

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

**PACIENT S PSYCHOSOMATICKÝMI PROBLÉMY V
ORDINACI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE**
**A PATIENT WITH A PSYCHOSOMATIC DISORDER AT THE GENERAL
PRACTITIONER'S**



Bakalářská diplomová práce

Autor: Tereza Stoklasová

Vedoucí práce: PhDr. Martin Kupka, Ph.D.

Olomouc

2016

Děkuji panu Mgr. Martnu Kupkovi, Ph.D. za odborné vedení bakalářské práce a poskytnutí cenných rad. Dále děkuji paní MUDr. PhDr. Lence Hansmanové, Ph.D. za rady a podporu. Děkuji i všem účastníkům výzkumu.

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou prací na téma:

Pacient s psychosomatickými problémy v ordinaci praktického lékaře vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

Vdne

Podpis

Obsah

ÚVOD.....	5
TEORETICKÁ ČÁST.....	6
1 Vymezení psychosomatické medicíny	6
2 Historie psychosomatické medicíny.....	7
3 Pojmy související s psychosomatickou medicínou	8
3.1 Pojem zdraví.....	8
3.2 Bolest	9
3.3 Stres	9
3.4 Imunita	10
4 Psychosomatika a psychické poruchy	12
5 Osobnost praktického lékaře.....	14
6 Komunikace lékaře a pacienta	15
7 Doporučený diagnostický a terapeutický přístup pro všeobecné praktické lékaře u pacientů s medicínsky nevysvětlitelnými příznaky.....	18
7.1 Diagnostika	18
7.2 Terapie	19
8 Studie psychosomatického přístupu ve zdravotnictví	21
PRAKTICKÁ ČÁST.....	23
9 Cíle výzkumu	23
10 Metodologický rámec	24
10.1 Výběr výzkumného souboru	24
10.2 Analýza a interpretace interview	25
10.3 Etické aspekty.....	25
11 Analýza výsledků výzkumu	26
11.1 Analýza dat vyplývající z 1. výzkumné otázky.....	26
11.2 Analýza dat vyplývající z 2. výzkumné otázky.....	26
11.3 Analýza dat vyplývající z 3. výzkumné otázky.....	27
11.4 Analýza dat vyplývající ze 4. výzkumné otázky	28
11.5 Analýza dat vyplývající z 5. výzkumné otázky	29

11.6 Analýza dat vyplývající z 6. výzkumné otázky.....	30
11.7 Analýza dat vyplývající ze 7. výzkumné otázky.....	31
11.8 Analýza dat vyplývající z 8. výzkumné otázky.....	32
13 Diskuze	35
14 Závěry	37
SOUHRN.....	38
SEZNAM ZDROJŮ A LITERATURY	40

ÚVOD

Cílem této bakalářské diplomové práce je zjistit úhel pohledu všeobecných praktických lékařů na psychosomatickou medicínu, na psychosomatické pacienty. Praktičtí lékaři za dobu své praxe nabydou mnoho zkušeností z této oblasti, ovšem je otázka, zda se jim dostává reflexe, zda mají možnost své otázky a názory prodiskutovat nebo se nad nimi alespoň zamyslet. Je vůbec psychosomatická medicína element přijímaný praktickými lékaři? Pohybujeme se v oblasti, která může podléhat určitému stigmatu ze strany společnosti a to i ze strany lékařů.

Z druhé strany i psychosomatický pacient může mít spoustu obav a nejistot při návštěvě svého lékaře. Jak je tedy vnímán pacient s psychosomatickým onemocněním všeobecnými praktickými lékaři? Mají vůbec možnost věnovat mu péči, kterou potřebuje? A jakou vůbec potřebuje takový pacient péči? Jaké jsou dostupné prostředky pomoci pacientovi, jehož nemoc napovídá psychosomatickému původu?

Jedná se o oblast, ve které je mnoho otázek, ale také mnoho odpovědí. V této oblasti byly provedeny četné výzkumy, některé se týkaly obecně zdravotnických pracovníků, některé se konkrétně zaměřily na všeobecné praktické lékaře. Většina těchto výzkumů byla realizována v zahraničí, ale v této bakalářské diplomové práci je pozornost zaměřena na pohled českých lékařů, který se může, ale také nemusí, v mnohém lišit od názorů lékařů například ze zahraničí.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Vymezení psychosomatické medicíny

Pro vymezení pojmu můžeme použít dvě pojetí psychosomatiky, širší, které předpokládá, že *„člověk ve zdraví a v nemoci v každém svém momentálním stavu i v průběžném pohybu svého bytí představuje jednotu psychického i somatického se svým prostředím“* (Baštecký, Šavlik, & Šimek, 1993, 21).

Toto pojetí v sobě zahrnuje tři faktory – biologický, psychický a sociální (Baštecký et al., 1993).

Užší pojetí psychosomatiky chápe člověka v kontextu zdraví a nemoci jednodušeji - ve smyslu účinné a praktické klinické práce. Předmětem zkoumání jsou tedy choroby, u nichž se psychosomatické faktory výrazně vyskytují v etiologii a průběhu. Ovšem tento pohled nezapomíná na člověka a rozlišuje tedy, zda ve vzniku a průběhu onemocnění u daného jedince převažují faktory psychosomatické, nebo naopak somatické (Baštecký et al., 1993).

Nelze ovšem s jistotou tvrdit, zda se primární problém týká psychické nebo somatické stránky. Vždy musíme člověka pojímat holisticky - jako bytost bio – psycho – sociální (Danzer, 2001).

Můžeme se setkat přímo i s pojmem psychogenní onemocnění, který v sobě zahrnuje psychoneurózy, poruchy osobnosti a samozřejmě primární i sekundární psychosomatická onemocnění.

Psychogenní onemocnění definujeme jako odchylky od normy v rámci vnitřního a vnějšího chování a/nebo tělesných funkcí a struktur, které etiologicky vyrůstají z minulých a aktuálních psychosociálních životních okolností určité osoby a jsou zprostředkovávány psychickými procesy a jejich tělesnými korelátami – mezimozkem a hippocampem (Tress, Krusse, & Ott, 2008, 26).

S psychologií v medicíně se můžeme setkat v podobě lékařské psychologie. Lékařská psychologie je aplikovaným psychologickým oborem majícím interdisciplinární charakter. Představuje aplikaci psychologických poznatků ve zdravotnictví – lékařem, na rozdíl od klinické psychologie, který je v kompetenci psychologa (Vymětal, 2003, 15).

Jedná se o obor, který se soustředí na vztah mezi lékařem a jeho pacientem a současně na pacientovo okolí - z hlediska sociálního (Vymětal, 2003).

2 Historie psychosomatické medicíny

V prvopočátku psychosomatické medicíny se jednalo zejména o zkoumání vztahů mezi fyzickým stavem a psychickými aspekty, ovšem bez vědomí příčinnosti nebo vlivu vnějšího prostředí. Nicméně tyto úvahy přinesly do medicíny nový přístup, zejména díky psychoanalýze. V centru zájmu lékařství stál nyní opět člověk a to s důrazem na sounáležitost psychiky a somatiky, s důrazem na člověka jako příslušníka společnosti a kultury, s důrazem na podobnost procesů psychických dalším procesům v těle (Baštecký et al., 1993).

Franz Alexander ve 20. letech sestavil tzv. chicagskou sedmu, tedy sedm onemocnění, které vznikly jako důsledek nevědomých konfliktů nebo nenaplněných potřeb jedince (Raudenská, & Javůrková, 2011).

Jsou to: peptický vřed, astma bronchiale, vysoký krevní tlak, revmatická artritida, migréna, colitis ulcerosa, neurodermitis (Stator, & Morschitzky, 2007).

Psychosomatickou medicínu ale nemusíme v kontextu terapie vnímat pouze jako záležitost psychoanalytickou. Můžeme se také setkat s pohledem behaviorálním, který zahrnuje poznatky z věd jako je psychologie, sociologie, biochemie ad. Více se zaměřuje na souvislosti plynoucí ze všech relevantních věd, na závěry výzkumu souvislosti chování a prožívání s nemocemi somatickými a na význam prevence (Stator, & Morschitzky, 2007).

Engel a později i Lipowski v 80. letech užívali pro tento přístup označení biopsychosociální, aby byly patrné entity odlišné od klasického psychosomatického přístupu (Chromý, & Honzák, 2005).

3 Pojmy související s psychosomatickou medicínou

3.1 Pojem zdraví

Zdraví můžeme chápat ze dvou hledisek, buď jako prostředek k realizaci určitého cíle, nebo může být cílem samo o sobě. Mezi těmito dvěma póly se pohybují různé teorie zdraví. Křivohlavý jich jmenuje sedm (Williams, 1995).

Zdraví může být pojímáno jako síla, která člověku pomáhá zvládat různé těžkosti. Pokud je síly méně, člověk se stává slabším. Ztracené síly lze ale opět nabýt. Pokud je síly více, člověk zvládá těžkosti lépe.

Z hlediska humanismu je zdraví vnitřní silou člověka, která pomáhá naplnit potenciál člověka, která pomáhá dojít k ještě vyšším cílům, než je ono zdraví.

