

Univerzita Palackého v Olomouci  
Filozofická fakulta  
Katedra psychologie

# **CELOSTNÍ PŘÍSTUP LÉKAŘŮ A PSYCHOLOGŮ K PACIENTŮM**

**HOLISTIC APPROACH OF MEDICAL DOCTORS AND PSYCHOLOGISTS TO  
PATIENTS**



**Rigorózní práce**

**obor psychologie**

Autor: Mgr. Tereza Petružiová

Olomouc  
2015

## **Prohlášení**

Místopřísežně prohlašuji, že jsem rigorózní práci na téma: „Celostní přístup lékařů a psychologů k pacientům“ vypracovala samostatně a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V..... dne.....

Podpis.....

## **Poděkování**

Ráda bych na tomto místě poděkovala PhDr. Mgr. Romanu Procházkovi, Ph.D. za podnětné rady, připomínky a podporu.

Poděkování za ochotu, čas a vynaloženou energii patří také všem participantům výzkumu.

# Obsah

Úvod .....	7
<b>1. Počátky celostního přístupu .....</b>	<b>9</b>
1. 1. Vymezení pojmu .....	9
1. 2. Historie komplexního přístupu a hlavní představitelé .....	10
<b>2. Somatopsychická a psychosomatická onemocnění .....</b>	<b>12</b>
2. 1. Somatopsychická onemocnění .....	12
2. 2. Psychosomatické teorie .....	13
2. 2. 1. Psychoanalytická koncepce .....	13
2. 2. 2. Koncepce alexithymie .....	14
2. 2. 3. Koncepce psychického stresu .....	15
2. 2. 4. Teorie rodiny .....	16
<b>3. Celostní péče v prostředí České republiky .....</b>	<b>18</b>
3. 1. Předpoklady lékařů a psychologů pro poskytování celostní péče .....	18
3. 1. 1. Schopnost systémového myšlení .....	18
3. 1. 2. Vzdělávání lékařů a psychologů .....	19
3. 1. 3. Vztahové aspekty .....	20
3. 1. 4. Schopnost spolupráce .....	23
3. 2. Systém plateb za lékařskou a psychologickou péči .....	24
3. 3. Možnosti praktikování celostní péče .....	25
3. 4. Alternativní léčebné metody využívané v rámci celostní péče .....	27
3. 4. 1. Akupunktura .....	27
3. 4. 2. Homeopatie .....	27
3. 4. 3. Fytoterapie .....	28
3. 4. 4. Reflexní terapie .....	29
3. 4. 5. Ajurvéda .....	29
3. 4. 6. Práce s tělem .....	30
<b>4. Postoje lékařů a psychologů k celostnímu přístupu k člověku .....</b>	<b>31</b>
<b>5. Cíle práce .....</b>	<b>35</b>
5. 1. Výzkumný problém .....	35
5. 2. Cíle výzkumu a výzkumné otázky .....	35
<b>6. Metodologický rámec výzkumu .....</b>	<b>37</b>

6. 1. Charakteristika výzkumného souboru .....	37
6. 2. Získávání dat.....	40
6. 3. Analýza dat .....	42
6. 4. Etické aspekty výzkumu .....	42
<b>7. Výsledky výzkumu .....</b>	<b>44</b>
7. 1. Deskripce vzorku lékařů .....	44
7. 2. Deskripce vzorku psychologů.....	48
7. 3. Odpovědi na výzkumné otázky.....	51
7. 4. Další podobnosti a rozdíly mezi vzorkem lékařů a psychologů .....	53
7. 5. Interpretace zjištěných faktů .....	54
<b>8. Diskuze.....</b>	<b>56</b>
8. 1. Diskuze o metodice.....	56
8. 2. Diskuze o výsledcích .....	57
8. 3. Doporučení pro praxi.....	58
<b>9. Závěry .....</b>	<b>60</b>
<b>10. Souhrn.....</b>	<b>61</b>
<b>Literatura .....</b>	<b>64</b>
<b>Přílohy.....</b>	<b>70</b>

*„Není důležité, jakou nemocí onemocněl určitý člověk,  
ale jaký člověk onemocněl určitou nemocí.“*

***Hippokrates***

## Úvod

Svou rigorózní prací na téma „Celostní přístup lékařů a psychologů k pacientům“ navazuji na svou diplomovou práci, v níž jsem se problematikou celostního přístupu zabývala výlučně z pohledu lékařů. K myšlence téma tímto způsobem rozšířit mě přivedla přednáška dr. Chvály a dr. Trapkové (kteří mimo jiných rovněž participovali na výzkumné části práce), kde zazněla myšlenka, že schopnost odborníků nahlížet na člověka celostně je stále problematická, ne však pouze u lékařů, ale také u psychologů. Rozhodla jsem se proto pohledy a zkušenosti těchto dvou skupin porovnat.

Problematika celostního přístupu k člověku se v posledních několika letech stále více dostává do centra zájmu odborné i laické veřejnosti. V médiích se čím dál častěji objevují intenzivní propagátoři komplexní péče z řad lékařů, psychologů a příbuzných profesí, lidé se více zabývají zdravým životním stylem a v případě nemoci často hledají alternativní způsoby pomoci. Také všeobecně vyhledávají lidštější a osobnější kontakt člověka s člověkem.

Ve své rigorózní práci se zabývám se tématem komplexního přístupu k pacientovi či klientovi, přičemž vycházím z teoretického ukotvení potřebnosti takového přístupu, dále pak mapuji důležité předpoklady na straně lékařů a psychologů a popisuji současné možnosti praktikování celostní péče s ohledem na české podmínky. V praktické části zpracovávám téma z pohledu lékařů a psychologů pracujících celostně, zachycuji jejich představu o celostní péči i její praktikování.

Změna oproti diplomové práci spočívá v rozšíření vzorku lékařů a přidání vzorku psychologů. Výstupy jsou poté zpracovány nikoliv pouze deskriptivně, ale s důrazem na podobnosti a rozdíly mezi oběma skupinami odborníků. Zjištěné údaje jsou porovnány s teoretickým ukotvením a jsou naznačeny možné příčiny rozdílů.

Cílem práce je popsat postoje a praktikování celostní péče u lékařů a psychologů v českém prostředí, formulovat možné příčiny podobností a rozdílů a v ideálním případě přispět ke změně společenské praxe.

# **Teoretická část**



# 1. Počátky celostního přístupu

První část této kapitoly se zabývá vymezením pojmu celostní přístup, který je rovněž srovnán s pojmem psychosomatický přístup a je popsáno, jak bude s těmito pojmy v práci dále nakládáno. Dále je zmapována historie vývoje od prvních zárodků komplexního přístupu po dnešní pojetí.

## 1. 1. Vymezení pojmu

Odborná literatura často užívá termíny celostní a psychosomatický přístup synonymně. Z jejich významů však vyplývají určité rozdíly.

Celostní pohled na člověka vyjadřuje, že **člověk je systém zahrnující biologickou, psychologickou, sociální a spirituální složku**. V tomto systému změna v jedné složce ovlivní všechny ostatní (Danzer, 2001). Pojem psychosomatika v sobě zahrnuje pouze dva aspekty, a to duši (*psýché*) a tělo (*soma*). Výraz „psychosomatický“ také vyvolává dojem duality a toho, že tělo a duše jsou dvě oddělené části, z nichž každá může fungovat samostatně. Fenichel (1945, in Danzer, 2001) však tvrdí, že neexistuje somatické onemocnění, jež by nezahrnovalo také psychickou komponentu. Světová zdravotnická organizace zaujala podobné stanovisko v roce 1992 a prohlásila, že výraz „psychosomatický“ není užíván, neboť naznačuje, že psychické faktory nejsou při vzniku somatických onemocnění důležité (Mezinárodní klasifikace nemocí, 1992).

Podstatou komplexního přístupu je východisko, že na etiopatogenezi, průběhu a udržování každého onemocnění se vždy nějakým způsobem podílí i ostatní složky. Jde-li tedy o onemocnění primárně tělesné, ovlivněna je i psychika a sociální vztahy daného člověka. Podobně při onemocnění či potížích primárně psychických je zasažena také složka tělesná a sociální.

Pojem **psychosomatické poruchy** je v práci užíván ve smyslu poruch somatoformních, tedy tělesných potíží, které vznikají v reakci na psychosociální stresory, nejsou podloženy dostatečným patologickým nálezem, a které bývají označovány jako poruchy funkční. Do této kategorie lze zahrnout také psychosomatózy, tedy chronická psychosomatická onemocnění, která jsou již provázena též morfologickými patologickými změnami (Poněšický, 2010). V souladu s výše zmíněným jsou tedy psychosomatické poruchy pouze určitým výsekem, na němž je propojení mezi jednotlivými složkami patrnější. Celostní

přístup je nicméně širší pojem, který zároveň reflektuje obousměrnost propojení mezi jednotlivými složkami.

## 1. 2. Historie komplexního přístupu a hlavní představitelé

Řecký lékař **Hippokratés** byl jedním z prvních lidí, kteří se začali o propojení těla a duše zajímat. Ve své teorii temperamentu uvedl, že na základě převahy určitého druhu tělesné šťávy (krev, hlen, žluč a černá žluč) lze stanovit základní citové ladění, emoce, psychickou kondici a také náchyllost člověka ke konkrétním psychickým či tělesným onemocněním. Specifické tělesné stavy jsou zároveň spojeny s určitými psychickými projevy. Hippokratés do činitelů ovlivňujících zdraví člověka zahrnul také působení přírody. Mezi tělem a duší nepředpokládal žádnou dualitu (Chromý & Honzák et al., 2005). Tu vnesl do medicíny až Hippokratův pokračovatel **Galénos**. Svě žáky učil, aby tělu i duši věnovali stejnou pozornost, na rozdíl od Hippokrata je však nepovažoval za propojené nádoby (Chromý & Honzák et al., 2005).

V 17. století, kdy se začala etablovat různá vědecká odvětví, byla duše z medicíny zcela vydělena. Náležela církvi a jako taková představovala něco nevědeckého. Tomuto pojetí přispěla také filozofie **Reného Descarta**, který ve své dualistické teorii předpokládá, že existují dva principy – duchovní a fyzický, které jsou na sobě nezávislé. V důsledku toho bylo medicíně ponecháno výlučně tělo a duše se dostala mimo zájem lékařů (Chromý & Honzák et al., 2005). Teprve ve 2. polovině 19. století se z filozofie vydělila psychologie jako samostatná věda a začala usilovat o širší pohled na člověka. Ve dvacátém století pak vznikl nový druh dualismu, kdy se některé nemoci začaly klasifikovat jako čistě somatické, zatímco jiné jako psychosomatické. Pojem psychosomatická onemocnění označoval tělesné potíže vzniklé následkem psychického konfliktu (Faleide, Faleide, & Lian, 2010).

**Sigmund Freud** formuloval, jakým způsobem dochází ke vzniku tělesných poruch na bázi duševních obtíží (Morschitsky & Sator, 2007). Nezpracované psychické konflikty jsou vytěsněny do nevědomí, což vede ke vzniku neurózy. Ve Freudově době pak byla většina neuróz doprovázena somatickými příznaky (Chromý & Honzák et al., 2005).

Na Freuda navázala matka psychosomatiky **Helena Dunbar**, psychoanalytička, která příčinu tělesných obtíží spatřovala nejen v neurózách, ale i v dalších psychických konfliktech (Faleide et al., 2005). **Franz Alexander**, otec psychosomatiky, pak ve své knize *Psychosomatische Medizin* (1950) zformuloval sedm psychosomatických

onemocnění, přičemž předpokládal, že určitý specifický konflikt vede ke konkrétnímu tělesnému onemocnění. Psychický problém podle něj ovlivňuje aktivitu sympatiku či parasympatiku a na základě toho vznik konkrétních symptomů (Morschitsky & Sator, 2007). Faleide et al. (2010) uvádějí, že Alexandrovu teorii je nutno chápat jako model vzniku psychosomatických onemocnění. Na základě různých sociálních situací je člověk nucen potlačovat emoce. To poté ovlivňuje vegetativní nervový systém, ovšem konkrétní způsob, jakým tělo reaguje, je ovlivněn vlastnostmi a osobností konkrétního člověka.

V 70. a 80. letech se v USA zrodil přístup, který předpokládal, že každý člověk má své zdraví zcela ve svých rukou a může jej absolutně ovlivnit svou péčí o ně. Jakékoliv predispozice se nebraly v úvahu a propagovalo se cvičení, diety, pozitivní myšlení, imaginace a podobně. Nemoc byla chápána jako důsledek nezodpovědného přístupu (Faleide et al., 2010).

Současný multifaktoriální model zohledňuje faktory biologické i psychosociální. Nemoc je výsledkem jejich interakce (Faleide et al., 2005), což zachycuje podstatu celostního pojetí člověka.

## 2. Somatopsychická a psychosomatická onemocnění

Tato kapitola se zabývá somatickými onemocněními a jejich psychickými souvislostmi a dále pak teoriemi a možnými příčinami vzniku psychosomatických onemocnění. Ačkoliv název „somatopsychická“ a „psychosomatická“ onemocnění není v tomto směru vypovídající, vznik, rozvoj, průběh a udržování těchto nemocí jsou přirozeně propojeny také se sociálními vztahy a případně přesahovou rovinou.

### 2. 1. Somatopsychická onemocnění

Výraz **somatopsychické onemocnění** označuje primárně tělesné onemocnění a jeho psychické (psychosociální) souvislosti (Poněšický, 2010). V širším kontextu se dá zvažovat již dříve zmíněné, že neexistuje somatické onemocnění, které by nezahrnovalo psychickou komponentu. Každé tělesné onemocnění tedy více či méně ovlivňuje také psychiku pacienta a v souladu s celostním pojetím také jeho sociální vztahy a přesahovou rovinu.

Psychická reakce pacienta na nemoc je dána mnoha faktory, které se vzájemně kombinují. Jedná se o subjektivní utrpení způsobené příznaky nemoci, subjektivní pohled na závažnost, prognózu a důsledky nemoci, osobnost pacienta a jeho schopnost řešit problémy, míru podpory okolí, aktuální životní situaci, způsob terapeutického vedení, předchozí zkušenosti s nemocemi a léčbou, pohled okolí na nemoc a množství stresových událostí v poslední době (Praško, 2010, 41). Reakce na nemoc je pak základně emoční, tělesná a psychologická, která zahrnuje využití obranných mechanismů a strategií zvládnání (Praško, 2010). Lze doplnit také možné změny v sociálních vztazích (byť i méně významné) a eventuálně v transcendentální rovině.

Kromě psychických potíží a rozlad, které jsou přirozeným doprovodem každého onemocnění, ale nemusí vždy dosahovat klinické závažnosti, se u somaticky nemocných pacientů můžeme setkat také se závažnějšími projevy psychických obtíží. To se týká zejména pacientů s vážnými a chronickými onemocněními. **Chronicky nemocní pacienti** často trpí kognitivními potížemi v podobě nutkavého myšlení na nemoc v různých souvislostech, dále je nemocí ovlivněno jejich sebepojetí, protože se musí identifikovat s něčím novým ve svém životě, co může snižovat jejich pocit vlastní hodnoty a užitečnosti (Křivohlavý, 2002). Pokud onemocnění trvá déle než 12 měsíců, objevuje se u těchto

pacientů 2x více psychických poruch než v běžné populaci. Nejčastěji se přitom jedná o poruchy nálad, úzkostné poruchy a somatoformní poruchy (Härter et al., 2007). Psychickou poruchou jsou ohroženi více mladí lidé než lidé ve věku 45 - 74 let, více ženy než muži. Riziko vzniku psychické poruchy se zvyšuje také s negativními a stresujícími projevy ve zdravotním stavu, které jsou s onemocněním spojeny, a dále s problémy sociálními, vztahovými a materiálními (Verhaak, Heijmans, Peters & Rijken, 2005).

## 2. 2. Psychosomatické teorie

**Psychosomatické poruchy** lze vidět jako komplementární k předchozí skupině poruch. Zatímco somatopsychické poruchy směřují od těla k psychice, psychosomatické poruchy předpokládají primární psychosociální problém, který se následně manifestuje na tělesné úrovni. Existuje několik základních teorií, které různým způsobem vysvětlují, jak ke vzniku psychosomatických onemocnění dochází či jak jsou jednotlivé oblasti propojeny a vzájemně se ovlivňují.

Baštecký (2002) koncepcí rozděluje na **specifické, hraniční a nespecifické**. Do specifických koncepcí spadají dvě teorie, které vychází z psychoanalýzy. Jde o teorii specifických nevědomých konfliktů a teorii specifických změn emocí, kterou popsal Franz Alexander. Do hraničních koncepcí spadají koncepce alexithymie, syndrom beznaděje a bezmoci a teorie o operativním myšlení. Nejpočetnější skupinu pak tvoří teorie nespecifické, které zahrnují teorii všeobecného emočního vzrušení, teorii konstituční zranitelnosti, teorii učení orgánové odpovědi, teorii vegetativního učení, hypotézu o stylu chování A, kortikoviscerální koncepci a koncepci životních událostí. V dalším textu budou některé koncepce, bez ohledu na výše uvedené rozdělení, rozepsány podrobněji.

Jde **psychoanalytickou koncepcí** jakožto zástupce jednoho z předních psychologických směrů, **alexithymickou koncepcí**, která nabízí teorii somatizace také neurofyziologickou podporu, **koncepci psychického stresu**, protože zohledňuje také osobnost člověka a životní události a **teorii rodiny**, která se na problematiku dívá systémově.

### 2. 2. 1. Psychoanalytická koncepce

Psychoanalytická teorie vychází z Freudova topografického modelu lidské psychiky, který zahrnuje složky vědomí, předvědomí a nevědomí. Nevědomí je složka, do které člověk nemá žádný přístup a obsahuje pudová přání a vytěsněné zážitky. Řídí se principem slasti.

Předvědomí pak chrání vědomí před přívalem pudových přání z nevědomí. Spolu s vědomím se předvědomí řídí principem reality (Freud, 1994).

Teorie psychosomatiky je založena na **mechanismu konverze**, tedy transformace nezpracovaného duševního prožitku v tělesný příznak. Konverze může podle Freuda probíhat dvěma způsoby: buď nezpracovaný zážitek způsobí jakýsi autohypnotický stav, který konverzi umožní, nebo dojde k vytěsnění traumatického zážitku do nevědomí, odkud se následně zážitek ozývá ve formě somatických symptomů. Tento stav Freud nazýval **hysterickou (konverzní) neurózou**. Původní Freudova teorie zněla, že traumatický zážitek je vždy sexuálního charakteru, nejčastěji mluvil o traumatu svedení. Později ale Freud zjistil, že trauma svedení bylo často pouhým produktem bujné fantazie jeho „hysterek“, a proto svou původní tezi pozměnil s tím, že traumatické zážitky vznikají z jakéhokoli traumatu prožitého v minulosti, pokud si člověk ihned neodžil příslušné emoce. Ty potom našly falešnou inervační cestu a projeví se na těle. Vzhledem k tomu, že člověk původní trauma nezná, nedokáže si od příznaků ani pomoci – psychoanalýza se o to poté snaží pomocí hypnózy či volných asociací. Nejznámějším příkladem je případ Anny O., který Freud v roce 1895 zdokumentoval. Šlo o mladou dívku, která trpěla řadou tělesných obtíží, jejichž příčina byla při hypnóze nalezena v psychických konfliktech způsobených složitou rodinnou situací. Ačkoliv Freud uvedl, že Anna O. byla pomocí hypnózy a přivedení konfliktů do vědomí vyléčena, podle jiných zdrojů mnoho potíží přetrvávalo. Jde však každopádně o případ, který Freudovi pomohl při formulaci jeho teorií (Vacek, 1996).

### 2. 2. 2. Koncepce alexithymie

Pojem **alexithymie** pochází z řeckého výrazu *alexithymos*, což je složenina tří slov: a – ne, zápor; lexi – číst a thymos – emoce. Jde tedy o neschopnost rozpoznat a vyjádřit vlastní emoce, což má často za následek, že se tyto emoce projeví na tělesné úrovni (Chromý & Honzák et al., 2005).

Tento psychologický konstrukt představil Peter Sifneos v 70. letech 20. století, a kromě neschopnosti číst vlastní emoce popsal také další znaky alexithymických osob, a to poměrně chudou fantazii, slabou schopnost imaginace a zaměření na vnější události spíše než na vnitřní prožitky (Sifneos, 1979, in Uher, Bob & Ptáček, 2010). Navazující teorie od Taylora, Bagbye a Parkera (1997, in Uher et al., 2010) říká, že alexithymické osoby jsou schopny prožívat emoce, ale jsou náchylnější k negativním prožitkům, které zároveň

nedokáží dobře regulovat. Oproti tomu pocity štěstí, radosti či lásky jsou u nich redukovány.

Značnou podporu **alexithymické hypotéze** dávají výzkumy, které ukazují, že se v mozku aktivují stejná centra při prožívání fyzické i psychické bolesti. Konkrétně jde o gyrus cinguli, který se aktivuje při prožívání negativních emocí, a pravý ventrální prefrontální kortex, který naopak negativní emoce, včetně reakce vyvolané bolestí, tlumí (Chromý & Honzák et al., 2005). Jiné studie například tvrdí, že alexithymie je provázena zvýšenou aktivitou sympatiku, což je spojeno s obdobnými fyziologickými změnami, jaké jsou pozorovány u chronického stresu (Larsen, Brand, Bermond & Hijman, 2003). Stejně tak může mít alexithymie vliv na fungování neuroendokrinního systému (Guilbaud, Corcos, Hjalmarsson, Loas & Jeammet, 2003).

### 2. 2. 3. Koncepce psychického stresu

Z klinické praxe je patrné, že osoby trpící psychosomatickými potížemi mají určité společné charakteristiky. Na základě těchto charakteristik lze předpokládat, že se u nich s větší pravděpodobností než u zbytku populace rozvine psychosomatická porucha. Dříve se také předpokládalo, že konkrétní psychologické charakteristiky, sociální zázemí a další okolnosti vedou ke konkrétnímu onemocnění. Weiner k osobnostním vlastnostem přidal také tzv. **faktor X**, tedy biologický prvek, který rovněž napomáhá vzniku onemocnění. Ze skupiny 120 naprosto zdravých mladých mužů vybral 20, u nichž byly vybrané osobnostní charakteristiky a X faktor pro vznik vředové choroby nejmarkantnější. Zatímco ze zbylých 100 mužů onemocněli vředovou chorobou pouze 4, z oněch dvaceti predisponovaných to bylo dvanáct. Weinerův koncept, jenž zahrnuje právě i **stres**, přispěl k vytvoření modelu, který předpokládá, že onemocnění může vzniknout na základě kombinace vrozeného předpokladu (biologického i psychického) a působícího stresu (Chromý & Honzák et al., 2005).

Hans Selye později přispěl názorem, který dnes představuje podstatu stresové hypotézy. Je autorem **teorie obecného adaptačního syndromu (GAS)**, která říká, že stresory biologické i psychosociální mají na organismus stejný vliv a obě skupiny stresorů způsobí nespecifickou reakci. Reakce na stres probíhá ve třech fázích: v první, poplachové fázi, dochází k mobilizaci organismu k boji nebo útěku. Ve druhé fázi, fázi rezistence, se aktivují mechanismy nutné ke zvládnutí aktuální situace, avšak za cenu snížení jiných, v té době méně důležitých funkcí. Ve třetí fázi dochází k vyčerpání organismu a selhávání

systemů řídicích i řízených (Selye, 1966). Wolff uvedl teorii, že každý člověk má určitý reakční vzorec na zátěž a ten určuje, jakým způsobem se zátěž projeví na těle. Toto později zkoumal Lacey, který zjistil, že ačkoliv u některých lidí se jistá stereotypie objevuje, nelze tuto tendenci zobecnit a také není stabilní v čase. Wolffova teorie o specifčnosti reakce na stres se tudíž nepotvrdila (Baštecký, Šavlík & Šimek, 1993).

**Stresová hypotéza** se uplatňuje v **teorii životních událostí**, která předpokládá, že negativní životní události mají vliv na zdraví jedince. Američtí psychologové Holmes a Rahe vytvořili tabulku životních událostí, ve které každé události přisoudili určitý počet bodů. Jakmile člověk za 12 měsíců překročí kritický počet bodů, dostává se do rizikové skupiny a je více ohrožen psychickými poruchami či somatickými onemocněními. Přestože působení stresorů a jejich dopad je značně individuální, má množství získaných bodů poměrně vypovídající hodnotu (Holmes & Rahe, 1967). V jaké míře je daná událost pro konkrétního člověka stresová, je určeno jednak vnější podporou – emoční, instrumentální, informační a hodnotící, a také vnitřním pocitem vlastní kompetence situaci zvládnout (Baštecký et al., 1993).

#### **2. 2. 4. Teorie rodiny**

*„Rodina je dynamický systém usilující o aktivní rovnováhu, tedy o přizpůsobování prostřednictvím zásahů do okolního světa, což se uskutečňuje zvláště komunikací.“* (Vymětal, 2003, 91). V rodině se utváří osobnost každého jedince i vzorce vztahů s okolním světem. Zároveň plní určité funkce, jejichž nedostatečné uspokojování může ovlivnit bio-psycho-sociální fungování rodiny jako celku. Člověk je v každém okamžiku součástí sociálních vztahů, z nichž rodinné patří k nejdůležitějším. Ve vývoji biologických, psychických i sociálních aspektů jedince má rodina nezastupitelnou roli (Baštecký et al., 1993).

Základní **funkce rodiny** jsou funkce reprodukční, které slouží k udržování lidského druhu, ekonomicko-zajišťovací, jejichž podstatou je poskytnutí jistého materiálního zázemí, socializačně-výchovné, kde jde o poskytnutí vzdělání a potřebných kompetencí pro zařazení do společnosti, a citově-intimní, což znamená vytvoření zázemí, jistoty a pocitu sounáležitosti. Všechny tyto funkce by měly být realizovány současně, a pokud nejsou nebo mezi nimi dochází k nerovnováze, zapříčiňuje to poruchu rodinného soužití (Vymětal, 2003). Je zejména důležité, aby rodina dokázala flexibilně reagovat na přirozené změny v čase se zachováním **rodinné homeostázy**. Pokud se to nedaří, prostředí rodiny se



stává patogenním a vzniká napětí, které můžou někteří jedinci řešit somatizací – to pomáhá homeostázu udržet, neboť rodina svou pozornost obrací k nemocnému a současně ostatní, méně důležité věci, odsouvá do pozadí. To je však na úkor přirozeného vývoje celé rodiny (Baštecký et al., 1993). Zpravidla se psychosomatické potíže vyskytují v rodinách, jejichž členové nejsou zvyklí vyjadřovat své emoce nebo spolu o nich mluvit. To může u dětí vyústit v to, že začnou své potřeby nebo problémy prožívat na tělesné rovině. V rodině to často vyvolává spory na téma, zda je původ příznaků skutečně fyzický či psychický, jak na příznaky reagovat, případně či vinou celá situace vznikla (Gjuričová & Kubička, 2009).

Psychosomatické potíže člena rodiny je nutno řešit s rodinou jako celkem. To vyplývá ze současného systémového pojetí rodiny, které je podobné právě celostnímu přístupu k člověku. Jde o to, že změna v jedné oblasti rodiny vyvolá změny i v dalších oblastech, proto také individuální terapie často nebývá produktivní, neboť nepracuje s celým systémem, všemi souvislostmi a dynamikou (Sobotková, 2001). Cílem rodinné terapie je přivést rodinu k aktivnějšímu přístupu k onemocnění, zlepšení vztahů a komunikace k rodině, což umožní nemocnému vyjadřovat své problémy jinak než somatizací (Gjuričová & Kubička, 2009).

