abych se se získanými daty seznamoval a aby již provedené rozhovory mohly informovat přístup k dalším rozhovorům. Zároveň jsem rozhovory průběžně kódoval v programu Atlas.ti s ohledem na obsah a na témata, která

se v rozhovorech objevovala a týkala se zejména výzkumných otázek. Tento krok v pozdější fázi usnadňoval třídění a porovnávání získaných informací a vytvoření uceleného náhledu na tato témata, přičemž jsem rozhovory stále znovu pročítal.

4.4 Etické aspekty výzkumu

V rámci výzkumu byla dodržena všechna základní etická pravidla, jak o nich mluví „Etické principy při výzkumu s lidmi“ *Americké psychologické asociace* (APA, 1982 in Ferjenčík, 2010). Potenciální účastníci výzkumu byli dopředu seznámeni s cíli výzkumu, byly jim vysvětleny podmínky jejich účasti, zejména dobrovolnost účasti a možnost z výzkumu kdykoliv odstoupit, a to i během rozhovoru, a zaručení anonymity účastníků. Všichni potenciální účastníci byli dopředu písemně informováni o úmyslu rozhovor nahrávat a o způsobu nakládání se získanými daty a jejich ukládání, zároveň jim byla ponechána možnost nahrávání odmítnout. Před každým rozhovorem byl od účastníka výzkumu získán ústní informovaný souhlas. Účastníci výzkumu zároveň dostali prostor na vlastní dotazy, a to jak před zahájením rozhovoru, tak po jeho skončení, a upozornil jsem je, že se na mě můžou obrátit i v budoucnu, pokud by měli otázky nebo připomínky.

S účastníky výzkumu jsem jednal slušně, s respektem k jejich zkušenosti i času, který výzkumu věnovali. Komunikoval jsem s nimi tak, abych nepoškodil pověst psychologie nebo nediskreditoval případné budoucí výzkumníky. Rovněž jsem se snažil zmírnit možnou úzkost z rozhovoru a potenciálního vnímání rozhovoru jako testové situace, proto jsem účastníky dopředu informoval, že nejde o znalostní test, ale o pokus zjistit, jaká je v současnosti situace v českém zdravotnictví, a že jejich upřímné odpovědi mi pomohou poznat oblast, o které toho sám moc nevím. Žádný z účastníků z výzkumu neodstoupil.

5 VÝSLEDKY

Výsledky výzkumu budu uvádět s ohledem na výzkumné otázky z kapitoly 3.

5.1 Komplexní přístup v pojetí praktických lékařů

Zúčastnění praktičtí lékaři se ke komplexnímu přístupu staví pozitivně, označují ho za přirozený, případně za způsob vykonávání praxe, který je jim blízký. Jedna lékařka pracuje v soukromé ordinaci, kde zaměstnává psychoterapeutku a fyzioterapeuta, aby mohla nabízet komplexní péči, dvě lékařky se zabývají paliativní medicínou, nebo spolupracují s hospicem a v tomto kontextu obě zdůrazňovaly nevyhnutelnost komplexního přístupu k pacientům i k jejich blízkým.

Někteří z lékařů mluvili o přirozené blízkosti praktického lékařství a komplexního přístupu, protože praktický lékař dobře zná životní kontext svých pacientů, a může tedy „brát v úvahu toho celého člověka se všema jeho komorbiditama, s jeho sociálním zázemím, což tady na obvodě známe, s jeho domácíma zvířátkama, s jeho historií, kdo kdy jim umřel, kdy se rozvedli, jestli jsou v exekuci“ (1). I když se takový přístup jeví jako ideální, v praxi jeho využití závisí na množství faktorů. V některých ordinacích se střídá více doktorů (6), nebo k nim nechodí celé rodiny, ale jedinci, tam pak je znalost životního kontextu pacienta menší a je obtížnější ji získat (3). Jedním z aspektů je nepochybně i čas, neboť získat o svém pacientovi tolik informací trvá a lékaři se většinou snaží je získávat postupně a po částech po dlouhou dobu, takže čím déle lékař v dané ordinaci pracuje, tím víc informací o svých pacientech má.

Z výpovědí zúčastněných lékařů dále vyplývá, že si v praxi nejvíce spojují komplexní přístup s psychiatrickými a psychosomatickými onemocněními a velká část péče se tak odbývá v hranicích „klasické“ medicíny. Většina lékařů se shodla, že velkým omezujícím faktorem je opět čas, který musí lékař pacientovi věnovat, pokud chce k jeho potížím přistupovat komplexně, vyskytl se ovšem i menšinový názor, že času je dostatek, je ovšem třeba ho umět využít (7). Čas do celé situace vstupuje i v tom smyslu, že pacienta je třeba nejprve adekvátně vyšetřit, neboť lékaři nechtějí nic zanedbat. To v případě většiny psychosomatických potíží zahrnuje i vyšetření u specialistů a opakované kontroly v ordinaci praktického lékaře, které zároveň praktickému lékaři dávají možnost postupně pacienta

a jeho kontext lépe poznat, doptávat se, případně postupně nadhodit téma možného psychosociálního původu onemocnění. S tím souvisí klíčový faktor, totiž způsob, jakým zúčastnění praktici s pacientem komunikují své podezření na psychosociální původ nemoci. Někteří z lékařů celou situaci vnímají jako „křehkou“ (9). Obávají se, že pokud by se příliš brzy začali doptávat na aktuální životní situaci pacienta, případně se rovnou zmínili o podezření na psychosociální původ potíží, pacient takovou hypotézu odmítne a léčba nepostoupí, případně se pacient rovnou přeregistruje k jinému lékaři (6). Tento názor mezi lékaři převažuje, v práci s těmito typy problémů shodně vnímají komunikaci jako velmi náročnou. Někteří lékaři naproti tomu volí opačný přístup, hned od začátku s pacientem komunikovat své podezření na psychosociální původ obtíží:

Já se většinou s ním snažím jednat partnersky. To znamená, že nastíním, že tu možnost tam vidím a že nevylučuju, že to tak může být, [...] aby nad tím třeba i ten pacient mohl popřemýšlet, jestli se mu zdá, že je to pravda, nebo není. [...] A na základě tohohle se mi stává, že se pacienti kolikrát třeba přiznají, že třeba ano, máte pravdu, vlastně já jsem teďka nastoupil do nové práce a mám třeba z toho stres. Ne vždycky se ty lidi vlastně bez toho nastíněného přístupu nebo bez toho otevření, že na to jako myslím, ne vždy přiznají. Někdy se samozřejmě urazí, třeba, že tohle samozřejmě by nemělo nic souviset s tím, že třeba nespí. Je to různé, ale snažím se s nimi jednat partnersky, a když mám pocit, že by to mohlo tam směřovat, tak to většinou nastíním na začátku s tím, že zatím nestanovuju nic finálního, ale že si myslím, že by tam nějaký podíl třeba mohl být. (4)

Zajímavé je v tomto ohledu srovnání lékařky 7, která studovala a nějakou dobu pracovala v Anglii. Tam je zcela běžnou (a při odborné přípravě dokonce povinnou) součástí vyšetření zeptat se pacienta, co si myslí, že mu je, čeho se obává a jaký od vyšetření očekává výsledek (anglická zkratka ICE – ideas, concerns, expectations). V důsledku pak takové otázky žádného pacienta nepřekvapí, protože se na tyto věci ptá každý lékař, otázka na ICE je součástí atestační zkoušky.

Většina lékařů se shodne na tom, že komplexní přístup nebyl v rámci jejich studia dostatečně pokryt, a informace si tak museli dohledávat sami nebo se k nim dostali v rámci kurzů celoživotního vzdělávání, případně skrz doporučené postupy Společnosti všeobecného lékařství. Nicméně je zajímavé, že lékaři studující na stejné fakultě se ve svých hodnoceních občas neshodnou. Například lékař 3 říká, že komplexní přístup byl součástí kurikula pouze okrajově, zatímco lékařka 4 se domnívá, že se prolínal celým studiem. Podobně se neshodnou ani lékařky 9 a 8.