Další teorií je zdraví v pojetí Antonovského salutogeneze, tedy celkový postoj k životu, který nazval smyslem pro integritu. Smysl pro integritu obsahuje tři základní složky: smysluplnost, vidění zvládnutelnosti úkolů a schopnost chápat dění, v němž se člověk nachází (Antonovsky, 1985).

Zdraví můžeme chápat také jako schopnost přizpůsobit se prostředí, nepříznivým životním podmínkám.

Jiná teorie pojímá zdraví jako schopnost fungovat dobře, dle T. Parsonse je zdraví: „... stav optimálního fungování člověka (individua) vzhledem k efektivnímu plnění role a úkolů, k nimž byl socializován“ (in Křivohlavý, 2009, 36).

Dnešní, aktuální pohled vnímá zdraví jako zboží. Lze jej koupit (lék) a užít, což by mělo zlepšit náš zdravotní stav (Sedhouse, 1995 in Křivohlavý, 2009).

Poslední definice zdraví odpovídá definice zdraví dle WHO – „Zdraví je stav, kdy je člověku naprosto dobře, a to jak fyzicky, tak psychicky i sociálně. Není to jen nepřítomnost nemoci nebo neduživosti“ (in Křivohlavý, 2009, 37).

Uvádí se několik oblastí, které mají vliv na to, aby se člověk cítil zdravý: demografické faktory, behaviorální faktory, osobnostní faktory a temperamentové vlastnosti (Raudenská, & Javůrková, 2011).

Závěrem uvádím definici zdraví dle Křivohlavého: „Zdraví je celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí“ (Křivohlavý, 2009, 40). Křivohlavý do své definice integruje všechny aspekty, které zohledňuje multifaktoriální koncept psychosomatiky.

3.2 Bolest

Bolest je pocit, který každý z nás už někdy zažil. U pacientů s psychosomatickými problémy mnohdy není objektivně vysvětlitelná. V postojích chápání bolesti je proto třeba uplatňovat přístup multidimenzionální - bolest nelze vnímat pouze jako fyziologický jev, ale ani jako jednoduše jev psychologický (Křivohlavý, 2002).

Z fyziologického hlediska je vzruch veden od nociceptoru, což je aferentní neuron, který dokáže odlišit podněty škodlivé od podnětů neškodlivých. Vlákna těchto nociceptorů jsou buď slabě myelinizovaná (A δ) a při podráždění vedou rychlou bolest nebo jsou bez myelinizace (C) a slouží k vedení intenzivní bolesti. Také vlákna A α a A β se podílí na cití bolesti. Vlákna je bolest vedena do míchy, odkud je různými drahami přepojena do talamu přes retikulární formaci – toto se týká bolesti viscerální. (Rokyta, Kršiak, & Kozák, 2006).

V mozku samotném pak po přepojení v talamu vzruch přichází do primárního (bolest je lépe lokalizovatelná) nebo do sekundárního somatosenzorického kortexu. Na vnímání bolesti mají ale nezanedbatelný vliv i neurotransmitery. Týká se to jak samotného tlášení bolesti pomocí opiátů, tak i snazšího průchodu bolesti. Příkladem takových mediátorů může být serotonin nebo bradykinin (Křivohlavý, 2002).

Lékaři a zdravotničtí pracovníci podceňují intenzitu bolesti pacienta. Při jejím tlumení preferují použití analgetik, naproti tomu psychoterapeutickou cestu zvládnání bolesti většinou nevolí (Křivohlavý, 2002).

Bolest můžeme rozdělit podle doby trvání na bolest akutní a chronickou, která trvá déle jak 3 – 6 měsíců a její příčiny nejsou vždy spolehlivě rozpoznatelné. Můžeme ji rozdělit na bolest nádorovou a nenádorovou (Rokyta et al., 2006).

3.3 Stres

Stres je zátěžová situace, kdy člověk zažívá napětí a pociťuje tlaky ze svého okolí. Stresory jsou ony negativní tlaky, které mají vliv na člověka. Naopak salutory jsou zdroje povzbuzení pro další boj se stresory. Ke stresu tedy dochází tehdy, když je míra intenzity stresující situace vyšší, než míra schopnosti danou situaci zvládnout. Křivohlavý zmiňuje, že i velké množství běžných denních starostí může být příčinou vyššího množství stresu, než velké individuální stresory (Křivohlavý, 2009).

Velké individuální stresory, ale samozřejmě zátěž způsobují – na vrcholu v žebříčku stresujících událostí podle Holmse a Rahe z roku 1967 je smrt blízké osoby, za ní následuje rozvod a manželská separace, do žebříčku jsou zahrnuty i Vánoce nebo dovolená (Daruna, 2004).

V souvislosti se stresem se hovoří také o dvou dalších pojmech – distres a eustres. Distres je tedy taková situace, kdy je míra intenzity stresující situace vyšší, než možnosti danou situaci zvládnout a emocionální prožitek této situace je negativní. Eustres je taková situace, kde není negativní emotivita, ale jde například o prožitek, kde je třeba jistá námaha, ale na druhé straně je ta situace radostná (Křivohlavý, 2009).

Pro výzkum v této práci je podstatný **vliv stresu na zdraví člověka**. Z fyziologického hlediska se proto rozlišují reakce dvou typů soustav a to nervové (sympatikus) a endokrinní. Klíčovou roli zastává hypotalamus, který působí na sympatickou soustavu, a tedy ovlivňuje přímo činnost některých orgánů (zvýšení tepové frekvence, krevního tlaku, mydriáza). Dochází také ke stimulaci dřeně nadledvinek a k vylučování adrenalinu a noradrenalinu. Adrenalin také zvyšuje například tepovou frekvenci a krevní tlak, tedy funguje podobně jako sympatikus. Noradrenalin má vliv na uvolnění zásobní glukózy (nezbytné energie) prostřednictvím hypofýzy. Dále dochází k aktivaci endokrinní soustavy - z hypofýzy se uvolňuje adrenokortikotropní hormon a ten následně podnítl kůru nadledvinek k produkci hormonů, z nichž největší roli hraje kortizol, který se často používá k diagnostice míry stresové zátěže (Atkinsonová, 2012).

Pro dnešní dobu aktuálním termínem může být i synergie. „*Termínem synergie se vyjadřuje skutečnost, která ukazuje, že souběžným působením několika faktorů vzniká jev, který je výraznější, než by se dalo očekávat pouhým aritmetickým součtem působení jednotlivých faktorů*“ (Křivohlavý, 2009, 185).

S pojmem stres souvisí také jeho zvládnání neboli coping či copingové strategie. V případě, že tyto copingové strategie selhávají, dochází dle Uexküllera k regresu a řešení situace jsou stále více emocionální a časem dochází i k fyziologickým změnám. (1979 in Poněšický, 2004).

Tato situace je pak vnímána jako nemoc, která má být léčena. Může ale chybět spojení s původní stresovou situací nebo tento druh stresové reakce neodpovídá sebepojetí člověka a tento stav se pak mění v chronický (Poněšický, 2004).

3.4 Imunita

Imunitní systém je ochrana organismu před vnějšími škodlivými vlivy, ale i před škodlivinami vnitřního původu. Jeho tři elementární funkce tedy jsou - obranyschopnost (ochrana před patogenními mikroorganismy a toxiny), autotolerance (rozpoznání vlastních tkání a tolerance) a imunitní dohled (rozpoznává a odstraňuje poškozené, staré, změněné buňky). Imunitní systém tedy rozpoznává a reaguje na antigeny, a to buď nespecificky -

fagocytující buňky a cytotoxické buňky (NK buňky) reagující na společné strukturní nebo funkční rysy, nebo specificky – protilátky, T – lymfocyty, které reagují až na základě setkání s antigenem. Rozvoj specifické reakce trvá dny až týdny a charakteristickým pojmem je imunologická paměť. Alergie, nádorové buňky, nebo autoimunitní onemocnění se ukazují jako dysfunkce imunitního systému (Hořejší, & Bartůňová, 2009).

Imunitní systém také spolupracuje se soustavami v lidském těle – hormonální a nervovou a může být tedy provázán s psychikou, čímž se zabývá psychoneuroimunologie. Pro podporu tvrzení o vlivu mysli na imunitu existují tři biologické důkazy – prvotní studie na zvířatech ukázaly, že různé léze v mozkových hemisférách ovlivňují různě aktivaci a potlačení imunitní reakce – studie na zvířatech (Biziere et al., 1985 in Zachariae, 2009).

Dalším důkazem je sympatická a parasympatická inervace orgánů spojených s imunitním systémem, například thymus nebo slezina (Bellinger et al., 1985 in Zachariae, 2009).

Třetím faktem je biochemický jazyk (neurotransmitery, cytokiny) společný nervovému, endokrinnímu a imunitnímu systému (Carr, & Blalock, 1991 in Zachariae, 2009).