### 3. Celostní péče v prostředí České republiky

Tato kapitola se zabývá možnostmi celostní péče v kontextu českého prostředí z hlediska nezbytných předpokladů psychologů a lékařů pro poskytování celostní péče a systému plateb za lékařskou a psychologickou péči. Dále jsou mapovány možnosti realizace celostní péče a uvedeny některé alternativní léčebné metody, které se s celostním přístupem nejčastěji pojí.

#### 3. 1. Předpoklady lékařů a psychologů pro poskytování celostní péče

V následujícím textu jsou uvedeny základní předpoklady odborníků pro poskytování celostní péče tak, jak je na základě výše uvedeného vnímá autorka. Je nutno vzít na vědomí, že jednotlivé kategorie se mohou překrývat a z druhé strany nemusí být výčet vyčerpávající. Co považují za podstatné sami odborníci pracující celostně, bude uvedeno ve výzkumné části práce.

##### 3. 1. 1. Schopnost systémového myšlení

Celostní pohled na pacienta vychází z vnímání člověka jako komplexního systému, který je zároveň součástí širokého systému sociálních vztahů. Změna jednoho subsystému v člověku pak vyvolá změnu v dalších subsystémech nebo také v systémech vyššího řádu. Stejně tak primární změny ve vyšších systémech se mohou odrazit na změnách subsystémů v člověku. Celostní přístup se tedy zabývá **studiem vztahů** mezi psychosociálními faktory a fyziologickými funkcemi a jejich nejrůznějšími interakcemi (Chromý & Honzák et al., 2005).

Lze říci, že komplexní přístup vychází z pojetí zdraví a nemoci, jak je definovala WHO. Definice zdraví zní, že jde o „stav naprostého fyzického, psychického a sociálního blaha, přičemž tento stav je proměnlivý v čase; jde o stav do jisté míry přizpůsobivý, tj. závislý na vrozených i získaných vlastnostech jako je kapacita rezerv, odolnost a tolerance na zátěž“ (Hartl & Hartlová, 2009, 701). Oproti tomu nemoc je v Psychologickém slovníku definována jako „medicínská reakce organismu na infekci, traumatizaci psychickou, akutní či vleklou, na poruchu rovnováhy uvnitř organismu či mezi organismem a prostředím“ (Hartl & Hartlová, 2009, 345).

Individuální rozdíly v myšlení dokáže měřit nástroj Analysis-Holism Scale (AHS), který při použití u studentů zaměřujících se buď na západní nebo na východní medicínu zjistil, že studenti východní medicíny dosahovali v této metodě všeobecně vyšších skóre, což vyjadřuje vyšší schopnost myslet celostně (Choi, Koo & Choi, 2007). Nisbett, Peng, Choi & Norenzayan (2001) uvedli, že rozdíly jsou dané také kulturně s holističtější přístupem na východě a analytičtějším na západě.

### 3. 1. 2. Vzdělávání lékařů a psychologů

Beran et al. (2010) uvádí, že lékařské vzdělání je zaměřeno **velmi jednostranně na tělo**, přičemž zcela opomíjí psychiku jako důležitou součást člověka jako celku. Také sociální vztahy, jichž jsme všichni součástí, ale nelze pominout. Tyto vztahy přitom není možné zkoumat v intencích „biologického jazyka“, tedy syntéza dat biologických a psychosociálních je nezbytná (Chvála & Trapková, 2006).

V současné době jsou budoucí lékaři vedeni k vnímání člověka jako těla, k úctě k technologickému pokroku a farmakologickým výzkumům a k obezřetnosti k čemukoliv alternativnímu (Moore, 2010). Naučit budoucí lékaře již během studií **vnímat individualitu** člověka a z ní vycházet je podle Hořejšího (1998) cestou k vytvoření humánnější péče. Dle názoru autorky by to rovněž znamenalo péči celostní, neboť do oblasti zájmu by se kromě technické péče dostaly také mezilidské vztahy. Zollman a Vickers (1999, in Maha & Shaw, 2007) uvádějí, že pregraduální studenti jsou celostnímu uvažování o člověku mnohem otevřenější než starší praktici, proto by bylo vhodné je tímto směrem vést intenzivněji.

Jako příklad lze uvést studijní plán oboru Všeobecné lékařství na Univerzitě Palackého v Olomouci. Během 6letého studia se v rámci povinných předmětů nabízí pouze nepatrné množství těch, které se nějakým způsobem týkají psychologie, sociální sféry, komunikace s pacientem a etiky. Také povinně volitelné a volitelné předměty zahrnují převážně témata biologického a technického rázu ([www.lf.upol.cz](http://www.lf.upol.cz)).

V mnoha vyspělých evropských zemích a USA má již dlouhou tradici nácvik **komunikace se standardizovaným pacientem**, což je metoda využívaná v pregraduálním i postgraduálním vzdělávání, díky které se studenti učí efektivní komunikaci s pacientem se současným vytvářením kvalitního vztahu mezi lékařem a pacientem. Rozhovory jsou realizovány za pomoci herců v roli pacientů a následně hodnoceny vyučujícími a ostatními

studenty, včetně poskytování návrhů na zlepšení. Komunikace se standardizovaným pacientem bývá rovněž součástí závěrečných zkoušek (Raudenská & Javůrková, 2011). Metoda aktuálně začala být využívána také v nemocnicích v Jihomoravském kraji. Je dostupná studentům středních zdravotnických škol, pedagogům a zaměstnancům zdravotnických zařízení a probíhá za účasti profesionálních herců a psychologů ([www.fnusa-icrc.org](http://www.fnusa-icrc.org)).

Studijní programy na katedrách psychologie Univerzity Palackého, Univerzity Karlovy a Masarykovy Univerzity se jeví jako různorodější. Katedra psychologie UP na svých webových stránkách uvádí, že připravuje studenty k působení v rozmanitých odvětvích a vzdělává je pro oblast zdravotnictví, školství, ekonomiky, sociálních institucí, státní správy, vězeňství a další. Usiluje přitom zároveň o rozvoj analyticko-syntetického myšlení a kritického uvažování. Nabízené předměty představují široké spektrum dle jednotlivých výše zmíněných oblastí ([www.psych.upol.cz](http://www.psych.upol.cz)). Podobný přístup volí i další dvě katedry, což lze vidět na struktuře studijních plánů, které zahrnují předměty vztahující se k širokému spektru oborů. Nezdá se přitom, že by byl na některou z oblastí kladen větší či menší důraz. Přímo v rámci volitelných předmětů či jako součást vedlejších projektů se rozvíjí také předměty s přesahem například do uměleckých oborů ([www.psychologie.ff.cuni.cz](http://www.psychologie.ff.cuni.cz), [www.opvk.fss.muni.cz](http://www.opvk.fss.muni.cz)).

Kromě předávaných informací je ovšem nutno zohlednit také formu, jakou jsou budoucí lékaři a psychologové vzděláváni. Z tohoto pohledu se jeví jako optimální tzv. humanistické vzdělávání, jak jej ve své knize *Způsob bytí* (1998) popisuje Carl Rogers. Ten uvádí, že tradiční vzdělávací postupy jsou založeny na autoritě vyučujícího a prostém předávání informací bez ohledu na emočně-prožitkovou složku, což v důsledku vede k pouze kognitivnímu uchopení probírané látky. To nepřispívá k žádoucímu formování osobnosti a změně na úrovni myšlení i citění. Humanistické vzdělávání, jehož základními charakteristikami je autentičnost, přijetí a empatie vyučujícího, má podle Rogerse nedostatky tradičního přístupu kompenzovat a vést k ovlivňování celkového způsobu myšlení a prožívání.

### **3. 1. 3. Vztahové aspekty**

Člověk v životě vytváří mnoho různých vztahů, přičemž právě vztah k lékaři či psychologovi je jedním z nich. Prototypem všech mezilidských vztahů je vztah s matkou v raném dětství (Beran, 2010), tedy tento vztah zakládá také na budoucí důvěře či

nedůvěru v lidi a svět. Ukazuje se, že je-li ve vztahu mezi lékařem a pacientem **důvěra**, je o 45% větší pravděpodobnost, že bude pacient se zdravotnickou péčí spokojen (Dwyer, Liu & Rizzo, 2012).

Michael Balint již v roce 1957, kdy byla poprvé vydána jeho kniha *Lékař, jeho pacient a nemoc*, upozornil na **důležitost vztahu lékaře a pacienta při léčbě**. Tento vztah stavěl na první místo, před vyšetření a medikací, neboť zjistil, že nerozumí-li si lékař a pacient v tom, co od sebe vzájemně očekávají, dochází ke „zmatení jazyků“, oboustranné nespokojenosti a neúspěchu při léčení (Balint, 1999). Balintovy postuláty jsou v souladu s dnešními východisky všech velkých psychoterapeutických škol, které rovněž považují terapeutický vztah za nezbytnou podmínku úspěšné psychoterapie (Kratochvíl, 2012). Lze tedy vyvodit, že postupujeme-li primárně od těla, duše či sociálních vztahů, lidský faktor sám o sobě hraje vždy podstatnou roli.

Pacient přichází k lékaři s jistými somatickými potížemi a očekává od něj, že mu pomůže se těchto potíží rychle zbavit. Lékař od pacienta na druhé straně v zásadě očekává, že se jeho stav bude postupně lepší až k úplnému uzdravení. V případě, že se zlepšení nebo uzdravení nedaří dosáhnout, lékař může – často nevědomě – pacienta odmítat, obviňovat a hledat chybu v něm (Vymětal, 2003). Balintovské skupiny, které byly pořádány v 50. letech na Tavistocké klinice, se zaměřovaly právě na analýzu reakcí lékaře na pacienta a možné zdroje nesouladu a neúspěchu v léčbě. Nahlédnutí vlastních protipřenosových reakcí bylo považováno za podstatný faktor při nastavení vhodné atmosféry pro léčbu (Balint, 1999).

Rozdíl je však již v základním přístupu lékaře k pacientovi a léčbě. Tradiční paternalistický, na lékaře a nemoc orientovaný model, spočívá v postavení lékaře jako osoby, která vztah vede, je direktivní a očekává pacientovu poslušnost. Mezi lékařem a pacientem není osobní vztah a lékař je orientovaný výlučně na biologickou stránku nemoci, ke které má zcela věcný a racionální přístup. Na druhé straně partnerský, na pacienta orientovaný model, je zaměřený celostně. Je spíše nedirektivní, bere v potaz široké souvislosti, vztahy a subjektivní názor pacienta a společně s ním hledá nejlepší řešení problémů. Lékař zde vystupuje v roli vlídného, lidského odborníka (Vymětal, 2003).

Ve studii Littlea et al. (2001) bylo zkoumáno, jak pacientem vnímaný lékařův přístup zaměřený na pacienta ovlivňuje výsledek léčby. Faktorovou analýzou bylo identifikováno 5 oblastí, které výstupy z léčby ovlivňují, přičemž každá z těchto oblastí sleduje jiný

rozměr léčebného vlivu. Pět oblastí zahrnuje vnímanou komunikaci a partnerství, osobní vztah, zlepšení zdraví, pozitivní přístup k diagnóze a prognóze a zájem o vliv na pacientův život. Komunikace, partnerství a pozitivní přístup jsou nejsilněji vztaženy ke spokojenosti, pozitivní přístup je dále vztažen ke zlepšení symptomů, a vliv na pacientův život, zlepšení zdraví a pozitivní přístup nejvíce souvisí s posílením zvládnání. Z toho také z druhé strany vyplývá, že není-li lékař zaměřen na pacienta, bude pacient méně spokojený, méně schopný zvládat, bude trpět více symptomy a častěji využívat zdravotnickou péči. Tarrant, Windridge, Boulton, Baker a Freeman (2003) dodávají, že kontinuálnost péče je důležitým aspektem, který pomáhá posilovat důvěru a usnadňuje ve vztahu mezi lékařem a pacientem komunikaci. To ovšem pouze za předpokladu, že je zachována lidskost a individuální přístup lékaře k pacientovi. Ačkoliv pacienti oceňují lidský a individuální přístup v jakémkoliv kontaktu s lékařem, povědomí lékaře o pacientově zázemí, vztazích a aktuálních problémech nabývá větší důležitosti při řešení dlouhodobějších potíží.

Lambert a Barley (2001) uvádějí, že mezi základní faktory, které ovlivňují výsledky psychologické práce s klientem, patří efekt očekávání, faktory mimo terapeuta, terapeutické techniky a obecné či nespecifické faktory. Poslední skupina faktorů se přitom zdá být nejvýznamnější a zahrnuje empatii, vřelost, kongruenci a terapeutický vztah, který se jeví jako vůbec nejdůležitější podmínka léčby. Kapacity k vytvoření vztahu jsou přirozeně ovlivněny individuálními charakteristikami a zkušenostmi obou zúčastněných stran.

To, že vztah je v psychoterapii klíčovým faktorem, bylo potvrzeno opakovaně ve výzkumech, které manipulovaly s rozmanitými dalšími proměnnými. Například při ověřování, zda není efekt terapeutického vztahu zaměňován s efektem zlepšení primárního symptomu, bylo zjištěno, že při kvalitním terapeutickém spojení bývá dosaženo výsledku nad rámec pouhého zlepšení symptomu. Z druhé strany zlepšení symptomu pozitivně ovlivňuje kvalitu vztahu mezi psychologem a klientem (Falkenström, Grandström & Holmquist, 2013). Kvalitní vztah indikuje lepší terapeutické výsledky bez ohledu na způsob, jakým psycholog pracuje a jaký výstup je měřen (Ardito & Rabellino, 2011). Vnímání toho, co vztahu prospívá a co jej naopak narušuje, se však liší ze strany psychologa a klienta. Například negativní reakce psychologa či úzkost klienta během sezení ovlivňují vnímání vztahu pouze klientem, zatímco pocit *flow* během terapie ovlivňuje pouze terapeuta (Nissen-Lie, Havik, Høglend, Rønnestad & Monsen, 2014).

Schopnost vytvořit a udržet funkční vztah od psychologa předpokládá dovednost nehodnotit, citlivě a podporujícím způsobem naslouchat a vyjadřovat klientovi pochopení. Musí si být jist, že mezi ním a klientem nejsou nejasnosti ohledně léčebných postupů a dalších skutečností vztahujících se k terapii, případně musí být schopen tyto nejasnosti spolu s klientem zpracovat. Klient musí mít možnost kdykoliv vyjádřit své obavy ohledně terapie nebo terapeuta. Dále by měl terapeut klientovi pomáhat formulovat cíle terapie a společně s ním průběžně sledovat jejich dosahování. Důležitá je také schopnost porozumět způsobu, jakým klient přemýšlí a nahlíží na svět (Ackerman & Hilsenroth, 2003).

### **3. 1. 4. Schopnost spolupráce**

Hovoříme-li o týmové spolupráci v rámci jednoho zařízení cíleně zaměřeného na komplexní péči, základem pro tuto dovednost je ochota se učit od druhých a na základě znalostí druhých upravovat své vlastní názory a postupy. Léčebný tým vystupuje jako jeden celek, který má stejnou filozofii a snaží se dosahovat jednotných cílů. Oproti klasické léčbě, která je fragmentovaná, vyžaduje celostní péče také zvýšenou investici času, kterého je potřeba ke konzultaci zjištění v rámci týmu a s pacientem a k následnému týmovému vytváření léčebného plánu (Raudenská & Javůrková, 2011). Nejedná se přitom pouze o tým, který se bezprostředně podílí na léčbě pacienta, ale také o pomocný personál, jako například recepční a další osoby, které na kontaktu s pacientem participují. Osobní přístup se zdá být důležitým zejména u osob s komplexnějšími potížemi a chronickými onemocněními (Tarrant et al., 2003).

Možnost a schopnost spolupráce je ovlivněná systémovými determinantami, respektive sociálním, kulturním a vzdělávacím zázemím. Společnost a kultura samy o sobě vymezují například vztahy nadřízenosti a podřízenosti i všeobecné kulturní zaměření na individualismus či kooperaci. Odborníci jsou v rámci vzdělávání vedeni spíše k autonomii, dominanci a kontrole než ke kolegiální a důvěře (Freidson, 1986, in Martín-Rodríguez, Beaulieu, D'Amour & Ferrada-Videla, 2005). Jde tedy o nastolení filozofie, kdy jsou odborníci schopni vnímat, kde se jejich zájmy vzhledem k pacientovi mohou překrývat. Systém orientovaný na klienta tak podporuje právě schopnost sebereflexe a porozumění tomu, jak mohou ostatní členové týmu a spolupráce s nimi prospět pacientovi. Podstatná je také kultura organizace, v níž odborník pracuje, konkrétně filozofie organizace, administrativní podpora a všeobecně možnosti týmu se setkávat a sdílet potřebné informace a zkušenosti. Na straně jednotlivce je poté esenciální ochota spolupracovat,

důvěra v ostatní členy týmu, komunikační dovednosti a vzájemný respekt (Martín-Rodríguez, Beaulieu, D'Amour & Ferrada-Videla, 2005). Charon (2001) doplňuje, že stejné principy se vztahují na spolupráci s externími odborníky v případě lékařů a psychologů pracujících v soukromých ambulancích.

### **3. 2. Systém plateb za lékařskou a psychologickou péči**

Zdravotnická péče je v České republice dominantně financována z veřejného zdravotního pojištění. Mezi další zdroje pak patří například dotace státu či přímé platby pacientů. Zdravotní pojištění spravují zdravotní pojišťovny, které zajišťují tok finančních prostředků získaných od pojištěnců do zdravotnických zařízení (Nahodil, 2006). Povinnost zdravotního pojištění platí pro všechny, kteří mají trvalý pobyt v ČR nebo pracují pro firmu, která má v ČR sídlo (*zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění*). Systém je založen na principu solidarity, který má zajistit dostupnou a rovnocennou zdravotní péči pro všechny (Nahodil, 2006).

Základním způsobem úhrady za zdravotní péči praktických lékařů je kapitační platba, která se realizuje na základě počtu registrovaných pacientů. V seznamu výkonů, které spadají do této kategorie, je i „podpůrná psychoterapie prováděná lékařem nepsychiatrem“. Lékaři specialisti jsou hrazeni na základě provedených výkonů, z nichž každý má přidělenou bodovou hodnotu. Body se poté převádí na konkrétní částky na základě dalších kritérií a podle odbornosti lékaře (*Vyhláška č. 428/2013 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení*).

V *zákoně č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění* je vzhledem k alternativním léčebným metodám explicitně uvedena pouze informace o nehrazení akupunktury. V *příloze č. 1 k zákonu č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění*, která uvádí seznam výkonů nehrazených zdravotní pojišťovnou nebo hrazených jenom za určitých podmínek, se nachází i „podpůrná terapie prováděná lékařem nepsychiatrem“. Ta je pojištěnci dostupná jedenkrát ročně v jednom oboru po podrobném zápisu ve zdravotnické dokumentaci. Podle seznamu výkonů dle *Vyhlášky č. 428/2013 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení* nejsou do úhrad zahrnuty **žádné alternativní léčebné metody**.

*Vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami* uvádí, že komplexní či cílené vyšetření klinickým psychologem může vykázat



pouze klinický psycholog se specializovanou způsobilostí a specializací v systematické psychoterapii. Podobně psychoterapii může být vykazována pouze psychoterapeuty se specializací v systematické psychoterapii, a to lékařem či klinickým psychologem. Vyhláška dále rozlišuje různé druhy psychologické intervence a terapie, přičemž všechny jsou plně hrazeny pojišťovnou, jsou-li indikovány praktickým lékařem, psychiatrem, klinickým psychologem či jiným lékařem s psychoterapeutickou specializací.

Praktické pole působnosti pro psychology existuje také mimo kontext zdravotnictví. Budeme-li se držet klasické psychoterapeutické práce s klientem, největší přesah je do oblasti sociálních služeb, které vymezuje *Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách*. Zákon stanovuje, které služby jsou poskytovány bez úhrady. Do těchto služeb spadá například krizová intervence či manželské a rodinné poradenství, které u psychologa vyžaduje vzdělání v jednooborové magisterské psychologii a postgraduální terapeutický výcvik. Profese psychoterapeuta není jinak v legislativě mimo oblast zdravotnictví samostatně zakotvena a předpokládá se, že je nástavbou jiných profesí (Vybíral & Roubal, 2010). Psychoterapeutické vzdělání předpokládá absolvování terapeutického výcviku, který zpravidla trvá kolem 5 let ([www.psychologie.cz](http://www.psychologie.cz)). Pomineme-li, že z tohoto pohledu se může psychoterapeutem stát kdokoli a s jakýmkoliv vzděláním a zůstaneme-li u psychoterapeutů, kteří mají rovněž psychologické vzdělání, lze vyvodit, že psychologové pracující v soukromých ambulancích, kteří nesložili specializační zkoušku z klinické psychologie, nemohou svou péči vykazovat pojišťovně.

### **3. 3. Možnosti praktikování celostní péče**

Susa (2010) uvádí, že medicína je jenom jedna a celostní pojetí člověka by mělo být její přirozenou součástí. Výše zmíněný systém plateb zdravotních pojišťoven však přispívá spíše k redukci jakékoliv komplexnosti. Specifické používané metody ani psychologický podpůrný rozhovor poskytovaný lékařem pojišťovna neproplatí (nebo jen velmi omezeně), stejně jako čas strávený s pacientem nad rámec běžné konzultace (Kvapil, in Žantovský & Žantovská, 2012). Postavení psychologů je v tomto směru jednodušší, protože vykázaná psychoterapie počítá s hodinovou dotací (*Vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami*).

V některých zemích existují centra, která **komplexně zaštiťují léčbu** chronických nemocí nebo chronické bolesti. Fungují na principu týmové spolupráce, kdy tým tvoří lékaři,

psychologové, fyzioterapeuti, sociální pracovníci, zdravotní sestry a další. Jde tedy jednak o identifikaci a léčbu somatických potíží, dále ale také o psychoterapii zacílenou podpůrně, na posílení zvládnání a psychosociálních dovedností, snížení tenze a zlepšení využití volného času, o edukaci v oblasti zdraví a nemoci a vytvoření a udržení funkčního životního stylu. Tato léčba probíhá povětšinou ve 2-4 týdenních programech. Problémem je ovšem financování takové péče zdravotními pojišťovnami, neboť je nákladnější než léčba tradiční (Raudenská & Javůrková 2011).

V České republice nabízí podobný program například Centrum komplexní péče Roseta v Praze. Jde o komplexní psychosomatické vyšetření pro pacienty s převahou pohybových obtíží, které zahrnuje vyšetření rehabilitačním lékařem, fyzioterapeutem a psychologem, následnou týmovou konzultaci a vytvoření závěrů o zdravotním stavu pacienta. Toto vyšetření se však realizuje na přímou platbu pacienta ([www.roseta.cz](http://www.roseta.cz)).

Ukazuje se, že ačkoliv prvotně je celostní léčba dražší, je zároveň **efektivnější** a tudíž z dlouhodobého hlediska méně náročná a nákladná pro všechny zúčastněné strany. Studie Ciphera, Fernandez a Clifforda (2011) srovnávala 3 skupiny pacientů: pacienty, kteří podstupovali pouze farmakoterapii, pacienty léčené klasickým (jednostranným) způsobem a pacienty v celostní léčbě. Výsledkem bylo zjištění, že pacienti léčení pouze farmakologicky vykazovali po léčbě snížení funkční kapacity a zdravotnický systém stáli nejvíce peněz, protože rozmanité zdravotnické služby následně vyhledávali opakovaně. Pacienti, kterým nebyla poskytnuta psychologická péče v následujících 10 měsících po ukončení léčby, vyhledávali lékaře 3x častěji než pacienti z poslední skupiny, která kromě léčby psychofarmaky podstoupila také psychoterapii. Tato skupina rovněž jako jediná vykazovala zvýšení funkční kapacity po léčbě oproti období před léčbou.

Raudenská a Javůrková (2011) uvádí, že pro pacienta samotného je pak úspěchem snížení bolesti a lepší fungování v dalším životě, pro Správu sociálního zabezpečení je to pacientova obnovená schopnost pracovat, pro zdravotní pojišťovnu menší náklady na další péči, neboť pacient již nenavštěvuje tak často lékaře, nepotřebuje být tolik hospitalizován a nevyžaduje tolik medikace, pro lékaře pak úspěchem může být například snížení hladiny opiátů užívaných pacientem.

### 3. 4. Alternativní léčebné metody využívané v rámci celostní péče

Alternativní léčebné metody využívané v rámci celostní péče zahrnují například využití relaxačních technik, bylinných přípravků, akupunktury, homeopatie, hypnózy, biofeedbacku, úpravu stravy, masáže, vitamínové terapie a další (Eisenberg et al., 1993). Tato kapitola popisuje některé z uvedených metod blíže. Vzhledem k tomu, že informace o nejpoužívanějších metodách v České republice nejsou dostupné a výše zmíněný zdroj je již poměrně zastaralý a navíc se týká americké populace, následující výběr metod je spíše intuitivní. Postupy, které nejčastěji využívají lékaři a psychologové z výzkumného souboru, budou uvedeny ve výzkumné části této práce.

#### 3. 4. 1. Akupunktura

**Akupunktura** je metoda čínské medicíny, která vznikla již v neolitické době. Teorie akupunktury vychází z existence dvou protikladných polarit *jin* a *jang*, které v sobě každá obsahují zlomek druhé polarit a společně vytvářejí energetickou rovnováhu, která je základem zdraví. Nerovnováha naopak vyjadřuje narušení homeostázy a vznik patologického procesu (Vrána, 1982).

Metoda je založena na aplikaci jehel do určitých bodů na těle, což má vést ke znovuoobnovení energetické rovnováhy v jednotlivých tělesných systémech nemocného a mezi nimi. Nemocný člověk je vnímán jako celek - změna v jednom orgánu vede ke změnám v celém těle (Vrána, 1982). Na rozdíl od západní medicíny, která se snaží o kvantitativní uchopení příznaků, vyzdvihuje čínská medicína **důležitost pocitů a dojmů z celého člověka** (Farquhar, 1994, in Kaptchuk, 2002).

Podle souhrnu studií účinku akupunktury od Kaptchuka (2002) se **efekt u většiny zdravotních potíží ukazuje jako sporný**. Výjimku tvoří bolest zubů a zvracení, kde jsou účinky akupunktury vysoce pozitivní, dále pak rozmanité závislosti a tinitus, kde je naopak spíše neúčinná. Akupunktura se však přesto těší velkému zájmu, neboť bylo prokázáno, že dokáže stimulovat řadu fyziologických pochodů přispívajících k lepšímu zdraví.

#### 3. 4. 2. Homeopatie

Zakladatelem homeopatie je lékař a chemik Samuel Hahnemann, učitel zdravého životního stylu a propagátor humánní péči o duševně nemocné, který před 200 lety při výzkumu léčby malárie objevil základní homeopatický princip „**podobné léčí podobné**“ (Ullman,

Reichenberg, 1996, in Zimmerman, 2012). Tento princip vyjadřuje, že stejná látka, která by u zdravé osoby vyvolala určité symptomy, dokáže tyto symptomy také léčit, ovšem pokud je podávána v mnohonásobně nižším množství (Dooley, 1995).

Také homeopatie vnímá člověka jako celek, tedy neléčí symptom, ale pacienta. Bere v úvahu nejenom obtíže, které přímo náleží dané diagnóze, ale také doprovodné individuální symptomy a charakteristiky daného člověka. Lék tak musí být předepsán tak, aby se shodovaly symptomy, které může vyvolat, se symptomy daného pacienta. Jádrem léčby je stimulace vlastních samouzdravných schopností člověka (Dooley, 1995).