5.2 Informace o psychoterapii a odkud je praktičtí lékaři čerpají

Všichni zúčastnění lékaři se shodují, že se v průběhu vysokoškolského studia o psychoterapii nedozvěděli téměř nic. Nejčastěji v této souvislosti zmiňovali blok věnovaný psychiatrii v pozdějších ročnících, ale i tam byla psychoterapie zastoupena pouze okrajově. Většina lékařů tak informace o psychoterapii aktivně vyhledává na základě vlastního zájmu. Tři lékařky v minulosti uvažovaly o specializaci v psychiatrii (1, 6, 9), tři lékařky se zmínily o vlastní zkušenosti s psychoterapií (2, 4, 8). Jedna lékařka dlouhodobě docházela na Pražskou psychoterapeutickou fakultu (2), jedna absolvovala částečný výcvik v systemické psychoterapii (8), jedna krátký výcvik v KBT (7), jedna v krizové intervenci (9) a dvě další lékařky o psychoterapeutický výcvik vyjádřily zájem (1, 4). Jako jeden ze zdrojů informací lékaři uváděli i kurzy, jmenovitě kurz psychoterapie v rámci povinné předatestační přípravy, ale i akreditované kurzy celoživotního vzdělávání. V rámci těchto kurzů mají lékaři volnou ruku, zda kurz absolvují, případně jaký kurz zvolí. Dvě lékařky udávaly jako zdroj informací přátele a známé z okruhu psychologie a psychoterapie.

Navzdory poměrně velkému osobnímu zájmu se lékaři příliš neorientují v jednotlivých psychoterapeutických směrech, jejich rozdílech, přínosech a aplikaci. Zdá se, že velmi často jsou informace velmi omezené: „nemyslím si, že bych měla nějaký super přehled. Víím, že existují různé přístupy. Slyšela jsem slovo Gestalt a tak, ale vlastně nevím úplně, co to znamená“ (7). Většina zmínek o konkrétních směrech probíhala přesně v tomto duchu. Nejčastěji lékaři mluvili o KBT, psychoanalýze, Gestalt psychoterapii a psychoterapii zaměřené na člověka.

Pokud lékaři mluvili o využití konkrétních směrů v rámci léčby problémů, s nimiž se setkávají, pak většinou zmiňovali KBT, konkrétně zejména u panických atak, úzkostí a problémů se spánkem:

Vycházej doporučený postupy, [...] četla jsem si úzkosti, deprese a poruchy spánku. A tam je to všechno celkem hezky zpracovaný, víceméně pro naše účely se většina věcí odehrává v poli KBT a žádný psychoanalýzy, což si myslím, že pro ty pole věcí a problémů, který mi tam většinou řešíme, je správný řešení. [...] Je to asi vsugerovaný dostupností KBT, ale mně jako mechanisticky smýšlejícímu člověku to KBTčko dává i větší smysl. (10)

Zároveň ale většina zúčastněných lékařů přiznává, že nemají dost informací, aby mohli fundovaně rozhodnout o konkrétním směru vhodném pro konkrétního pacienta

a problém. Zároveň si uvědomují, že správně zvolený psychotherapeutický směr není zárukou úspěchu a že je možné, že si pacient s psychotherapeutem „nesednou“, protože důležitou roli hrají i terapeutický vztah a faktory nezávislé na konkrétním směru. Většina lékařů tak nechává výběr na svých pacientech, případně je rovnou varuje, že najít psychotherapeuta může nějakou dobu trvat, a mohou dokonce vyzkoušet několik různých terapeutů, než najdou někoho, kdo jim „sedne“ (8).

S ohledem na účinnost psychotherapie se odpovědi lékařů lišily podle toho, na co kladli důraz. Podle zúčastněných lékařů je tak nástup účinku u psychotherapie pomalejší než u farmakoterapie, lékař 3 si dokonce myslí, že „může mít efekt za roky, pokud bude vedena dobře, než to odkryjí“. Nicméně její efekt je mezi zúčastněnými lékaři považován za dlouhodobější. Lékaři se v zásadě shodují, že u lehčích poruch a problémů je buď stejně účinná jako farmakoterapie, nebo dokonce účinnější a že ideální je kombinovat psychotherapii a farmakoterapii dohromady, neboť mechanismus účinku je jiný a doplňují se – farmakoterapie dá pacientům sílu na to, aby mohli v psychotherapii na svém stavu pracovat a něco změnit. Jedna lékařka se ovšem domnívá, že psychotherapie je účinná zhruba v polovině případů, „těch padesát procent tý neúčinnosti bych přisoudila tomu, že zaprvý si člověk musí s tím terapeutem sednout, musí být dobře vybraná ta terapeutická metoda a trvá to nějakou dobu“ (6).

5.3 Využití psychotherapie v léčbě

Zúčastnění lékaři se shodují, že v případě psychických potíží, jako jsou úzkost a panické ataky, je psychotherapie vhodná metoda léčby, většinou v kombinaci s psychofarmaky z důvodu rychlejšího nástupu účinku nebo i pro pocit jistoty, že pacient situaci zvládne. Lékaři se setkávají i s depresí a sebevražednými myšlenkami, kde má psychotherapie teoreticky rovněž svoje místo v léčbě, ovšem vzhledem k závažnosti problému a akutnímu stavu na ni v praxi mnohdy dojde později, neboť čekací doby jsou dlouhé a problém je třeba řešit rychleji (k tomu víc v následující kapitole). V takových případech dotazovaní lékaři většinou volí medikaci a pacienta průběžně zvou na kontrolu, dokud si nenajde psychotherapeuta (3).

V případě psychosomatických potíží (v tomto smyslu potíží, které se projevují somaticky, nicméně lékař předpokládá jejich původ v rovině psychosociální) je podle oslovených lékařů rovněž možné využít psychoterapii.

V obou předchozích případech lékaři sami zmiňovali psychoterapii jako možnost léčby. Jedna lékařka sama od sebe zmínila možnost využití psychoterapie jako doplňkové léčby u ryze tělesných obtíží (8), a to zejména v kontextu paliativní medicíny jako podpora pacientů a jejich rodin a v kontextu zvýšení compliance (součinnost pacienta s léčbou) a tam, kde pacienti „mají problém s přijetím toho onemocnění, potřebují třeba získat náhled na to, že musejí začít žít trošku jinak, než žili doted“. Dvě lékařky (2, 4) po doptání rovněž potvrdily možnost využití psychoterapie jako doplňku běžné léčby při somatických onemocněních, a to buď jako podpory v duchu psychoterapie zaměřené na člověka (2), nebo opět pro zvýšení compliance (4).

5.4 Jaká jsou podle praktických lékařů omezení ve využití psychoterapie?

Největším problémem a omezením využití psychoterapie je podle oslovených lékařů její nízká dostupnost. Všichni lékaři se shodují, že čekací doby „jsou katastrofální. Máme tady síť spolupracujících pracovišť, tady kolem nás a výborných, ale dostat se tam je absolutně někdy nemožné, nebo za šest měsíců“ (1). To samozřejmě omezuje péči, a navíc to klade nároky na ošetřujícího lékaře, který musí pacientovi pomoci překlenout období, než se dostane do péče psychoterapeuta (2). Pro některé pacienty je zároveň problémem i finanční dostupnost. Péče hrazená zdravotní pojišťovnou mívá čekací doby ještě delší a psychoterapeutů, kteří mají smlouvy se zdravotními pojišťovnami, je relativně málo v porovnání s poptávkou po těchto službách. Jak to komentoval jeden z lékařů: „ty pojišťovny s nima moc neuzavíraj smlouvy“ (3). Psychoterapie, kterou si pacient hradí sám, je pro hodně pacientů finančně nedostupná, zejména pokud by měli na psychoterapii chodit pravidelně delší dobu. Lékařka číslo 1 proto v takových případech odkazuje svoje pacienty na služby Sociální kliniky⁵, nicméně z oslovených lékařů byla jediná, kdo o této službě mluvil.

⁵ Sociální klinika nabízí krátkodobou terapii, kterou klient platí pouze částečně podle vlastních možností, čímž zvyšuje dostupnost péče, více informací je možno nalézt na stránkách www.socialniklinika.cz.