Teorie akutního a chronického stresu se pokouší vysvětlit rozpor mezi výsledky mnoha studií o souvislosti imunitního systému a stresu. Teorie říká, že pokud dochází k jednorázovému stresu, pak se činnost imunitního systému zvýší, pokud se ale jedná o dlouhodobý stres, tak naopak činnost imunitního systému klesá. Při akutním stresu se zvyšuje počet NK buněk (natural killers) a aktivuje sympatiko-adrenální systém. Při chronickém stresu se počet NK buněk naopak snižuje. Podle Selyeho koncepce naučené bezmocnosti dochází k rezignaci, neobjevují se pokusy situaci řešit (Křivohlavý, 2009).

4 Psychosomatika a psychické poruchy

Jako první jsou uvedeny **somatoformní poruchy**.

Hlavním rysem je opakovaná stížnost na tělesné symptomy spolu s trvalým vyžadováním lékařského vyšetřování i přes opakované negativní nálezy a ujišťování lékaře, že obtíže nemají fyzickou podstatu. Pokud existuje nějaká tělesná nemoc, pak nevysvětluje rozsah a podstatu potíží nebo příznaků a nešťastnost a zaujetí pacienta (Mezinárodní klasifikace nemocí, 2014, 222)

Pod tuto kategorii spadá **somatizační porucha**, kdy pacient trpí rozličnými a měnícími se příznaky. Ty se objevují nejméně po dobu dvou let. Tato choroba může vážně narušit sociální a rodinné vztahy pacienta. Příznaky mohou zahrnovat kardiovaskulární příznaky (bolesti hrudníku), gastrointestinální příznaky (bolesti břicha), urogenitální příznaky (dysurie) a kožní nebo bolestivé příznaky (pocit necitlivosti a brnění). Z hlediska diagnostiky mají být zastoupeny čtyři bolestivé příznaky, dva gastrointestinální – jiné než bolest, jeden sexuální příznak a jeden pseudoneurologický příznak – např. konverze nebo dvojité vidění (Smolík, 2002).

Porucha se začíná objevovat již v adolescenci a před 25. rokem dochází k jejímu plnému rozvoji. V léčbě je doporučena psychoterapie, psychofarmaka při výskytu úzkosti nebo deprese (Smolík, 2002).

Nediferencovaná somatizační porucha má stejné příznaky, ale méně intenzivní a trvají v rozmezí 6 měsíců až 2 roky. Narušení sociálních vztahů se nemusí vyskytovat (Smolík, 2002).

Hypochondrická porucha je další v řadě somatoformních poruch. Osoby trpící touto poruchou se nepřiměřeně starají o vlastní zdraví, abnormálně vnímají i běžné znaky a pozornost věnují určitým orgánům nebo orgánovým systémům. Pacient neguje i snahy lékaře o ujištění, případně neguje výsledky vyšetření. Hypochondrická porucha trvá 6 měsíců (Chromý, & Honzák, 2005).

Somatoformní vegetativní dysfunkce charakterizují obavy z vegetativních příznaků různých částí těla, buď objektivně rozeznatelných, nebo nikoli (dráždivý tračník) (Chromý, & Honzák, 2005).

Přetrvávající somatoformní bolestivá porucha trvá alespoň 6 měsíců a zahrnuje stížnosti na bolest, která není objektivně somaticky vysvětlitelná a navazuje na psychosociální problémy (Chromý, & Honzák, 2005).

Dalšími kategoriemi jsou obtíže **jiné** (např. pruritus) a **nespecifikované** (Chromý, & Honzák, 2005).

Pro terapii somatoformních poruch se indikují antidepresiva a psychoterapie, přičemž partnerský přístup je doporučován i ze strany praktického lékaře (Raboch, & Pavlovský, 2008).

Další velkou kategorií v Mezinárodní klasifikaci nemocí jsou **fobické úzkostné poruchy** (agorafobie, sociální fobie, specifické fobie). Může dojít k rozvinutí somatických příznaků, jako jsou: bušení srdce, chvění, pocení, zvýšené svalové napětí, pocity prázdnoty v žaludku, sucho v ústech, pocity závratě, nauzea a podobně (Raboch, & Pavlovský, 2008).

Následuje kategorie **specifických (izolovaných) fobií**, které mohou nabývat různých forem. Jak už název napovídá, jedná se o různé obavy zpravidla ze tří skupin – strach ze zvířat, situační fobie a fobie z poranění (Raboch, & Pavlovský, 2008).

Jiné úzkostné poruchy pak zahrnují panickou poruchu, kdy dochází k záchvatům masivní úzkosti, které se periodicky opakují a nejsou omezeny specifickou situací nebo okolnostmi. Také zahrnují generalizovanou úzkostnou poruchu. Jedná se o chronickou úzkost, bez panických atak, která trvá alespoň šest měsíců (Raboch, & Pavlovský, 2008).

Poslední z řady úzkostných poruch je **smíšená úzkostná a depresivní porucha**, u které se vyskytuje depresivní i úzkostná symptomatologie, ale ani jeden z těchto syndromů nesplňuje kritéria pro zařazení do jedné z kategorií MKN 10 (Raboch, & Pavlovský, 2008).

K léčbě úzkostných poruch se nabízí anxiolytika (alprazolam), nicméně u nich je možné pouze krátkodobé a cílené užívání. Pro dlouhodobé užívání jsou vhodnější antidepresiva – citalopram/SSRI (Raboch, & Pavlovský, 2008).

Z hlediska psychologické intervence se doporučuje kognitivně behaviorální terapie nebo psychodynamické postupy (Raboch, & Pavlovský, 2008).

5 Osobnost praktického lékaře

S všeobecným praktickým lékařem se v České republice setká téměř každá dospělá osoba. Pro upřesnění jsem se ale rozhodla představit povolání všeobecného praktického lékaře. I tato profese má totiž, ač se může jevit jako notoricky známá, svá specifika.

Všeobecný praktický lékař (VPL) se specializuje na dospělé populaci, ale péči věnuje i dorostu nebo dětem, zabývá se prevencí a léčbou. Obor všeobecné praktické lékařství je pak charakteristický pro svou všeobecnost, dostupnost, kontinuitu, komplexnost, koordinovanost, spolupráci, orientaci na rodinu a orientaci na komunitu. (Seifert, Beneš, & Býma, 2013)

„Každá všeobecná praxe je multioborovou klinikou, kde jsou denně prezentovány akutní stavy, ale kde můžeme také zastihnout pacienty s nejrůznějšími chronickými diagnózami v různých fázích rozvoje choroby“ (Seifert et al., 2013, 52).

K osobnostním předpokladům lékaře patří touha pomáhat lidem, schopnost komunikace a empatie, integrita osobnosti a zodpovědnost, schopnost rychlého rozhodování a někdy i práce pod tlakem, vůdčí kompetence, ale zároveň i schopnost práce v rámci skupiny a v neposlední řadě i dovednost vyučovat a školit, například kolegy v oboru (Seifert et al., 2013).

Pro praktické lékaře můžeme tato doporučení rozšířit ještě o dalších dvanáct dovedností podle WONCA – World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians.

Péče zaměřená na jedince zahrnuje vztah lékaře a pacienta, zaměření se na pacienta a kontext, podporu postavení pacienta, dlouhodobou kontinuitu. Lékař by měl být také orientován na komunitu, což do jisté míry znamená i zodpovědnost za zdraví komunity. Lékař má specifické schopnosti řešit problémy, tvoří rozhodnutí na základě incidence a prevalence a rozpoznává časná stadia. Všeobecný přístup zahrnuje akutní a chronické problémy, podporu zdraví a pocit pohody (wellbeing). Poslední oblastí je management primární péče, kde lékař koordinuje péči, dochází zde k prvnímu kontaktu, je vhodný otevřený přístup, všeobecný praktický lékař nějakým způsobem řeší zpravidla všechny zdravotní problémy. Doporučuje se holistický přístup, který zahrnuje aspekty psychologické, sociální, kulturní a existencionální (WONCA Europe, 2011).

6 Komunikace lékaře a pacienta

Na lékaře je kladeno mnoho nároků. Musí mít nejen širokou znalostní a dovednostní základnu svého oboru, ale dále by měl oplývat schopností komunikace a empatie ve vztahu k pacientovi. K tomu všemu se musí vyrovnávat se stresem a vyčerpáním, které mu jeho profesi přináší.

V České republice podle průzkumu Institutu zdravotní politiky a ekonomiky (IZPE) lékaři upřednostňují paternalistický přístup k pacientovi.

Pokud se bude jednat o pacienta, který přišel na běžnou prohlídku k praktickému lékaři, pacient pravděpodobně očekává partnerský přístup, přístup orientovaný na pacienta. Je tedy třeba najít hranici, kdy se vyváží zájmy lékaře – nynější obtíže, shromáždit potřebné informace a pacienta – porozumění, naděje, obavy, skryté problémy, očekávání (Klusáková, 2004).

Je zřejmé, že lékař orientován pouze na své zájmy nedokáže reflektovat pacientovy potřeby. Je ale v pořádku, aby byl lékař plně orientován pouze na pacienta? Pacienti na druhou stranu potřebují znát profesionální názor (Tate, 2003).