Shang et al. (2005) vypracovali souhrn studií, které srovnávaly účinnost homeopatické a klasické léčby. Do analýzy bylo zahrnuto 110 výzkumů, které srovnávaly efekt homeopatické léčby za využití kontrolní skupiny a stejný počet výzkumů, které taktéž za využití kontrolní skupiny hodnotily výsledky konvenční léčby. Ukázalo se, že placebo efekt se projevuje u kontrolních skupin obou typů léčby. Při zahrnutí tohoto faktu do analýzy bylo zjištěno, že efekt homeopatické léčby je oproti konvenční léčbě spíše slabý. Z toho zároveň vyplývá, že **účinky homeopatické léčby jsou výsledkem placebo efektu.**

### 3. 4. 3. Fytoterapie

**Fytoterapie** je léčba využívající **bylinných preparátů**. Vytváří tak spojení mezi tradiční léčbou bylinami a alopatickou medicínou. Rozdíl mezi homeopatií, která rovněž užívá rostlinných preparátů, a fytoterapií je v podávaném množství. V rámci bylinné terapie se látka podává v množství, které má prokazatelný farmakologický účinek. Oproti klasickým farmakologickým preparátům, které obsahují jednu účinnou látku a slouží k léčbě konkrétních potíží, obsahují bylinné preparáty více látek v menším množství, které se ale vzájemně doplňují a mohou pak sloužit k léčbě více různých obtíží (Capasso, Gaginella, Grandolini & Izzo, 2003).

Podobně jako u ostatních terapií celostní medicíny je i fytoterapeutická léčba individuální, neřídí se tedy pouze na dominantní symptom, ale i na další příznaky, které nenáleží přímo dané diagnóze. Sleduje člověka jako celek a podle toho pro něj vybírá vhodnou bylinu či jejich kombinaci. Samotná práce s bylinami je chápána odlišně na základě filozofie v pozadí - může vycházet například z tradiční čínské nebo africké medicíny či z ajurvedy (Heinrich, Barnes, Gibbons & Williamson, 2012).

### 3. 4. 4. Reflexní terapie

Kořeny reflexní terapie sahají do doby 3000 let př. n. l.. Metoda se zrodila v Asii a je založená na tom, že na všech zakončeních lidského těla jsou reflexní plošky, přes které lze ovlivňovat tělesné orgány (Janča, 1996). Toto ovlivňování je založeno na **propojení nervových zakončení v chodidle s dalšími částmi těla**. Účinné faktory jsou jak biologické, tak spirituální. (Lakasing & Lawrence, 2010). Příslušné reflexní body jsou určeny na základě pomyslného rozdělení těla horizontálními a vertikálními liniemi a stejného rozdělení chodidel. Reflexní terapie umožňuje provádět jak diagnostiku, tak terapii. Základní hmat se potom v tempu a intenzitě mění dle individuality daného člověka (Janča, 1996).

Indikace reflexní terapie je široká, nelze ji ovšem jako diagnostickou a léčebnou metodu využívat izolovaně. Vzhledem k relaxačním účinkům je vhodná pro úzkostné a depresivní pacienty, nápomocná může být při léčbě bolestí hlavy, premenstruačního syndromu, obtíží vylučovací soustavy, roztroušené sklerózy i rakoviny (Lakasing & Lawrence, 2010).

Wang, Tsai, Lee, Chang & Yang (2008) provedli metaanalýzu studií účinku reflexologie. Zjistili, že u žádného onemocnění **nebyl prokázán její signifikantní vliv**. Výjimku tvořily obtíže vylučovací soustavy u roztroušené sklerózy, kde byl účinek reflexologie významně pozitivní.

### 3. 4. 5. Ajurvéda

Psychologové i lékaři se mohou ve svém pojetí člověka kromě čínské medicíny opírat například o ajurvédu, což je indická léčebná metoda, která bývá považována za vůbec nejstarší medicínský systém. Její podstatou je nastolení rovnováhy mezi tělem, myslí a duší. Člověk je zároveň chápán jako součást nekonečného vesmíru. Tento myšlenkový směr se primárně nezaměřuje na léčbu konkrétních nemocí, byť i k tomuto účelu existují literární prameny popisující terapeutické postupy. Základem je však rozvinutí duchovního potenciálu, což je zároveň chápáno jako způsob, jak se od nemocí uchránit a dosáhnout dlouhověkosti. Jde o změnu myšlení, citění a chování tak, aby bylo dosaženo souladu s vlastním já (Wellness z Asie - *autor neuveden*, 2008). Ajurvéda tvoří jeden celek společně s jógou a tantrou, přičemž ajurvéda je báze, jóga je tělo a tantra duše. Jejich znalost a praktikování v každodenním životě mají zaručit právě dlouhověkost, vitalitu a seberealizaci (Lad, 1985).

### **3. 4. 6. Práce s tělem**

Jedním z příkladů celostního chápání klienta může být pro psychologa zahrnutí technik práce s tělem. Terapie zaměřená na tělo vychází z předpokladu, že veškeré zkušenosti člověka se během vývoje ukládají do těla i psychiky a dále ovlivňují jejich stav. Mohou tak vytvořit potenciál jak pro růst a kreativitu, tak pro tělesné a psychické problémy. Záměrem tohoto terapeutického přístupu je léčit zároveň tělo i duši se zacílením na hlubší problémy uložené mimo vědomou mysl ([www.bodyworks.org.uk](http://www.bodyworks.org.uk)).

Průkopníkem terapie zaměřené na tělo byl Wilhelm Reich, který navázal na Freudovy postuláty, že vývoj člověka je determinován ranými zkušenostmi. Zatímco Freud však následky dětských traumatických zážitků léčil rozhovorem a pacientem, Reich se domníval, že je potřeba působit přímo na tělo (Totton, 2003).

V dnešních přístupech zaměřených na tělo dominuje práce s energií, drobnými pohyby a uvědomováním si vlastního těla ([www.bodyworks.org.uk](http://www.bodyworks.org.uk)). S tělem lze přitom pracovat přímo na základě doteků (adjustační model), sledovat a podporovat vyjádření potlačovaných impulzů (traumatický model) či tělesné symptomy uchopovat metaforicky (procesní model) (Totton, 2003).

## 4. Postoje lékařů a psychologů k celostnímu přístupu k člověku

V americké populaci se již v roce 1990 objevoval značný zájem o využití alternativních léčebných metod ze strany pacientů. Tehdy tyto metody využil v posledním roce každý třetí dospělý, 72% z nich o tom však neinformovalo svého lékaře (Eisenberg et al., 1993). Tehdejší nastavení odborné veřejnosti bylo podle článku Murraye a Rubela (1992) značně negativní. Veškerá alternativní péče byla považována za něco nežádoucího, od čeho by měl být pacient odrazen, přičemž možný pozitivní efekt alternativní léčby a to, že polovinu poskytovatelů alternativní péče tvoří lékaři (Cassileth, Edward, Thomas & Brenda, 1984), se nebralo v úvahu. V tomto duchu se vyjadřuje také Moore (2010), který už však alternativní péči hodnotí i z dnešního pohledu a uvádí, že zatímco v roce 1992 byl výraz „alternativní medicína“ pejorativním označením pro šarlatánství různého druhu, dnes mnoho zdravotnických středisek nabízí postupy, které doplňují klasickou léčbu, integrují více složek a léčí celého člověka.

Žantovský a Žantovská (2012) uvádějí 11 rozhovorů s českými lékaři, do nichž zahrnují také téma celostního přístupu a alternativních léčebných postupů. Všichni lékaři, odborníci z různých oborů, uznávají propojenost biologické, psychické a sociální složky a její důležitost při diagnostice a léčbě. S tím se částečně pojí také potřeba dobrých komunikačních schopností, nicméně o vzdělávací programy v této oblasti podle některých z těchto lékařů není příliš zájem. Co se týká využití alternativních metod, většina lékařů je ani nezavrhuje, ani nedoporučuje. Považují však za důležité, aby byly využívány pouze zaběhnuté postupy, nikoliv metody bez jakéhokoliv logického a vědeckého ukotvení, a i zde je na místě opatrnost a konzultace pacientových vedlejších léčebných postupů s ošetřujícím lékařem. Někteří z lékařů uvedli, že sami v minulosti z alternativních postupů využili například akupunkturu nebo metody čínské medicíny. K homeopatii se většina z nich staví neurčitě a za mechanismus účinku považují spíše placebo efekt než cokoli jiného.

Kvantitativně téma zkoumali Kanadčané Verhoef a Sutherland (1995). Zjistili, že z 200 dotazovaných lékařů 56% zastává názor, že konvenční medicína může z idejí a metod alternativní medicíny těžit, 54% odkazovalo své pacienty na lékaře využívající alternativní postupy a 16% tyto postupy také praktikovalo. Největší důvěru měli tito lékaři k chiropraxi, akupunktuře a hypnóze, nejmenší naopak k neuropatii, reflexologii a homeopatii.

Kvalitativní výzkum Mahaové a Shawové (2007) zachytil **3 skupiny lékařů**: s pozitivním, negativním a neutrálním přístupem k celostní a alternativní medicíně. Pozitivní vztah měli lékaři, kteří sami pracovali holisticky, protože viděli, že tak mohou pacientům lépe pomoci nebo protože měli negativní zkušenost s klasickou medicínou. Celostní přístup pak u nich přirozeně vedl k zájmu o další vzdělávání a k větší časové investici do práce s pacientem. Negativní přístup měli ti, kteří byli skeptičtí a podezíraví k různým nepodloženým postupům, které jejich pacienti často v zoufalství vyhledali, a měli strach, že by tak pacienti mohli být poškozeni. Neutrálně se ke komplexní a alternativní péči stavěli lékaři, kteří měli o metodách dle svého názoru málo informací a měli dojem, že by bylo potřeba dalších výzkumů účinnosti rozmanitých alternativních postupů. Nedostatek důkazů a tvrdých dat o účinnosti používaných metod se přitom zdál být hlavním důvodem nedůvěry lékařů v alternativní metody.

Barnett a Shale (2012) uvádějí, že také psychologové stále častěji využívají alternativní léčebné metody či jejich využití doporučují svým klientům. Autoři v přístupu spatřují model, který se během několika příštích let stane v psychologii dominantním vzhledem k rostoucí diverzifikaci společnosti a zvyšujícímu se zájmu lidí o zdraví, wellness, spiritualitu a mnoho dalších přístupů, které nespádají do tradičního západního modelu. Také považují za zcela zásadní, aby se psycholog v alternativních léčebných metodách orientoval, dokázal rozpoznat vhodnost jejich použití u konkrétních klientů a doporučit jim jiného odborníka či metodu sám využít, má-li k ní potřebné kompetence. Psychologové praktikující celostní přístup včetně zahrnování alternativních léčebných metod se rozdělují do tří kategorií: ty, kteří doporučují alternativní léčebné metody svým klientům; ty, kteří své klienty také odesílají k dalším odborníkům, jež tyto metody praktikují; a ty, kteří alternativní metody sami využívají (Bassman & Uellendahl, 2003). Studenti jsou přitom využívání alternativních léčebných metod otevřenější než praktikující psychologové. Při svém rozhodování, zda tyto metody do své péče zahrnou, jsou výrazně ovlivňováni společenskými postoji a postoji důležitých osob. Pokud pocítují, že je tento přístup důležitými osobami podporován a zároveň jsou jim zdůrazňovány výhody využívání holističtějšího přístupu ke klientovi, jejich ochota doplňovat si v tomto směru vzdělání a metody začlenit do své praxe roste. Zároveň klesají obavy z vyvolání nedůvěry u potenciálních či aktuálních klientů (Wilson, Hamilton & White, 2012).

Studie mapující využíváním alternativních léčebných metod u psychologů z USA, Velké Británie, Nového Zélandu a Austrálie uvedla, že ze vzorku 193 psychologů jich



v minulosti 99,6% některou z těchto metod využilo. Všeobecně častěji tyto metody využívaly ženy. Novozélandští psychologové ve srovnání s psychology z ostatních zemí vykazovali všeobecně menší ochotu tyto metody využívat, menší důvěru v jejich vědeckou hodnotu a menší ochotu jejich využití doporučovat svým klientům. S vyšším vzděláním a pozitivnějším přístupem k alternativním léčebným metodám se pojí větší zkušenost s jejich využíváním (Stapleton, Chatwin, Boucher, Crabb, Scott, Smith & Purkis, 2015).

# **Výzkumná část**

## 5. Cíle práce

V následující kapitole je popsán výzkumný problém a jsou uvedeny cíle výzkumu.

### 5. 1. Výzkumný problém

V teoretické části práce byla uvedena a podložena důležitost celostního přístupu lékařů a psychologů k pacientům a klientům, dále informace o organizaci českého zdravotnického systému a systému psychologické péče a to, jak tento způsob organizace může komplexní přístup k člověku podporovat nebo mu naopak bránit. Dále byly představeny názory a postoje lékařů a psychologů k celostní péči a její současné zakotvení.

Teoreticky bylo o tématu napsáno již mnoho, výzkumů na rozmanitá témata týkající se komplexního přístupu k člověku bylo uskutečněno nespočetně. Cílem této práce však je zjistit podobu české praxe, a to nejen izolovaně se zaměřením na celostní přístup samotný, ale také v kontextu klasické západní medicíny a systému plateb za zdravotnickou péči, stejně jako vzhledem k praktické organizaci psychologické péče v České republice.

Výzkum je v souladu s tím zaměřen na podobu celostní péče u praktikujících lékařů a psychologů, jejich motivaci k celostnímu pohledu na člověka, jejich postavení mezi odborníky pracujícími klasicky (resp. jednostranně) a na kompatibilitu celostního přístupu s organizací lékařské a psychologické péče v České republice.

Záměrem výzkumu je tak doplnit teoretické informace zkušenostmi a pozorováním lékařů a psychologů s přímou zkušeností z praxe, poskytnout obraz o současném fungování a možnostech komplexní péče o klienta a porovnat, v čem se pohledy těchto dvou skupin shodují a v čem se rozcházejí.

### 5. 2. Cíle výzkumu a výzkumné otázky

V souladu s výše zmíněným byl stanoven následující **cíl výzkumu**:

Zmapovat a popsat rozdíly v pojetí celostní péče u lékařů a psychologů, jejich postavení ve vlastní odborné komunitě a jejich možnosti praktikování tohoto přístupu vzhledem k formálnímu zakotvení lékařské a psychologické péče v České republice.

**Výzkumné otázky** byly na základě cíle výzkumu stanoveny následující:

- 1) Jak se liší pojetí celostní péče o pacienta či klienta u lékařů a psychologů?
- 2) Jak se liší vnímání výhod a nevýhod českého zdravotnického systému u lékařů a psychologů?
- 3) Jak se liší postavení celostně smýšlejících lékařů a psychologů ve vlastní odborné komunitě?
- 4) Jaké se liší názory lékařů a psychologů na možnosti rozšiřování celostního smýšlení o člověku u odborné i laické veřejnosti?

## 6. Metodologický rámec výzkumu

Vzhledem k charakteru výzkumného problému byl zvolen **kvalitativní přístup**, který umožňuje zachytit jevy v širším kontextu, stejně jako jejich procesualnost a dynamičnost. Tímto způsobem lze také uchopit vlastnosti, které jsou jenom obtížně kvantifikovatelné či nekvantifikovatelné (Miovský, 2006).

### 6. 1. Charakteristika výzkumného souboru

Při výběru výzkumného vzorku byly kombinovány metody **záměrného (účelového) výběru, příležitostného výběru** a metoda **sněhové koule** (Miovský, 2006). Základním kritériem zařazení do výzkumného vzorku bylo, aby lékař či psycholog uváděl, že přistupuje k pacientům nebo klientům celostně. Tato informace byla ve většině případů získána z internetových stránek daných lékařů a psychologů, případně na základě doporučení, která poskytli odborníci, s nimiž byl rozhovor již uskutečněn.

U lékařů nebyla rozhodující základní specializace, neboť výzkumné otázky byly navrženy tak, aby nebyly specializací ovlivněny. Východiskem bylo, že komplexně může uvažovat jakýkoliv lékař jakékoliv specializace, a ačkoliv problematika může být v jednotlivých oborech různá, celostní myšlení by mělo v každém případě zahrnovat člověka jako celek. Stejně tak byli do vzorku zahrnuti jak lékaři pracující v soukromých ambulancích, tak lékaři pracující ve větších zdravotnických zařízeních. Do vzorku byli zahrnuti pouze atestovaní lékaři, což předpokládá několikaletou zkušenost v oboru a tím také možnost zachycení určitého osobního i společenského vývoje.

U psychologů nebylo rozhodující, zda jde o psychologa atestovaného či neatestovaného, ani jestli je jeho péče hrazena zdravotními pojišťovnami nebo přímou platbou klientů. Důvody jsou stejné jako u vzorku lékařů, a sice že jde spíše o způsob myšlení, a vzhledem k výzkumným otázkám nemají záležitosti ohledně atestace či způsobu hrazení význam. Rovněž byli zahrnuti psychologové působící v soukromých ambulancích i větších zdravotnických zařízeních. Stejně jako u lékařů však byla vyžadována minimálně 5letá zkušenost z praxe.

Cílem takto široce pojatého vzorku bylo co nejkomplexnější uchopení celé problematiky, protože pohledy lékařů a psychologů pracujících soukromě a ve větších týmech mohou být v některých bodech rozdílné.

Výzkumný vzorek zahrnuje 10 lékařů a 10 psychologů. Vzorek lékařů se skládá z 6 žen a 4 mužů. Zastoupené specializace jsou psychiatr, pediatr, neurolog, rehabilitační lékař, praktický lékař a gynekolog. Osm z těchto lékařů pracuje v soukromých ambulancích, dva působí ve větších zdravotnických zařízeních. Největší je zastoupení lékařů z Moravskoslezského a Olomouckého kraje, po jednom jsou zastoupení lékaři z Libereckého kraje a Prahy.

	<b>Pohlaví</b>	<b>Specializace</b>	<b>Pracoviště</b>	<b>Město</b>
<b>1</b>	žena	psychiatr	soukromá ambulance	Ostrava
<b>2</b>	žena	pediatr	soukromá ambulance	Olomouc
<b>3</b>	žena	neurolog	soukromá ambulance	Olomouc
<b>4</b>	žena	rehabilitační lékař	soukromá ambulance	Mohelnice
<b>5</b>	žena	praktický lékař	soukromá ambulance	Ostrava
<b>6</b>	žena	pediatr	soukromá ambulance	Ostrava
<b>7</b>	muž	praktický lékař	soukromá ambulance	Ostrava
<b>8</b>	muž	praktický lékař	soukromá ambulance	Mohelnice
<b>9</b>	muž	gynekolog	větší zdravotnické zařízení	Liberec
<b>10</b>	muž	rehabilitační lékař	větší zdravotnické zařízení	Praha

Vzorek psychologů se skládá ze 7 žen a 3 mužů. Čtyři z těchto psychologů jsou atestovaní, šest neatestovaných. Šest psychologů pracuje v soukromých ambulancích, čtyři ve větších zdravotnických zařízeních. Největší zastoupení psychologů je z Prahy, jedna psychologka je z Libereckého kraje a tři z kraje Moravskoslezského.

	<b>Pohlaví</b>	<b>Atestace</b>	<b>Pracoviště</b>	<b>Město</b>
<b>1</b>	žena	ano	soukromá ambulance	Olomouc
<b>2</b>	žena	ne	větší zdravotnické zařízení	Praha
<b>3</b>	žena	ne	soukromá ambulance	Praha
<b>4</b>	žena	ano	větší zdravotnické zařízení	Liberec
<b>5</b>	žena	ne	soukromá ambulance	Přerov
<b>6</b>	žena	ne	soukromá ambulance	Praha
<b>7</b>	žena	ne	větší zdravotnické zařízení	Praha
<b>8</b>	muž	ne	soukromá ambulance	Ostrava
<b>9</b>	muž	ano	větší zdravotnické zařízení	Praha
<b>10</b>	muž	ano	soukromá ambulance	Ostrava

## 6. 2. Získávání dat

Účastníci výzkumu byli vyhledáváni převážně prostřednictvím internetu a vybírání na základě údajů, které uváděli na vlastních webových stránkách nebo které byly dohledatelné na jiných místech. Následně proběhl nejdříve e-mailový kontakt, ve kterém bylo participantům sděleno téma výzkumu, jeho účel a cíl, dílčí témata, která by v rámci rozhovorů měla být probrána, a nakonec byli požádáni o interview. Velmi vysoké procento žádostí (odhadem 80%) zůstalo zcela bez odezvy. S většinou lékařů a psychologů ochotných k rozhovoru následně proběhl ještě telefonický kontakt k upřesnění informací a dohodnutí místa a času rozhovoru. Někteří participanté po rozhovoru poskytli kontakty na další odborníky pracující celostně - tito byli poté kontaktováni přímo.

V úvodu rozhovoru byly participantům zopakovány informace o výzkumu a jeho účelu, dostali možnost se zeptat na doplňující otázky a byl s nimi podepsán informovaný souhlas, který zaručil dobrovolnost účasti ve výzkumu. Byli dotázáni, zda je pro ně v pořádku, když bude rozhovor nahráván na záznamové zařízení. Následně se přistoupilo k samotnému rozhovoru, jehož délka se nejčastěji pohybovala kolem 30 minut. Nejkratší rozhovor trval asi 15 minut, nejdelší přibližně 70 minut.

Byla využita metoda **polostrukturovaného rozhovoru**, který umožňuje zkombinovat výhody rozhovoru strukturovaného i nestrukturovaného. Jsou definovány základní okruhy a minimum otázek, které by měly být zodpovězeny, tato metoda však umožňuje také pokládání doplňujících otázek, které se zdají smysluplné, a poskytuje dotazovanému širší možnosti vyjádření (Miovský, 2006). Protože cílem kvalitativního výzkumu je zachytit zkoumaný jev v celé jeho šíři, tato metoda se jevila jako nejvhodnější, neboť umožnila kladení doplňujících otázek, které se mnohdy ukázaly jako významné při komplexním porozumění celé problematice. Samotným participantům metoda umožnila sdělit také doplňující informace, na které se otázky nedotazovaly přímo.

Otázky k rozhovoru byly základně rozděleny do 4 skupin odpovídajících jednotlivým výzkumným otázkám:

### Ad 1)

- 1) Co si představujete pod pojmem komplexní/celostní péče?
- 2) Když k Vám přijde nový pacient/klient, co všechno o něm zjišťujete?



- 3) Používáte nějaké specifické metody, o kterých byste řekl/a, že vyjadřují komplexnost Vašeho přístupu?
- 4) Je nějaká oblast, na kterou kladete větší či menší důraz?
- 5) Jaké jsou podle Vás důležité předpoklady na straně lékaře/psychologa, aby dokázal myslet a pracovat komplexně?
- 6) Narážíte na nějaké vlastní limity při poskytování celostní péče?

**Ad 2)**

- 7) Vnímáte nějaké limity v poskytování komplexní péče, které jsou zapříčiněny organizací zdravotnického systému?
- 8) Je podle Vás ve zdravotnickém systému také něco, co komplexní péči podporuje?

**Ad 3)**

- 9) Vnímáte v průběhu let nějakou změnu v přístupu k člověku ve zdraví a nemoci?
- 10) Jak vnímáte postavení celostního přístupu v kontextu oboru jako celku, respektive jak si myslíte, že na Vás nahlíží odborníci pracující klasicky, resp. jednostranně?
- 11) Domníváte se, že máte větší úspěšnost v pomoci svým pacientům/klientům, než lékaři/psychologové, kteří nepracují komplexně? Proč si to myslíte?

**Ad 4)**

- 12) Jak by se podle Vás dalo pomoci rozšíření informací o člověku jakožto bio-psycho-sociálně-spirituální jednotě mezi laickou veřejností?
- 13) Co děláte Vy sám/sama, aby se celostní přístup mezi odbornou veřejností více rozšířil?

V prvním rozhovoru byly položeny všechny otázky ve výše uvedeném pořadí, postupně se však ukazovalo, že některé z nich nepřinášejí novou informaci či na ně účastníci odpovídají spontánně v rámci jiných otázek. Sada otázek byla tedy postupně každému účastníkovi přizpůsobována podle toho, co bylo v rozhovoru řečeno, stejně jako pořadí

otázek v případech, kdy se k určitému okruhu došlo při probírání jiného dílčího tématu. Průběžně byly kladeny doplňující otázky s cílem upřesnit či rozvinout odpovědi participantů.

Základně lze říci, že otázky 1) Co si představujete pod pojmem komplexní/celostní péče? a 2) Když k Vám přijde nový pacient/klient, co všechno o něm zjišťujete? se ve většině případů sloučily do jedné otázky. Otázky 4) Je nějaká oblast, na kterou kladete větší či menší důraz? a 6) Narážíte na nějaké vlastní limity při poskytování celostní péče? se ukázaly jako nepřiliš vypovídající. Otázka 9) Vnímáte v průběhu let nějakou změnu v přístupu k člověku ve zdraví a nemoci? se postupně rozpadla do dvou podotázek, kdy participanti hovořili jednak o vývoji problematiky celkově ve společnosti, jednak u sebe samotných.

Většinu participujících odborníků téma po počáteční zdrženlivosti a opatrnosti zaujalo a ochotně se snažili poskytnout maximum informací. S několika z nich pokračoval neformální rozhovor o tématu i po vypnutí záznamového zařízení. Pouze jedna psychologka účast na výzkumu odmítla již po úvodním představení tématu výzkumu a rozhovor tedy nebyl uskutečněn. Tato psychologka nebyla zařazena do výzkumného souboru. Všechny ostatní rozhovory byly shledány validními pro následnou analýzu.

### **6. 3. Analýza dat**

Audiozáznamy rozhovorů byly přepsány co nejpřesněji tak, aby nedošlo ke ztrátě důležitých informací. Do přepisu nebyly zahrnuty pauzy a „slovní vata“, neboť pro dosažení účelu výzkumu by jejich zahrnutí nemělo žádný význam. Tato mírná redukce usnadnila následnou analytickou práci s daty. Při analýze bylo využito **metody vytváření trsů**, kdy byly výroky seskupovány do obecnějších kategorií, **metody zachycení vzorců (gestaltů)**, která umožnila nalézt obecnější vzorce a principy, **metody prostého výčtu**, která zachytila četnost některých názorů participantů a **metody vyhledávání a vyznačování vztahů**, která umožnila uchopení souvislostí a procesualnosti (Miovský, 2006).

### **6. 4. Etické aspekty výzkumu**

Při výzkumu byly dodrženy základní **etické principy pro výzkum s lidmi** podle Americké psychologické asociace. Jde o respekt a úctu k účastníkům výzkumu, právo na informace,

právo na soukromí a důvěrnost informací a právo kdykoliv od účasti na výzkumu odstoupit (APA, 1982, in Ferjenčík, 2000). Z účasti na výzkumu pro participanty nevyplývaly žádné výhody ani rizika, byli důkladně informováni o tématu výzkumu, jeho účelu a používaných metodách, měli možnost se na cokoliv zeptat a dostat na své otázky pravdivou a úplnou odpověď. Účastníci výzkumu souhlasili, aby byly jimi poskytnuté informace zveřejněny i ve spojení s jejich jménem. Všechny tyto informace, včetně práva kdykoliv odstoupit od účasti na výzkumu, byly uvedeny v **informovaném souhlasu**, který byl participanty podepsán před započítím rozhovoru. Vzor informovaného souhlasu je uveden v příloze č. 4.