Mimo hlavní město je pak podle obou mimopražských lékařů (5, 10) situace ještě horší, a to jak s ohledem na dostatek psychoterapeutických služeb, tak na socioekonomickou situaci obyvatelstva:

Jinak to asi vypadá v Praze, kde je hromada fakultních nemocnic, lidi tam jsou bohatší, tím pádem jsou i víc vzdělanější, tudíž víc utrácejí za svoji zdravotní péči a i za ty preventivní programy, a jinak to asi vypadá na Vysočině nebo Liberecký/Karlovarský kraj, kde těch lidí je míň a ta dostupnost je tam taky trochu jiná a většinou ty lidi tam nejsou tolik majetní, tudíž zase tam není taková afinita za ty věci – protože tohleto většinou placený pojišťovnou není – tak aby do toho takhle dávali peníze. Prostě když jsem v té Praze pracoval, tak mi přišla spousta věcí taková jednoduchá. Ale pak, když jste někde trochu dál od Prahy, tak tam ta dynamika toho zdravotnictví funguje trochu jinak, no. I ti pacienti jsou prostě strašně jiní. (5)

Tím se posouváme od faktorů na straně poskytovatelů péče k faktorům na straně pacienta. V tomto kontextu někteří lékaři zmiňují věk, ale i socioekonomickou situaci pacienta jako něco, co ovlivňuje přijetí diagnózy i následné vyhledání pomoci. Mladší lidé mají podle většiny lékařů k dispozici víc informací o psychickém zdraví a péči tak nepodceňují: „třicátníci půjdou všichni, šedesátníci půjdou ty osvícený, pětasedmdesátník vám řekne, jestli jste se posral [sic]“ (10). Jedna lékařka (8) ovšem vyjádřila názor přesně opačný, totiž, že generace lidí mezi 25 a 30 let je „mnohem křehčí. Že zdaleka nejsou tak odolní jako ty, co já znám ze své generace, [...] popravdě často to jejich ego těžko přijímá, že by měli teda jako někam jít.“ Svou roli hraje i již zmíněná sociální situace a vzdělání pacienta, protože je snazší a rychlejší dostat se na psychoterapii přímo hrazenou pacientem než na psychoterapii hrazenou pojišťovnou (5) a vzdělanější lidé si jsou lépe vědomi souvislostí mezi psychickým a fyzickým zdravím (7).

Navzdory zvyšujícímu se povědomí o psychickém zdraví s sebou tyto problémy stále nesou určité stigma, které brání vyhledání pomoci (2), případně nutí lékaře, aby dlouze vysvětlovali kontext problému, druhy léčby a důsledky pro pacienta (10).

6 DISKUZE

V této kapitole se pokusím uvést výsledky výzkumu do souvislosti s teoretickou částí práce a zhodnotit přínosy i limity předloženého výzkumu.

6.1 Výsledky výzkumu v kontextu aktuálního poznání

V kontextu komplexního přístupu tento výzkum potvrdil poznatky předešlých prací na téma psychosomatické medicíny v českém zdravotnictví. Celkem vzato se všichni zúčastnění lékaři staví ke komplexnímu přístupu kladně a shodně tvrdí, že se o něj sami ve vlastní praxi pokoušejí. Nicméně i zde se projevuje to, co je podle mě implicitně obsaženo v dřívějších pracích (zejména Kuchtová, 2018; Stoklasová, 2016), totiž že se komplexní přístup v pojetí praktických lékařů většinou omezuje na dva druhy problémů. Předně jde o problémy, jejichž původ je jasně v psychické oblasti, jako jsou například deprese nebo úzkosti. Práce s těmito druhy potíží je přitom pro oslovené praktické lékaře jednodušší, protože jsou tyto potíže jednak jasně diagnosticky vymezené, jednak i sami pacienti většinou přicházejí s problémy, které se projevují v psychické oblasti, a tuší tak, že problém může mít psychickou příčinu. Zadruhé jsou to potíže somatického charakteru, které navzdory četným vyšetřením nemají adekvátní tělesnou příčinu, a jsou proto považovány za psychosomatické v užším slova smyslu. Doporučený postup pro psychosomatické poruchy a lékařsky nevysvětlitelné příznaky uvádí, že pacientů s takovými příznaky může být v ordinaci praktického lékaře až 40 % (Chvála et al., 2015). Náročnost péče o takové pacienty tak spočívá jednak v jejich množství, ale především v čase, který lékař takovému pacientovi musí věnovat, neboť psychosomatické onemocnění je diagnóza *per exclusionem*, a pacienta je tak třeba nejprve důkladně somaticky vyšetřit, aby nedošlo k zanedbání (Já Praktik, 2023). V neposlední řadě je náročná komunikace s takovým pacientem, která nezřídka bývá spojena s osvětou a s jeho obeznámením o provázanosti psychických, sociálních a tělesných aspektů a jejich vlivu na aktuální stav, přičemž pro některé pacienty je taková představa obtížně přijatelná. Náročnost péče o tyto pacienty dobře zaznamenává Feuersteinová (2014, s. 50). Různé komunikační strategie oslovených lékařů jsou podle mě důkazem, že navzdory vývoji posledních let nemají praktičtí lékaři stále dostatečnou teoretickou oporu v zacházení s těmito pacienty, a musejí si tak na „svůj“ přístup přijít sami.

Navzdory malému zastoupení psychoterapie ve výuce budoucích lékařů jsou si oslovení praktičtí lékaři veskrze dobře vědomi účinnosti psychoterapie. V souladu s výzkumy na toto téma uváděli, že u lehčích poruch a problémů považují psychoterapii za dostatečnou formu pomoci, která je ekvivalentní farmakoterapii, vzhledem k důrazu na společné použití psychoterapie a farmakoterapie zejména u těžších poruch se zdá, že se spíše přiklání k hypotéze synergického působení obou druhů terapie (viz například Ijaz et al., 2018). Domnívám se, že nejasnost panuje ohledně rychlosti nástupu účinku. Například vyjádření lékaře 3, že psychoterapie „může mít efekt za roky“ neodpovídá výzkumným zjištěním. Počet psychotherapeutických sezení, která je třeba absolvovat, aby polovina pacientů dosáhla klinicky významného zlepšení, je v průměru mezi deseti a dvaceti sezeními, úleva od akutních symptomatických problémů většinou probíhá rychleji než úleva od problémů souvisejících s osobnostními charakteristikami (Cooper, 2008, s. 27). Čím více psychotherapeutických sezení pacient absolvuje, tím je zlepšení jeho stavu větší, nicméně se zdá, že zde platí zákon klesajících výnosů, takže v průměru je největšího zlepšení dosahováno na začátku psychoterapie a postupně se přidaná hodnota dalších sezení snižuje. Například zlepšení mezi sezením 53 a 104 je zhruba stejně velké, jako mezi sezeními 2 a 4 (Cooper, 2008, s. 27). V praxi to znamená, že krátkodobé psychotherapeutické intervence mají velmi dobrý poměr mezi náklady a výsledky. Péče o pacienty s psychosomatickými problémy nebo lékařsky nevysvětlitelnými symptomy (MUS) stojí zdravotní systém hodně peněz a má nepřímé finanční dopady i na veřejné finance (Konnopka et al., 2012). Investice do dostupnosti krátkodobé psychoterapie pro větší množství pacientů by tak měla nejen prokazatelný pozitivní vliv na kvalitu života pacientů, ale šetřila by peníze v dlouhodobém horizontu. Některé zdravotní pojišťovny v poslední době začaly krátkodobé využití psychoterapie podporovat, nicméně pacienti i lékaři v praxi narážejí na velmi omezenou dostupnost těchto služeb, což vede k větší zátěži pro zdravotní systém a zároveň to znamená, že pacienti déle čekají na péči.

Z provedených rozhovorů se zdá, že lékaři jsou si vědomi možných omezení a rizik psychoterapie. Pacientův stav se může v psychoterapii zhoršit (3), roli hraje i vztah mezi konkrétním pacientem a psychotherapeutem. Nejasný zůstává vztah mezi konkrétními potížemi a psychotherapeutickými směry, což v zásadě reflektuje nejasnost ve výzkumné literatuře. Oslovení lékaři nejčastěji zmiňovali KBT, což je skutečně metoda podpořená největším množstvím studií (Cooper, 2008), praktikům dobře dostupný Doporučený postup pro psychosomatické poruchy a lékařsky nevysvětlitelné příznaky navíc podotýká, že se

KBT se svým mechanistickým přístupem dobře doplňuje s klasickým lékařským myšlením, nicméně vzápětí dodává, že „stejně účinné jsou i další směry psychoterapie, které lze indikovat podle typu pacienta a druhu problematiky“ (Chvála et al., 2015, s. 13). V praxi lze u oslovených lékařů pozorovat mírnou preferenci vůči KBT, většina z nich ale realisticky podotýká, že tam, kde je psychoterapie indikovaná, je důležité, aby pacient chodil alespoň na nějakou psychoterapii, byť to třeba nebude směr, který by pro dané obtíže byl nejvhodnější.