S pojmem paternalistického přístupu v medicínské praxi se jistě pojí i převzetí odpovědnosti pacienta za léčbu, za své vlastní zdraví, kdy pacient bude ochotněji participovat na léčbě, když jí porozumí a do jisté míry převezme za svou (Ptáček, & Bartůněk, 2011).

Co se týče odpovědnosti pacienta za léčbu, rozlišujeme dva pojmy: compliance, neboli poslušnost v dodržování léčby a adherence, což znamená důsledné dodržování a zachovávání příkazů lékaře. Jedná se o vůli, ale také vůbec o schopnost pacienta, doporučení lékaře následovat (Křivohlavý, 2002).

Nicméně s těmito dvěma pojmy souvisí také termín concordance, který se někdy nesprávně zaměňuje s pojmem adherence. Concordance vyjadřuje v užším pojetí shodu na rozhodnutích týkajících se terapie a v širším pojetí se tento pojem rozrostl na komunikaci lékaře a pacienta při předepisování léků a na podporu pacienta při léčbě (Horne et al., 2005).

Jedním z kritizovaných (přetrvávajících a negativních) aspektů komunikace mezi lékařem a pacientem je její rigidita. Zřejmá změna nastává v hlasitosti a pečlivější artikulaci řečového projevu zejména vůči pacientům starším. Ale jiný rozdíl se v komunikaci mezi lékařem a pacientem zpravidla nevyskytuje. Pravděpodobně bychom

zaznamenali stejný způsob komunikace s člověkem v úplně jiném věku a s úplně jinými obtížemi (Tate, 2003).

Lékaři také věnují více času sdělování informací o léčbě a farmakoterapii, kdežto pacienti upřednostňují informace o příčinách obtíží, diagnóze a prognóze (Ptáček, & Bartůněk, 2011).

Existují čtyři zásady pro komunikaci s pacientem z pozice všeobecného praktického lékaře:

- *Autonomie pacienta (dodržování obecně lidských práv, ale též speciálních práv jako pacienta, jeho svoboda, důstojnost, možnost spolurozhodovat),*
- *Non – maleficence (nepoškozování jeho osoby, jak somaticky, tak psychicky, dodržování mlčenlivosti, zajištění ochrany dat, včasné předání specialistovi, pokud je to třeba),*
- *Beneficence (hledání toho nejlepšího pro jeho případ, zvažování kvality pacientova života),*
- *Ekvity (zajištění relativní rovnosti mezi pacienty s ohledem na diagnózu, fázi nemoci, věk, naléhavost řešení, tedy pacientův pocit spravedlnosti při lékařově rozhodování (Ptáček, & Bartůněk, 2011, 200).*

V roce 2004 byl na území České republiky proveden výzkum spokojenosti pacientů s poskytovanou lékařskou péčí. Výzkumu se zúčastnilo 162 respondentů a klíčovým bodem výzkumu se dle výsledků stala komunikace.

Dle výsledků lékaři obecně

- *neposkytují dostatek informací o léčbě, rekonvalescenci, prevenci, jiných možnostech léčby*
- *informace poskytují nesrozumitelně*
- *dostávají pacienta do situace, kdy si připadá jako malé dítě a zlehčují jeho problémy*
- *jsou hrubí a vulgární*
- *nedávají dostatek prostoru pro pacientův názor*
- *nerespektují pacientův stud*
- *nemají zájem o pacientovu bolest (Klusáková, 2004, odst. 7).*

Lékař se tedy dostává do tenze - má věnovat pacientovi adekvátní množství času, patřičně ho edukovat, věnovat se prevenci, ale zároveň má tuhle péči zajišťovat zdarma (Linhartová, 2007).

Lékaři jsou také vázáni etickým kodexem České lékařské komory, v němž se pět bodů týká konkrétně komunikace mezi lékařem a nemocným (§ 3):

- (1) *„Lékař plní vůči každému nemocnému své profesionální povinnosti. Vždy včas a důsledně zajistí náležitá léčebná opatření, která zdravotní stav nemocného vyžaduje.*
- (2) *Lékař se k nemocnému chová korektně, s pochopením a trpělivostí a nesníží se k hrubému nebo nemravnému jednání. Bere ohled na práva nemocného.*
- (3) *Lékař se má vzdát paternalitních pozic v postojích vůči nemocnému a respektovat ho jako rovnocenného partnera se všemi občanskými právy i povinnostmi, včetně zodpovědnosti za své zdraví.*
- (4) *Lékař je povinen pro nemocného srozumitelným způsobem odpovědně informovat jeho nebo jeho zákonného zástupce o charakteru onemocnění, zamýšlených diagnostických a léčebných postupech včetně rizik, o uvažované prognóze a o dalších důležitých okolnostech, které během léčení mohou nastat.*
- (5) *Lékař nesmí zneužít ve vztahu k nemocnému jeho důvěru a závislost jakýmkoliv způsobem“ (Česká lékařská komora, 2007).*

Přínosem ohledně komunikace může pro všeobecného praktického lékaře být dobrá, mnohdy celoživotní, znalost pacienta. Pacientovi bývá dobře známo prostředí ordinace a personál zdravotnického zařízení. Lékař má možnost upravit si ordinanční hodiny dle dopravních možností pacientů a problémy může řešit přímo během návštěvních hodin, kdy lékař dojíždí za pacientem. Hrozí zde ale poněkud jednostranný pohled na takového pacienta, a tudíž nedostatečná pozornost vůči některým obtížím pacienta, a to i ze strany zdravotní sestry (Ptáček, & Bartůněk, 2011).

Komunikace s pacientem je téma široké, zahrnuje například i nonverbální složku, komunikaci s blízkými osobami pacienta, sdělování závažné diagnózy nebo letální prognózy a další, mnohdy náročná témata. Alespoň ve stručnosti je důležité na ni upozornit, vždyť komunikace je pro lékaře nástroj, jak získávat informace a také způsob, jak odhalit faktory podílející se na vzniku a průběhu nemoci a vlídná, vstřícná komunikace zvýší pravděpodobnost na získání těchto informací a pacientovu compliance.

7 Doporučený diagnostický a terapeutický přístup pro všeobecné praktické lékaře u pacientů s medicínsky nevysvětlitelnými příznaky

V následující kapitole jsou shrnuty poznatky a doporučení všeobecným praktickým lékařům pro kontakt, diagnózu a terapii pacienta trpícího medicínsky nevysvětlitelnými příznaky (MUS – medically unexplained symptoms). Tato kapitola vychází především z doporučených postupů Společnosti všeobecného lékařství České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně.

Jedná se o dokument, který může být lékařům bližší a ačkoli přímo nepojednává o komplexním přístupu, může být nápomocen somaticky orientovanému lékaři při práci s pacientem, jehož potíže nevznikají nebo se nerozvíjí jen na podkladě organickém.

7.1 Diagnostika

Každý pacient je jiný. Je nutno na tyto odlišnosti klást důraz a být si vědom odlišností kultur, národností, ale také pohlaví nebo věku. Pro diagnostiku potíží je potřeba počítat i například s jazykovou bariérou jakožto stresorem. Jak již bylo v této práci mnohokrát zmíněno, důležité je věnovat pacientovi čas. Pro lékaře je ale čas nedostatkový artikl. Proto je dobré myslet na časovou náročnost vyšetření už při objednávání pacienta. V úvodu setkání potom pacienta seznámit s délkou trvání setkání. Dále pomáhá zájem o pacientovu osobu, lékař pokládá otázky, které ukazují, že i názor pacienta je pro lékaře důležitý. Respekt k pacientovi by měl být zachován i v případě, že se jedná o velmi úzkostného jedince. Lékař může využít výsledků provedených vyšetření k eliminaci pacientových obav. Pokud má pacient obavy z konkrétní nemoci, je nutné ujistit pacienta o tom, že touto chorobou netrpí, pokud pacient tyto obavy nemá, je lépe nevyjadřovat se k tomu, které nemoci byly vyloučeny. Také je dobré pacienta ujistit o tom, že se může účastnit běžných aktivit, ale lékař by neměl opomenout ani možnost, že aktivit je naopak příliš, a tudíž ke zlepšení stavu pacienta nepřispívají. Je doporučeno, aby lékař probral s pacientem jeho denní rozvrh a vyloučil tak nadměrnou únavu vyplývající z nutnosti vysokého výkonu, který si ale pacient neuvědomuje – únavový syndrom (Chvála, Honzák, Masner, Ročňová, Seifert, Trapková, & Seifert, 2015).

Terapie se zaměřuje na tři oblasti. První oblast sleduje rozličné charakteristiky příznaku (např. lokalizaci, trvání), druhá oblast výskyt více příznaků v jednom funkčním okruhu a případně je nasnadě třetí oblast – vyšetření fyzioterapeutem. Lékař se zabývá i

léky, které pacient užívá, jedná se i o volně prodejné léčivé přípravky, nebo přírodní produkty. Vhodné je také zjistit, zda nedošlo k zásahu laika. Je dobré, aby tuto událost lékař ponechal bez nesouhlasného projevu, ale aby byla brána jako kterákoliv jiná (Chvála et al., 2015).