## 7. Výsledky výzkumu

Následující text prezentuje výsledky výzkumu nejdříve formou deskripce, přičemž čísla v závorkách označují četnost výroků participantů. Četnosti nemusí nutně vyjadřovat absolutní počet odborníků, kteří se s daným výrokiem ztotožňují. Jde pouze o počet participantů, kteří daný údaj explicitně vyjádřili. Protože se některé kategorie mohou překrývat, čísla je nutno pojímat jako orientační údaje. V dalším textu jsou obě skupiny odborníků srovnány a jsou uvedeny odpovědi na výzkumné otázky.

### 7. 1. Deskripce vzorku lékařů

**Komplexní přístup** pro lékaře znamená zejména nahlížení na člověka jako na bio-psycho-sociální celek (9), v rámci čehož i na samotné tělo se pohlíží jako komplex, nikoliv jako na izolované orgány (1). Zejména jde o zhodnocení a zahrnutí stavu psychiky, rodinných, společenských a pracovních vztahů, životního stylu (tzn. způsobu stravování, pohybové aktivity, denního režimu apod.) a vlivu dřívějších zkušeností a zážitků na současný stav (4). Někdy bývá zahrnuta také spirituální složka člověka (2). Jde o nahlížení na člověka v kontextu jeho životního příběhu (1). Důležitou zmiňovanou charakteristikou celostního přístupu k člověku je jeho individualita (5), tedy přizpůsobení diagnostiky i léčby konkrétnímu pacientovi, nikoliv strojové aplikování stejných postupů u všech pacientů. Komplexní přístup může být vnímán i jako soubor všemožných metod, které mohou vést k uzdravování (1). Z širšího hlediska komplexnost vyjadřuje schopnost spolupráce, ať už v rámci specifického týmu (2) nebo s externími odborníky z lékařských i nelékařských profesí (3).

**Způsob práce** pochopitelně vychází z výše zmíněného. Veškerá činnost se odvíjí od očekávání pacienta a jeho ochoty spolupracovat. Všichni lékaři (10) uvádí, že celostní přístup nabídnou a jsou připraveni jej použít, ne každý pacient má však zájem této nabídky využít a ne každý pacient, který nabídky využije, je následně ochoten skutečně spolupracovat. Téměř všichni lékaři (8) různými způsoby vyjádřili, že jde o obor, v němž má aktivita samotného pacienta nezastupitelnou roli. Lékař je poté v roli poradce nebo průvodce, který pomáhá hledat možné zdroje potíží a možnou cestu z nich, ovšem iniciativa a zodpovědnost pacienta je kruciólní: „...a ten doktor vás potlačí, ale to hlavní musíte udělat vy. Je to medicína se spoluúčastí.“, „...rozhovor by měl hodně viset na něm... nechat říct jeho náhled, aby našel sám sebe.“ Většina lékařů (7) využívá při své

práci také tradiční léčebné postupy jako různá vyšetření a laboratorní testy, rozdíl oproti klasické západní medicíně je v širším náhledu na pacienta, poskytnutí většího časového rámce a většinou také nabídnutí alternativních léčebných postupů. Lékaři, kteří tradiční medicínu nevyužívají (3) ji nezavrhují a to, zda ji pacienti využijí, ponechávají na jejich vlastní zodpovědnosti. Týmová složka celostního přístupu vyjadřuje jednak schopnost pracovat s ostatními členy konkrétního týmu daného zařízení, jednak také schopnost odeslat pacienta k odborníkům z jiných profesí, zdá-li se to být opodstatněné: „*Já se snažím jakoby znát co nejlépe způsob práce tady všech... a pak samozřejmě máme síť spolupracujících lékařů... nabídnul jsem odkazy na sociální pomoc, mediátory a takový.*“.

Jako základní používanou **metodu** uvedli všichni lékaři rozhovor či otázky (10), dva lékaři uvedli také intuici (2). Spektrum nabízených alternativních metod je velmi široké a mezi lékaři jsou značné rozdíly v počtu metod, které nabízejí. Někteří lékaři považují za svůj hlavní a jediný nástroj rozhovor (3), lékaři s nejširším spektrem uváděli alternativních metod i více než deset. Největší zastoupení zaujímala akupunktura (6), homeopatie (5), biorezonance (4), masáže (3) a využití bylinných přípravků (4). Z dalších metod byly zmíněny reflexní terapie (2) a dietetika (2), hydro colon terapie, plynové injekce, taping, moxa, akupresura, fyziologická regulační medicína a práce s dechem (vše 1). Výběr metody přizpůsobují lékaři konkrétnímu pacientovi: „*Je stěžejní toho člověka vidět, vyšetřit ho, udělat z toho nějaký závěr a použít potom léčbu, která bude pro něho vhodná.*“.

Někteří lékaři (6) ovšem explicitně uvedli, že finální výběr metody ponechávají na zodpovědnosti pacienta a opět zde vystupují v roli průvodce, který pouze nabízí, co nabídnout může: „*...říkám pacientům, že to není vždy samospásné, uzdravuje se člověk sám – ne, že by dostal něco, co by mu zase jako ten lék pomohlo.*“.

Za důležité **vlastnosti** lékaře celostní medicíny považují účastníci zejména upřímný zájem pracovat komplexně (7) a kontinuální vzdělávání (5). Významný je pro ně také rozvoj v oblasti sebereflexe (5), kvalitní schopnost komunikace (4), časové investice (3), finanční investice (2) a schopnost spolupráce (2). Z obecnějších charakteristik lékaři zmínili co nejširší zorné pole, zralost, znalost sociální oblasti, empatii, otevřenost, pokoru a zkušenosti (vše 1).

**Úspěšnost léčby** v případě, kdy je k pacientovi přistupováno komplexně, je podle většiny lékařů (8) jednoznačně vyšší než v případě, kdy se pracuje výlučně biologicky. Jeden lékař uvedl, že se k úspěšnosti léčby není schopen vyjádřit a jedna lékařka sdělila, že to nelze

porovnat, protože pacienti k ní většinou přicházejí až po období neúspěšné léčby v klasickém zdravotnickém systému (to ovšem prakticky znamená, že pokud těmto pacientům pomůže, je úspěšnější než alopatictí lékaři). O větší úspěšnosti jsou lékaři přesvědčeni na základě zpětné vazby pacientů: „*Začínají k nám chodit pacienti, kteří prošli už klasickou medicínu, specialisty, rehabilitaci... a pomohli jsme jim třeba až my.*“ Jak naznačuje citovaný výrok, nejčastěji pacienti uvádějí množství lékařů a vyšetření, kterými již bezvýsledně prošli, než se dočkali úspěšného vyléčení. Dále pacienti na přístupu lékařů nejvíce oceňují vyšší časovou dotaci, důvěrnou atmosféru a to, že jim lékař naslouchá a skutečně se o ně zajímá, tedy tyto faktory lze považovat při procesu léčení za důležité.

Lékaři se vesměs shodují, že organizace českého zdravotnického systému přináší komplexní péči celou řadu nevýhod, ale jen málo výhod. Na otázku výhod reagovali někteří lékaři jednoznačným „nic!“ (3), dále odpověď rozvedli až na opakovanou výzvu, a to pouze jmenováním dalších nevýhod. Zbylí lékaři formulovali výhody jen velmi obtížně nebo rovněž jmenovali pouze další nevýhody.

Mezi nejčastěji zmiňované **nevýhody** patří čas (6), neboť množství pacientů, kterým jsou ordinace zatíženy, často znemožňuje hlubší sondu do jejich problematiky. S faktorem času souvisí tlak na výkon a množství formálních požadavků na vyplňování rozmanitých dokumentů, podepisování informovaných souhlasů apod. (4): „*Neustále nějaké papíry, informovaný souhlas na každou věc... tak toho člověka spíše odvádí od té práce, než aby to přivádělo.*“. Za problematiku považují lékaři již lékařské vzdělání, které je podle nich jednostranně orientované na tělo (3), z čehož pramení pozdější pouze biologické nastavení zdravotnických pracovníků (5): „*Vyjdou z té medicíny a teď si myslí, jak budou dělat ortopedii, řezat koleno, ale proč to koleno někoho bolí, tak to tam prostě vůbec není zavzato.*“. Toto nastavení připisují také tomu, že medicína disponuje množstvím prostředků k tělesnému léčení, díky čemuž je psycho-sociální složka vytlačována (4). Celé zdravotnictví je podle lékařů velmi rozdrobené (4) a dochází k obrovskému toku finančních prostředků do úzkých oborů (4). Pacient tak podstoupí mnoho nákladných vyšetření, ale člověk jako celek uniká - také proto, že lékaři nejsou schopni nebo ochotni spolupracovat (5). Lékaři jsou farmaceutickými firmami odměňováni za předepisování jejich léčiv, což u lékařů vede spíše ke sledování vlastních zájmů a odvádí od pacienta a jeho skutečných potřeb (2). Problematické je také neproplácení alternativních léčebných metod pojišťovny (4), stejně jako času potřebného k důkladnému poznání pacienta a ke

komunikaci s dalšími odborníky (2): „*Spousta práce jakoby přechází, v podstatě mimopracovní, a to nikdo nezaplátí.*“. Všichni praktičtí lékaři, kteří se výzkumu zúčastnili (4), tento problém řeší oddělenou pracovní dobou nad běžný rámec.

**Výhody** organizace zdravotnického systému pro komplexní péči, které lékaři uváděli, byly spíše vágní či bylo sporné, zda je lze považovat za skutečné výhody a případně pro kterou ze zúčastněných stran. Jeden lékař uvedl jako výhodu nefunkčnost zdravotnického systému, která následně pacienty přivede do ordinace celostní péče (1), což umožňuje lékařům zvýšit finanční profit (2). Z obecnějších výhod zaznělo množství peněz, které v kombinaci se zoufalstvím nad pacienty, které se nedaří vyléčit, vede k hledání cest, jak by se i těmto lidem dalo pomoci (1). Jednu z možností aktuálně nabízí vznik nové lékařské specializace v psychosomatické medicíně (1), jejíž přínosnost ovšem jedna lékařka zpochybnila, protože institucionalizací oboru psychosomatika se toto odvětví zařadí mezi ostatní obory medicíny a řada pacientů bude opět jenom někam odeslána bez vlastní touhy po změně a opět budou pouze očekávat, že budou léčeni bez vlastního přičinění.

Své **postavení** v kontextu medicíny jako celku vnímají celostní lékaři různě, ale převažuje pocit, že klasičtí lékaři se staví ke komplexní medicíně spíše negativně. Nápadně často zazněla slova jako šarlatánství, čarodějnictví či podvod (6), dále pranýřování, hanění, zlehčování či nepochopení. Z druhé strany někdy celostní lékaři pociťují ze strany klasických lékařů ocenění (3) či respekt (1). Polovina participantů (5) odlišila 2 skupiny lékařů - ty, kteří se k nim staví negativně a ty, kteří jejich práci uznávají. Čtyři participanté uvedli, že ze strany klasických lékařů vnímají pouze negativní reakce (4), pouze jeden lékař uvedl, že vnímá reakce pouze pozitivní (1). Hanění komplexního přístupu podle celostních lékařů pramení z neznalosti oboru a nedostatku informací (5), který si lékaři nesou již od školy: *Ta neznalost psychosomatické problematiky je strašlivá v té medicíně. Takže opravdu pak vznikají nepřátelský prostory, protože si to pletou s nějakým čarodějnictvím.*“.

Cesta lékařů ke komplexnímu myšlení je záležitostí osobního i profesního **vývoje**. Lékaři udávali zkušenost s vlastní nemocí nebo nemocí v rodině, kdy je neúspěch klasické léčby přiměl k hledání jiných postupů, osobnostní zranění a frustraci nad fungováním zdravotnického systému a jeho nedostatečnou schopností pacienta vyléčit. Několik lékařů spontánně vyjádřilo, že ačkoliv je tento způsob práce náročnější, výsledky stojí za vynaložené úsilí a kompenzují také negativní postoje lékařů pracujících čistě biologicky,

nehledě na vyřešení vlastních zdravotních potíží. Všichni lékaři (10) uvedli, že pocítují vzrůstající zájem zejména mladých lidí o své zdraví, stejně jako jejich aktivnější účast na léčbě. Na druhé straně je však stále mnoho pacientů, kteří chtějí instantní řešení problémů ve formě léků. Jedna lékařka vyjádřila poměr pacientů, kteří mají a nemají zájem o celostnější přístup v poměru 40:60%. Jeden lékař pak vyslovil názor, že zájem o problematiku komplexního přístupu se ve společnosti objevuje cyklicky.

V otázce možností dalšího **rozvoje** celostního myšlení v široké populaci jsou lékaři poměrně skeptičtí a nejednotní. Někteří z nich uvádějí možnost šíření skrze média či pomocí organizování přednášek, jiní naopak tvrdí, že tato cesta není funkční, protože tyto informace hledá teprve člověk, který je celostnímu přístupu již nakloněn a takový člověk si zároveň svůj způsob vždy najde. Jedna lékařka vyjádřila, že řada celostních lékařů nejsou „agresivní“ typy, které by důležitost komplexního přístupu k člověku dokázaly zpropagovat. Také média častěji propagují léčiva a všeobecně postupy, které jdou spíše proti celostnímu přístupu. Jde také o otázku následné popularity, která nemusí být vždy ku prospěchu samotné léčbě: „...*ty lidi choděj za tím věhlasem a vlastně nejsou potom v nějakým reálným kontaktu.*“. Jako schůdnější cesta se participantům jeví vzdělávání dalších lékařů, ideálně již pregraduálně, kteří by pak celostní smýšlení o člověku předávali i svým pacientům. „*Je zbytečné, že se něčemu říká celostní medicína něčemu moderní medicína - je to jedna medicína.*“

## 7. 2. Deskripce vzorku psychologů

**Komplexní přístup** pro psychology znamená pohled na člověka, který respektuje, že člověk je určitý celek tvořený více aspekty či složkami (10). Výčet toho, co vše tvoří onen celek, je velmi široký a psychologové byli v rozhovorech méně konkrétní než lékaři. Lze ovšem abstrahovat, že základně jde o tělo a duši (10), přičemž několik psychologů detailněji popsalo jednotlivé složky psychiky, kterými se zabývají, dále byly zmíněny sociální vztahy (3), transcendentální rovina (2), kontext životního příběhu (1), astrologické charakteristiky (1) a mnoho drobných dílčích aspektů. Jedna psycholožka uvedla, že celostní přístup pro ni znamená zpřístupnit člověku celostnost bytí, resp. ukázat mu dosud neuvědomované. Kromě způsobu myšlení představuje celostní přístup pro psychology také práci v týmu (4). Oba pohledy, tedy jak celostní smýšlení o člověku, tak komplexnost ve smyslu práce v týmu, zmínili výlučně psychologové pracující ve větších zdravotnických zařízeních (4).



Psychologové podobně jako lékaři uváděli, že jejich **způsob práce** vychází z individuality a specifických požadavků a potřeb konkrétního klienta. Většina psychologů (6) v zásadě vyjádřila princip minimální intervence: „*Teprve když v tom úzkým zorným úhlu to nepomáhá, tak pak takový zlatý pravidlo tý komplexní péče je rozšířit zornej úhel.*“ Psychologové častěji rozlišovali způsob *myšlení* a způsob *práce*. Psychologové uplatňující výše zmíněný princip uváděli, že jejich myšlení je od počátku práce s klientem nastaveno celostně, ale intervence do jednotlivých oblastí rozšiřují až ve chvíli kdy cítí, že je to potřeba. Zbylí psychologové (4) využívají veškeré dostupné prostředky hned od začátku, což bývá vnímáno jako možnost naladit se na klienta způsobem, který mu nejlépe vyhovuje a odtud ovlivňovat další oblasti. Ve větších zdravotnických zařízeních představuje komplexní způsob práce také konzultaci klienta s ostatními odborníky, což poté umožňuje lépe přizpůsobit léčbu jeho individuálním potřebám.

Z využívaných **metod** někteří psychologové uvedli výlučně způsob myšlení či přístupu k pacientovi (3). Spektrum dalších využívaných metod je velmi široké. Nejčastěji jde o inspirace východní medicíny (čínská medicína, ajurvéda) (5), což se částečně překrývá se zmíněným způsobem myšlení, dále různé způsoby práce s tělem (tanec, práce s dechem, akupresura, jiná pohybová cvičení) (4), využití doplňkových bylinných preparátů (3), astrologii (1), techniku vnitřních úsměvů a léčivých zvuků (1), biosyntézu (1), bioenergetickou analýzu (1) a homeopatii (1).

Aby byl psycholog schopen myslet a pracovat celostně, potřebuje mít podle participantů výzkumu zejména ochotu a otevřenost k tomuto způsobu přemýšlení (7), dále je důležité kvalitní pregraduální vzdělání, výcvik a následná supervize a práce na sobě, resp. kvalitní porozumění sobě samému (6). Za důležitou psychologové považují také schopnost spolupráce s dalšími odbornostmi, otevřenost názorům jiných odborníků a všeobecnou dovednost systémového myšlení (5). Z dalších charakteristik byla zmíněna vlastní životní zkušenost (3) a dovednost pracovat s tělem (3).

V odhadování **úspěšnosti** při léčbě klientů ve srovnání s psychology, kteří se neoznačují za „celostní“, jsou psychologové opatrní. Z výzkumného souboru osm psychologů uvedlo, že nevědí, protože nemají k dispozici výzkumy či jiná data, na základě nichž by se mohli porovnat, ale jsou sami za sebe přesvědčení, že jejich přístup je efektivnější: „*Každý člověk, který projde sebezkušenostním výcvikem, musí někde zakusit, že jsou oblasti, které nevnímá a nevidí. A stává se pak celistvějším.*“, „*...takže potom poradím, co můžou dělat*

*s tím tělem, a oni (klienti) zjistí, že ne jenom tou myšlenkou nebo přeučováním, ale i tím tělem... že jim to přinese úlevu.*“ Dva psychologové uvedli, že nevědí a netroufají si úspěšnost odhadovat (2).

Mezi nejčastěji zmiňované **nevýhody** zdravotnického systému patří u psychologů chybějící komplexní zastřešení celostní péče (6): *„Organizace zdravotnictví tý týmový spolupráci nepomáhá vůbec, protože je sama rozškatulkovaná... to propojování, aby vznikl nějaký metaútvár, ve kterém by z každé škatulky bylo po jednom, to v té organizaci zdravotnictví zatím skoro neexistuje.*“ S tím se pojí také neproplácení celostní péče (5): *„...není nastavené, co je prioritou, kde budeme chtít šetřit peníze – není ten, kdo by určil, který ten systém léčby by byl vlastně úsporný.*“ Dalším významným negativním faktorem je farmaceutický průmysl (4), který lékaře nutí předepisovat léky a zároveň jim takto dává určité jistoty, které snižují jejich ochotu podívat se na pacienta celostněji (2). Komplexní péči o pacienta dále limituje celkové přetížení a vyčerpání lékařů (2), nedostatek času (2), nadbytek administrativy (1), tlak na výkon (1) a nedostatečný respekt a znalost toho, co mohou nabídnout jiní odborníci (1), což může být důsledkem malé pozornosti věnované tématu již na lékařských fakultách (2). Jeden psycholog paradoxně uvedl také vznik nové lékařské specializace v psychosomatické medicíně: *„Já se trochu bojím, že tý psychosomatické jako oboru hrozí, že se z něho stane další izolovanéj obor, kterej taky nebude mít důvod spolupracovat s dalšíma.*“

**Výhody** zdravotnického systému pro komplexní péči se psychologům stejně jako lékařům formulovaly hůře. Čtyři psychologové uvedli, že v systému není nic, co by celostní péči podporovalo (4). Podle zbylých participantů je výhodou zdravotnického systému to, že systém nefunguje, což nutí pacienty vyhledávat alternativní způsoby léčby a lékaře vede k přehodnocování vlastního přístupu (5). Jedna psychologička uvedla, že výhodou je, že celostní péči zatím nikdo nezakazuje (1).

Většina psychologů (6) hodnotí své **postavení** ve vlastní odborné komunitě jako pozitivní: *„Já cítím úctu, respekt, chtějí se to ode mě naučit... je tady nějaká neformální hierarchie, že ti nezkušenější se chtějí učit od těch zkušených.*“ Několik z těchto psychologů zároveň vyjádřilo, že jim komplexnost připadá naprosto přirozená a v podstatě si nedokáží představit, jak jinak může psycholog pracovat: *„Psychologové v dnešní době... u nich je to daleko častější mít nějaký komplexní přístup, spíš tadyto patří pro ty zdravotníky, lékaře.*“ Dva psychologové uvedli, že názory okolí se liší, a že se setkávají s reakcemi od obdivu

přes nepochopení a nezájem až po odmítání a hanění (2). Zbylí dva psychologové sdělili, že názory kolegů nesledují a nejsou tudíž schopni se vyjádřit (2).

Velká část psychologů se shoduje, že celostní myšlení se ve společnosti postupně vyvíjí jak ze strany laické veřejnosti (3), která tento přístup častěji vyžaduje, tak ze strany odborníků, kteří komplexní přístup k člověku více propagují a více se o něj zajímají (4), byť to někdy vede ke zjednodušování, které oboru nemusí prospívat (3). Dvě psycholožky však uvedly, že společnost je stále v regresi vůči lékařům, což celostní péči potlačuje, protože slepé oddávání se lékaři eliminuje vlastní aktivitu pacienta, která je pro celostní péči nezbytným předpokladem. Ve vlastním vývoji psychologové zpravidla uváděli, že tento způsob myšlení jim byl vždy vlastní a v průběhu let pouze hledají a ujasňují si vlastní cestu: *„Myslím si, že bych měl zůstat v tom užším oboru a dobře mu rozumět, než si to příliš rozšiřovat... že v něčem jsem jakoby miň komplexní, ale za to o to intenzivněji jsem komplexní v té spolupráci tady s kolegy.“*

V otázce možností **rozvoje** komplexního myšlení psychologové nejčastěji zmiňovali přednášky (6) a publikování článků pro odborníky i laiky (5), což řada z participantů aktivně činí. Někteří psychologové jsou však k takovému přístupu z různých důvodů skeptičtí: *„Laická veřejnost ráda slyší jednoduchou cestu. Myslím si, že je naše povinnost to prezentovat, ale nemůžeme si myslet, že to bude srozumitelné pro většinu národa.“* *„...ten princip je hrozně v jazyku, v tom uvažování...ta změna chce opravdu čas, musí to být ve škole, děti se potřebují o těch věcech učit úplně jinak...“*. Tři psychologové vyjádřili, že vzhledem k postavení lékařů v naší společnosti se jim jeví jako nejúčinnější propagace touto cestou (3). Rovněž tři psychologové pracující v soukromých ambulancích vyjádřili, že by mohlo napomoci aktivní navazování spolupráce s lékaři (3). Jedna psycholožka uvedla, že by mělo být oboru věnováno více pozornosti na vysokých školách (1) a že pomoc by mohl přinést také webový portál, který by sdružoval odborníky tohoto zaměření a vytvořil tak síť potenciálních kolegů, se kterými by bylo možno spolupracovat.

### **7. 3. Odpovědi na výzkumné otázky**

#### **1) Jak se liší pojetí celostní péče o pacienta či klienta u lékařů a psychologů?**

Základně se jak lékaři, tak psychologové vyjádřili, že komplexní přístup k člověku zahrnuje pohled na člověka jako funkční jednotu těla, duše, sociálních vztahů a případně spirituální složky. Druhý pohled na celostní přístup představuje u obou skupin participantů

spolupráci s dalšími odborníky. Lékaři byli ve specifikování svého pojetí komplexnosti konkrétnější a spíše obecněji jmenovali, jaké oblasti u pacienta mapují. Psychologové se oproti lékařům více zaměřili na dílčí složky psychiky. Polovina lékařů zdůraznila individualitu přístupu k pacientovi, kterou psychologové explicitně nezmiňovali. Zatímco u lékařů je celostní přístup vnímán jako postup, který je pouze alternativou a pacient nabídku může nebo nemusí využít, u psychologů jde spíše o všeobecné nastavení myšlení a postup práce, který je praktikován v podstatě generálně.

## **2) Jak se liší vnímání výhod a nevýhod českého zdravotnického systému u lékařů a psychologů?**

V charakteristikách našeho zdravotnického systému, které celostní péči blokují, se lékaři a psychologové poměrně shodují, avšak psychologové podávali menší počet odpovědí. Obecně lze uvést, že mezi nevýhody v nastavení českého zdravotnického systému patří neproplácení celostní péče pojišťovny, málo času na pacienta a související přílišný tlak na výkon a množství administrativních požadavků, obecně spíše biologické a technické nastavení medicíny již od výuky na vysokých školách a nedostatek ochoty ke spolupráci. Psychologové měli v rozhovoru tendence popisovat spíše obecný stav zdravotnického systému tak, jak jej vnímají, neboť mnozí nejsou jeho součástí. Samotná práce psychologa je také organizačně zakotvena jinak, proto se ani psychologové působící ve zdravotnictví s těmito problémy tolik nepotýkají. Psychologové, zejména působící ve větších psychosomatických zařízeních, tak nejčastěji uváděli neexistenci komplexního zaštitění celostní péče, což znamená, že čas strávený konzultací pacienta s ostatními odborníky není v systému nikde zakotven a je čistě záležitostí ochoty vynaložit vlastní energii a čas navíc.

Ve výhodách zdravotnického systému v kontextu celostní péče u obou skupin v několika případech zaznělo, že žádné nejsou. Skupiny se také shodovaly na tom, že celostní přístup rozvíjí zoufalství pacientů, které se nedaří vyléčit, což systém nutí hledat alternativní způsoby a přístupy. Za kontroverzní výhodu je považován vznik nové specializace v psychosomatické medicíně, neboť dle některých odborníků hrozí její institucionalizace, která ve výsledku nepovede k žádoucím změnám v myšlení lékařů ani pacientů.

### **3) Jak se liší postavení celostně smýšlejících lékařů a psychologů ve vlastní odborné komunitě?**

Psychologická komunita vnímá ve srovnání s komunitou lékařskou celostní přístup jako něco poměrně přirozeného, v každém případě pozitivního. Zatímco psychologové se ze strany svých kolegů setkávají spíše s obdivem a uznáním, že přemýšlí v širším kontextu a přináší do psychologické práce s klientem něco navíc, lékaři se častěji setkávají s pohrdáním či pranýřováním a pouze zlomek ze vzorku lékařů uvedl, že se setkává pouze s pozitivními reakcemi.

### **4) Jaké se liší názory lékařů a psychologů na možnosti rozšiřování celostního smýšlení o člověku u odborné i laické veřejnosti?**

Lékaři i psychologové nejčastěji uváděli možnosti šíření celostního myšlení pomocí publikování a přednášek. Obě skupiny vůči tomuto způsobu zároveň vyjádřily určitou skepsi, neboť celostní myšlení považují za celospolečenskou záležitost, která je otázkou dlouhodobého vývoje. Lékaři i psychologové se shodují, že protože lékaři zaujímají v naší společnosti výsadní postavení, nejefektivnější cesta, jak informace předat laické veřejnosti, vede právě přes ně. To ovšem předpokládá právě onu společenskou změnu, díky které by se celostní myšlení stalo lékařům vlastní.

## **7. 4. Další podobnosti a rozdíly mezi vzorkem lékařů a psychologů**

Lékaři byli všeobecně častěji než psychologové ochotni se výzkumu zúčastnit. Poměr oslovených k počtu uskutečněných rozhovorů vychází u první skupiny podstatně příznivěji. Také u samotných rozhovorů se lékaři vyjadřovali konkrétněji a otázky pro ně bylo snazší uchopit. U psychologů se objevila výrazně větší diverzita celkového pojetí celostnosti.