V souladu s předchozími zjištěními (Feuersteinová, 2014; Stoklasová, 2016) tak největší překážkou využití psychoterapie v léčbě není neznalost praktických lékařů, ale dostupnost psychoterapeutické péče. V tomto ohledu by mohla pomoci širší podpora krátkodobě poskytované psychoterapie ze strany zdravotních pojišťoven, zejména rozšíření sítě poskytovatelů takové péče. Platba za sezení je podle mnoha odborníků důležitým momentem poradenské psychoterapie (viz například Vybíral & Roubal, 2010) a nepochybně pomáhá identifikovat klienty, kteří jsou více motivovaní, a proto ochotní za poradenskou psychoterapii zaplatit, nicméně v kontextu zdravotnického systému a péče o pacienty s psychickými nebo psychosomatickými potížemi by dle mého názoru měla tato péče být hrazena ze zdravotního pojištění. Výzkumy přesvědčivě ukazují, že psychoterapie je v těchto případech účinná, a navíc ekonomicky výhodná metoda pomoci, a je tedy v zájmu zdravotnického systému i zdravotních pojišťoven, aby byla dostupná. Tam, kde svou roli hraje i nedostatek poskytovatelů psychoterapeutické péče, je v současnosti možné využít alternativní formy pomoci, například prostřednictvím online konzultací. Můj dojem zároveň je, že omezená dostupnost péče může být jeden z důvodů, proč lékaři nenabízejí psychoterapii jako doplňující léčbu pro ryze somatické potíže. Pokud je obtížné se na psychoterapii dostat tam, kde je psychoterapie indikovaná jako jedna z hlavních metod léčby, pak nemá cenu to zkoušet tam, kde by byla pouze jejím doplňkem.

6.2 Přínosy a limity výzkumu

Nesporným přínosem této práce je zaměření na oblast, které se v České republice nikdo nevěnuje a neexistuje k ní relevantní literatura. Bio-psycho-sociální paradigma nebo psychosomatická medicína jsou relativně častým předmětem výzkumů, nicméně přístup k psychoterapii a způsob, jakým je v kontextu všeobecného praktického lékařství využívána, dosud nikdo nezkoumal. Za tím účelem se podařilo shromáždit relativně různorodý vzorek lékařů, který zahrnuje jak lékaře čerstvě v praxi, tak praktiky s desetiletými zkušenostmi,

včetně lékařky, která studovala a pracovala v zahraničí, a má tak vcelku jedinečnou perspektivu. Různorodé je i profesní pozadí zúčastněných lékařů: někteří se v minulosti věnovali interní medicíně, kardiologii nebo paliativní medicíně. Jako úspěch vnímám fakt, že se do vzorku podařilo dostat nejen lékaře z Prahy, ale i z dvou dalších krajů, jejich perspektiva výzkum rozhodně obohatila.

Dva použité způsoby provádění rozhovorů (osobně a online) v důsledku vedly k triangulaci setingu při získávání dat (Miovský, 2006). Tento způsob triangulace nebyl zamýšlený, ale při reflexi probíhajícího výzkumu bylo zřejmé, že setting má na získaná data vliv. Rozhovory vedené osobně měly širší záběr, který lépe umožňoval zorientovat se ve výzkumné oblasti. Online rozhovory byly více strukturované a umožnily získat tak hlubší poznání témat, která se vynořila během osobních rozhovorů. V tomto kontextu považuji za šťastné, že první rozhovory probíhaly osobně.

V průběhu celého výzkumu jsem se cíleně snažil o sebereflexi, před začátkem výzkumu jsem provedl reflexi vlastního postoje, během výzkumu jsem se snažil o reflexi způsobu kladení otázek a jejich formulace, i toho, jak během rozhovoru odpovédím respondentů rozumím a jak to ovlivňuje moje další otázky. V důsledku jsem se po několika prvních rozhovorech začal víc doptávat, zda odpovédím rozumím tak, jak je účastníci mysleli. Doufám, že tato snaha zvýšila validitu výzkumu.

Výzkum má i svoje omezení. Způsob získávání respondentů zcela jistě ovlivnil získaná data, neboť je pravděpodobné, že se přihlásili lékaři, kteří mají na zkoumané téma vyhraněný názor (Ferjenčík, 2010). V tomto případě se k účasti na výzkumu velmi pravděpodobně hlásili lékaři, kteří se o danou oblast zajímají a mají k ní pozitivní vztah.

Způsob představení výzkumného tématu jako psychoterapie v kontextu komplexního přístupu mohl ovlivnit získaná data nasměrováním pozornosti lékařů k psychosomatické problematice. Při pozdějších rozhovorech jsem se snažil tento vliv korigovat tím, že jsem se cíleně doptával na možnost využití psychoterapie při somatických problémech.

7 ZÁVĚR

Tento výzkum ukazuje, že se zúčastnění praktičtí lékaři ke komplexnímu přístupu stavějí pozitivně a pokoušejí se o jeho aplikaci, nicméně v jejich praxi se komplexní přístup omezuje na problémy předpokládaného psychosociálního a psychického původu a málokdy se uplatní tam, kde jsou příčiny i projevy problému v rovině somatické.

Podobně i psychoterapii doporučují svým pacientům převážně tam, kde jsou předpokládané příčiny problému v rovině psychosociální a psychické, a pouze část zúčastněných lékařů považuje psychoterapii za vhodnou doplňkovou metodu léčby somatických potíží, a to zejména v oblasti paliativní péče. Většina zúčastněných lékařů projevuje o psychoterapii zájem a v důsledku toho si sami aktivně zjišťují informace, docházejí na kurzy celoživotního vzdělávání nebo se informují u svých známých. Informace ohledně účinnosti psychoterapie v zásadě odpovídají výzkumným zjištěním, lékaři ovšem poněkud tápou ve znalostech jednotlivých psychoterapeutických přístupů. Zároveň se zdá, že chybějí informace o využití psychoterapie v rámci doplňující léčby somatických potíží.

Největším omezením využitelnosti psychoterapie je podle oslovených lékařů její špatná dostupnost, konkrétně nedostatek poskytovatelů psychoterapeutické péče a s tím spojené dlouhé čekací lhůty. Dalším problémem je nízká dostupnost služeb hrazených pojišťovnou a relativně vysoká cena soukromě hrazené péče, v důsledku si tak někteří pacienti nemohou psychoterapii z finančních důvodů dovolit.

8 SOUHRN

Tato bakalářská práce se snaží zjistit, co praktičtí lékaři vědí o psychoterapii a jak se k ní stavějí. Pro účely této práce je psychoterapie definovaná jako záměrné a cílené působení psychoterapeuta na pacienta pomocí psychologických prostředků ve zdravotnickém kontextu.

Účinnost psychoterapie je podpořena množstvím studií, je srovnatelná s účinkem psychofarmak, přetrvává však delší dobu. Různé psychoterapeutické přístupy jsou zhruba stejně účinné, pravděpodobně i proto, že sdílejí celou řadu společných faktorů. Zároveň se zdá, že některé psychoterapeutické směry jsou vhodnější pro pacienty s určitým typem problému (Cooper, 2008).

Psychoterapie má ve zdravotnickém kontextu své místo jak v léčbě psychiatricky nemocných pacientů, tak u somatických onemocnění s výraznou psychosociální složkou i jako podpůrná terapie u somatických onemocnění, při léčbě bolesti nebo onkologicky nemocných pacientů. Na rozdíl od psychofarmak umožňuje porozumění sobě a okolnostem vzniku potíží a nabízí tak příležitost pro hlubší a trvalejší změnu (Vymětal, 2010). Je možno ji používat buď samostatně, nebo v kombinaci s psychofarmaky podle aktuálního stavu a obtíží pacienta. U čistě somatických onemocnění může pomoci s přijetím onemocnění, zvládnutím bolesti, nebo může poskytnout podporu nemocnému i jeho okolí.

Tato práce zkoumá psychoterapii v kontextu komplexního nebo též bio-psycho-sociálního přístupu, který se uplatňuje v medicíně a příbuzných pomáhajících oborech. Jedná se o holistický (celostní) pohled na člověka jako na organismus, jehož složky interagují mezi sebou i s prostředím a celek je ve výsledku víc než jen součet jednotlivých částí (Orel et al., 2016). I když je tento model uznán Světovou zdravotnickou organizací od roku 1977, do výuky budoucích lékařů se promítá spíše méně. Psychoterapie ve výuce téměř nefiguruje a neexistuje relevantní literatura, která by vědomosti českých lékařů o psychoterapii mapovala. Tato práce se proto soustředí na širší kontext komplexního přístupu a snaží se zjistit, jak se k němu praktičtí lékaři stavějí, co vědí o psychoterapii a jak jsou jejich informace přesné, v jakých případech psychoterapii doporučují a jaká jsou podle nich její omezení.

Za tím účelem bylo osloveno deset praktických lékařů, se kterými byly provedeny polostrukturované rozhovory. Ve snaze zachytit do hloubky zkušenost těchto lékařů byl zvolen kvalitativní přístup, konkrétně Interpretativní fenomenologická analýza. Jednotlivé rozhovory byly nahrány, průběžně přepisovány a následně kódovány v programu Atlas.ti s ohledem na obsah a na témata, která se v rozhovorech objevovala a týkala se zejména výzkumných otázek.