Z hlediska psychiky lékař posuzuje i kognitivní mechanismy, které mohou bránit v uzdravení. Lékař se soustředí na pacientovo vysvětlení původu obtíží, na pacientův názor ohledně jeho vlivu na tyto obtíže, na pacientova očekávání vývoje příznaků a pacientova očekávání ohledně intervence praktického lékaře nebo dalších povolaných osob. I v této oblasti je důležitá akceptace názorů a hypotéz pacienta. K posouzení kromě kognitivních aspektů připadá v potaz také emocionální oblast, lékař může využít pozorování reakcí pacienta při pokládání otázek. Nonverbální komunikace může být mnohdy důležitější, než verbální (Chvála et al., 2015).

Nelze opomíjet ani sociální aspekty obtíží. Lékař by se měl snažit zjistit, zda se v souvislosti s výskytem medicínsky nevysvětlitelných příznaků neobjevují i změny v chování. Lékař by měl zmapovat pacientovo chování před vznikem symptomů (dostatek odpočinku) a jak se chová nyní (opomíjení příznaků, nutnost dlouhodobé pracovní neschopnosti, způsoby řešení problému). Behaviorální oblast souvisí s oblastí transpersonální (vliv příznaků pacienta na blízké osoby, ekonomická situace). Důležité je vyptat se i na oblast sexuálního života, pokud má pacient v lékaře důvěru. Obecně u citlivějších témat se doporučují domněnky, které si lékař může vytvářet, formulovat v otevřené otázky, aby se předešlo nedorozuměním (Chvála et al., 2015).

7.2 Terapie

V terapii pacienta s MUS je doporučeno užívat stupňovitý model léčby. V prvním stupni léčby pacient pracuje samostatně, společně s praktickým lékařem dojde ke stanovení cílů léčby a stanovení časového plánu, jsou naplánovány pravidelné kontroly v ordinaci lékaře, aby mohl dohlédnout na dodržování léčebného plánu. Také je na místě konzultace ohledně užívání léků. Lékař by měl pacienta vést ke snaze o identifikaci faktorů, které mohou bránit v uzdravení, přičemž dbá všech tří rovin – biologické, psychické a sociální (Chvála et al., 2015).

Pokud první stupeň léčby nepřináší zlepšení, pokud pacient pocítuje závažnější omezení, pokud pracovní neschopnost překročila dobu trvání 4 – 6 týdnů nebo pokud jsou příznaky četnější, pak je na místě přejít k druhému stupni léčby. Lékař samotný pokračuje v léčebném plánu z prvního stupně léčby, ale do léčby zapojuje i další odborníky

(psycholog, fyzioterapeut, psychoterapeut atd.). Z hlediska psychoterapie je doporučována zejména kognitivně behaviorální, protože se shoduje s lékařským smýšlením a je tedy nejvíce podložená výzkumy (Chvála et al., 2015).

Třetí stupeň léčby je určen zejména pacientům, kteří mají množství různých medicínsky nevysvětlitelných příznaků, u kterých se symptomy objevují déle, než tři měsíce, případně u nich pracovní neschopnost přesáhla deklarované tři měsíce. Třetí stupeň léčby pak zahrnuje spolupráci s pracovištěm, které se specializuje na pacienty s psychosomatickými obtížemi a nejlépe je multidisciplinární (Chvála et al., 2015).

Pokud se léčba neseťká s úspěchem, doporučuje se podpora pacienta v přijetí, smíření se s příznaky. Léčbu je možné opakovat. Doporučuje se stav přehodnotit alespoň jednou za rok a neztratit kontakt s pacientem, to jest zvát jej k pravidelným kontrolám v horizontu 4 – 6 týdnů (Chvála et al., 2015).

Závěrem, pro ucelení, bude uvedeno několik psychoterapeutických postupů, uplatňovaných v terapii psychosomatických obtíží. První metodou je psychoterapeutický rozhovor. Lékař se zpravidla ještě před započítím samotné terapie rozhoduje, zda je pacient schopen akceptace role psychosomatických faktorů ve své nemoci a je schopen zúčastnit se psychoterapie. V úvodní části rozhovoru dochází k uvítání, kdy lékař přijímá pacientovy stížnosti, ale následně se přechází k ohnisku problému v rámci daného sezení. Lékař by měl pacienta v jeho výpovědích povzbuzovat, uklidňovat, měl by projevovat porozumění, pojmenovávat pocity. Závěrem by měla přijít rekapitulace celého sezení (Tress et al., 2008).

V terapii se mohou uplatnit i nácvikové techniky, které mohou sloužit k léčbě bolesti nebo například poruch spánku. Může se využít autogenní trénink nebo také progresivní uvolňování svalů (Tress et al., 2008).

8 Studie psychosomatického přístupu ve zdravotnictví

Procházka a Petrujová provedli v roce 2014 kvalitativní výzkum zabývající se komplexním přístupem lékařů k pacientům. Výzkumný vzorek zahrnoval 8 lékařů s různými specializacemi, z nichž polovina byli muži a polovina ženy, z různých oblastí České republiky, převážně však z kraje Olomouckého a Moravskoslezského. Z hlediska metodiky byly rozhovory polostrukturované a analýza se prováděla kombinací různých kvalitativních metod. Výzkumníci si kladli tři otázky:

„Jak v pojetí českých lékařů vypadá celostní péče o pacienta?“

Jaké výhody a nevýhody přináší komplexnímu přístupu český zdravotnický systém?

Jaké má celostní medicína postavení v kontextu medicíny jako celku?“

Lékaři udávají, že celostní medicína poskytuje v průběhu léčby lepší výsledky, než pouze biologický přístup. Zároveň ale udávají, že medicína je v současné době výrazně technicky zaměřená, a tudíž poutá pozornost lékařů spíše k biologické léčbě. Celostní přístup nepodporuje ani fakt, že lékaři jsou zahlceni formálními požadavky a požadavky na výkon. Celostní péče není podporována ani zdravotními pojišťovny (Petrujová, Procházka, 2014).

V kvalitativní studii z roku 2009 výzkumníci posuzovali bariéry pacientů s medicínsky nevysvětlitelnými symptomy při komunikaci s lékaři a možnost zlepšení po nácviu terapeutické techniky. Výzkumníci se rozhodli zkoumat tuto problematiku u praktických lékařů právě z toho důvodu, že jejich pacienti upřednostňují návštěvu u nich před návštěvou jiného specialisty. Výzkumu se zúčastnilo celkově 23 praktických lékařů, z tohoto vzorku se 16 zúčastnilo tréninku v délce trvání šest hodin. Lékaři sledovali video, došlo i k nácviu prostřednictvím hraní rolí a následně jim byla dána zpětná vazba. Výzkumu se zúčastnilo také 23 pacientů, ve věku 32 až 84 let, u kterých potíže trvají nejméně tři měsíce. Většina, tedy 20, pacientů byly ženy (Peters, Rogers, Salmon, Gask, Dowrick, Towey, & ... Morriss, 2009).

Následně byla s pacienty provedena polostrukturovaná interview a po přepisu byla analyzována. Bylo zjištěno, že potřeby a obtíže pacientů jsou komplexního charakteru, anamnéza těchto pacientů je obsáhlá a zahrnuje v sobě i řešení v rámci jiných zdravotních nebo sociálních služeb. Někteří pacienti hledají vysvětlení svých potíží, jiní potřebují podporu při jejich zvládnutí. Pacienti se také snaží svou výpověď o zdravotních problémech omezit, protože si jsou vědomi časového tlaku. Pacienti ale o svých problémech dovedou hovořit tak, že do výpovědi začlení možné psychosociální faktory ovlivňující vznik, anebo

průběh nemoci, ale mnohdy se obávají, že svého lékaře budou směřovat pouze k psychické stránce a lékař se tohoto vysvětlení bude držet i v budoucnu. Někdy je pro pacienta nepříjemné mluvit o svých emocionálních potížích a stejný problém vnímají i ze strany praktického lékaře. Praktický lékař bývá také považován za osobu, která jim může nabídnout pouze farmakologickou léčbu (Peters et al., 2009).

Bariérou v účinnější práci s těmito pacienty je často komunikace. Praktický lékař by tedy měl vytvořit bezpečné prostředí pro hovor zahrnující citlivá témata a současně pacienta ubezpečit, že neodhlédne od jeho fyzických problémů (Peters et al., 2009).

Výzkum z roku 2009 byl proveden v Německou a zkoumal charakteristiky deprese, úzkosti a somatizace. Výzkumu se účastnilo 1751 pacientů a 32 praktických lékařů. Pacienti vyplňovali sebeposuzovací dotazníky týkající se depresivity (PHQ-9), úzkosti (Whiteley-7) a dotazník týkající se copingu a atribuce nemoci. Praktičtí lékaři neznali výsledky dotazníků, ale vyšetřili pacienta a na základě klinického vyšetření tedy přičkli diagnózu (Hanel, Henningsen, Herzog, Sauer, Schaefer, Szecsenyi, & Löwe, 2009).