Velký rozdíl mezi lékaři a psychology je ve využití alternativních léčebných metod, které je u celostně smýšlejících lékařů téměř pravidlem, zatímco psychologové většinou uváděli, že jde skutečně spíše o způsob myšlení, případně uváděli techniky jako práce s tělem či inspiraci například čínskou medicínou. Kupříkladu lékaři hojně využívaná homeopatie se u psychologů objevila pouze v jednom případě.

Lékaři také oproti psychologům zcela jasně vyjadřovali, že jsou si jistí, že celostní přístup přináší pacientovi větší užitek než jednostranná alopatická medicína. Psychologové spíše

vyjadřovali důvěru ve svou vlastní cestu, nestavěli ji však většinou jako lepší nebo efektivnější, než je cesta jiných psychologů.

Lékaři a psychologové se shodují, že pro celostní přístup k člověku je esenciální ochota tímto způsobem pracovat a kvalitní pregraduální a postgraduální vzdělání. Psychologové však častěji než lékaři zmiňovali důležitost schopnosti a otevřenosti spolupráci s ostatními odbornostmi – lékaři za důležitější považují schopnost samotného lékaře podívat se na člověka z více úhlů pohledu.

V otázce vývoje vlastního přístupu ke klientům a pacientům se lékaři a psychologové rozcházejí. Zatímco u psychologů šlo většinou o způsob myšlení, který jim byl vždy vlastní a postupem času se pouze rozvíjel a upřesňoval, lékaře k celostní péči zpravidla dovedla frustrace nad nefunkčností tradičních léčebných postupů ať už u sebe samých nebo svých pacientů. Obě skupiny se shodují, že celostní přístup nabývá na popularitě u odborné i laické veřejnosti, prozatím se nicméně nejedná o dominantní postoj společnosti.

## **7. 5. Interpretace zjištěných faktů**

Zjištěné výsledky vypovídají o následujících skutečnostech:

### **1) U obou skupin odborníků je patrný důraz na složky, které jsou jejich oboru bližší.**

Pojetí celostního přístupu u psychologů sice základně představuje stejně jako u lékařů zahrnutí těla, duše, sociálních vztahů a přesahové roviny, avšak odborníci z obou skupin mají přirozenou tendenci klást větší důraz na tělo či duši a celostnost dále vnímat i v rámci těchto dílčích složek (např. člověk není koleno, hlava atd., ale celé tělo; lidská psychika zahrnuje dále myšlení, cítění atd.).

### **2) Pro praxi lékařů představuje nastavení českého zdravotnického systému větší zátěž než pro psychology.**

Lékaři byli ve výzkumu schopni formulovat více nevýhod a výhod českého zdravotnického systému pro komplexní péči. Jeho nastavení pro lékaře představuje větší problém než pro psychology, u kterých je časová dotace na klienta všeobecně větší, a navíc vůbec není nutné, aby byli jeho součástí. Zůstává jejich volbou, jak se rozhodnou o klientovi uvažovat a pracovat s ním.

### **3) Velkým problémem pro obě skupiny se zdá být chybějící zastřešení celostní péče.**

Neexistující metaútvář, který by komplexní péči zaštiťoval, znamená pro lékaře a psychology nutnost investovat mnoho vlastního času navíc, který těmto odborníkům nikdo neproplatí. Ochota se takto navíc angažovat tedy musí být záležitostí výlučně vnitřní motivace (ať už altruistické či finanční).

### **4) Pro psychology je celostní přístup přirozenější než pro lékaře.**

Mnozí psychologové v rozhovoru vyjádřili, že ke klientovi snad nelze přistupovat jinak než celostně. Uvedli také, že psychologie ve své podstatě implikuje potřebu nahlížet na člověka komplexně a nic neopomíjet. Zřejmě proto také psychologové, kteří se označují za celostní, nejsou vnímáni v rámci své komunity nijak zvláště či výjimečně.

### **5) Vývoj celostní péče předpokládá celospolečenskou změnu.**

Aby se mohla celostní péče dále rozvíjet, je potřeba změny implementovat do myšlení lidí, a to na různých úrovních. Spíše než o předávání informací se jedná o přirozený vývoj, kterému mimo jiné přispívá neschopnost systému mnoho pacientů vyléčit prostředky klasické medicíny.

## 8. Diskuze

V následujícím textu budou diskutovány možné chyby v metodice a možné zdroje zkreslení výsledků výzkumu. Výsledky budou dále rozvedeny a srovnány s dosavadními výzkumnými zjištěními. Následně budou navržena některá doporučení pro praxi.

### 8. 1. Diskuze o metodice

Při výzkumu byl využit kvalitativní přístup, který se zdál nejvhodnější pro popis zkoumaného fenoménu v celé jeho šíři.

Mezi hlavní nedostatky výzkumu lze zařadit jistou nejednotnost výzkumného souboru. Participující lékaři měli rozdílné specializace a pracovali v rozdílných podmínkách. Podobně někteří z psychologů byli atestovaní, někteří nikoliv, a stejně tak jejich pracovní podmínky byly rozdílné. Při plánování výzkumu toto nebylo považováno za problematické, neboť v souladu s principy kvalitativního výzkumu bylo cílem pojmut problematiku co nejkompexněji a zachytit v rámci zkoumaného jevu rozmanité variace. Při zpracování dat však bylo zjištěno, že diverzita vzorku je příliš vysoká, z čehož vyplynulo získání sice širších, zato potenciálně povrchnějších dat. Lékaři pracující ve větších zařízeních či v soukromých praxích se potýkají s jinými typy problémů, dále hráli roli například způsob financování jejich péče. Mnoha psychologům se obtížně uchopovaly otázky týkající se českého zdravotnického systému, protože nejsou jeho součástí a jeho charakteristiky tak mohli hodnotit pouze z pozice vnějšího pozorovatele. Tyto otázky se i co do srovnání ukázaly jako nejproblematictější.

Problematické může být vyhledávání celostních lékařů a psychologů prostřednictvím internetu. Jde o vzorek odborníků, kteří svůj přístup k pacientům a klientům nějakým způsobem propagují, což nevyovídá nic o tom, zda takto nepostupuje i řada dalších odborníků zcela přirozeně a aniž by své postupy nějak vyzdvihovali. Tito odborníci pak mohou vykazovat i odlišné charakteristiky a pohledy. Vzhledem k údajům uvedeným v teoretické části práce je důvodné se domnívat, že tato překážka nabývá větší důležitosti u skupiny psychologů.

Z důvodu nedostatečných zkušeností autorky může být dalším limitem snížená schopnost analytické práce s daty a tudíž menší výtěžnost získaných informací.



## 8. 2. Diskuze o výsledcích

V souladu se zahraniční literaturou představuje celostní přístup k člověku u českých lékařů a psychologů jednak způsob myšlení orientovaný na klienta, jednak také využití alternativních léčebných metod. Celostnost lze spatřovat jak v komplexním pohledu na jednotlivce, tak ve spolupráci s dalšími odborníky. Každá ze skupin odborníků se přirozeně více soustředí na „svou“ oblast. Důvodem, proč lékaři participující na výzkumu častěji než psychologové explicitně zmiňovali individuální přístup k pacientovi je zřejmě technické zaměření současné klasické medicíny (např. Hořejší, 1998), která se soustředí spíše na symptomy než na člověka. V individuálním přístupu a celostním pohledu na člověka tedy tito lékaři spatřují něco výjimečného – na rozdíl od psychologů, kterým je na základě jejich vzdělání pravděpodobně naopak přirozenější vnímat člověka v širokém kontextu (např. [www.psych.upol.cz](http://www.psych.upol.cz)).

V otázkách týkajících se českého zdravotnického systému lze vymezit dvě roviny, a to týkající se individuální práce v soukromých ambulancích a působení ve větších zdravotnických zařízeních. Ačkoliv výzkumný vzorek není dostatečně homogenní, aby bylo možno skupiny odborníků zcela validně porovnat, lze říci, že lékaři se ve své praxi potýkají s větším množstvím překážek. V první řadě jde o převážně biologicky orientované vzdělání (Beran et al., 2010), které lékaře dostatečně nevybaví pro vnímání a porozumění dalším důležitým složkám člověka. Na rozdíl od psychologů většina lékařů působí v rámci zdravotnického systému, kde jsou limitováni časem, platbami pojišťoven (*Vyhláška č. 428/2013 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení*) a tím tlakem na výkon, což redukuje možnosti se pacientovi důkladně věnovat. Řešením je pro ně vedení oddělené praxe, kde péče není hrazena pojišťovnou. Psychologické vzdělání vede pravděpodobně k širšímu vnímání člověka (např. [www.psych.upol.cz](http://www.psych.upol.cz)) a i v rámci psychologické péče ve zdravotnictví jsou standardem 60 minutová sezení (*Vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami*), což nabízí větší potenciál pro vytvoření osobního vztahu s klientem a umožňuje mnohem hlubší sondu do jeho problematiky. Rovněž možnosti práce mimo kontext zdravotnictví jsou pro psychology dostupnější. Obě skupiny odborníků se shodují na limitovaných možnostech spolupráce opět vzhledem k systému, který v současné době nenabízí žádnou oficiální variantu financování konzultování pacienta s dalšími odborníky.

Důvody, proč jsou celostní lékaři dle svého vnímání spíše pranýřováni - ačkoliv se toto tvrzení rozchází s informacemi vyplývajícími s rozhovorů s českými lékaři (Žantovský & Žantovská, 2012) – zatímco psychologové jsou ve své odborné komunitě uznáváni, mohou vyplývat opět z odlišného vzdělávacího zázemí obou skupin, kdy zatímco lékaři jsou vedeni k účtě k technologickému pokroku, psychologové jsou vedeni k inovativnosti a kreativité v hledání způsobů, jak člověku pomoci. V psychologii je tedy zcela legitimní používat široké spektrum metod a přístupů.

Také cesty lékařů a psychologů k celostnímu přístupu jsou odlišné. Lékaři v souladu s výzkumem Mahaové a Shawové (2007) nejčastěji změnili způsob myšlení a práce na základě negativní zkušenosti s klasickou medicínou, zatímco u psychologů šlo častěji o nastavení, které jim bylo vlastní. Příčiny lze hledat jednak v osobnostním založení, jednak také opět ve vzdělávání.

Fakt, že psychologové méně než lékaři využívají alternativních léčebných metod, může být daný všeobecnou rozmanitostí psychologie, ve které je složité definovat, co je běžné a co je alternativní. Oproti tomu v medicíně je poměrně jasně dáno, jaká je západní norma a co se vymyká, a toto je potvrzeno i ochotou (resp. neochotou) pojišťoven proplácet některé léčebné postupy.

Hlavním předmětem medicíny je nadále tělo a předmětem psychologie duše. Přínos výzkumu spočívá zejména ve zmapování, jak lékaři a psychologové dokáží ve své praxi prakticky zahrnout složky, které nejsou v jejich oboru dominantními, s jakými problémy se ve své praxi potýkají a jak vnímají ve vlastní odborné komunitě své postavení. Jde o téma, které dle zjištění autorky v této podobě dříve nebylo zpracováno.

### **8. 3. Doporučení pro praxi**

V praxi by bylo ideální začlenit komplexní vnímání člověka do pregraduálního vzdělávání lékařů, a to ve formě, kdy by nešlo pouze o racionální informaci, ale kdy by se budoucí lékaři naučili komplexně skutečně myslet. Jde zároveň o cestu, jak by se informace ve srozumitelné a konzistentní formě mohly dostat k široké veřejnosti.

Ze strany zdravotních pojišťoven by bylo vhodné zvažovat nové způsoby financování, které by zahrnovaly model celostní péče. Odborníci by byli motivovanější ke spolupráci, pokud by jim byla proplacena. Předpokladem maximální efektivity celostní péče je také

stanovení profilu pacienta, který z takové péče může těžit. Smyslem je poskytování co nejlepší a nejfunkčnější péče za co nejlepších finančních podmínek.

## 9. Závěry

Celostní přístup lékařů a psychologů spočívá v nahlížení na člověka jako na bio-psycho-sociálně-(spirituální) celek a v zahrnutí těchto složek do diagnostiky a léčby. Druhé pojetí představuje spolupráci s dalšími odborníky. Každá ze skupin odborníků se více soustředí na složku, která je jádrem jejich oboru. Psychologové mají vzhledem k různorodějšímu vzdělání k celostní péči blíže než lékaři. Lékaři ke své práci často využívají alternativních léčebných metod, u psychologů jde spíše o způsob myšlení.

Podmínky v České republice jsou pro lékaře náročnější než pro psychology, neboť jsou více limitováni vzděláním, které je jednostrannější, a tlaky zdravotních pojišťoven na čas a výkon. Psychologická péče nabízí větší časové možnosti a širší možnosti naplně psychoterapie vůbec.

Celostní lékaři jsou dle svého názoru ve vlastní odborné komunitě vnímání spíše negativně, zatímco psychologové jsou spíše oceňováni. Důvodem jejich názoru rigidita medicíny a na druhé straně otevřenost psychologie inovativním postupům.

Obě skupiny odborníků se shodují, že vývoj celostní péče je záležitostí hlubší změny myšlení laické veřejnosti. Jednou z nejnosnějších cest se jeví šíření tohoto komplexního přístupu skrze lékaře, kteří mají v naší společnosti výsadní postavení.

## 10. Souhrn

Celostní přístup vychází z náhledu na člověka jako na bio-psycho-sociálně-spirituální systém, v němž změna v jedné oblasti ovlivní všechny ostatní. Pojem bývá užíván synonymně s pojmem „psychosomatika“, se kterým je ovšem v této práci nakládáno odlišně a pojmem psychosomatické poruchy je chápán primární psychický problém, který se odrazil na tělesné úrovni. Komplexní přístup oproti tomu zahrnuje obousměrné propojení mezi všemi složkami.

Vývoj komplexního přístupu vychází od Hippokrata, který zcela přirozeně propojoval tělesná i psychická onemocnění a charakteristiky s převahou některého ze čtyř druhů tělesných šťáv. Jeho pokračovatel Galénos již tělo a duši odděloval, oběma však připisoval stejný význam. V 17. století René Descartes se svým dualistickým principem duši z medicíny zcela vydělil. Tělo patřilo medicíně, duše církvi. Až se vznikem psychologie ve 2. polovině 19. století se začalo usilovat o opětovné sloučení těchto dvou principů. Důležitou roli hrál Sigmund Freud, který popsal propojení mezi vytěsněnými psychickými konflikty a tělesnými příznaky. Významná je také teorie vzniku psychosomatických onemocnění od Franze Alexandra. V 70. a 80. letech 20. století byla aktuální teorie, že zodpovědnost za nemoc i zdraví je výlučně osobní - šlo tak o jiný extrém, kdy nebyly zahrnuty žádné další proměnné. Aktuálně je uznáván celostní model, který nahlíží na člověka v širokém kontextu souvislostí a vztahů.

Somatopsychická onemocnění představují primární tělesné onemocnění s jeho psychosociálními následky. Z pohledu komplexního přístupu lze takto označit každé onemocnění. Míra, ve které nemoc ovlivní psychický stav a sociální vztahy je různá a je dána mnoha faktory. Obecně je tento vliv větší u chronicky nemocných pacientů, u nichž se ve 2x větší míře objevují poruchy nálad, úzkostné poruchy a somatoformní poruchy.

Komplementární k předchozí skupině jsou poruchy psychosomatické, kde je primární vliv psychický. Způsob, jakým dochází k manifestaci psychických potíží na tělesné rovině, vysvětluje několik teorií, které bývají rozdělovány na specifické, hraniční a nespecifické. Psychoanalytická teorie pracuje s mechanismem konverze, tedy převedením nezpracovaného duševního prožitku do tělesného příznaku. Alexithymická teorie dává propojení mezi tělem a duší také fyziologickou podporu, kdy v mozku dochází k aktivaci stejných center při fyzické a psychické bolesti. Stresová hypotéza vychází z propojení

osobnostních charakteristik a působícího stresu, které mohou vést ke vzniku psychosomatické poruchy. Teorie rodiny pak vnímá vznik psychosomatické poruchy v kontextu rodinného systému jako základní sociální jednotky.

Schopnost celostní práce s pacientem či klientem vyžaduje dovednost systémového myšlení, neboť celostní přístup je ve své podstatě studiem vztahů v systému a mezi systémem a okolím. Tato dovednost je ovlivněna kulturním zázemím, vzděláním a osobností daného odborníka. Vzdělávání lékařů je v současné době zaměřeno spíše technicky a poměrně jednostranně na tělo, zatímco psychologické vzdělání zohledňuje širší kontext a zázemí člověka. Podstatným aspektem celostního přístupu je vztah mezi odborníkem a pacientem, který je dle řady výzkumů základním předpokladem léčebného působení lékaře i psychologa. Z širšího hlediska je důležitá schopnost spolupráce s dalšími odborníky, která je kromě osobnostních charakteristik ovlivněna také kulturou organizace, v níž daný lékař či psycholog působí.

Úhrady za zdravotnickou péči nepodporují využívání alternativních léčebných metod, které jsou v rámci celostní péče často využívány. Pouze částečně (jedenkrát ročně) je hrazena podpůrná psychoterapie prováděná lékařem nepsychiatrem. Vzhledem k hrazení péče specialistů na základě provedených výkonů vzniká tlak na rychlost a maximální efektivitu péče, která vytlačuje možnost věnovat pacientovi více času. Psychologická péče je časově lépe dotovaná a rovněž nabízí širší možnost i mimo kontext zdravotnictví.

Celostní péče se dle výzkumů zdá být pro určitou skupinu pacientů efektivnější než péče klasická. Možnosti realizace v České republice jsou však dosud omezené – v případě lékařů je proto celostní péče často uskutečňována nad rámec běžné ordinační doby a na přímou platbu pacientů. Psychologové mají vzhledem k výše zmíněnému širší možnosti. Metaútvář, který by komplexně zastřešoval a financoval celostní péči dosud není dostupný.

V rámci celostní péče jsou často využívány také alternativní léčebné metody. Tyto metody spojuje důraz na vnímání individuality pacienta, u většiny z nich však nebyla potvrzena účinnost. Příkladem těchto metod je homeopatie, akupunktura, reflexní terapie, fytoterapie, inpirace indickou medicínou či pohybová terapie.

Všeobecně se lékaři k využívání alternativních metod staví spíše pozitivně, jsou-li využívány opatrně a člověkem s patřičným vzděláním. Podobně psychologové tyto metody

využívají stále častěji či je svým klientům alespoň doporučují. Jak lékaři, tak psychologové jsou k tomuto způsobu práce otevřenější během studií než po nějaké době v praxi.

V návaznosti na teoretickou část byl proveden výzkum, jehož cílem bylo zmapovat a popsat rozdíly v pojetí celostní péče u lékařů a psychologů, jejich postavení ve vlastní odborné komunitě a jejich možnosti praktikování tohoto přístupu vzhledem k formálnímu zakotvení lékařské a psychologické péče v České republice. Byl zvolen kvalitativní výzkumný design. Výzkumný vzorek zahrnoval 10 lékařů a 10 psychologů, s nimiž byly provedeny polostrukturované rozhovory, které byly následně transkribovány a analyzovány. Všichni participanti podepsali informovaný souhlas s rozhovorem a byly dodrženy základní etické principy.

Výsledky výzkumu ukázaly, že celostní péče pro obě skupiny představuje vnímání člověka jako bio-psycho-sociálně-(spirituální) celek, přičemž každá skupina klade větší důraz na složky svému oboru bližší. Zatímco pro lékaře celostní péče často znamená využití alternativních léčebných metod, u psychologů jde spíše o způsob přemýšlení o klientovi. Další variantou celostní péče je spolupráce s odborníky z jiných oblastí.

Český zdravotnický systém přináší řadu překážek zejména lékařům, kteří nejsou dostatečně vzděláváni ke komplexnímu vnímání pacienta, v praxi je poté na ně vyvíjen značný tlak na čas a výkon. Psychologové jsou vzděláváni širěji a v praxi mají možnost věnovat klientovi více času, v rámci něhož mohou využívat větší spektrum přístupů a technik.

Zatímco celostní lékaři vnímají, že jejich odborná komunita je hodnotí spíše negativně, psychologové mají pocit, že jejich přístup ke klientům je oceňován.

Ohledně možnosti šíření celostního myšlení se obě skupiny odborníků shodují, že změna musí být rozsáhlejší a již na úrovni myšlení laické veřejnosti, nikoliv pouze racionálního přijímání teorií.

Přínosem výzkumu je zmapování současné struktury celostní péče v České republice a zformulování rozdílů mezi lékaři a psychology, stejně jako jejich možnosti praktikování celostní péče. V závěru jsou doporučeny změny ve vzdělávání lékařů a hrazení celostního přístupu pojišťovny v zájmu zvýšení efektivity léčby i financování.

## Literatura

- 1) Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23, 1–33. doi: 10.1016/S0272-7358(02)00146-0
- 2) Amelung, V., Hildebrandt, H., & Wolf, S. (2012). Integrated care in Germany—a stony but necessary road! *International Journal of Integrated Care*, 12, e16.
- 3) Ardito, R. B., & Rabellino, D. (2011). Therapeutic Alliance and Outcome of Psychotherapy: Historical Excursus, Measurements, and Prospects for Research. *Frontiers in Psychology*, 2, 270. doi:10.3389/fpsyg.2011.00270
- 4) Balint, M. (1999). *Lékař, jeho pacient a nemoc*. Praha: Grada.
- 5) Barnett, J. E., & Shale, A. J. (2012). The Integration of Complementary and Alternative Medicine (CAM) Into the Practice of Psychology: A Vision for the Future. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43 (6), 576-585. doi: 0.1037/a0028919
- 6) Bassman, L. E., & Uellendahl, G. (2003). Complementary/alternative medicine: ethical, professional, and practical challenges for psychologists. *Professional Psychology*, 34 (3), 264–270. doi: 10.1037/0735-7028.34.3.264
- 7) Baštecký, J. (2002). *Od psychosomatické k behaviorální medicíně*. In Höschl, C., Libiger, J. & Švestka, J. (Eds.), *Psychiatrie*. Praha: Tigris.
- 8) Baštecký, J., Šavlík, J., & Šimek, J. (1993). *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada Avicenum.
- 9) Beran, J. (2010). *Lékařská psychologie v praxi*. Praha: Grada.
- 10) Capasso, F., Gaginella, T., Grandolini, G., & Izzo, A. (2003). *Phytotherapy: A Quick Reference to Herbal Medicine*. New York: Springer-Verlag Berlin Heidelberg.
- 11) Cassileth, B., Edward, L., Thomas, S., & Brenda, B. (1984). Contemporary Unorthodox Treatments in Cancer Medicine. *Annals of Internal Medicine*, 101 (1), 105-112. doi: 10.7326/0003-4819-101-1-105
- 12) CIPHER, D., Fernandez, E., & Clifford, A. (2001). Cost-Effectiveness and Health Care Utilization in a Multidisciplinary Pain Center: Comparison of Three Treatment Groups. *Journal of Clinical Psychology and Medical Settings*, 8, 237 - 244. doi: 10.1023/A:1011960628192
- 13) Danzer, G. (2001). *Psychosomatika*. Praha: Portál.
- 14) Dooley, T. (1996). *Homeopathy: Beyond Flat Earth Medicine*. San Diego: Timing Publications.



- 15) Dwyer, D., Liu, H., & Rizzo, J. (2012). Does Patient Trust Promote Better Care? *Applied Economics*, 44, 2283-2295. doi: 10.1080/00036846.2011.564139
- 16) Eisenberg, D., Kessler, R., Foster, C., Norlock, F., Calkins, D., & Delbanco, T. (1993). Unconventional Medicine in the United States. Prevalence, Costs and Patterns of Use. *The New England Journal of Medicine*, 328(4), 246-252. doi: 10.1056/NEJM199301283280406
- 17) Faleide, A., Faleide, E., & Lian, L. (2010). *Vliv psychiky na zdraví*. Praha: Grada.
- 18) Falkenström, F., Granström, F., & Holmqvist, R. (2014). Working alliance predicts psychotherapy outcome even while controlling for prior symptom improvement. *Psychotherapy research : journal of the Society for Psychotherapy Research*, 24(2), 146-159. doi: 10.1080/10503307.2013.847985.
- 19) Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál.
- 20) Freud, S. (1994). *Výklad snů*. Pelhřimov: Nová tiskárna.
- 21) Gjuríčová, Š., & Kubička, J. (2009). *Rodinná terapie - systemické a narativní přístupy*. Praha: Grada.
- 22) Guilbaud, O., Corcos, M., Hjalmarsson, L., Loas, G., & Jeammet, P. (2003). Is There a Psychoneuroimmunological Pathway Between Alexithymia and Immunity? Immune and Physiological Correlates of Alexithymia. *Biomedicine & Pharmacotherapy*, 57(7), 292-295. doi: 10.1016/S0753-3322(03)00085-4
- 23) Hartl, P. & Hartlová, H. (2009). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
- 24) Heinrich, M., Barnes, J., Gibbons, S., & Williamson, E. (2012). *Fundamentals of Pharmacognosy and Phytotherapy*. Londýn: Elsevier.
- 25) Holmes, T. & Rahe, R. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11 (2), 213 - 218. doi: 10.1016/0022-3999(67)90010-4
- 26) Hořejší (1998). *Moc a nemoc medicíny*. Praha: Makropulos.
- 27) Härter, M., Baumeister, H., Reuter, K., Jacobi, F., Höfler, M., Bengel, J., & Wittchen, H. (2007). Increased 12-Month Prevalence Rates of Mental Disorders in Patients with Chronic Somatic Diseases. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76, 354 - 360. doi: 10.1159/000107563
- 28) Charon, R. (2001). Narrative Medicine. A Model of Empathy, Reflection, Profession and Trust. *The Journal of the American Medical Association*, 286(15), 1897-1902. doi:10.1001/jama.286.15.1897

- 29) Choi, I., Koo, M., & Choi, J. A. (2007). Individual Differences in Analytic Versus Holistic Thinking. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 33(5), 691-705. doi: 10.1177/0146167206298568
- 30) Chromý, K., & Honzák R. et al. (2005). *Somatizace a funkční poruchy*. Praha: Grada.
- 31) Chvála, V., & Trapková, L. (2006). Proč se medicína brání systemické teorii. In Růžička (Ed.). *Psychosomatický přístup k člověku*. Praha: Triton.
- 32) Janča, J. (1996). *Reflexní terapie: tajemná řeč lidského těla*. Praha: Eminent.
- 33) Kaptchuk, T. (2002). Acupuncture: Theory, Efficacy and Practice. *Annals of Internal Medicine*, 136(5), 374-383. doi: 10.7326/0003-4819-136-5-200203050-00010
- 34) Kratochvíl, S. (2012). *Základy psychoterapie*. Praha: Portál.
- 35) Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada.
- 36) Lad, V. (1985). *Ayurveda: The Science of Self-Healing: A Practical Guide*. Twin Lakes: Lotus Press.
- 37) Lakasing, E., & Lawrence, D. (2010). When to Use Reflexology. *Primary Health Care*, 20(1), 16-19. doi: 10.7748/phc2010.02.20.1.16.c7513
- 38) Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 357-361. doi: 10.1037/0033-3204.38.4.357
- 39) Larsen, J., Brand, N., Bermond, B., & Hijman, R. (2003). Cognitive and Emotional Characteristics of Alexithymia. A Review of Neurobiological Studies. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 533 - 541. doi: 10.1016/S0022-3999(02)00466-X
- 40) Little, P., Everitt, H., Williamson, I., Warner, G., Moore, M., Gould, C., ... Payne, S. (2001). Primary Care. Preferences of Patients for Patient Centered Approach to Consultation: Observational Study. *British Medical Journal*, 322, 468-472. doi: 10.1136/bmj.322.7284.468
- 41) Maha, N., & Shaw, A. (2007). Academic Doctors' Views of Complementary and Alternative Medicine and Its Role Within the NHS: an Exploratory Qualitative Study. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 7:17. doi: 10.1186/1472-6882-7-17
- 42) Martín-Rodríguez, L., Beaulieu, M. D., D'Amour, D., & Ferrada-Videla, M. (2005). The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional Care*, 19, 132-147. doi: 10.1080/13561820500082677
- 43) Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.