Oslovení lékaři se ke komplexnímu přístupu stavějí veskrze pozitivně a snaží se ho aplikovat v rámci vlastní praxe, zejména při setkání s potížemi psychického a psychosociálního původu. Velká část péče se tak odehrává v hranicích „klasické“ medicíny. Náročná je komunikace s pacientem, mnoho pacientů otázky, které směřují na jejich aktuální životní okolnosti, nečeká.

Informace o psychoterapii zúčastnění lékaři získávají především na základě vlastního zájmu o obor, během studia na vysoké škole se setkali s minimem informací. Zájem o obor vede k tomu, že si například volí kurzy zaměřené na psychoterapii v rámci celoživotního vzdělávání. Někteří lékaři se o psychoterapii začali zajímat v průběhu stáží nebo dřívější práce. Informace lékařů o jednotlivých psychoterapeutických přístupech a jejich vhodnosti v konkrétních případech jsou poněkud kusé, nicméně mají dobrý přehled o její účinnosti.

Zúčastnění lékaři doporučují svým pacientům psychoterapii především při psychických a psychosomatických problémech, často v kombinaci s psychofarmaky. Využití psychoterapie jako podpůrné doplňující péče u somatických onemocnění není mezi lékaři příliš doporučováno, byť si někteří uvědomují její potenciál zejména v případě pomoci s přijetím diagnózy, změnou životního stylu a zvýšení spolupráce s léčbou. V tomto kontextu také někteří lékaři zmiňovali místo psychoterapie v komplexní paliativní péči o pacienta i jeho okolí.

Širšímu využití psychoterapie v současnosti podle oslovených lékařů brání především její nedostatek psychoterapeutů v porovnání s poptávkou po těchto službách, malá dostupnost péče hrazené zdravotní pojišťovnou a relativně vysoké náklady na soukromě hrazenou psychoterapii. Dostupnost péče v krajích je přitom výrazně horší než v Praze, lékaři proto někdy odkazují pacienty na psychoterapii poskytovanou online.

LITERATURA

1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy. (2023). *Magisterské studium Všeobecné lékařství 2022/2023 a 2023/2024—1. Lékařská fakulta Univerzity Karlovy*. Získáno 6. července 2023 z <https://www.lf1.cuni.cz/magisterske-studium-vseobecne-lekarstvi-v-akademickem-roce-20162017>
 2. lékařská fakulta Univerzity Karlovy. (2022). *Povinné předměty | 2. Lékařská fakulta Univerzity Karlovy*. Získáno 6. července 2023 z <https://www.lf2.cuni.cz/studium/povinne-predmety>
 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy. (2023). *Studenti. 3. lékařská fakulta*. Získáno 7. července 2023 z <https://www.lf3.cuni.cz/3LF-42.html>
- Abbass, A., Kisely, S., & Kroenke, K. (2009). Short-Term Psychodynamic Psychotherapy for Somatic Disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78(5), 265–274. <https://doi.org/10.1159/000228247>
- Balon, R. (2009). Cognitive-Behavioral Therapy, Psychotherapy and Psychosocial Interventions in the Medically Ill. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78(5), 261–264. <https://doi.org/10.1159/000228246>
- Burnes, B., & Cooke, B. (2012). Kurt Lewin's Field Theory: A Review and Re-evaluation: Kurt Lewin's Field Theory. *International Journal of Management Reviews*, 408-425. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2370.2012.00348.x>
- Cooper, M. (2008). *Essential research findings in counselling and psychotherapy: The facts are friendly*. SAGE.
- Cox, G. R., Callahan, P., Churchill, R., Hunot, V., Merry, S. N., Parker, A. G., & Hetrick, S. E. (2014). Psychological therapies versus antidepressant medication, alone and in combination for depression in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2014(11). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008324.pub3>

- Česká lékařská komora. (n.d.). *Pro veřejnost / Seznam lékařů*. Česká lékařská komora. Získáno 5. července 2023 z [https://www.lkcr.cz/seznam-lekaru'](https://www.lkcr.cz/seznam-lekaru)
- Danzer, G. (Ed.). (2001). *Psychosomatika: Celostný pohled na zdraví těla i duše* (Vyd. 1). Portál.
- Duncan, B. L. (2014). *On becoming a better therapist: Evidence-based practice one client at a time (2nd ed.)*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14392-000>
- Dušek, K., & Večeřová-Procházková, A. (2015). *Diagnostika a terapie duševních poruch* (2., přepracované vydání). Grada Publishing.
- Feliu Soler, A., Montesinos, F., Gutiérrez-Martínez, O., Scott, W., McCracken, L., & Luciano, J. (2018). Current status of acceptance and commitment therapy for chronic pain: A narrative review. *Journal of Pain Research, Volume 11*, 2145–2159. <https://doi.org/10.2147/JPR.S144631>
- Ferjenčík, Ján. (2010). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Portál.
- Feuersteinová, J. (2014). *Psychosomatický přístup v českém zdravotnictví* [Bakalářská diplomová práce, Univerzita Palackého v Olomouci]. <https://theses.cz/id/7n0tnu/>
- Hay, P. P., Claudino, A. M., & Kaio, M. H. (2001). Antidepressants versus psychological treatments and their combination for bulimia nervosa. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003385>
- Honzák, R. (2017). *Psychosomatická prvouka* (Vydání první). Vyšehrad.
- Chvála, V., Honzák, R., Masner, O., Ročnová, M., Seifert, M., Trapková, L., & Seifert, B. (2015). *Psychosomatické poruchy a lékařsky nevysvětlitelné příznaky* (1. vyd.). Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP.
- Ijaz, S., Davies, P., Williams, C. J., Kessler, D., Lewis, G., & Wiles, N. (2018). Psychological therapies for treatment-resistant depression in adults. *Cochrane*

Database of Systematic Reviews, 2018(8).

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD010558.pub2>

Já Praktik. (2023, leden 6). *Psychosomatické poruchy a lékařsky nevysvětlitelné přízna...* Já

Praktik. Získáno 15. července 2023 z <https://www.japraktik.cz/odborne-clanky/psychosomaticke-poruchy-a-lekarsky-nevysvetlitelne-priznaky-v-ambulanci-pl-62331>

Konnopka, A., Schaefert, R., Heinrich, S., Kaufmann, C., Luppá, M., Herzog, W., & König,

H.-H. (2012). Economics of Medically Unexplained Symptoms: A Systematic Review of the Literature. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 81(5), 265–275. <https://doi.org/10.1159/000337349>

Kuchtová, N. (2018). *Komplexní přístup v pojetí praktických lékařů* [Bakalářská diplomová

práce, Univerzita Palackého v Olomouci]. <https://theses.cz/id/baja2k/>

Maunder, R. G., & Hunter, J. J. (2001). Attachment and Psychosomatic Medicine:

Developmental Contributions to Stress and Disease. *Psychosomatic Medicine*, 63(4), 556.

Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu* (Vyd. 1).

Grada.

Mulder, R., Murray, G., & Rucklidge, J. (2017). Common versus specific factors in

psychotherapy: Opening the black box. *The Lancet Psychiatry*, 4(12), 953–962. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30100-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30100-1)

Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb. (n.d.). *Národní registr poskytovatelů*

zdravotních služeb. Získáno 5. července 2023 z https://nrpzs.uzis.cz/index.php?q=psychosomatik*&Submit=Vyhledat&kraj=&okres=&obec=&ulice=&obvod=&obor=&forma=&druh=¢rum=&pg=vyhledavani-poskytovatele--pro-

verejnost&token=6ffa6fd2fae9d8b024093dcc04af4108a76c872408bf1a5e411c5cbd
7653464f

- Orel, M., Facová, V., Heřman, M., Koranda, P., Šimonek, J., & Volková Palátová, L. (2016). *Psychopatologie: Nauka o nemocech duše* (2., aktualizované a doplněné vydání). Grada.
- Poněšický, J. (Ed.). (2002). *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky: Souvislosti mezi zvládním životních problémů, tělesným zdravím a nemocí* (Vyd. 1). Triton.
- Procházka, R., Šmahaj, J., Kolařík, M., & Lečbych, M. (2014). *Teorie a praxe poradenské psychologie* (Vyd. 1). Grada.
- Schweickhardt, A., Larisch, A., Wirsching, M., & Fritzsche, K. (2007). Short-Term Psychotherapeutic Interventions for Somatizing Patients in the General Hospital: A Randomized Controlled Study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76(6), 339–346. <https://doi.org/10.1159/000107561>
- Sirri, L., Fava, G. A., & Sonino, N. (2013). The Unifying Concept of Illness Behavior. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82(2), 74–81. <https://doi.org/10.1159/000343508>
- Společnost psychosomatické medicíny ČLS. (2019). *Společnost psychosomatické medicíny ČLS*. Získáno 5. července 2023 z <https://www.psychosomatika-cls.cz/>
- Stoklasová, T. (2016). *Pacient s psychosomatickými problémy v ordinaci praktického lékaře* [Bakalářská diplomová práce, Univerzita Palackého v Olomouci]. <https://theses.cz/id/r3ank0/>
- Stuart, S., & Noyes Jr., R. (2006). Interpersonal Psychotherapy for Somatizing Patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75(4), 209–219. <https://doi.org/10.1159/000092891>
- Vybíral, Z., & Roubal, J. (2010). *Současná psychoterapie*. Portál.