Praktičtí lékaři diagnostikovali depresivní poruchu u 4,4 % pacientů, úzkostné poruchy u 3,1 % pacientů a somatoformní poruchu u 18,4 % pacientů. Komorbidita somatoformní, depresivní nebo úzkostné poruchy pak byla diagnostikována u 7,5 % pacientů a komorbidita somatoformní, depresivní, úzkostné poruchy u 2,2 % pacientů. U 9,9 % pacientů byla diagnostikována jiná duševní porucha (Hanel et al., 2009).

Pacienti, kteří byli diagnostikováni s depresí, úzkostí nebo somatoformními poruchami byli signifikantně starší, méně vzdělaní a častěji ženského pohlaví, než skupina, u které nebyla zjištěna psychická nemoc. Také častěji navštěvovali lékaře, jejich potíže trvaly déle a častěji byli pod vlivem stresu, z důvodů sociálních nebo finančních (Hanel et al., 2009).

PRAKTICKÁ ČÁST

9 Cíle výzkumu

Výzkum zkoumá náhled lékařů, jednak na psychosomatickou medicínu a její aplikaci v praxi, a jednak i na samotnou osobu pacienta trpící psychosomatickými obtížemi, které jsou mnohdy jen obtížně identifikovatelné a vysvětlitelné. Při obtížích se pacient nejčastěji obrací pro radu, pomoc a mnohdy i pochopení na svého všeobecného praktického lékaře, tedy odborníka v rámci primární péče. Z tohoto důvodu se výzkum zaměřuje právě na všeobecné praktické lékaře, na využívání konceptu psychosomatické medicíny v jejich praxi a vůbec na uchopení této problematiky. Výzkum zjišťuje využití těchto poznatků z hlediska diagnostiky i následné terapie. Cílem práce je tedy studium přístupu a názoru praktických lékařů na psychosomatickou medicínu a její aplikaci v praxi. Výzkum se zaměřuje i na obtíže při práci s psychosomatickým onemocněním, jak ve vztahu lékař – pacient, tak i ve vztahu lékař – systém. Předmětem výzkumu jsou všeobecní praktičtí lékaři a jejich náhled na psychosomatickou medicínu.

Výzkumné otázky

1. Jak všeobecní praktičtí lékaři chápou pojem psychosomatická medicína?
2. Jaký mají všeobecní praktičtí lékaři názor na koncepci psychosomatické medicíny?
3. Jak poznatky z oblasti psychosomatiky všeobecní praktičtí lékaři integrují do praxe?
4. Jaké je pro všeobecné praktické lékaře setkání s pacientem, jeho obtíže nemají somatický podklad?
5. Jak probíhá diagnostika nemoci, která nemá somatický podklad?
6. Jaké jsou typické příznaky psychosomatických onemocnění, se kterými se praktičtí lékaři setkávají?
7. Jak z pohledu vyšetřujících osob reagují pacienti na zjištění, že jejich choroba je psychosomatická?
8. Jaká je terapie pacientů s psychosomatickou nemocí?

10 Metodologický rámec

Vzhledem k předmětu a cílům výzkumu byl zvolen jako výzkumný přístup, přístup kvalitativní. Kvalitativní přístup charakterizují přívlastky jako: idiografický, kontextuální, dynamický, reflexivní. Pro popis, analýzu a interpretaci reality užívá kvalitativních metod (Miovský, 2006).

Metodou sběru dat bylo zvoleno moderované polostrukturované interview. Tato metoda byla zvolena pro jistou míru variability oproti strukturovanému interview, ale zároveň je okruh otázek znám.

V rámci moderovaného interview rozlišujeme tři části – část úvodní, jádro a závěr. Po části úvodní můžeme začlenit i fázi vzestupu a upevnění kontaktu. Cílem úvodní části je tedy navázání kontaktu s účastníkem výzkumu. Jádro je soubor těch nejdůležitějších témat interview (Miovský, 2006).

V úvodní části interview tedy účastníci dostali k podpisu souhlas s účastí ve výzkumu. Rovněž byli upozorněni na skutečnost, že rozhovor bude nahráván a posléze přepsán k účelu analýzy v rámci bakalářské diplomové práce. Rovněž byli upozorněni, že jejich anonymita zůstane zachována i přes tuto skutečnost. Před zahájením interview ale účastníci znali účel a hlavní téma výzkumu.

Jádro interview vycházelo z výzkumných otázek, v případě potřeby občas došlo k záměně pořadí některých otázek, ale nebylo to pravidlem.

V závěru interview byla všem účastníkům pro ujištění položena otázka na jejich dojem z interview a byli vybídnuti k tomu, aby v případě potřeby dodali k dané problematice cokoli, co uznají za vhodné. Následně došlo k výměně kontaktů, aby v případě potřeby mohli účastníci kontaktovat výzkumníka (ohledně dalších dotazů, ukončení participace na výzkumu) nebo z druhé strany, aby jim mohly být zaslány výsledky. Interview probíhala v ordinacích jednotlivých praktických lékařů a průměrná doba interview činila 26 minut.

10.1 Výběr výzkumného souboru

Pro výběr účastníků výzkumu byla zvolena metoda prostého záměrného výběru. Všeobecní praktičtí lékaři, což bylo kritérium výběru vzorku, byli jednoduše oslovoováni, a buď se rozhodli do výzkumu zapojit, nebo nikoli.

Výzkumný vzorek tvořili tři muži a tři ženy různého věku. Pro ilustraci je uvedena tabulka. Jednalo se tedy o šest všeobecných praktických lékařů, všichni byli z Královéhradeckého kraje.

Tab. 1: Charakteristiky souboru z hlediska věku a pohlaví

Účastník č.	Věk	Pohlaví
1	61	žena
2	58	žena
3	74	žena
4	41	muž
5	30	muž
6	60	muž

10.2 Analýza a interpretace interview

Všechna interview byla se souhlasem účastníků zaznamenána na nahrávací zařízení a následně došlo k transkripci, při které byla přidělena pořadová čísla pro zachování anonymity. Následně došlo ke kódování dat – otevřenému a poté ke kategorizaci získaných pojmů. Vznikly kategorie: psychosomatika, psychosomatický pacient, zdravotní systém, diagnostika, příznaky, terapie. Poté byly otázky a odpovědi týkající se stejného tématu přiřazeny k sobě. Uvedeny bývají nejčastější odpovědi, případně odpovědi naopak netypické, zajímavé.

10.3 Etické aspekty

Všichni účastníci byli informováni, že výzkum je zcela anonymní a mohou z něj kdykoli odstoupit, došlo k podpisu informovaného souhlasu. Interview probíhala mimo ordinální hodiny, takže nevznikaly časové prodlevy na úkor pacientů.

11 Analýza výsledků výzkumu

11.1 Analýza dat vyplývající z 1. výzkumné otázky

První otázkou bylo, jak a co účastníci výzkumu vůbec chápou pod pojmem psychosomatická medicína. Objevily se rozličné odpovědi, ale všechny zmiňují roli psychiky v otázce somatického zdraví člověka a poukazují na omezení, která v této oblasti medicína má. Může se například jednat o potíže, které ještě čekají na své objasnění, pojmenování a zařazení do diagnostického manuálu.

Je to, podle mě, onemocnění člověka, které má somatické příznaky, objektivně se nezjistí žádná patologická nějaká výrazná hodnota a ten člověk trpí prostě.(3)

Někteří lékaři zdůrazňovali roli stresu a genetických faktorů při zpracování stresu:

A jsou to vlastně choroby, které vznikají v důsledku nadměrného stresu, ať už je to psychický, fyzický stres, tím, že vlastně ten organismus nedokáže zpracovat ten stres. Ať už je ten stres příliš silný, nebo příliš dlouhotrvající, anebo ten daný jedinec má problémy vlastně i geneticky daný, nebo má nějakou genetickou ehm, nějaké genetické problémy, které ho potom předurčujou, aby teda to špatně zpracovával.(1)

Jedna lékařka uvedla, že příčiny psychosomatického onemocnění mohou vyplývat i z obtíží v sociální oblasti.

A ty lidi jsem znala v rodinách, takže tam už jsem věděla, že v některých rodinách to je trošku prostě s těma nemocema taky jakoby podobný. Že v některých rodinách se objevuje proces, že tam jsou neurózy, jsou prostě problémy nebo tak nějak, a taky jsem trošku už do těch rodin malinko, ne všude, všude ne, u těch mladších rodin ne, ale u těch rodin tradičních, co jsou ty generační, tak tam jsem i věděla, jak jsou ty vztahy, že táta je třeba choleric, mamka je klidná... (3)

11.2 Analýza dat vyplývající z 2. výzkumné otázky

Druhá výzkumná otázka zní: Jaký mají respondenti názor na koncepci psychosomatické medicíny? Většina lékařů se shodla na tom, že na konceptu psychosomatické medicíny něco pravdy bude. O čemž je přesvědčují zdokumentované případy pacientů s psychosomatickými obtížemi.

Zejména u této výzkumné otázky mohla svou roli sehrát i přítomnost výzkumníka – studentky psychologie.