- 44) Moore, T. (2010). *Léčebná péče o duši*. Praha: Portál.
- 45) Morschitzki, H. & Sator, S. (2007). *Když duše mluví řečí těla*. Praha: Portál.
- 46) Murray, R., & Rubel, A. (1992). Physicians and Healers - Unwitting Partners in Health Care. *The New England Journal of Medicine*, 326, 61-63. doi: 10.1056/NEJM199201023260113
- 47) Nahodil, F. (2003). *Ekonomika veřejného sektoru*. Praha: Vysoká škola finanční a správní.
- 48) Nissen-Lie, H. A., Havik, O. E., Høglend, P. A., Rønnestad, M. H., Monsen, J. T. (2014). Patient and Therapist Perspectives on Alliance Development: Therapists' practice experiences as predictors. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. doi: 10.1002/cpp.1891
- 49) Nisbett, R. E., Peng, K., Choi, I., & Norenzayan, A. (2001). Culture and systems of thought: holistic versus analytic cognition. *Psychological Review*, 108(2), 291-310. doi: 10.1037//0033-295X.108.2.291
- 50) Poněšický, J. (2010). *Psychosomatické lékařství*. Praha: Pražská vysoká škola psychosociálních studií.
- 51) Praško, J. (Ed.). (2010). *Psychické problémy u somaticky nemocných a základy lékařské psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- 52) Raudenská, J. & Javůrková, A. (2011). *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada.
- 53) Rogers, C. (1998). *Způsob bytí*. Praha: Portál.
- 54) Selye, H. (1966). *Život a stres*. Bratislava: Obzor.
- 55) Shang, A., Huwiler-Müntener, K., Nartey, L., Jüni, P., Dörig, S., Sterne, J., ... Egger, M. (2005). Are the Clinical Effects of Homeopathy Placebo Effects? Comparative Study of Placebo-controlled Trials of Homeopathy and Allopathy. *Lancet*, 366, 726-732. doi: 10.1016/S0140-6736(05)67177-2
- 56) Sobotková, I. (2001). *Psychologie rodiny*. Praha: Portál.
- 57) Stapleton, P., Chatwin, H., Boucher, E., Crabbin, S., Scott, S., Smith, D., & Purkis, G. (2015). Use of complementary therapies by registered psychologists: An international study. *Professional Psychology: Research and Practice*, 46 (3), 190-196. doi: 10.1037/pro0000015
- 58) Susa, Z. (2010). *Tělo a duše ve zdraví a nemoci*. Středokluky: SUSA.

- 59) Světová zdravotnická organizace (1992). *Mezinárodní klasifikace nemocí - 10 revize: Duševní poruchy a poruchy chování*. Praha: Psychiatrické centrum Praha.
- 60) Tarrant, C., Windridge, K., Boulton, M., Baker, R., & Freeman, G. (2003). He Treats You as a Person, Not Just Like a Number. How Important is Personal Care in General Practice? *British Medical Journal*, 326, 1310-1312.
- 61) Totton, N. (2003). *Body Psychotherapy. An Introduction*. Berkshire: Open University Press.
- 62) Uher, T., Bob, P., & Ptáček, R. (2010). Alexithymie a psychosomatická onemocnění. *Československá psychologie*, 5, 496-504.
- 63) Vacek, J. (1996). *O nemocech duše*. Praha: Mladá fronta.
- 64) Verhaak, P., Heijmans, M., Peters, L., & Rijken, M. (2005). Chronic Disease and Mental Disorder. *Social Science & Medicine*, 60, 789 - 797. doi: 10.1016/j.socscimed.2004.06.012
- 65) Verhoef, M., & Sutherland, L. (1995). Alternative Medicine and General Practitioners. Opinions and Behaviour. *Canadian Family Physician*, 41, 1005-1011. doi: 10.1016/S0965-2299(98)80100-3
- 66) Vrána, J. (1982). *Stručné základy klasické akupunktury*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- 67) Vybíral, Z., & Roubal, J. (eds.) (2010). *Současná psychoterapie*. Praha: Portál.
- 68) Vyhláška č. 428/2013 Sb. ze dne 23. prosince 2013 o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení. In *Sbírka zákonů*. 23. 12. 2013.
- 69) Vyhláška č. 134/1998 Sb. ze dne 2. června 1998, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. In *Sbírka zákonů*. 2. 6. 1998.
- 70) Vymětal, J. (2003). *Lékařská psychologie*. Praha: Portál.
- 71) Wang, M., Tsai, P., Lee, P., Chang, W., & Yang Ch. (2008). The Efficacy of Reflexology: Systematic Review. *Journal of Advanced Nursing*, 62(5), 512-520. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04606.x
- 72) *Wellness z Asie*. (2008). Praha: Svojtka.
- 73) Wilson, L. M., Hamilton, K., & White, K. M. (2012). Psychology Students' Beliefs about Integrating Complementary and Alternative Therapy (CAT) into Their Future Psychology Practice. *Psychology*, 3 (2), 208-2012. doi: 10.4236/psych.2012.32029
- 74) Zákon č. 48/1997 Sb. ze dne 7. března 1997 o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. In *Sbírka zákonů*. 7. 3. 1997.

- 75) Zákon č. 108/2006 Sb. ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. In *Sbírka zákonů*. 14. 3. 2006.
- 76) Zimmerman, K. (2012). Basics of Homeopathy: Treatment Options in Pregnancy. *International Journal of Childbirth Education*, 27(3), 21-25.
- 77) Žantovská, I., & Žantovský, P. (2012). *Hovory o zdraví... s jedenáctkou špičkových českých lékařů*. Řitka: ČAS.
- 78) American Holistic Medical Association. (nedat.). *Training and licensing*. Získáno z <http://www.holisticmedicine.org/content.asp?pl=30&sl=2&contentid=77>
- 79) Body Psychotherapy with Tim Brown. (2015). *Body Psychotherapy*. Získáno z [http://www.bodyworks.org.uk/body\\_psychotherapy.htm](http://www.bodyworks.org.uk/body_psychotherapy.htm)
- 80) Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně. (nedat.). *Simulační výuka komunikačních dovedností*. Získáno z <http://www.fnusa-icrc.org/cs/pilire/vzdelavani/simulacni-vyuka-komunikacnich-dovednosti/>
- 81) Katedra psychologie. Filozofická fakulta Univerzity Karlovy v Praze. (nedat.). *Charakteristika oboru*. Získáno z <http://psychologie.ff.cuni.cz/uchazec/bcchar.php>
- 82) Katedra psychologie. Fakulta sociálních studií. Masarykova Univerzita. (nedat.) *Ikapsy – Inovace výuky na katedře psychologie*. Získáno z <http://www.opvk.fss.muni.cz/ikapsy/>
- 83) Katedra psychologie Filozofické fakulty UP. (nedat.). *Uchazeči*. Získáno z <http://psych.upol.cz/uchazeci2015/>
- 84) Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci. (2013). *Studijní plány/sylaby*. Získáno z <http://www.lf.upol.cz/skupiny/studentum/magistersky-program/studijni-planysylaby/>
- 85) Centrum komplexní péče Roseta. (nedat.). *Komplexní psychosomatické vyšetření*. Získáno z <http://www.roseta.cz/specialni-programy/komplexni-psychosomaticke-vysetreni/>
- 86) Psychologie.cz. (2015). *Psychoterapie bez vzdělání?* Získáno z <http://psychologie.cz/psychoterapie-bez-vzdelani/>

## **Přílohy**

Příloha č. 1: Český abstrakt rigorózní práce

Příloha č. 2: Cizojazyčný abstrakt rigorózní práce

Příloha č. 3: Vzor informovaného souhlasu

Příloha č. 4: Ukázka výzkumného rozhovoru

## **Abstrakt rigorózní práce**

**Název práce:** Celostní přístup lékařů a psychologů k pacientům

**Autor práce:** Mgr. Tereza Petrůjová

**Počet stran a znaků:** 69/129 887

**Počet příloh:** 4

**Počet titulů použité literatury:** 86

**Abstrakt:** Celostní pojetí léčby v medicíně i psychologii se v posledních letech ukazuje jako zásadní pro dosahování optimálních léčebných výsledků. Výzkum srovnává celostní přístup u lékařů a psychologů, podobnosti a rozdíly v jejich možnostech praktikování a vztah vlastní odborné komunity k těmto celostně smýšlejícím odborníkům. Výzkum byl realizován na vzorku 10 lékařů a 10 psychologů formou polostrukturovaného rozhovoru. Kvalitativní analýza dat ukázala, že základně mají lékaři i psychologové podobné pojetí celostního přístupu, každá ze skupin odborníků však klade větší důraz na složku jejímu oboru bližší. Lékaři častěji využívají alternativních léčebných metod, kdežto u psychologů jde spíše o způsob myšlení. Praktické podmínky v České republice jsou pro lékaře náročnější než pro psychology. Celostní psychologové jsou svou komunitou dle vlastního přesvědčení přijímáni lépe než lékaři. Změna praxe dle obou skupin vyžaduje hlubší společenské změny. Pro praxi jsou doporučeny změny již na úrovni vzdělávání a je uveden návrh na nový způsob financování péče zdravotními pojišťovny.

**Klíčová slova:** celostní přístup k člověku, české zdravotnictví, lékaři a psychologové, zdraví

## **Abstract of thesis**

**Title:** Holistic approach of medical doctors and psychologists to patients

**Author:** Mgr. Tereza Petrůjová

**Number of pages and characters:** 69/129 887

**Number of appendices:** 4

**Number of references:** 86

**Abstract:** Holistic approach to human in medicine as well as in psychology has shown to be essential for reaching optimal goals in treatment. The research compares holistic approach of doctors and psychologists, similarities and differences in their options in practice and opinions of these holistic professionals within their own communities. The research was realised on a sample of 10 doctors and 10 psychologists, semi-structured interview was used. Qualitative analysis has shown that basic principles of holistic approach are applied the same way by both groups of participants. Hence, each of the groups pays more attention to components closer to their field. Doctors use alternative methods of treatment more often than psychologists, by whom this approach is more about the way of thinking. Practical conditions in the Czech Republic are more demanding for doctors than for psychologists. Holistic psychologists are according to their conviction greatly accepted by their own community, unlike doctors. Both groups are convinced that changes in practice require deeper changes in our society. Finally, new ways of educating and changes in health care financing are recommended.

**Key words:** holistic medicine, health care system, doctors and psychologist, health



## **Informovaný souhlas**

Pro výzkumný projekt: *Celostní přístup lékařů a psychologů ke klientům*

Řešitelé projektu: *Mgr. Tereza Petrůjová*

Vážená paní, vážený pane,

obracím se na Vás se žádostí o spolupráci na výzkumném projektu, jehož cílem je zmapovat pojetí komplexního přístupu lékařů a psychologů ke klientům, jejich názory na potřebné předpoklady na straně lékařů/psychologů a pacientů a názory na toto téma v kontextu našeho zdravotnického systému. Výzkum bude realizován formou polostrukturovaného rozhovoru s následným kvalitativním zpracováním získaných dat. Z účasti na výzkumu pro Vás nevyplývají žádné výhody ani rizika. Pokud s účastí na výzkumu souhlasíte, připojte podpis, kterým vyslovujete souhlas s níže uvedeným prohlášením.

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném výzkumu. Řešitelka výzkumu mne informovala o jeho podstatě a seznámila mne s cíli, metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, podobně jako výhodami a riziky, které pro mne z účasti na výzkumu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou použity jen pro účely výzkumu a že výsledky výzkumu mohou být publikovány i ve spojení s mým jménem.

Měl/a jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit, měl/a jsem možnost se řešitelky zeptat na vše, co jsem považoval/a za pro mne podstatné a potřebné vědět. Na mé případné dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď. Jsem informován/a, že mám možnost kdykoliv od spolupráce na výzkumu odstoupit, a to i bez udání důvodu. Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou stejnopisech, každý s platností originálu, z nichž jeden obdrží moje osoba a druhý řešitel výzkumu.

Jméno, příjmení a podpis řešitele výzkumu: Tereza Petrůjová

V \_\_\_\_\_ dne: \_\_\_\_\_

Jméno, příjmení a podpis účastníka v projektu:

V \_\_\_\_\_ dne: \_\_\_\_\_

## **Ukázka výzkumného rozhovoru**

**MUDr. Vladislav Chvála, PhDr. Ludmila Trapková**

**3. 2. 2014**

**V:** Tak na začátek by mě zajímalo, co si vlastně představujete pod pojmem komplexní přístup, co do toho všechno zahrnujete, jaké složky?

**Ch:** Pokud jde o komplexní péči v medicíně, tak za komplexní považuji jen takovou, která pokrývá jak biologický, tak psychický a sociální faktory zdraví a nemoci. Když nemá možnost vykazovat tyhle složky, to znamená, že nepracuje s tělem, nepracuje s nějakou psychikou toho pacienta nebo s ní nepočítá a nebo nemůže pracovat se sociální vrstvou toho člověka, takže třeba s rodinou, tak to nemůže být tak úplně komplexní péče. Tak pro mě to znamená tohle.

**V:** Hmm, můžete říct, jakým způsobem pracujete vy nebo co do toho třeba zahrnujete?

**T:** No já jsem spolupracovníci lékařů a případně sociálních pracovníků a dalších odborností, takže já mám takovou představu, že komplexní péče se dá uskutečňovat především v týmu. Málokterej odborník, ať už psycholog nebo lékař nebo sociální pracovník obsáhne všechno to, co ten klient nebo ten pacient potřebuje a tak si myslím, že bychom všichni měli mít co nejširší zorný pole, ale to neznamená, že každej z pacientů musí bejt opečovávanej ze všech těchhle stran. A tak já se tam přidávám především jako psycholožka, psychoterapeutka, rodinná terapeutka a když tuším, že ten pacient potřebuje ještě taky například farmakoterapii psychiatrickou, tak se rozhlížím, kterej psychiatr by se ke mně a k tomu pacientovi hodil. Když se v tom procesu dozvím, že tápe třeba právně, tak je potřeba taky právníka někdy, když jde o somatickej příznak, tak se pídím po tom, jestli je dobře vyšetřenej - většinou nepotřebuju s tím lékařem ani mluvit, ale může se stát, že potřebuju nějaký informace - buď konkrétně k tomu pacientovi a o jeho léčbě, ale častěji je to tak, že se potřebuju nějakýho doktora zeptat co to znamená, když ten pacient má to a to - a pak mi to stačí pro ten rozhovor s tím pacientem, protože ten pacient taky zase má nějaký informace od svého lékaře - co znamená, když ho třeba bolí hlava a není tam žádněj nález nebo naopak když tam nález je. Tak pro mě komplexní péče znamená způsob myšlení především a potom taky nějaký uspořádání organizační a jak říkám, přednost bych dávala týmu, kde bych nemusela tyhle všechny další odbornosti shánět a nebo mít je nějak ve svém seznamu - to už taky všichni se nějak známe, tak taky určitě se mám na koho obrátit, ale přece jenom ten tým je nějakěj jeden mozek, kde když jsou to lidi, kteří spolu trvale spolupracují, tak už se taky znají, každý ví, co kdo obsáhne, ke komu se kterej pacient hodí. Takže potom ten tým, kterej opravdu pracuje jako tým a ne jako slepenec jednotlivých lidí, kteří se skoro neznají, tak potom už i ten tým pracuje jako systém a systém má nějaký systémový vlastnosti, kterých se dá používat.

**V:** Takže když vám se přijdou nějakí noví klienti, tak vy v podstatě zjišťujete všechno, co jste teďka vyjmenovala? Snažíte se tady všechny tyhle složky obsáhnout nějakým způsobem, zjistit, jak jsou na tom v těch jednotlivých oblastech. Je to tak?

**T:** Já bych řekla, že to jde z úzkého do tlustších, že začínáme v tom, co ten klient nebo pacient potřebuje a na to odpovídáme. A když to v tom úzkém poli, v tom zorném úhlu zabere, pak to úplně stačí a není potřeba používat nic dalšího. A to tak, ať přijde k psychologovi nebo k lékaři nebo k někomu jinému. A teprve když to v tom úzkým zorným úhlu, to znamená kde je to taky nejlevnější na čas i na peníze, když to nepomáhá, tak pak takový zlatý pravidlo tý komplexní péče je rozšířit zorný úhel, podívat se na to ještě z větší šířky. Takže mně by připadalo plýtvání prostředky, jakýmikoliv, kdybychom každého pacienta, který sem přijde, tak vyšetřovali z co největší šířky, to nemá smysl.

**Ch:** No ale protože jsme na tom psychosomatickém pracovišti, tak tady už snad choděj předem nějakým způsobem vybraný pacienti, pacienti, kteří dlouho řešej nějakou somatickou potíž, v běžný medicíně jim není pomozeno a jsou perfektně vyšetřeni, mnohokrát, většinou mnoho let se s tím zabývají a když přijdou tihleti pacienti sem ke mně jako za lékařem, ne jako za psychologem - když přijdou za psychologem, tak to už je skoro vyhráno, protože to už se propracovali k nějakému pocitu nebo psychickému stavu, kterej na to možná má nebo nemá vliv, ale už se na to lze ptát aspoň, kdežto když přijdou ti praví psychosomatický pacienti, ti o tom vůbec nic nevědí, nemají ponětí, že mají nějakej psychickéj stav, nemají ponětí, že mají nějaký sociální vazby, protože je považují za naprosto samozřejmý nebo obvyklý nebo normální, jak říkaj, ale to třeba, že 10 let nesoulože se svou manželkou, mají 5 dětí, 3 z nich fetujou nebo neviděj vůbec vnoučata nebo mají nějakou jinou velmi složitou situaci, to považujou za normální, běžnou součást života, akorát jim vadí, že při tom je bolí břicho nebo že je bolí hlava pořád nebo že nemůžou chodit nebo něco. A u takových je potřeba, alespoň podle mý zkušenosti, ten úvodní rozhovor co nejširší a vedle těch obvyklejch somatickejch stesků, který oni si dobře pamatujou odkdy je maj, jak dlouho se s tím trápěj, jak vypadaj ty potíže - to se můžem vyptat - ale pak už rovnou do toho přimícháváme taky otázky na právě ten, především na ten příběh jakej maj, tak to oni si taky pamatujou a když si dáme tyhle ty věci vedle sebe v čase, když oni nám ukážou, odkdy asi tak stonaj a když pak víme, jak ten příběh šel a kdy se asi tak rozváděli a kdy zažili další a další ztráty, který se tam nahromadily, tak se to obyčejně propojí a ten psychickéj stav už z toho pak vylejzá jako sláma z bot, už to dá rozum, že přece není možný, aby když se tohleto všechno stalo, aby je to nechalo úplně chladnými a že místo aby byli smutný, tak je bolí koleno, no tak to už je jejich nátura, žejo. A proto já to dělám obráceně, že začínám spíš od toho rozhovoru, kde jsou namíchány fakta biologický, psychologický, sociální - rovnou tím rozhovorem - my tomu říkáme práce s časovou osou - tak se dostáváme hned na začátku do celého toho pole. Není to moc výhodný pro psychoterapii vlastně, protože se u toho otevře příliš mnoho najednou, ale ty lidi nejdou na psychoterapii, oni nevědí, že jejich koleno souvisí s tím, tím, tím a tím, takže je to spíš jakoby otevření toho prostoru a rozhodnutí se, kde nejlíp bude zabrat. Jestli teda vůbec nic nedělat, protože to nemá smysl, nebo naopak se opřít do rodinnýho systému nebo naopak udělat individuální práci s tělem nebo kdyby byl ochotný, tak taky mluvit o tom jak se cejtil nebo cejtí v tý situaci, ve který je - a to už by bylo na nějakou psychoterapii, takže je motivujeme pro nějaký druh práce. Ale bez tohohle otevření na začátku nemyslím, že je moc možný pomoci nějakým psychosomatickým pacientům.

**T:** Já bych ještě psychologicky oddělovala to, co se děje v hlavě toho lékaře nebo i psychologa, čili terapeuta, a oddělovala bych to od toho, co se děje v hlavě toho pacienta. A to že ten úvodní rozhovor vypadá tak, jak teď kolega popisoval, tak to u mě není moc jiný, to je stejný. Ale já mám pro toho pacienta to, co se děje v mé hlavě, tak to já si opravdu od první chvíle, co ty lidi vstoupí do dveří, tak mám naprosto rozevřený zorný pole. A to se děje ale v mé hlavě. A způsob, jak se ptám, tak získávám toho pacienta a taky se od něj dozvídám, co on potřebuje. Takže to, co jsem říkala před chvílí, to, že je tam nějaký úzký zorný pole, tak to je to, s čím přichází ten pacient a já ho neobtěžuju celou tou škálou toho všeho, co taky samozřejmě ve své hlavě jako knihovnu nějak mám, a v té knihovně si takhle listuju jako co všechno by to mohlo bejt, ale neobtěžuju tím toho pacienta, to není jeho věc. A teprve když vlastně probíhá ten rozhovor, a velmi často teda v našem případě je to celá rodina, tak čekám, co z nich vyleze a co oni vlastně potřebují a na to navazuju. A to je to, co jsem říkala, že začínám z úzkýho a nechám se tím pacientem vést kam až potřebuje a nebo nabízím to rozšíření, ale to už běží v tom rozhovoru a to už se provazuje to, co se jemu děje v hlavě a co se děje v mojí hlavě.

**V:** Používáte ještě nějaké, vy jste zmínil tu časovou osu, a mě zajímá, jestli používáte ještě nějaké další metody, které podle vás právě demonstrují tu komplexnost toho přístupu?

**Ch:** Ono je to opravdu spíše v myšlení, než v tom, co všechno používáme. Kdyby to mělo, to instrumentarium pro komplexní přístup, kdyby mělo bejt úplný, myslím si, že třeba na německejch klinikách to tak je, tak tam by takováhle psychosomatická klinika nemohla existovat, protože tam je součástí takový kliniky samozřejmě naprosto plnej komplex - laboratorní, klinické - my máme jednu místnost, kde předstíráme zdravotnictví, ale - a tam jsou taky ty výkony, který jsou tělový - ale to všechno pro nás vlastně představuje ta velká nemocnice, která tohohle je plná a my to nepotřebujem jako součást našeho zařízení, ale kdybychom chtěli být komplexní, v tomhle směru jako úplně vybavení a samostatní, tak bychom to tady měli mít, byli bysme potom mnohem dražší klinika než jsme, ale nám stačí vlastně - právě protože přichází už ti lidi takhle vyšetření a zoufalí - tak nám stačí to, jak jsou vyšetření a pokud něco potřebujeme ještě dovyšetřit, tak je posíláme zpátky do toho systému, kterej je dostatečně bohatě zásobenej. A pokud jde o naše nástroje, skutečně tím naším nástrojem jsou otázky a rozhovor. My použijem třeba támhle kameny, protože to je taková rychlá metoda na znázornění toho systému, ale taky nemůžu říct, že to je komplexní metoda, to není, to třeba není pulzová diagnostika, to neobsahuje jiný parametry než jenom... To je právě zase nástroj o získání představy o mapě, sociální mapě toho člověka, a taky o vztazích, jaký má vztahy k těm jednotlivějm postavám ve svém okolí a to není žádná jaksi komplexní metoda. Tam bych musel ještě pak na něj skočit a vyšetřit ho tělesně a to já jako už teda neudělám, protože když s ním začnu vést ten rozhovor, tak já si ho tady jako to dělá doktor běžnej nemůžu, a to jsem teda lékař jo. Jsem sexuolog, gynekolog původem, ale to už teda já k tomu udělat nemůžu, to si musím nechat udělat od někoho jinýho.

**T:** V té psychologii podobně jako v medicíně, samozřejmě, že my máme nějakou výbavu, taky jsem něco vystudovala, takže mám nějakou výbavu diagnostických metod, který bych měla ovládat a používat a tam se odděluje potom diagnostika a terapie, ale je pravda, že

nad tou diagnostikou, jak tělesnou, tak psychologickou, existuje to, po čem se asi pídíte, to je ten komplexní přístup, kde oddělit diagnostiku od terapie ve skutečnosti nejde, protože já od prvního setkání s tou rodinou nebo s tím pacientem jednak si v hlavě dělám tu diagnózu, ta diagnóza taky není tak deskriptivní, jako je v MKN, ale k tomu taky je to taková dynamická diagnóza, která se proměňuje a současné já vím, že všechno, co říkám, tak už taky intervenuju. To je velkej rozdíl mezi tím, ať už psycholog nebo lékař, kdy psycholog udělá... když já jsem pracovala na dětský psychiatrii, tak tam bylo obvyklý, že jsem si vzala nejdřív rodiče, zeptala jsem se jich co potřebujou, pak jsem je poslala do čekárny, vzala jsem si dítě, tam jsem použila nějakou baterii vyšetřovacích metod, ty jsem vyhodnotila, dítě jsem poslala do čekárny, přišli rodiče a s rodičema jsem seděla a řekla jsem jim, jak to vypadá a napsala jsem zprávu a to bylo buď mému psychiatrovi, kde jsme společně pracovali, a nebo jsem ho poslala k neurologovi nebo kdo si to vyšetření vyžádal. A to je úplně jinej druh práce, než když já vím, že už oni za mnou jdou pro tu rodinnou terapii nebo psychoterapii v rámci toho komplexního přístupu, kterej my máme především v hlavě, jak říkám, to je především způsob myšlení. A tam člověk prostě intervenuje - já když jdu otevřít ke dveřím v baráku, já mám taky ordinaci v Praze, takže jdu barákovou chodbou, tak když tam potkám někoho v baráku, tak ho sotva pozdravím, protože už ho nevnímám a už sleduju, co se za těma dveřma děje. Takže já mám hlavu jako včelín už když ten člověk přichází. A tam nejde odlišit, co je diagnóza a co je terapie. Protože už to očekávání lidí je léčebný a nebo iatrogenní. A já s tím jejich očekáváním navazuju kontakt.

**Ch:** To je možná důležitý, a to jako doktor musím říct, že mi dalo hrozně práce se k tomu vůbec propracovat, že mnohem důležitější jsou otázky než odpovědi. A že chceme-li pracovat komplexně, chceme-li pozoruhet celému tomu systému tělově-psychicky-sociálnímu, tak se musíme ptát, ptát, ptát a ty otázky jsou možná nejobtížnější na tý disciplíně, protože my je tvoříme převážně z našich hypotéz, ale jde o to netvrdit, že něco nějak je, protože to už zase usadíte to toho monologu. To já můžu říkat: „No, vy máte 14 let, to máte asi tatínka a maminku, no tak to vás asi ten tatínek pěkně štve, no tak koukám na vás, že skoro nejíte...“ - a můžu to tady dovyprávět ode dveří a nemusíme se ani potkat. A ten člověk nestačí nic říct, protože on sice možná má maminku a tatínka, to je pravda, ale na druhou stranu to má asi jinak, než jsem to kdy viděl, tak na to já se musím vyptat. Ale my doktoři máme tendenci se to dovědět a hned to nasázet... a tak někdy to dokonce nějak funguje, ale je to takovej jako teror, že jo.