- Vymětal, J. (2010). *Úvod do psychoterapie* (3., aktualiz. a dopl. vyd). Grada.
- Wetherell, J. L., Afari, N., Rutledge, T., Sorrell, J. T., Stoddard, J. A., Petkus, A. J., Solomon, B. C., Lehman, D. H., Liu, L., Lang, A. J., & Atkinson, H. J. (2011). A randomized, controlled trial of acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy for chronic pain. *Pain, 152*(9), 2098–2107.
<https://doi.org/10.1016/j.pain.2011.05.016>
- Wilshire, C. E., & Ward, T. (2016). Psychogenic Explanations of Physical Illness: Time to Examine the Evidence. *Perspectives on Psychological Science, 11*(5), 606–631.
<https://doi.org/10.1177/1745691616645540>

PŘÍLOHY

Seznam příloh:

1. Abstrakt v českém jazyce
2. Abstrakt v anglickém jazyce
3. Ukázka přepisu rozhovoru

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Povědomí a postoje praktických lékařů k psychoterapii

Autor práce: Bc. Jan Vlach

Vedoucí práce: Mgr. Jana Horáková

Počet stran a znaků: 47 (85 441)

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 38

Abstrakt (800–1200 zn.):

Cílem této práce je zjistit, jaké mají praktičtí lékaři informace o psychoterapii, jestli ji považují za použitelnou metodu léčby v kontextu komplexního přístupu, v jakých případech ji svým pacientům doporučují a jaké vidí v jejím použití překážky. Byl zvolen přístup z pozice interpretativní fenomenologické analýzy. S deseti praktickými lékaři byly provedeny polostrukturované rozhovory. Z těch vyplynulo, že se komplexní přístup omezuje na psychické a psychosomatické potíže, dále že praktičtí lékaři mají poměrně přesné informace o účinnosti psychoterapie, nicméně mají relativně malý přehled o různých psychoterapeutických směrech. Psychoterapii svým pacientům doporučují převážně u psychických a psychosomatických potíží, ve velmi omezené míře vidí potenciál psychoterapie u somatických obtíží. Použití psychoterapie v praxi brání její malá dostupnost a finanční nákladnost, což pacientům často brání ve vyhledání pomoci.

Klíčová slova: komplexní přístup, praktičtí lékaři, psychosomatika, psychoterapie

THESIS ABSTRACT

Title: Attitudes towards psychotherapy and knowledge thereof in general practitioners

Author: Bc. Jan Vlach

Supervisor: Mgr. Jana Horáková

Number of pages and characters: 47 (85 441)

Number of appendices: 3

Number of references: 38

Abstract (800–1200 characters):

The goal of the present thesis is to explore what general practitioners know about psychotherapy, if their information is accurate, how it is being used in the context of holistic approach and what the limitations are of its use. Semi-structured interviews were conducted with ten general practitioners and then analyzed from the standpoint of Interpretative phenomenological analysis. The results show that holistic approach in primary care is limited to issues of psychological and psychosomatic nature. Furthermore, general practitioners have a good working knowledge of the effectiveness of psychotherapy, but only a limited knowledge of the various psychotherapeutic approaches. Psychotherapy is being recommended as a treatment option mainly to patients with psychological or psychosomatic issues. Although there is potential for its use as a complementary treatment for somatic issues, psychotherapy is rarely being recommended in such cases. The use of psychotherapy is limited mainly due to a lack of availability and its high cost.

Key words: holistic approach, general practitioners, psychosomatic medicine, psychotherapy

UKÁZKA PŘEPISU ROZHOVORU

Rozhovor s lékařkou č. 9 probíhal 7. srpna 2023 online. Tučně jsou označeny otázky výzkumníka.

Takže já se vás budu ptát na komplexní přístup nebo psychosomatickou medicínu a psychoterapii. Zajímá mě, jak moc je to něco, co se třeba v praxi praktického lékaře dá využít, nebo jaký jsou problémy takového přístupu. Vlastně o tom nemám sám moc informací, proto mě to taky zajímá, a proto vlastně cokoliv mi řeknete, tak je pro mě důležitý. I kdybyste mi řekla, že to třeba vůbec nepoužíváte nebo že to nepovažujete za důležitý, tak je to pro mě cenná informace. A nejde teda o žádný vědomostní test.

Hm, dobře.

Máte nějaké otázky na mě, než začneme?

Ne, v pohodě, ne, nic mě nenapadá. Děkuji.

Dobře, tak jo, tak případně bude prostor i na konci. Samozřejmě mě kdykoli můžete přerušit, anebo kdybyste chtěla ten rozhovor ukončit, tak stačí říct a ukončíme to. Tak můžu se vás na začátek zeptat, jak dlouho se zabýváte praktickým lékařstvím?

Tři roky.

Tři roky, jasně. A pokud jsem to správně pochopil, tak jste ve specializační přípravě. Je to to samý jako příprava na atestaci, nebo to je ještě něco jinýho?

Ano, je to to samý.

Jo, dobře.

Příprava k atestaci.

A můžu se zeptat, kde jste studovala?

Druhou lékařskou fakultu v Motole.

Když řeknu psychosomatická medicína nebo komplexní přístup k pacientovi, tak co to pro vás znamená?

Přijde mi to vlastně nějaký jakoby blízký způsob uvažování o člověku, který je nějak třeba nemocný nebo řeší nějaké zdravotní obtíže. Něco takového spíš přirozeného, co vnímám jako že je danost.

Jasně. Zajímalo by mě, jak moc se člověk s takovýmhle přístupem setká při výuce na vysoký škole.

Hm, tak já jsem tam měla vlastně mezi tou praxí, ve které jsem teď teda třetím rokem, a koncem studia docela velké okno, šestileté, kdy jsem byla s dětma doma, takže už jsem studovala dávněji. Tak to nejsou úplně nějaké recentní zkušenosti, ale vlastně přijde mi, že ten psychosomatický způsob se nijak neřešil, nebo vlastně komplexnost toho přístupu k pacientovi nebylo nějaké téma. Spíš se jely ty dílčí předměty, ty dílčí úhly pohledu na ty choroby nebo na ty tělesné systémy a řekla bych, že tomu tam nějaký prostor dán nebyl.

Rozumím. A věnoval se nějaký prostor psychoterapii nebo informacím o různých směrech nebo účinnosti a tak?

Ne, myslím si, že ne. V rámci psychiatrie toho bylo hodně malinko, vlastně nějaké komunikace nebo nějaké psychologie jako takové jsme neměli, v rámci nějakých humanitních základů lékařství tam byly základy psychologie, ale spíš takové ty teoretická východiska, vývojová psychologie a podobně. Ale ne moc třeba psychoterapie jako taková nebo různé přístupy, tak to určitě ne. Mě to hrozně zajímalo, tadyta problematika. Já jsem chtěla dělat i psychiatrii a psychoterapie mi byla blízká. Dělal jsem krizovou intervenci během školy pro svůj zájem, takže mě to spíš bavilo a získávala jsem ty informace mimo. Takže v té škole určitě se tomu nijak nevěnovalo.

Jasně, rozumím. A když jste říkala, že jste získávala nějaké informace i mimo, máte nějakou představu o účinnosti psychoterapie? Jestli je účinná, nebo není účinná, nebo jak moc...?

Já jsem jednoznačně fanda psychoterapie, ať už pro vyloženě psychiatrické pacienty s psychiatrickou diagnózou, anebo jako podpůrnou psychoterapii v nějakých třeba náročných životních obdobích nebo tak. Takže já jsem velkej fanda psychoterapie.

Říkala jste, že komplexní přístup se moc nevyučuje, zajímalo by mě, jak se to pak třeba projevuje ve vaší praxi, když pracujete? Jak moc je to něco, na co kladete důraz.