No, ta psychosomatika samozřejmě je věc, která se dlouhodobě pere o své místo na slunci, já vím, že kolegové, který se tomu věnujou dlouhodobě, tak maj prostě trošku,

trošku jako takovou takovej cejch takových lidí, kde to není zcela odborný, nebo takových lehce šarlatánů v český, v český republice, ale samozřejmě v zahraničí to je samostatnej obor se vším všudy, třeba v Německu vím, že tam jako ta, ten obor existuje, je dost svébytnej a je jako hodně ceněnej. Měl jsem příležitost se s kolegama některýma, který se tomu věnujou jako i setkat, vyslechl jsem si nějaký přednášky, myslím si, že ta psychosomatika jako samozřejmě je věc, která je, jako že je, že existuje, že se jí určitě věnujeme málo, protože ta naše medicína je zaměřena hodně technologicky, ale, ale jako kdyby se víc k tomu přistupovalo tímhle trendem a tak si myslím, že by jako jsme si hodně ušetřili práci a spoustu lidí bysme nemuseli řešit tím konvenčním způsobem, no, tak asi tak.(4)

V návaznosti na poslední věty předchozí ukázky ještě zmíním další názor ohledně počtu pacientů s psychosomatickými obtížemi.

No, já si myslím, tady jsem se dočetla v týdle knize, že psychosomatickým onemocněním trpí asi padesát procent našich pacientů, ale slyšela jsem zrovna nedávno pořad pana Cimického, kterej říkal dokonce, že osmdesát procent pacientů jsou psychosomatičtí, že vlastně jenom těch dvacet procent je vlastně vážně nemocných a ten zbytek patří teda do této skupiny, jo? Takže vlastně, já bych se k tomu taky přikláníla, že je to spíš těch osmdesát procent (1).

11.3 Analýza dat vyplývající z 3. výzkumné otázky

Třetí výzkumná otázka zní: Jak poznatky z oblasti psychosomatiky všeobecní praktičtí lékaři integrují do praxe? Tato otázka směřuje jednak na vlastní psychosomatické vzdělávání lékařů a tedy i na aplikaci získaných poznatků do praxe. Bylo zjištěno, že lékaři neabsolvovali žádnou samostatnou výuku psychosomatického přístupu v rámci studia na lékařské fakultě.

Ohledně vzdělávání lékaři upřednostňovali spíše formu přednášek, než například psanou formu knihy.

Takže jako přednášek máme spoustu jako praktici, ale většina se jich týká právě těch různějch potíží kardiovaskulárních, ted'ka frčí hypertenze, poruchy tukovýho metabolismu a takovýhle věci a tohleto jakoby ne. Jako samo vzdělávání taky moc jako, že bych si ted' koupila knihu a sama si ji přečetla, na to není teda čas. Ale tak spíš do těch přednášek by se mi to líbilo.(1)

Dále uváděli vlastní vzdělání alespoň příbuzné psychosomatické medicíně, což může přispět k pochopení pacientových obtíží, na rozdíl od lékařkou uvedeného příkladu.

Účastnice výzkumu opět uvádí, že se účastnila přednášek, které viz předchozí ukázka, upřednostňuje.

Ani nějak ne, jako psychologii jsem žádnou nečetla, ee, je to spíš tak jako pochytaný z různých přednášek, článků a podobně, ale hodně jsem se tím zabývala, když jsem dělala manuální medicínu. Že je, to, což je v podstatě manuální medicína je reflexní léčba, protože tam se odstraňuje bolest, vertebrogenní, a právě, která je velice často spojena s psychickými problémy, že jo, to je jedna, jedna z těch typů psychosomatických onemocnění a to je bolest. Takže tam jsem se tím hodně zabývala, na rozdíl od mých kolegů, jako třeba můj muž bývalej byl, byl urolog a tam prostě pokud on to nevidí a nemůže do toho říznout, tak to neexistuje, takže pro něj nějaká psychosomatická medicína je tabu. To prostě neexistuje. Stejně tak jako ta reflexní léčba, že jo. To je jakoby v tom užším slova smyslu (1).

V odpovědích celého výzkumu se prolíná jedno společné téma – nedostatek času. Podle výpovědí lékařů je čas limitujícím faktorem při péči o pacienty a speciálně pak o ty, kteří trpí onemocněním psychosomatickým. Lze namítnout, že lékaři si sami organizují svůj čas, ale ne vždy si toto lékař může dovolit a často je limitován zdravotní pojišťovnou. Lékař také poukazuje na existenci samostatných psychosomatických center.

No, jako ty psychosomatický ambulance, trošičku jsou vedený jinak, než ty standardní praxe praktickýho lékaře. Jako sladit by to šlo asi teoreticky, ale ta psychosomatika má hlavní problém v tom, že je hodně časově náročná, to znamená jako při té tradiční ordinaci by to dělat nešlo no. Člověk by musel mít tu praxi buď jinak zorganizovanou, musel by mít někoho, kdo mu s tím pomůže, jo, musel by mít jinak zorganizované ordinační hodiny, to znamená, tady to příliš není realita, jako no (4).

Zde je vidět odlišný přístup k organizaci času.

Někde, proto dělám třeba i na menší úvazek, protože jak to pak musí takhle běžet na obvode, tak to čas na ně nemáte, že jo. Takže asi asi v tomhle je největší problém u nás, jo? Takže člověk s nima musí promluvit, třeba. Snažit se zjistit, kde ta příčina je, protože nikdo vám neřekne, že třeba mu umřel nějaký příbuznej, nebo prostě vodkud vlastně ta příčina pochází, že jo (2).

11.4 Analýza dat vyplývající ze 4. výzkumné otázky

Výzkum se také zabýval pocity lékařů ohledně pacientů, kteří trpí psychosomatickým onemocněním a jaký potenciální vliv mohou tyto pocity mít na diagnostiku, terapii nebo jen prostý rozhovor lékaře a pacienta. Znění čtvrté výzkumné

otázky je tedy takovéto: Jaké je pro všeobecné praktické lékaře setkání s pacientem, jehož obtíže nemají somatický podklad? Pro lékaře bylo poměrně obtížné se k této otázce vyjádřit, jednalo se ale o jedinou otázku, která se dotýkala konkrétních emocí lékaře. Od všech se nakonec podařilo získat poměrně obsáhlé odpovědi, ze kterých vyplynulo, že lékaři se jednoznačně snaží pacientovi pomoci.

No, to je náročné. Hmhm, já si myslím, že to беру s nadhledem, že se jako nesnažím do něj vcítit, do toho člověka, jo? Já se mu snažím vysvětlit, že mu chci pomoci. Myslím si, že ehm nechci si lichotit, ale že těm lidem, že mně docela věří, že není problém, aby se svěřili i s tím, co by normálně třeba neřekli, jo? Takže se dozvím třeba i spoustu věcí navíc. Snažím se, abych je do ničeho netlačila, ale aby aby se teda svěřili no. Ale jako rozhodně to s nima neprožívám teda, jo? Beru to skutečně s tím nadhledem.(1)

Lékařům přichází na mysl i to, zda vůbec pacienti o léčbu stojí. Je otázka, na kolik pak názor lékaře může ovlivnit volbu léčby. Odpověď ale nezpochybňuje samotnou elementární existenci psychosomatických potíží.

Ono zase takhle, nemůžem si myslet, že všechny lidi vyléčíme a všechny lidi vyřešíme, jo? Některý ty lidi téměř jako bych řek ani o to vyléčení a vyřešení nestojej. Oni jako potřebujou mít problém, protože když mají problém, tak jsou trošku pro to okolí zajímavý, jo? V momentě, kdy by ten problém neměli, tak už se o ně nikdo nestará. A tahle skupina těch lidí je poměrně velká jo? Takže ty lidi v podstatě o tu pomoc ani jako nestojej, protože pro ně je úplně nejhorší, kdyby se to vyřešilo, takže tuhle poměrně velkou skupinu z toho musíme vyčlenit, jo?

V určitém kontrastu k předchozí odpovědi stojí následující.

Tak jako já vždycky věřím tomu, že ty problémy rozhodně ten pacient má, jo? Jako za ty roky vím, že prostě ... vzhledem k tomu, že dělám i tu alternativní medicínu, žejo. Tak vím, prostě, že na tom fyzickým těle nemusím nic najít a ten člověk ty problémy má, že jo, čili já těm pacientům věřím, že jo, pokud mě pak jako, jak bych to řekla, těma návštěvama nepřesvědčí, že teda vysloveně lžou nebo si jo... Takže já jako ze zásady musím tomu pacientovi věřit a ty potíže určitě má, takže se je snažíme nějakým způsobem vyřešit, jo?(2)

11.5 Analýza dat vyplývající z 5. výzkumné otázky

Lékaři dostali otázky jednak ohledně terapie, tak i ohledně diagnostiky – jak probíhá diagnostika nemoci, která nemá somatický podklad? Lékaři se shodli na tom, že nejprve je tedy třeba vyloučit samotný somatický základ onemocnění. Následně, pokud je

tomu pacient nakloněný, může proběhnout diskuze ohledně příčin vzniku nemoci a udržujících faktorů.