**T:** No a ze strany psychologů zase existují psychologové, kteří když narazí na somatickej příznak, tak buď si ho vůbec nevšimnou, především se na něj nevyptávají, jestli ty lidi jsou taky nějak nemocný, protože prostě to nepatří do jejich rámce a patří to tomu lékaři v tý somatický medicíně. A přitom to teda nestačí, v rámci... mně to moc neleze z úst ten komplexní přístup, pro mě je to naprostá samozřejmost, tak já potřebuju vědět, jak jsou ty lidi nemocný. A vůbec ne proto, abych věděla, jak to ten hardware vytvoří, tomu nerozumím, dokonce je to úhledný, že tomu nerozumím, protože mě to nevádí v tom rozhovoru, oni dobře vědí, že já tomu nerozumím, takže ani ode mě nechtějí žádný informace o tom, jak ten příznak vzniká, a já si teda nevšímám toho hardwaru, ale já si všímám významu toho příznaku a dneska už, my si myslíme, že každý příznak patří do

nějakýho vztahu nebo do nějaký soustavy vztahů. A ta moje diagnóza směřuje k tomu zhruba odhadnout do kterýho vztahu nebo do který soustavy vztahů to patří, a pak je dobře, aby přišel s tím pacientem ten, do kterýho vztahu to patří. Existují příznaky, který jsou relativně, on každej nějak souvisí s tím kontextem, ale relativně patří opravdu do vztahu k sobě samýmu a potom je dobře dělat individuální terapii. Ale protože my jsme vybaveni tou schopností dělat rodinnou terapii, tak já se vždycky už rovnou do telefonu rozhlížím, koho by bylo dobře přivést, kam to asi patří. A některý diagnózy jsou celkem v tom takový jasný, takže když přijdou nebo volají, že by chtěli něco s holkou, která má mentální anorexii, tak rozhodně teda tam chci mít tatínka i maminku, protože to v naprostý většině, nebo snad vždycky patří všem těm vztahům - jak s matkou, tak s otcem, tak se vztahem mezi rodiči.

**V:** Dobře, možná bychom se teď mohli posunout k našemu českému zdravotnickému systému. Vnímáte nějaké limity v poskytování komplexní péče, které pramení z toho, jak to tady máme zorganizované, zdravotnický systém?

**Ch:** No limity jsou zase v té mentální úrovni převážně většiny zdravotnických pracovníků. Medicína jako celek, mezinárodní společnost WHO, Mezinárodní medicínská organizace, přijala sice model bio-psycho-sociální jako samozřejmost, prostě každá nemoc je nějak podmíněna biologickými, psychologickými a sociálními okolnostmi, ale celá výbava medicíny je jenom bio, bio, bio. Žádný psycho, žádný socio, to tam vůbec nepatří a jediný, kam se propracuje většina těch klinik nebo těch lékařů, jejichž ordinacemi prochází ty zástupy nemocných je, že vyloučí ten tělesný symptom a zvolají „to má od hlavy“. A to je ta celá schopnost té medicíny to nějak jako aspoň označkovat, ale co s tím dalšího, to už neřeší, dokonce ani neví moc lékaři k čemu by psychologa využili, protože si myslí, že ten si jenom s těma lidma povídá a je to hlavně daný tím, že díky svému jednostranně orientovaným vzdělání vůbec nemají představu, co je psycho, jak to vzniká a co to je, o svým vlastním psychu nevědí téměř nic, protože se na to nepřipravují a hlavně to potlačují. Jeden kolega kdysi měl krásnou přednášku na téma kurikulum vzdělávání u lékaře a srovnával to s výcvikem takových těch nejdrsnějších vojáků, kdy se v každý armádě vytváří taková specializovaná jednotka zabijáků a ti mají velmi podobnej výcvik jako lékaři v tom směru, že jsou velmi vysoce tlačeni k výkonu a není tam vůbec žádné čas na jejich emoce. A to není moc lichotivý srovnání, protože tak jak znám kolegy v medicíně, tak jsou to velmi obětaví lidé, tak asi jako ty vojáci, kteří se nasazují na nejvážnější misi, ale jsou strašlivě slepí vůči emocím svým a tím pádem i těch pacientů. A když už by přijali představu, že je potřeba pracovat s nějakým psychickým aparátem, tak se to naučí respektovat spíš jako nějakou racionální informaci, „aha, on teda něco prožívá“, a pak jsou schopný to těm pacientům vysvětlit například, ale už vůbec nejsme schopni to s nima prožívat nebo udělat prostor pro to prožívání, protože přece hop hop, už to máme hotový, už jsme to vysvětlili, tak to ještě chce. A to, že existuje nějaké socio, které se zase liší od psycho, tak to nevědí ani psychologové, natož aby to věděli lékaři. Tak to je další oblast, která je dramaticky odlišná, jsou to dokonce 3 různé úrovně, která každá má svůj vlastní aparát, svoje vlastní způsoby sebeřízení a vůbec spolu nemají nic společného v tom smyslu, teda společného mají hodně, protože jsou spolu svázaný ty oblasti, ale nic

biologického není psychologický a nic psychologického není tělesný a nic psychologického není sociální kupodivu a nic sociálního není psychický. To jsou od sebe tak oddělené věci, ale tohle lékaři nevědí. A tak ten systém, kterej je bohatě zásobenej prostředkama na tělesný léčení, tak je naprosto neschopnej v drtivý většině se věnovat těm dalším dvěma oblastem, takže je podceňuje, nevidí je, nezkoumá je, diví se a kroutí hlavou co to je, co se to teda děje, když ten pacient je nějakěj divnej nebo nedělá to, co oni čekají, že má dělat. Takže to sice léčí, ale řek bych, že větší část těch pacientů se léčí tak jako díky zkušenosti, že tohle pomáhá, zvýší se jistota toho pacienta, dostane léky, který skutečně něco v tom těle zaříděj, tím se uklidní ta psychika, která je pod tlakem úzkosti a zoufalství a někdy to vede taky k tomu, že se uklidní ta sociální oblast, takže to může pomoci. Ale u některý části obyvatelstva, může to být až 40% lidí, to bohužel nestačí. A tam na to není žádněj, tam je těch pracovišť, který umí zacházet se všema těma vrstvama, je hrozně málo.

**T:** Vy se ptáte na tu organizaci, že jo, takže tyhle ty 3 oblasti, tak jak to kolega říká, tak ony jsou to 3 rezorty taky. A ty pacienti se vyskytují jak v rezortu zdravotnictví, tak v rezortu školství, tak v rezortu práce a sociálních věcí. A tak se taky pohybují všude prostě ti pacienti a ono záleží na tom, kam je napadne nejdřív jít. A když se ukáže, že třeba zabloudili do rezortu školství nebo ve školství se ukazuje, že tam něco... dala bych příklad třeba, že je dítě šikanovaný ve třídě, že má zvýšenou nemocnost a začne ho bolet břicho a přestane jíst nebo něco takovýho, tak se to nejdřív řeší třeba i se školním psychologem, když tam začne bolet to břicho, tak to už je vážnějš, tak to okamžitě lifrujou teda do toho rezortu zdravotnictví a ono to může souviset s tím, že tatínek nemá práci, maminka je uklízečka a nebo mají oba rodiče 4 zaměstnání a dítě nemá ani jednoho rodiče a chodí s klíčem na krku nebo co bych si teď vymyslela. A prostě ten pacient nebo ta rodina uvíznou v jednom rezortu a kdyby potřebovali od každýho trochu, tak jak to má ten pacient udělat. A protože jako ti odborníci taky tušej, že je potřeba překlenovat hranice mezi těmi rezorty, tak - abych mluvila za psychology a klinický psychology - tak my už 20 let, už i delší dobu, ale posledních 20 let se to institucionalizuje, tak my už se taky nějak uplatňujeme ve zdravotnictví, ti doktoři taky už tak nějak tušej, že nás potřebujou, takže když jsem pracovala na tý dětský psychiatrii, tak tam, kde si v tý somatický medicíně s tím neporadili, poslali to k psychiatrovi, psychiatr toho pacienta přijel a buď si s ním poradil sám a nebo ještě potřeboval toho psychologa, ať už pro diagnostiku nebo pro nějaký vyšetření, ale ten psycholog nebo celej můj život psychologickěj je takovej, že vlastně v tý medicíně jsem pořád na návštěvě a návštěva jak známo, ta tam je sice vítaná a je dobře, když udělá nějakou dobrou práci, ale rozhodně tam není doma a když se ten doktor nebo to zdravotnictví celý, mluvíme o tý organizaci, když se to celý zdravotnictví rozhodne, že psycholog je nadbytečnej a že může třeba takovou jako trochu psychologickou nebo psychologickou a psychoterapeutickou práci dělat zdravotní sestra, tak my nemáme žádněj záchytněj bod, kde bychom jako ukázali na nějakěj bod, že jako tam je naše místo. My jsme tam jenom na návštěvě. Ten vztah psycholog-lékař, dlouho dlouho za minulýho režimu byl dán tak hierarchicky, že vždycky ten psychiatr nebo ten lékař byl vejš než psycholog a ten psycholog byl někde na úrovni logopedů, zdravotních sester, to, že má vysokou školu - logoped má taky vysokou školu - tak to tam nebylo tak jako podstatný, protože psycholog byl takovej lepší laborant, ať právně, ať finančně, ať metodicky...

psychiatr rozhodoval o tom, jestli ty lidi pošle k psychologovi nebo ne, takže na tý psychiatrii se klidně mohlo stát, že dokonce už poučení pacienti přišli, že chtějí psychoterapii a toho a toho psychologa, a když se psychiatr rozhodl, že to není potřeba, no tak ho tam neposlal. Ten pacient ani neměl nárok. Na našem oddělení se to nedalo, protože my jsme dobře fungovali jako tým a tak jsme se dobře domlouvali, ale ta mocenská pozice tý psychiatrie taková vždycky byla, když mluvím o klinických psychologích na psychiatrii, a za těch posledních 20 let jsme se hodně osamostatnili, ale ta moc psychiatrická trvá dál. Vždycky se rozhlížím, kterej psychiatr je nám příznivej a kterej jde víc po tý moci.

**V:** Takže taková ta rozdrobenost a nedostatečná spolupráce.

**Ch:** No a taky nedostatečnej respekt, kterej by vycházel ze znalosti toho, co ten druhej může poskytnout.

**T:** Záleží na tom, na jaký úrovni se bavíme...

**Ch:** Psychologové nepochybují o tý medicínský schopnosti, a tak nás respektují, ale já myslím, že doktoři vůbec nerespektují, co ty psychologové uměj.

**T:** Záleží na tom, na jaký úrovni se bavíme, jestli ta organizace zdravotnictví tý týmový spolupráci nenapomáhá vůbec, protože je sama rozškatulkovaná. A dobrej úředník je ten, kterej ví, co kam patří do který škatulky a hlídá ten pořádek. No a když se takhle hlídá tenhle pořádek, tak to propojování, aby vznikl nějaký metaútvár, to je ten tým, ve kterým by z každý škatulky bylo po jednom, tak to v tý organizaci zdravotnictví zatím skoro neexistuje, i když je pravda, že existují stacionáře a tam se pracuje týmově, takže dokonce i existují kódy pro stacionáře. Takže i ty pojišťovny už taky platěj někdy nějaký týmy, ale je to velmi omezený. Psychosomatický týmy, nevím jestli by takhle, ty zatím nikde takhle placený nejsou.

**Ch:** Jako speciálně vůbec ne, každěj děláme ve svém oboru.

**T:** Ty týmy jsou uznávaný zatím u neurotiků, u psychotiků, u závislejších.

**Ch:** Myslíš jako ve stacionáři. On existuje stacionářovej tým psychosomatickej v Český Lípě, že existujou už.

**T:** Ale kterej by byl placenej jako tým?

**Ch:** Tam mají stacionářovej tým. A budou vznikat, protože to je cesta, která existuje.

**V:** I přesto máte pocit, že je třeba něco, co v tom zdravotnictví tu komplexní péči podporuje?

**Ch:** No je tam dost peněz. A ty by mohly pomáhat. A je tam taky dostatečný zoufalství nad tímhle typem pacientů. Takže to jsou dvě věci, který můžou podporovat, aby jako se to tímhle směrem vydalo a navíc tenhle typ pacientů, na který my jsme zvyklí, kterým prospívá tahleta komplexní terapie, protože samozřejmě když půjde o slepý střevo, když půjde o žlučnickový kameny, když půjde o zánět močovýho měchýře, to já... ani jednu



z těch nemocí nemůžu považovat za čistě somatickou, já vlastně neznám čistě somatickou nemoc, ale dobře, třeba zlomená noha, tak tam stačí, to je obor úzce orientovanéj a ten prostě pomůže v tom, co je potřeba tělesně udělat a nestará se o nic jinýho, dělá to co nejslušněji snad to jde. Ale pak ti pacienti co nefungujou takhle, nemůžou se takhle vyléčit, tak oni ničeť taky ty zdravotníky, takže ta touha po tom komplexním přístupu nebo po změně je taky na straně pracovníků, oni taky potřebujou a volaj po tom, a dokonce když jsme otevřeli ten prostor pro ně, tak se tam hrnou docela masivně, že vlastně tohle vzdělání taky je pro ně důležitý, že vlastně potřebujou o tom něco vědět, choděj na ty kurzy, učeť se porozumět nebo spíš vědět, že vůbec existuje nějaká psychika a co to teda znamená, že existuje nějaká sociální oblast a co to teda znamená, což... protože ony to jsou jenom slova, pod kterýma si nic nepředstaví, teprve když vidí ty případy, vidí, jak se s nima zachází nebo co jinýho to znamená, když se pracuje s psychikou nebo jak jinak to vypadá, když se pracuje s celým systémem, což jsou opravdu úplně diametrálně odlišný věci, rodinná terapie se zcela liší od individuální dynamický psychoterapie. Takže to ani si nemusí uvědomovat kolegové psychoterapeuti, že ten rozdíl existuje. Tak zkrátka tam, jsou tam peníze, je tam zoufalství a to vede k tomu, že tam přece jenom ta potřeba organizování takovýho alespoň vzdělávání je, o tom není sporu. V tom taky je určitá naděje, že se to třeba trošku zorganizuje, i když to děláme tak jakoby zespoda, protože seshora žádná organizace v tomhle směru nepřichází, tam se neví, že to je potřebný, ty peníze jsou z druhý strany překážkou rozvoje, protože na ně hrozně soustředí pozornost skupin, který jsou schopný ty peníze vytěžit z toho zdravotnictví bez ohledu na to, že to je třeba velmi úzce odvětvěný, jako třeba když se vytáhnou ze zdravotnictví určitý kódy, jako třeba elektrošoky, který jsou hodně placený nebo když se vytáhnout takový ty kódy kolem in vitro fertilizace, kde prostě jedno oplození stojí 62 000,-, no tak to je úžasnej byznys, a když to vytáhnete z toho celku, tak si můžete založit kliniku na elektrošoky nebo kliniku na in vitro fertilizaci, ale tím rušíte dal ještě tu celistvost tý medicíny. Takže ty peníze jsou velmi relativní pomoc, ony z druhý strany dělají spíš zlo. Nebo zrovna tak jako veliký peníze, který protékají skrze medicínu přes léky a všichni kroutí hlavou jak je možný, že nikde není výběrový řízení na léky a teď zrovna nedávno byla zpráva kontrolního výboru nějakýho orgánu, kterej byl velmi udivenej, že nikde nejsou žádný faktury za léky, že léky se objednávají na telefon, no aby ne, protože tam jsou obrovský zisky těch lidí, kteří, těch funkcionářů zdravotnických, kteří objednávají ty léky, tak ty legální peníze, který se dávají jako podpora toho prodeje, tak každá ta firma vlastně tomu objednavateli dává poměrně veliký peníze za to, že si objednává ty léky a to jsou nepředstavitelně velký peníze, který protékají načerno tím zdravotnictvím do soukromých rukou, takže jako aby to někdo zorganizoval, to rozhodně nikdo nezorganizuje, protože ty peníze zabraňujou tomuhle pohybu.

**T:** No já nevím jak označit ohraničeně nějakou podporu, tak mě jednak napadá, že se zvedá poptávka po tom komplexním přístupu, respektive po tom, aby se i v léčbě somatickejšch chronickejšch chorob, aby se zohledňovaly psychosociální okolnosti, lidi už jsou informovanějši, takže dneska je mnohem větši poptávka třeba než před 20 lety, před 20 lety nebo před 30 to, že existuje rodinná terapie jsem věděla já a pár lidí, kteří už to absolvovali, ale na tý psychiatrii jsem získávala rodiče pro rodinnou terapii, abych ji mohla

dělat, kdežto dneska se mi to prostě nestane, dneska zvednu telefon a oni chtějí rodinnou terapii nebo psychoterapii, jsou poučenější, takže se rozhodně zvedla poptávka po psychoterapii, po rodinné terapii, po psychosomatické léčbě a nabídky je málo. Takže ale tím, jak se zvedá ta poptávka, tak taky nutí ty mocenský struktury, který rozhodují o penězích a který rozhodují o vzdělání taky příslušných odborníků, tak to pomalu taky ta institucionalizace těchhle oblastí, tak za těch 20 let hodně pokročila a já si myslím, že hodně, že to je velký rozdíl, takže existuje Asociace klinických psychologů, kteří prosazují místo klinických psychologů v medicíně, ve zdravotnictví, podařilo se prosadit, že máme psychologický kódy, což nebylo na začátku 90. let vůbec jasné, jestli to vůbec bude možné, tak to dneska jakž takž už tam držíme, i když pořád máme takovej pocit, že by si s námi mohli dělat co chtěli a když tam někdo získá pocit, že jsme zbytečný, tak se neodvoláme, což se nemůže stát žádnému medicínskému oboru, takže jsme tam pořád tak, jak jsem říkala - na návštěvě. Tak to je velká věc, ale AKP organizovala 20 let vzdělání psychologů, je tam první atestace, druhá atestace, ono se to takhle nejmenuje, ale jsou to zkoušky, které se mají za úkol vyrovnat zhruba obtížností, počtem hodit atd. lékařům, v tom Langmeier byl takovej průkopník, ještě v 80. letech, aby psychologové měli solidnější postavení vedle lékařů, takže AKP. Taky na začátku 90. let byla založena ČPS, Česká psychoterapeutická společnost, která pracuje na tom, aby byli psychoterapeuti dobře vzdělaní, vzniklo pouze na území ČR na 40 institutů, který - dříve se říkalo akreditovaných - dnes se říká schválených pro zdravotnictví, tzn. že ty instituty musí, každý má nějaký pravidla, jsou tam daná pravidla pro to vzdělávání, ten rozsah hodin je tak asi možná srovnatelný s bakalářským studiem na VŠ. To je taky předpoklad pro to, to je nutná, nikoliv postačující podmínka pro to, aby člověk získal, byl uznanej za psychoterapeuta, mohl například uzavírat smlouvy s pojišťovnama. Ty instituce jsou velmi rozmanité, takže bylo na našem území uznáno 6 směrů psychoterapeutických, který jsou uznány jako oficiální směry, ve kterých se můžeme vzdělávat. Ty instituty jsou právě tím místem, kde se spolu setkávají jak lékaři, tak psychologové, tak sociální pracovníci, speciální pedagogové - většinou ty výcviky fungují právě na bázi týhle heterogenity těch oborů, což je s velkou výhodou, protože se tam ti odborníci, většinou jsou to ti mladí lidé, tak se tam učí bavit právě s těma ostatníma, takže tam se to propojuje, tam to vzniká, takže bych řekla, že jako podpora z vrchu mocenská kulhá a asi je to přirozený, není na tom nic divnýho, kulhá nad tím, co vzniká zespoda, co se zvedá - nejen jako poptávka ze strany pacientů, ale taky jako poptávka komplexně vzdělaných pracovníků ze všech těch 3 rezortů. A spíš je to teď takový jako velmi košatý rozmanitý pole, kde moc nikdo neví co kam patří a asi další vývoj by se měl ubírat tak, že přece jenom je rozdíl, jestli klinický psycholog pracuje ve zdravotnictví, jestli pracuje ve školství nebo jestli pracuje v sociální sféře, protože každá ta sféra, jak organizačně, tak metodicky, tak vzděláním, přípravou, tím pregraduálně, má svou vlastní svébytnost. Takže není pravda, že by se to mělo všechno slejt do jednoho guláše a že by mělo být jedno kdo kde pracuje. Každý by měl mít nějaký pregraduální vzdělání, nějaké postgraduál, měl by patřit asi do těch jednotlivých oblastí, ale jak říkám, tak by měla bejt nějaká metakomunikační úroveň, a to říkám, že zatím neexistuje, kde by nebylo tak obtížný překonávat ty jednotlivé hranice těch rezortů a nebo oborů a nebo způsobů myšlení. Ona je to jak organizační úroveň, tak profesní, že jsou různé profese, a tak ještě mentální. Že taky rodinné terapeut může pracovat ve všech těch

oblastech, myslím teď těch organizačních, ve všech těch rezortech, a ta jeho práce bude asi velmi podobná, protože bud mít pořád stejnej způsob myšlení.

**V:** Jaké si myslíte, že jsou důležité předpoklady na straně lékaře nebo psychologa, aby dokázal pracovat komplexně?

**Ch:** Jednoznačně je to sebezrovoj. Vzdělání, ale nestačí to vzdělání, který je jenom vysokoškolský, čistě tak jak je organizovaný - teda mluvím za doktory - pro toho doktora to vystudování medicíny, ale je tam hodně důležitý to, co tam právě chybí, a to je ten rozvoj toho sebezpoznání. Poznání, rozpoznání těch vlastních psychických stavů. A to se dá naučit jedinečně při sebezkušenosti, doslova, a to je sebezkušenost výcviková. Já netvrdím, že to má každej doktor tohle umět, ale měl by mít aspoň trochu o tom povědomí - my jsme pro to otevřeli obor základní psychosomatická péče, kde je vlastně nevzděláme ty lékaře v psychoterapii, protože to oni nepotřebujou bejt psychoterapeuty v zásadě, to je speciální nástroj, ale měli by rozumět těm oblastem sociálním a psychickým aspoň v tý míře, že by dokázali rozpoznat u pacienta, že o to jde a uměli ho získat pro tu oblast nebo někdy i trochu drobněji intervenovali v tý oblasti, čili je to takový jenom základ. Ale to je to, co by potřebovali doktoři, aby mohli pracovat komplexněji, než to dneska dělaj, tak k tomu co maj - to mají dobrý somatický vzdělání - tak by měli mít trochu aspoň větší vzdělání v komunikaci, v sebeznalosti svý psychiky a možná pár informací o tý sociální oblasti.

**T:** U psychologů je to jasný, tam je potřeba, aby měl dobrej pregraduál, aby, tam je taky nějaký postup jako u těch doktorů, takže ten, kterej chce postupovat dál, tak musí udělat specializační zkoušku, ono se tomu říká první atestace, specializační zkouška z klinický psychologie. Pak nějaký další roky, když absolvuje výcvik, ten výcvik obsahuje právě tu sebezkušenost jako důležitou věc, teorii samozřejmě taky ještě nějakou další, supervizi a dovednosti taky - tomuhle se říká komplexní výcvik v psychoterapii a to je zase jenom jedna část toho, aby mohl získat funkční specializaci v systematický psychoterapii - prostě už taky i psychologové mají nějaký postup a na každém psychologovi zvlášť je na jeho volbě kam až se chce dostat a na každý tý úrovni může pracovat s tím, jak je vzdělanej. To ale nestačí, to je ten postup, pokud jde o tu psychologii, ale pak je samozřejmě strašně důležitý, aby sám rozuměl svému životu a to nejde jenom o ten výcvik, ale jde taky o nějaký zkušenosti, takže psychologovi, kterému je 25 a ještě nemá partnera nebo má partnera, ale nemá děti, tak je jinej psycholog než ten, kterému je 40 a už mu ty děti jakž takž dospívají a už tyhleto svoje vývojový úkoly má za sebou. Tak jednak o tohle jde a taky je vždycky jako velmi potřebný a příznivý, když ten, co chce dělat s lidma, když má co nejširší pole zkušeností, například zájmových. Mně se vždycky hodilo, že jsem tancovala, vždycky se mi hodilo, že jsem dělala někdy nějakou matiku, vždycky se mi hodilo, že jsem já nevím - nakoukla do světa horolezců, že jsem nakoukla do světa muzikantů - v ničem v tom nejsem dobrá, ale jako nasát tu atmosféru těch oblastí - když přijdou lidi z těch oblastí, tak mi to umožňuje, že se můžu k nim přidat. Když přijde někdo se zkušeností, kterou já jsem opravdu neudělala ani trochu, tak jsem dost namydlená, tak mě ten pacient učí víc než já jeho nebo... takže to, aby náš život byl co nejkošatější, tak je samozřejmě výhodný pro to, abychom s těma lidma dělali dobře, no a to ještě nemluví, že je k tomu potřeba právě zkušenost s těmi dalšími odbornostmi, takže já jsem se v tý svý

práci od začátku pohybovala pořád mezi doktorama, takže asi s těma doktorama prostě se umím bavit tak, aby oni mně rozuměli a abych já se jich dokázala zeptat, když něco potřebuju. Totéž platí pro školní psychology, ty zase když někdo neumí mluvit s učiteli, tak jak je to školní psycholog, protože tam zase potřebujou brát v úvahu toho učitele, kterej má nějaký potíže se třídou nebo s někým z těch studentů nebo žáků a zase se tam nějak promítá - ale to já už nemůžu vystoupit ze svého myšlení - i ta škola je nějaký systém, i ta třída je nějaký systém, nějak do těch potíží přispívá ta učitelka, čili se s tím musí pracovat jako se systémem a tam řešit ty situace jak s těmi dětmi, tak s těmi učiteli a je to jiná práce, než když pracuju s lékaři a s pacienty. Takže tam jde o jiná témata.

**Ch:** Ten psycholog a vlastně to samotný vzdělání psychologický moc k léčbě nevybavuje, tam je možný použít toho psychologa jako pro nějakou diagnózu, ale možná řada psychologů si myslí, že může pracovat někde v poradnách, jako samozřejmě, a nenapadne je, že k tomu, aby mohli být dobrým nástrojem, že potřebujou ten výcvik, že tam se naučí teprve tu psychoterapii. Od lékařů bych to moc nechtěl, protože ti lékaři mají dost nástrojů na léčení, dokonce až moc bych řek, až jim to trochu překáží v tom kontaktu s tím pacientem, takže tam jde spíš o to, aby se naučili o sobě a o tom pacientovi jinak přemýšlet a dali mu jinej prostor, než ten doslova monologické, že jo, oni vedou monolog, ten pacient čeká, co vymyslej a oni to pak dělaj nebo nedělaj, no prostě je to monologický. Ale dialogu se potřebují vlastně naučit, ti doktoři to neuměj.

**T:** No psycholog, kterej není psychoterapeuticky vzdělanej, tak asi mu taky nezbyvá nic jiného než vést monolog - on to dítě vyšetří nebo toho pacienta vyšetří a pak takzvaně poradí, co má ten klient, student nebo kdo, tak co má dělat. Ale radit se dá jen ve velmi jednoduchých případech a co si z toho ti lidi vezmou, to stejně nikdy není jasný a tak jako... ty rady jsou tam, kde se ty věci opakujou nebo kde jde o seznámení s tou psychologickou diagnózou, jestli je to dítě průměrný, podprůměrný, nadprůměrný.