Řekla bych, že tak nesystematicky. Že tím, že mi to přijde třeba zajímavé, nebo je mi to nějak blízké, tak se v nějakých chvílích třeba intuitivně snažím něco dílčím způsobem do té péče vnést, nebo spíš o nějaké asi moje nastavení, nebo třeba způsob, jak s těma lidma mluvím, ale systematizované to určitě nějak není. Nebo nemám pocit, že bych v tom byla nějak provázená nebo vyškolená, nebo něco takového. Ale spíš s některými pacienty, když je na to ten prostor, tak se snažím položit i nějaké otázky, třeba na jejich život celkově, nebo jak se jakoby cítí po psychické stránce, nebo když řešíme nějaký symptom, tak nějak třeba nauknout, jestli nemají nějaký těžký období, stres, že by to s tím mohlo souviset, takže spíš takovou jakoby naučovací formou. A někteří pacienti na to slyší a pak se třeba bavíme víc o tom, co prožívají, co se děje v jejich životě, a někteří ne, tak tam to do toho nijak nenasouvám silou.

Takže jestli tomu správně rozumím, tak se snažíte třeba zjistit jejich životní kontext toho, co se děje i mimo ty jejich potíže. Napadá mě třeba rodina nebo vztahy, nebo práce, nebo tak. A vlastně čekáte, jestli se chytí a jestli je k tomu něco napadne?

Jo, přesně tak, jo. Jestli to bude něco, o čem budou chtít mluvit, nebo co si třeba dávají i do nějaké souvislosti nebo tak.

Jo. V téhle souvislosti by mě zajímalo, jak moc je pro vás psychoterapie nějaký nástroj? Teď nemyslím, že byste ji konkrétně musela vykonávat vy, ale jak moc je to pro vás nějaký nástroj léčebné péče pro vaše pacienty, tak jako se prostě doporučuje, já nevím, na kardiologii nebo tak – tak jak moc to využíváte, nebo nevyžíváte a případně u jakých potíží?

Docela dávám žádanky na psychoterapii, nebo mluvíme s pacientama o tom, že by bylo asi fajn využít psychoterapii jako samoplátce třeba, tak tam žádanky nedávám. Takže docela bych řekla, že na to odkazuju nebo doporučuju. U jakých obtíží to bývá... Teď, když si

vybavím třeba poslední pacientky, tak to byly nějaké buď těžké životní situace, rozchod s partnerem, nemožnost počít dítě. Tak tam jsme o tom hovořily, pak to byla pacientka s úzkostným nastavením, s úzkostným prožíváním, kdy se domnívám, že to bude muset být řešeno i psychiatricky, zatím mám takový dojem z toho. Ale vlastně to byl nějaký prvokontakt s někým z doktorů, komu říkala o svých psychických obtížích z úzkostného spektra a nespavostí. Tam jsme jako první krok dali to, že by zkusila navštívit psychoterapeuta, a že dále uvidíme. Je ve hře i nějaká medikace, nebo pak odkázání na psychiatra. Tak to byla třeba teď úplně poslední pacientka. Pak lidi po nějakých těžkých životních situacích, nějaké úmrtí komplikované nebo něco takového, tak to taky jsme měli pacientku. Tak to mě napadá třeba teď.

Děkuju. Takže jestli tomu rozumím, tak jsou tam jak nějaký problémy vysloveně už na pomezí nějaký psychiatrický diagnózy jako třeba úzkosti, možná asi i deprese si tak představuju, že by mohly bejt docela častý?

Určitě i depresivita.

Tam to doporučujete i třeba jako nějakou léčbu první volby, jestli tomu správně rozumím?

Hm, ano.

Tak i tam, kde ty lidi si procházejí nějakým obtížným životním obdobím, nebo mají za sebou nějaký obtížný události. Chápu to správně, že ten člověk přijde třeba s nějakým somatickým problémem, něco ho bolí někde – nebo já nevím, špatně se mu dýchá, nebo tak – a tím, že se právě ptáte na to, co se děje v jeho nebo jejím životě, tak zjistíte, že se jim takováhle událost stala? Anebo s tím přicházejí třeba i sami?

Jo, může být, že mají nějaký jiný tělesný symptom, že si začne měřit, já nevím, vysoký tlak, nebo něco takového, ale někdy to bývá i v rámci prevence. Jakože v rámci té primární péče, kdy vlastně přichází jenom na preventivní vyšetření, a v rámci toho se to nějak otevře jako téma. Nebo někdy i u toho, že si jdou třeba pro výpis z dokumentace do zaměstnání a jakoby bočním efektem je, že na to přijde řeč, ale u těch prevencí mi to spíš pak přijde. Když už ti lidé přijdou s tím tělesným symptomem, většinou hodně chtějí řešit ten tělesný symptom, takže tam jsme v tom dýl. Určitě někoho, kdo přijde primárně s vysokým tlakem, neposílám na psychoterapii, leda po nějaké změně léku, nějakých kontrolách s těmi tlaky, kdy se nedaří, kdy to víc nějak řešíme, tak můžeme. Jakoby nařkneme třeba to téma psychiky a může to tam přijít, ale je to o dost dýl. Tam se s tím určitě netasim dřív, i když bych z toho mohla mít ten dojem třeba.

Takže v takovémhle případě prvně toho člověka somaticky vyšetříte, případně ho asi i pošlete na nějaký nějaký specializovaný vyšetření, a když se teda nic neprokáže, vyloučí se organický příčiny, tak pak se zkusíte třeba zeptat i na psychiku, jo?

Může být taky, ano, ano.

Přijde mi moc zajímavý, to, že se k tomu dostáváte takhle s těma lidma, i když oni si přijdou třeba pro nějaký papíry nebo tak, a tím, že se ptáte, tak zjistíte, že se jim něco děje, a jste schopni to podchytit preventivně, co? Přijde mi to sympatický.

Jo, děkuju. Hodně asi záleží, jestli už toho pacienta nějak znám, že už jsme se třeba vídali i předtím a je na co navázat, nebo už prostě něco o sobě trochu víme, nebo já o něm něco trochu vím, anebo když to bývají i prvkontakty, protože přece jenom jsme přebírali ordinaci a se všema pacientama jsem se neviděla, nebo bych neřekla, že o sobě něco víme, takže tam je to takové odosobněnější. Ale s těma, co už se víc známe, tak si člověk dovolí právě to nařknout nebo na něco navázat,

Jasně, takže čas je tam nějaký faktor v tom smyslu, že čím dýl toho člověka znáte, tak tím víc máte o něm informací a tím líp se vám s ním pracuje?

Jo. Myslím si, že většinou to tak platí. Asi ne úplně u všech pacientů, u někoho zas ten odstup je větší výhodou, ale většinou spíš i ve smyslu, že člověk nebude vypadat jako mimoň, když se třeba na něco takového zeptá, jo, jak se tomu člověku daří psychicky, jestli je všechno v pohodě a tak. Vlastně při nějakém prvkontaktu, když jde do ordinace praktika, tak si myslím, že to ten člověk spíš nečeká a že by ho to mohlo zaskočit. Takže zas nechci úplně to tam vnášet nevhodně, aby tím nebyl nějak zaskočený nebo nemístně oslovený.

Rozumím. Mluvila jste o psychosomatických obtížích. Když to takhle s tím člověkem nařknete, tak setkáváte se i s nějakýma nepříjemnýma reakcema? Asi je tam spektrum? Předpokládám, že na jednom konci je, že ten člověk řekne „Jo, tak zrovna jsem ztratil práci“ nebo něco, ale dovedu si představit, že jsou lidi, který se tomu vzpěčují, tak by mě zajímalo, jak to pak probíhá, ten rozhovor.