**Ch:** To už je lepší bejt kartářka, protože kartářka tohleto vlastně taky dělá...

**T:** No to zase není pravda, protože když udělám psychologický vyšetření, tak s těma rodičema můžu promluvit o tom, jestli ta škola, na kterou míří to dítě, jestli to... profesionální orientace se tam dá odhadnout a takový, to jo, to jsou ale takový jednoznačný informace pro ty rodiče, pokud jde o dítě nebo i pro toho dospělýho, jestli - já nevím - 30-letá žena, která je v invalidním důchodu a uvažuje o tom, že si ještě něco dostuduje a tak chce vědět, jestli má na to, aby udělala maturitu - no tak to je jednoznačný zadání pro psychologa, udělá psychologický vyšetření a s tou paní, může jí ukázat graf a říct jí, kde se asi pohybuje a že je na dolní hranici něčeho a „když se do toho pustíte, tak ale počítejte, že vás to bude stát hodně sil“ nebo rovnou řeknu „víte co, tady byste se hrozně vyčerpávala, když půjdete do týchletý oblasti, tak tam ty vaše schopnosti budou s výhodou využity atd.“. Ale stejně mně už neleze ani z pusy, abych někomu řekla „na to nemáte“, protože to je prostě nesmysl. Už to, co psycholog pronáší, je buď iatrogenní nebo léčivý, a tak já si myslím, že každěj psycholog by měl mít výcvik, což je dneska asi nepřiměřenej požadavek, protože ta kapacita by tomu asi nestačila, těch institutů nebo těch, co ty

výcviky poskytují, ale je pravda, že dneska těch psychologů, kteří se vají do těch výcviků, tak že je velká část a že to je v pořádku, že se to rozvíjí.

**V:** Jo, to si myslím, že jak to tak sleduju kolem sebe, tak každý, kdo má v plánu jít do nějakého poradenství nebo terapie, tak všichni mají v plánu výcvik, že už nikdo nemá pocit, že by se do toho pustil jenom tak. Vnímáte nějak v průběhu let nějakou změnu v přístupu k člověku, ať už celkově ve společnosti nebo i u sebe?

**T:** To je hrozně široká otázka, já nevím, co si pod tím představujete.

**V:** Třeba změnu od takového toho striktně biologického pojetí po nějaké širší vnímání.

**Ch:** Za sebe jako za lékaře rozhodně. To soustředění na to tělo v době, kdy jsem byl porodník, kdy jsem operoval - a nebyl jsem špatnej operatér, bavilo mě to - tak to soustředění na to tělo a na to opravení toho těla bylo velký. Vnímál jsem, že to jsou nějaký lidi a že mají nějaký starosti, ale vůbec mě nenapadlo, že to tak dalece souvisí s tím jejich tělem a s tím jejich stonáním, jak se později ukázalo, a prostě jsem pak objevil psychologii, oblast, kterou jsem vůbec neznal - jsem objevoval sám za sebe, protože medicína to nenabízela, no a potom rodinnou terapii, tedy zase velkou oblast, kterou jsem šel poznávat, čili pro mě to znamenalo tuhle změnu velikou, že už nevnímám dneska jako podstatný jenom to tělo, který je jenom projevem, jakou součástí člověk je v tom svém systému vztahů a co tam vlastně představuje, k čemu tam je, co potřebuje od toho dostat, takže to tělo to potom vymáhá na tom okolí svým tvarem, svým způsobem chování nebo takovýma věcmi a reaguje nějak na sociální situaci nějakým svým snesitelným a nesnesitelným stavem psychiky, to potom zase to tělo reaguje nějakým způsobem, a tak, takže to dneska už nevidím takhle, že bych se byl soustředil jenom na to tělo. Ale ve společnosti si myslím, že to vždycky znova a znova, to jsou takový vlny takovýho zájmu a zase znova se to zanořuje. Teď možná máme za sebou takový jako období, kdy se to objevuje, kdy tou společností prošla řada takových komerčních akcí, jako byla zlatá mysl nebo duha nebo alfa něco nebo já nevím, co to všechno je, tak to jsou takový komerční akce, který ale vezmou lidi do nějakýho jako semináře, v tom semináři do nich nahustěj nějakým přesvědčivým způsobem, že existuje nějaká psychika, oni si toho všimnou, pak s tím nějak jako třeba ožijou nebo naopak je to porazí nebo něco to s nima dělá a tou populací to prošlo tohleto, to byly 90. léta, v těch prvních desetiletích toho novýho století se to trochu stabilizovalo a vznikla nějaká přecejenom pozornost k nějaký psychice. Ale zase z druhý strany tlačí komerce na to, aby se to zavíralo, aby člověk byl pokud možno jako černá skříňka, která nerozumí tomu, proč potřebuje tohle, proč tamto, protože je to mnohem výhodnější, když je v tomto smyslu nerozvinutej, protože mnohem snadněji zase naskakuje na ty potřeby, protože ta společnost potřebuje vyrábět, aby mohla vyrábět a to je takhle furt dokola. Takže to je mnoho tendencí, který pracujou proti sobě. Ta naše společnost je velmi neduchovní v zásadě, takže se snaží úplně paralyzovat jakýkoliv duchovní prostředí, takže to jsou trochu šílenci, kdo se zabývají jako nějakýma duchovníma věcmi, takže se tak trochu izolujou, pak jsou takový další tendence, že se objevuje překvapivě v tom racionálním světě najednou úplně jako velký množství filmů s duchařskou problematikou, literatura najednou je plná všelijakých hrůz a příšer, takže nová generace, která roste do

dospělosti, tak se chytá všech těch příšer, nevědí, co si mají s tím počít, takže je to takovej jako fakt složitěj proces, že bych nedokázal odhadnout jako kam to míří. Za moji praxi se ta pozornost určitě k tomu zvýšila, ale jestli to je tak, že je to díky tomu, že něco já vidím, tak se mi to tak jeví nebo jestli je to skutečnej proces v tý společnosti, tak to nedokážu posoudit. To se je asi třeba ptát sociologů, kteří asi jsou schopni tohle popsat.

**T:** No já nejsem vůbec schopna odpovědět na to, co člověk, protože pro mě jako jednotlivce člověk vlastně neexistuje jako ve smyslu nějakým obecným, musí to být člověk nějaký konkrétní, já to nejsem schopná nějak zobecnovat, takže nevím, jak tu vaši otázku uchopit, ale kdybych třeba mluvila za identitu psychologie nebo psycholožky, tak ta se rozhodně rozvíjí nebo se proměňuje ve společnosti, čili spíš za sebe mluvím o identitě psycholožky nebo o identitě psychologie, která se nějak zrcadlí v tý společnosti. Tak to se hodně proměnilo. Před 30 lety jsem si připadala jako cizí zvíře, to jsem raději tajila, když jsem přišla někde mezi kamarády, protože jsem byla jako když mi narostou rohy nebo že jsem prostě někdo divnej. Lidi měli naprosto zmatený a bizarní představy o tom, co je psycholog, že vidí každému do ledvin a že je lepší si před ním dát pozor a kdo jde k psychologovi, tak je psychouš a prostě naprosto zmatený představy o tom, co ten psycholog umí a neumí, takže nás přeceňovali na jedny straně a na druhý podceňovali a tak. Tak to já myslím, že to je ta zkušenost s těmi psychology už dneska v tý populaci nějak je zaznamenaná a že už to taky lidi pokládají za výhodu, že si nepřipadají jako... necejtí se patologizovaný, když jdou za psychologem, tak to se jako hodně proměnilo. A myslím si, že i k psychiatrům. Tam je to trochu jiná píseň, ale že nějak ta psychologie je přijímaná jako pomáhající obor, kterej prostě když někdo potřebuje, tak jde za psychologem a už to není potupa, už se to nezamlčuje, už to není tak, i když ještě existují jako pacienti, kteří nechtějí mít razítko někde na propustce, že jdou k psychologovi, ale jít k psychologovi je o něco lepší než k psychiatrovi. Takže to se rozhodně proměnilo. No a jak říkám, já nejsem schopna mluvit o jednom člověku ve vzduchoprázdnu, já bych spíš byla schopna se vyjadřovat k proměně rodiny, to si myslím, že se opravdu v tý populaci proměňuje, rodina jako taková a i pohled na rodinu, že ten vývoj je hodně bouřlivej, že tam je spousta mýtů a spousta naivních představ. To se týká například toho, že je možný, že je jedno, jestli je rodina jednopohlavní nebo jestli jsou tam oba rodiče, že je jedno, jestli jsou tam vlastní nebo nevlastní rodiče, že je jedno, jestli jsou tam jenom jedny děti nebo troje děti od třech tatínek nebo třech maminek. Tak to my rozhodně nemůžeme potvrdit, právě z hlediska toho, že v nějakým kontextu, v nějakých okolnostech, vidíme mnohem častěji, že jsou lidi nemocní a taky když je provázíme, tak víme, za jakých okolností se uzdravují, že se tam třeba dělá pořádek v tom, kdo je maminka vlastní, kdo je nevlastní a tak dál. Týká se to samozřejmě taky těch všeljakejch témat, který procházejí jako boom tou mediální sférou, že se tu prosazuje nějaká menšina homosexuálů, kteří prosazují, copak to, že prošel zákon o registrovaném partnerství, tak to jim přeju a myslím si, že je to naprosto v pořádku, ale už to vůbec není tak jednoznačný, aby byli postaveni na roveň heterogenních párů - homosexuální páry ať už lesbický a nebo... my opravdu vidíme v tom rozdíly, ať už u homosexuálních nebo lesbických, jako myslím mužský nebo ženský homosexuální páry, takže bych řekla, že spíš narostlo zmatení v tom, co vlastně je ta rodina, lidi jsou mnohem víc odkázaní sami na sebe, aby sami hledali co je dobře a co je

špatně, ta pravidla, která dřív platila, o který se zvláště nezralí lidé mohli opírat a pokládat to za jistotu, tak teď se nemají opřít o co, narostla mnohem odpovědnost lidí sami za sebe a odpovědnost nebo schopnost rozhodnout se co je dobře a co je špatně, tak toho je schopnej jenom opravdu už zralej dospělej člověk, a tak to množství těch zatím mladejch a nezralejch, ale taky už kalendářně starších a přesto nezralejch lidí, tak ti v tom hrozně plavou a neví, čeho se zachytit. Tak jako narostla velká svoboda, která je zdrojem velký tvořivosti, tak to je bezvadný, ale současně to předpokládá taky osobní odpovědnost, ke který se musí člověk nějakou výchovou dopracovat a v tom směru to mají lidi těžší v rodinách.

**V:** Jak si myslíte, že vás vnímají lékaři nebo psychologové, kteří pracují jednostranně a ne takhle komplexně, jak se na tu komplexní péči dívají?

**Ch:** Jestli to mám odhadnout, z reakcí svých kolegů lékařů mám pocit, že od začátku nevědí, která bije a jako ti, co se držejí klasických svých oborů, tak si asi myslejí, že jsme šílený nebo něco, protože to prostě pro ně je nějaký podvod nebo něco divnýho, že prostě nemáme tady to vyšetřovací lůžko nebo že neděláme gynekologii vaginálně, ale mentálně - no to je pro ně úplně něco nepředstavitelnýho a tak se... kolega jeden, když jsem ho zval na naši konferenci - a to byl můj dobrej kamarád jo, z oboru - tak říkal „ty vole, já nerozumím ani těm názvům těch přednášek, natož tomu, co byste tam říkali - já tam nemůžu“. Opravdu byl úplně upřímně zděšený z toho, že by si měl jít poslechnout naše přednášky nebo přednášky těch dalších kolegů na té konferenci, z týhle oblasti. Ty, kteří se k tomu už přidají, ty doktoři, kteří vidějí, že to funguje - a tak to teda musím říct, že po té zkušenosti ze světa, tak ty potom posílají ty pacienty rádi, jsou rádi, že je máj kam poslat - ty složitý pacienty, jsou rádi, že to děláme - takže asi tam je nějaká skupina lidí, který jsou úplně - jako to nechápou. Teď nedávno jsme slyšeli, že lékařská... že se nám podařilo přes Českou lékařskou společnost udělat Českou společnost pro psychosomatickou medicínu, tak se hned objevila nějaká skupina nebo nějaký lékaři v lékařský komoře, která má navrch v tomto ohledu, tak hned se tam někdo snažil prosadit - a prosadil - takovou nějakou větu, do takovýho toho závěru nebo usnesení, že teda je lékařská komora znepokojena tím množstvím těch narůstajících pavěd v lékařství, právě třeba jako je psychosomatická medicína. Ta neznalost problematiky psychosomatické je strašlivá v té medicíně. Takže opravdu to vznikají nepřátelský prostory, protože si to pletou s nějakým čarodějnictvím, s nějakým léčitelstvím - ono není divu, protože samozřejmě že řada lékařů ze zoufalství sahala a sahá k... my taky používáme akupunkturu jako velmi výhodnej nástroj, ale rozumíme tomu víc psychologicky než... nebo nějakým způsobem dalším ještě, než jenom nějakým magickým způsobem, ale když někdo začne dělat urinoterapii nebo lékař, který začne zavírat pacienty do nějaký pyramidy nebo s nima dělá nějaký věci, o kterých si myslí, že léčejí nějakým magickým způsobem, no tak je trochu mimo a neměl by dělat asi ve zdravotnictví, to je trochu složitý. Takže já se některějm těm reakcím nedivím, ale je to většinou z neznalosti a z nevzdělanosti a z nedostatku informací, který ty doktoři máj. Takže jsou tam určitě skupiny lidí, který jsou na zadních a myslí si o nás, že jsme podvodníci - to v lepším případě - v horším případě, že jsme šarlatáni, že jsme se zbláznili možná. A pak jsou tam ty, kteří vědí, že to je teda využitelný a tak toho využívaj, nepídějí

se o tom, co... nebo někteří se píděj po tom, co to tady děláme, tak se začnou ptát... A u psychologů, to si vůbec nedovedu představit.

**T:** No když si představím, tak ten vztah kolegů k tomu komplexnímu myšlení, tak já od psychologů vůbec nemám pocit, že... hlavně že když člověk něco umí, tak já teda cítím úctu, respekt, chtějí se to ode mě naučit, rádi by přišli, tak já neznám psychologa, který by říkal, že je to nějaká... Já myslím, že spíš, že je tady nějaká neformální hierarchie, že ti nezkušenější se chtějí učit od těch zkušenějších a když já jsem začla narůstat do té niky těch zkušenějších, tak mě začala spíš zavalovat odpovědnost, jak to udělat, abychom se těm nezkušenějším už mohli věnovat, protože já taky jsem se opírala o nějaký zkušenější, že jo, takže mám v sobě takovej pocit, že to musím vrátet - ne zpátky těm nade mnou, ale těm, co přicházejí - ta mladší generace, takže z toho vyplývá nějaká další odpovědnost. Takže tady, já si nemyslím, že bychom se vzájemně k sobě chovali jinak, než je běžný v jakýkoliv jiný populaci. Že samozřejmě vznikají nějaký rivality a soupeření, tak to se jistě vyskytuje, ale není - aspoň teda v tom mém světě to není nic podstatného. Druhá věc je jak mě berou jako psycholožku lékaři, tak to je to, co jsem říkala - tam, kde ti lékaři sami ochutnali, že když mi pošlou pacienta, že jim se to taky vyplatí, že ten pacient se zlepší, že - já nevím, vzpomínám si na jednu neuroložku - já nepíšu dlouhý zprávy, protože si nemyslím, že do písemného textu se ty podstatný věc daj napsat, ale takovou charakteristiku, co se tam děje tak, aby ten lékař měl informaci, tak mu napíšu opravdu takhle na pár, na 10 řádků... a tak ta neuroložka mi jednou říkala, jak se vždycky na tu zprávu těší - a já myslím, že ze dvou důvodů: jednak, že je krátká, protože je to hrozná nuda číst nějakéj dvoustránkovéj elaborát od těch psychologů, a jednak že je tam opravdu podstatná informace co jsem s těma lidma dělala a já když už jsem ji zase znala, tak už zase jsem mířila, prostě vypíchla jsem to hlavní téma, který ona mohla zase nějak využít, takže tam, kde se navzájem už poznáme, ať už na vlastní práci, tak tam je ten kontakt výbornej, potřebujeme se navzájem a není žádný problém, no a když narazím na nějakýho tvrdolína, tak dělám mrtvou kočku a dělám, že tam nejsem, protože co s ním. Takže tam taky nemívám problémy no a ještě je jeden kanál takovej jako dobrej, když takovej doktor - jako takovej ten pozitivistickéj, kterej věří jenom tomu, co se dá spočítat a změřit, tak když je sám v úzkých ve své rodině a přijde se svou rodinou jako pacient. To je úžasný, protože takhle si zažije, co to znamená - samozřejmě když se to daří a když opravdu to, s čím přijdou, tak se zlepšujou, což se většinou nějak daří a tak tohle jsou nejvděčnější naši spolupracovníci potom, protože si zakusí, že to fakt funguje a že to není sranda, že to není jenom nějaký povídání, že to jde do hloubky, že to fakt je podložený nějakýma znalostma a nějakou teorií dokonce... taky s těmadle lidma si dávám záležet, že občas jim něco odpřednáším v rámci té terapie a nebo si vymyslím nějakou teorii, která... nemyslím si, že bych si vymýšlela úplný blbosti, ale nějaký jako teoretický... metaforu, která se tváří jako teorie a pro ty chlapi je to většinou... jsou to takový chlapi, kteří jsou takový nevěřící tomášové, tak jim to pomůže přijmout ten způsob práce a pak jsou velmi vděční, zcitlivěj, jsou úžasní... je to taková hrozně hezká práce jako když ten chlap jako začne taky vnímat ten psychologickéj nebo ženskéj fenomén nebo dětskou úroveň nějakýho prožívání, tak když mi důvěřuje nebo pochopí, že tam vlastně ho potřebuju, že nemůžu bejt chlapem, že nemůžu za něj udělat pro ty jeho děti to, co on musí udělat. A když se to daří, tak to je to,



díky čemu se taky možná rozmnožuje počet těch lékařů, kteří by jinak... já dám takovej příklad - u nás byl jeden gynekolog na časový ose, to znamená, že absolvoval jenom jeden víkend, a vůbec ne se záměrem, že by chtěl nějakou psychoterapii, on přišel ze zvědavosti. Tak ten potom, já už jsem ho potom nikdy neviděla, ale posílal mi velmi dobře indikovaný pacientky, v jeho případě, protože to byl gynekolog - a konkrétně jednou to byla taková jako sranda - on mi poslal holku, která 10 let trpěla mentální bulimií, zvracela 5x denně a k němu chodila prostě na gynekologii. A po těch, já nevím, 10 letech, kdy ji měl v péči a nevěděl to, tak se tak jako dověděl a protože byl šikovnej, tak uměl s těma pacientkama svejma tak jako přirozeně normálně mluvit, hezky, tak se to dozvěděl, ale věděl, jak je to hrozně křehký a tak, takže mi ji sice poslal, ale ne, že by mi ji jen tak poslal, ale rovnou mi zavolal a říkal: „Víte co, buďte na ni opatrná, ono to bylo hrozně těžký, abych se to dozvěděl, ono je to zřejmě zlý a ona o tom vůbec nemůže mluvit a tak já abych ji nevyplašil...“. A já jsem teda řekla dobře, no a ta pacientka přišla, dosedla a řekla: já mám mentální bulimii. Já jsem se nemusela vůbec snažit. Tak to je ta výhoda toho, když ten lékař trochu ochutná, co ta psychoterapie obnáší a pak sám začne dobře odlišovat, co je ještě pro něj a komu by mohla ta psychoterapie prospět a taky komu ne. Když mi pošle pacientku s těžkou hraniční poruchou osobnosti, no tak to tak psychoterapie nebo ta rodinná terapie moc nevyřeší. Ne, že by nebyla platná, ona taky může být platná, ale... a nebo když mi pošle někoho, kdo fakt není vůbec motivovanej a není zvědavěj na žádnýho psychologa, no tak ať se léčí jak chce, tak to je škoda peněz pojišťovny, abych s ním ztrácela čas - a ten lékař to může taky odhadnout a už posílat ty, který i pro tu pojišťovnu budou relativně levný a přitom může docela dobře odhadnout, že to pomůže.

**V:** Tak jo, tím jsme se přiblížili už k poslední otázce. Jak si myslíte, že by se daly tyto informace o člověku jakožto nějakém propojeném celku přiblížit laické veřejnosti?

**Ch:** No, tak to je náš věčnej problém, protože my ani nevíme, jestli vlastně, jak dalece o tom máme svědčit, protože se nám zdá, že ty poznatky jsou cenný, když to je získaný v tý důvěrný atmosféře sezení s rodinami nebo z psychoterapie individuální nebo ve skupině, když se pracuje se skupinou, ale z těch rodin nám to připadá nejcennější a ono to tak jako není obecně přijatelný, že by psychoterapeut měl se angažovat v týhle věci, měl by asi být zavřenej v tý svý ordinaci a neměl by asi s tím vylejzat. To my nevíme, my máme podezření nebo pocit, že je potřeba o tom svědčit, takže tu a tam něco napíšeme nebo publikujeme, napsali jsme vlastně i takovou knížku pro ty, pro veřejnost víceméně, tak není omezená na odborníky, i když ta druhá, to je těžší ke čtení, ale v zásadě si myslím, že ta první je přijatelná, dostupná i těm laikům a má to taky nějaký vliv, podnikáme semináře, shodou okolností, takový rozsáhlý, to není náš byznys, ale skupina z křesťanský oblasti se věnuje manželům, tzv. manželákům, tedy manželským jakýmsi setkáním, který maj dvakrát nebo jednou ročně o víkendu prodlouženým a tam si nás v jedný skupině oblíbili a zvou nás a to jsou takový semináře, kde je třeba 200 lidí, což já považuju za úplně šílený, ale pravda je, že tím, jakým způsobem to mají ošetřený, jakým způsobem s nima pracujou dlouhodobě, tak to tam prostě pracuje a mám za to, že tahle skupina například je tím docela ovlivňovaná, že se jim zalíbily ty naše zkušenosti, protože jim to najednou, asi to souvisí s tou vírou, protože jim to najednou připadá asi jako docela

praktickej důvod proč je lepší spolu zůstat než nezůstat, proč je dobrý spolu vycházet, když jsou rodiči, a že to není opřený jenom o desatero, který jim připadá možná takový trochu starobylý, ale přitom já myslím, že velmi správný ty pravidla, ale takhle... nemyslíme si, že bychom měli už kdovíkam lézt do televize, taky jsme pro děti dělali takovej docela zajímavěj pořad, ale to zvyšuje bohužel tu publicitu a ty ksichty použitý takhle na veřejnosti zhoršujou potom podle nás tu možnost tý práce v ordinaci, protože ty lidi choděj za tím věhlasem a vlastně nejsou potom v nějakým reálným kontaktu nebo se snižuje možnost toho reálného kontaktu. Do určitý míry ta známost nebo nějaká slava v úvozkovkách nebo obeznámenost všeobecná je funkční, ale od určitý míry vejš to už prostě padá, už jen pro to množství lidí, kteří by se hrnuli do tý ordinace, jo, my tady máme sestřičku, takže nemůžem, ta našťestí drží jasně v tomhle smyslu naše kalendáře, to prostě... nejsou bohatší ve volným čase, naopak je pořad stejnej, takže tohleto je velkej problém, jak to dělat, aby současně se dostávaly ty myšlenky do tý populace, ta tím dospívala nebo organizovala, ale současně aby to nezatěžovalo extrémním způsobem ty ordinace, protože to prostě není možný tu kapacitu zvýšit ze dne na den rychle.

**T:** Jo, tak k tomu se přidávám, ta známost je prostě od určitý úrovně jenom nepříjemná a opravdu strašně zatěžující, protože se pak člověk stane věšákem na projekce těch lidí, takže ti lidi přichází s naprosto ujetýma představama a je to takový trochu jako když si projikujou svůj život do nějakýho zpěváka. Tak jako jestli těm zpěvákům to prospívá, no tak dobře, ale pro tu práci je to zničující. To potom jenom máme co dělat, taky samozřejmě se to dá nějak, ale trvá to chvíli, než se ten vztah znormalizuje, než nás... a v některých případech prostě se tomu vyhýbáme, je to velmi nepříjemný. Vůbec jako stát se věšákem na projekce je hrozně namáhavý, protože pak člověk přestane existovat jako normální člověk a to pro tu práci nejde, to je asi jako kdyby chirurg měl zašpiněnej svůj nástroj, prostě to nejde. Potíž je v tom, já si myslím, že nejlepší jako seznamování, ať už výuka kolegů a nebo i laiků právě, funguje na kazuistikách, když se vyprávěj kazuistiky, ale to je velkej problém, protože ono sice se říká, že se ten příběh může nějak jako zamaskovat, změnit jména, změnit letopočty, změnit zaměstnání těch lidí a tak, a že se takzvaně teda zachovává anonymita těch lidí, ale ona 100% nejde zachovat nikdy, pokud ta kazuistika je dobře napsaná nebo dobře prezentovaná, protože ty příběhy jsou stejně originální, tak jako obličej nebo jako otisky prstů a tak, takže minimálně ty lidi, kdyby to slyšeli, tak se v tom musej poznat, takže to zachovat 100% anonymitu prakticky nejde. Trochu se to zajišťuje tím, že ty lidi sami s tím souhlasí, že se to bude používat, což samozřejmě my vyžadujeme nebo máme, eventuálně ve jste nám dala podepsat tady nějakěj papír, tak jim to dáme podepsat, ale já nejsem stejně klidná, protože nejsem si jistá, že ty lidi vždycky vědí, co podepisujou a co dávají všanc. Takovej příklad, když se podívate na Poštu pro tebe, což je takovej strašně oblíbeněj pořad ve středu večer, tak já na to koukám velmi nerada, protože v mnoha případech mám pocit, že ty lidi nevědí, co ukazují, právě proto, že se jedná taky o nevědomej materiál, přes kterej nemůžou mít kontrolu. Tak na jednu stranu si myslím, že ta Ester Janečková to vede velmi dobře, že to není žádná driáčnická moderátorka, že má cit pro ty lidi, i jsem ji podezírala - už vím, že není psychologka - ale podezírala jsem ji, že je vzdělaná v tý psychoterapii nebo v umění vedení rozhovoru, ona je vystudovaná herečka, ale takže na jednu stranu si myslím, že to vede velmi jako elegantně a ohleduplně, ale

stejně o tom často pochybuju, jestli je to v pořádku. Ale možná, že ty moje kritéria jsou příliš přísný. Co ale pokládám za výborný, když někdo z herců nebo z režisérů si to sám zkusí na vlastní kůži, pochopí o co jde, vzdělá se v tom alespoň nějak trochu, jsou lidi z týchle oblasti, který sami projdou nějakou psychoanalýzou na sobě nebo něčím takovým, a když pak napíšíou dobrej scénář a zaříděj, že se to dobře zahraje... a to mě připadá, že je opravdu dobrej způsob, jak to vnášet do tý populace, že... výbornej byl ten seriál izraelskej, já nevím, jak se to jmenovalo...

**Ch:** V odborné péči. Oni to natočili znova s Rodenem, ale i ten původní americkéj byl vynikající.

**T:** Já jsem předtím viděla spíše takový pokusy, který byly dost hrozný. Já jsem se cítila asi tak, jak když se hasič dívá na Hoří, má panenka.

**Ch:** Ale tohleto sedí, to jsou přesně ty kazuistiky!

**T:** Tak to byly takový trochu trapný pokusy tady český, ale tenhleten seriál byl výbornej, jako kdyby mi neřekli, že je to hraný, kdybych to nevěděla, tak bych jim věřila, že je to terapie. Takže... myslím si, že tohle by mohl bejt způsob. Takže s těma hercema a režisérama se kamarádit, to by mě bavilo. Taky jsme v jednom případě nějak byli ve spojení s Hřebejkem a Jarchovským, jsme chtěli kvůli publikaci něco odcitovat a to by mě teda bavilo, no. To si myslím, že je dobrej způsob.

**V:** Dobře, tak to je ode mě asi všechno. Nevím, jestli vás napadá ještě něco, co byste chtěli k tomu dodat...? ... v tom případě děkuju za rozhovor!