Jdu od toho pak asi, jo, je to ve formě nějakého nařkávání. Ta psychosomatika mně přijde strašlivě zajímavá, ale vlastně hrozně křehká nějak. Že mi přijde, že vlastně je to takový obor nebo spíš přístup... ale psychosomatika jako taková, jako obor, jako spíš něco, co se dá nabídnout nebo co je fajn, že tu je, ale že nějak ten impuls musí víc jít od toho pacienta, jinak že to není úplně produktivní. A že když se třeba nařkne ta otázka, třeba u těch lidí s vysokým tlakem: „Heleďte, ten tlak samozřejmě souvisí se spoustou věcí jako, já nevím, s bolestí, s tím, jak je člověk vyspaný/nevyspaný, s tím, jak je mu psychicky, jestli nezažívá třeba nějaký stresový období...“ A jestli se k tomu někdo chytne a má chuť k tomu třeba něco říct, tak už si o tom můžeme bavit víc. Jestli řekne „No, stres já mám celý život, ale víte, ten lék předtím mi seděl víc“, tak asi nemám tendenci u toho úplně nějak ulpívat, nebo to tam vnucovat. U pacientů, kteří jsou třeba chronicky nemocní a mají spoustu obtíží, kde se nabízí, že tam nějaký psychosomatický podíl musí být, jsem hodně opatrná, jak to tam vnést, jakože mi přijde, že někteří na to bývají citliví, že si to hned interpretují jako zlehčení těch obtíží. Když řekneme, že za tím je něco z psychiky nebo ze stresu, tak že to znevažuje to, že mají ale revmatoidní artritidu nebo něco takového. Taky jsem se s takovým nastavením setkala, tak tam jsem hodně opatrná. Spíš tak to nařknout nebo zas přes to, co pro sebe můžou udělat. Že to tam vnést, tu psychiku, třeba od konce, že tady mají ty nové léky na tu revmatoidní artritidu. A že to je fajn. A že taky co by si teď pro sebe mohli udělat, aby jim bylo dobře, jestli je čeká něco pěkného, co rádi dělají. Pozitivní psychologie, podpořit prostě ty pozitivní věci, co tam jsou, než to nějak rozpívávat.

Nevím, snažím se být spíš opatrná. Nechci to vnucovat tam, kde na to není úplně ta odpověď. Přijde mi, že to pak zbytečně ty lidi od toho spíš oddálí, než aby je to přiblížilo k tomu přemýšlení nad těma psychosomatickýma souvislostma.

Rozumím, takže je to takový velmi křehký. Vlastně že vy třeba zkusíte zasadit nějaký semínko, ale musí si to vypěstovat ten pacient, jestli o to má zájem.

Já to tak vnímám. Vlastně mi to přijde v té primární péči nebo v té ordinaci praktického lékaře v tomhle směru třeba těžší, než už mít psychosomatickou ambulanci nebo psychosomatickou ordinaci, kde už přichází někdo, kdo nějak s tím třeba počítá, že by tam mohl být nějaký podíl té psychiky nebo něco takového než tady, kde se s tím tak trochu nepočítá. Často se jde fakt jenom po těch tělesných symptomech. Tak to může působit jak z jiného světa, no trochu.

Rozumím. Máte třeba nějaká pracoviště, která můžete doporučit? Někaké konkrétní psychoterapeuty? Nebo třeba i psychosomatické ordinace, pokud znáte? Nebo to necháváte na tom pacientovi?

Odkazuju obecně. Nemám to tak, že bych měla navázanou spolupráci s nějakým konkrétním psychoterapeutem, je to spíš tím, že ta kapacita je tak nízká, že vlastně nemůžu mít jednoho psychoterapeuta, kterého budu nějak zásobovat. To není asi úplně reálné. Mám spíš vytipovaná pracoviště, kam třeba odkazuju. Takže určitě psychosomatická klinika na Praze 6, tam odkazuju. Víím, že s kapacitou jsou na tom náročně, ale prostě zkusím to a větší psychoterapeutické věci v Praze jako typu psychoterapeut, Psychoterapie Anděl nebo Břehová nebo Kappa Praha, tak prostě spíš dávám takové obecné odkazy, ať zkusí si zavolat vytipovaná pracoviště spíš než konkrétní lidi, no. Ta dostupnost je pak taková složitější.

A hraje v tom roli i nějaký konkrétní směr, který se na některých pracovištích dělá, nebo to vůbec nevstupuje do hry?

Přijde mi, že ne. Že mi třeba někdy běží hlavou, že by na to já nevím, byl zajímavý KBT přístup nebo tak, ale nemám prostor mít takhle vytipované ještě lidi, kteří dělají nějaký konkrétní směr a ještě vlastně aby měli tu kapacitu. Jo že asi by byla schopná třeba jako si vytvořit seznam lidí, kdo dělá víc Gestalt kdo dělá víc KBT a podobně, ale stejně to narazí na nějaké jejich limity časové, takže moc ne, tohle už vlastně neřeším vůbec. Ale přišlo by mi to milé.

Kdyby to bylo možné, tak by mi to přišlo prima. A za další si zas úplně netroufám rozhodnout, pro jaký směr, pro koho je vhodný. Navíc málokdo asi dělá vyloženě čistě jeden směr, že většinou se to trošku stejně prolíná i individuálními zkušenostmi toho terapeuta nevím, ale je to úplně už mimo moje možnosti to nějak zařídit.

Čili slyším ale, že nějaký přehled o těch směrech máte, zmiňovala jste KBT, Gestalt, a tak, ale narážíte vlastně na možnosti vašeho času. Zjišťovat si, kdo dělá co a jak moc se to dělá a navíc pak ještě na kapacitu toho člověka...

Přesně tak.

Takže ta dostupnost péče je nízká...

Nebo taková složitější asi nebo spíš komplikovaná, no vlastně si to úplně neumím představit to vybírat cíleně pro toho pacienta a vlastně bych řekla, že bych si netroufla říct, že si to úplně sedne. Jo, že ta osobnost toho terapeuta je asi taky hodně důležitá, že nevím, jestli je zásadní ten směr, jestli spíš nejde o ten přístup jako takový, i ten lidský a o ten kontakt, takže vlastně mi přijde, že já nevím, biosyntéza by byla super u těch pacientů, kteří řeší ty tělesné

příznaky, ale v důsledku stejně asi hodně záleží, jak si kdo sedne s tím konkrétním terapeutem a že určitě stejnou službu by mohl udělat i někdo, kdo je rodilý Gestalt, tak to neřeším.

Rozumím. Zajímalo by mě ještě, jestli vidíte nějaký rozdíl v reakcích těch pacientů, když prožívají nějaké psychosomatické potíže, a když prožívají nějaké potíže vysloveně na hranici psychiatrických diagnóz, jako jsou ty úzkosti a deprese. Jestli třeba, když se s nimi o tom bavíte, jestli i tam vnímáte nějakou křehkost, nebo jestli to třeba vnímají někteří lépe než jiní.

Mně třeba přijde, že ti lidé, kteří už přijdou s nějakými symptomy psychického ranku typu „nemůžu dobře spát“, „mám úzkosti“, „mám černé myšlenky“ a tak, že jsou už více otevření třeba té psychoterapii, že mi to přijde bliž, je snazší jim ji nabídnout, protože už víme, že jsme u té psychiky, než u těch pacientů, kteří přijdou s tím, že mají teď nevysvětlitelně vysoký tlak a že se jim strašlivě teď rozjel atopický ekzém a že mají prostě bolesti všech kloubů a třeba po té tělesné stránce tam nejsou nějaké patologické nálezy a nabízí se, že to souvisí třeba s psychikou. Tak tam mi to přijde vlastně mnohem horší, těžší to tam vnášet a nějak to oslovit. Že se mi vlastně líp už pracuje s tím, když někdo přijde a mluví o psychických symptomech

Je to nějak jasnější, vlastně i pro toho pacienta...

Pro mě je to jednodušší, určitě.

Úplně poslední otázka, nechci vás moc dlouho zdržovat. Už spolu mluvíme něco přes dvacet minut, ale ještě bych se rád zeptal, jestli když tomu pacientovi doporučíte třeba psychoterapii, tak jestli pak máte nějakou zpětnou vazbu od něj, jestli tu pomoc vyhledá nebo nevyhledá, případně jak to šlo.

Hm hm. Asi hodně záleží. Konkrétně myslím, že to nemá nějaký paušální rámeček. U některých pacientů se to dozvím, protože řešíme něco tělesného a máme další kontroly, takže spíš tam se na to můžu zeptat, nebo on to sám přinese tu informaci, že byl a jaké to bylo, tak to je jedna věc. Úplně že by s tím chodili aktivně a nějak nám dávali zprávu o tom, jak to fungovalo, bych asi neřekla. Takže spíš asi záleží, jestli máme příležitost se vidět, že při té příležitosti by to řekli. Jo a ty zkušenosti jsou fakt na škále od „perfektní, zásadně mi to změnilo život, je to úplně nejlepší, co mě potkalo“ až po „to bylo absolutně k ničemu, vůbec, byl jsem tam třikrát a nic mi to nedalo a šel jsem pryč.“ Takže ty zkušenosti jsou hodně různé s tou psychoterapií.

Já vám moc děkuju. Napadá vás k tomu ještě něco, na co jsem se třeba měl zeptat a nezeptal, nebo jen tak něco, co vám ještě běží hlavou?

Asi ne, asi mě nic nenapadá teď, nic mě nepálí, že bych chtěla říct.