V některých případech je třeba k vyloučení organického základu multidisciplinární spolupráce, ale je třeba dbát povahy pacienta a příliš jej neúzkostňovat.

No, tak začátek je dycky, že nejdřív se to odliší, zda se nejedná o nějakou organickou chorobu. Takže základní vyšetření, ale zase pozor, pokud vyšetřujeme ty lidi, zvláště ty úzkostný lidi, tam je dost nebezpečný, abychom jim dělali pořád vodběry a pořád nějaký laboratorní vyšetření a a já nevím ultrazvuk, rentgen a podobně, protože oni si zafixujou a ta úzkost se zvyšuje vlastně tím: „aha oni mě vyšetřujou, něco tam je, něco se děje“. Takže to se musí velmi opatrně dávkovat, ale to že ti lidi přijdou, že si je třeba pozvu jednou za měsíc a že že jim sáhnu na to břicho, když je to břicho bolí, tak se vyšetření prostě může udělat. A to jim dělá dobře. Ale řeknu, rozhodně jim neřeknu, vy si vymýšlíte, to je prostě to nejhorší, co bych pro ně mohla udělat. Řeknu, ano já vím, že vás to bolí, ale zatím jsme nic nenašli, uvidíme za ten měsíc (1).

Opět je zmíněn problém s nedostatkem času.

Tak, nejdřív musíme vyloučit, teda to už jsme říkali, že jo, nějakou tu tělesnou příčinu, pokud by tam byla, jo? A když zjistíme, že není, no, tak, snažím se s nima nejdřív promluvit, jo? Proto třeba já na ty pacienty musím mít dostatek času, jo? (2)

Jedna z odpovědí poukazuje i na možnost budoucí diagnostiky dnes nerozpoznatelného onemocnění, ale opět směřuje k základu, tedy vyloučení nemoci z hlediska somatické stránky.

Terapie... terapie je svízelná, víceméně já, jako praktik, se snažím pacienta vyšetřit, vyloučit organické postižení a čili uděláme základní ultrazvuk rentgen, zobrazovací metody, neurologické vyšetření, laboratorní vyšetření a pokud je vše v pořádku, tak ehmm, pacientovi vysvětlím, že teda příčina jeho potíží nebyla objasněna, že by se mohlo jednat o onemocnění dosud neznámé, které třeba za deset let budeme schopni odhalit a budeme schopni léčit (6).

11.6 Analýza dat vyplývající z 6. výzkumné otázky

Šestá výzkumná otázka zjišťuje, jaké jsou příznaky onemocnění nemajících somatický základ – Jaké jsou typické příznaky psychosomatických onemocnění, se kterými se praktičtí lékaři setkávají? Všichni lékaři zmiňovali rozličnost příznaků, ale pokusili se vyjmenovat několik častých.

Může to i vyvolat to astma, takže on může přijít opravdu s astmatickými problémy, dušnost, bolesti na prsou, jo. Ale tak někdo může přijít s trávicíma potížema, že jo, že má takovej ten syndrom dráždivýho tračníku, že může chodit s nevolností, s průjmama, nebo se zažívacíma obtížema, někdo přijde jenom a má bolesti hlavy, že jo a nic se nezjistí, že jo. To záleží. Ty projevy jsou různý, že jo...(2)

Následující odpověď není příliš pestrá a neobsahuje ty nejobvyklejší odpovědi, ale je zajímavé, jaké projevy se mohou objevit, které se týkaly obtíží zažívacího traktu nebo kardiologických problémů.

To je takový různý no. To opravdu asi, to je tak pestrý, že... já nevím, no, určitě tu byly já nevím nějaký ty studený nohy, prsty takhle pocity. A někdy ty bolesti vlasů, pálení takový zvláštní. Co ještě. Pak nějaký. Nějaký byly tady nějaký ty opravdu pocity nějakých cizích těles v organismu, takových (5).

Zmiňovaný lékař je v praxi poměrně krátkou dobu, takže je možné, že jeho odpověď je tak atypická právě z tohoto důvodu.

11.7 Analýza dat vyplývající ze 7. výzkumné otázky

Sedmá výzkumná otázka se týká spíše reakcí pacientů při oznámení choroby, nicméně z pohledu ošetřujících lékařů, tedy – jak z pohledu vyšetřujících osob reagují pacienti na zjištění, že jejich choroba je psychosomatická? Jedna z otázek v rozhovoru směřovala konkrétně k hostilním až agresivním projevům, kde tři lékaři existenci této reakce negovali, ale druhá polovina se přiklonila k nějakým mírným projevům odporu nebo hostility.

Já si myslím, že na to reagujou docela dobře, že na to někdo kápnul, jakože jim někdo rozumí, že prostě projevil tu empatii, jako je samozřejmě zase skupina lidí jak říkám, který to vyřešit nechtějí, který se jako rozčílejí a chtějí to, chtějí mít nějakou diagnózu, jako mají všichni ostatní, chtějí mít prostě tlak, nebo srdce, nebo cukrovku nebo něco. Ale ty lidi, který fakt přijdou s nějakým takovým neštěstím a jako bojují nepochybně dlouho dobu s tím, že jim nikdo nerozumí, a když člověk pak s nima nějak tohle i probere a vysvětlíme si, že asi ta příčina je i v tý psychice, tak si myslím, že na to reagujou poměrně kladně no. Čili pak ta spolupráce s nima je docela dobrá (4).

Nicméně shoda panovala v chování těchto pacientů, a sice že pacienti navštěvují různé další odborníky a hledají cestu k získání jiné diagnózy. Pacienti v tomto případě navštěvují jak jiné všeobecné praktické lékaře, tak i ambulantní specialisty. Lékaři se

s tímto chováním setkávají a shodují se, že je třeba k němu přistupovat profesionálně, neboť pro pacienta je náročné přijmout takovou diagnózu, když reálně pociťuje bolesti.

No, tak je to jak kdo, no. Jedna paní, co jsme tady měli, ta moc ta moc, jako si to moc nepřipouštěla. Ta furt chtěla nějaký jako specializovaný, další vyšetření, ale druhá půlka bych zas řek, že celkem, když se jim to vysvětlí, že to berou, no (5).

Smíření se s diagnózou může trvat nějaký čas.

Různě. Různě, nejdřív pochopitelně se domnívají, že třeba se ještě na něco nepřišlo, nebo tak nějak, že jo, čili proto ti odborníci, proto ti odborníci po té stránce somatické (3).

Přesto je ale nutné určitá vyšetření provést, pro účely diagnostiky.

Já myslím, že většině se uleví, jo. Jako, chce to, nějaký vyšetření se udělej, že jo, dycky, aby se vyloučily nějaký závažnější příčiny těch onemocnění jo, ale většině pacientů se uleví, když zjistějí, že se vlastně o nic jinýho nejedná, než o tu jejich psychiku, jo (2).

11.8 Analýza dat vyplývající z 8. výzkumné otázky

Poslední výzkumná otázka se týká léčebné péče o pacienta: Jaká je terapie pacientů s psychosomatickou nemocí? U této otázky se objevilo mnoho různých variant odpovědí. Jsou lékaři, kteří nasadí antidepresiva, což může zpětně sloužit i jako nástroj k potvrzení diagnózy.

Tak zkoušela jsem, pak jako když jsem viděla, že to zázemí sociální není, tak jako jednoduchý, že je to složitější, tak i nasadit antidepresiva, ráda používám cytalopramovou řadu. Asi tak nějak. A po čase po těch třech týdnech, čtyřech týdnech, jsem viděla, jestli ten člověk má ty obtíže poněkud mírnější nebo je to lepší nebo tak nějak. Často se to zlepšilo a to mně trochu potvrdilo, že tam bude ta psychosomatika. V případě, že ne a že třeba udává ještě navíc, protože jsem se ptala, že jo, třeba poruchy spánku, třeba pocity, že nerad chodí mezi lidmi, nebo tak, tak jsem myslela i na depresivní stavy a pokud jsem si s tím nebyla tak docela no... nebylo to ono, tak jsem se radila se specialistou (3).

Antidepresiva je možné nasadit i u seniorů a tím vyřešit mnohé z jejich zdravotních obtíží.

A rozhodně jako jsem překvapenej výsledkama u třeba seniorů jo? Jako takových hodně seniorů, jako třeba přes osmdesát let, kde ta únavnost je velká, je tam polymorbidita, prostě mají celou řadu jinejch potíží a když si prostě nakonec se odhodláme k tomu, třeba ty antidepresiva nasadit a oni se opravdu hodně zlepšej, tak je to příjemný. Protože to jsou lidi, nad kterýma se láme hůl, že jako jim nemůže nikdo pomoci a občas nás ty výsledky překvapěj (4).

Někdy se ke zmírnění obtíží podávají i jiné léky, než psychofarmaka.

Takže já osobně moc nejsem schopen léčit. Ano, pokud začínáme a to je záležitost na řadu měsíců, než my se dostaneme až k tomu psychologovi, tak mu občas můžu napsat cosi. Je to pacient, který má bušení srdce, tak mu napíšu betablokátor, abychom to trošičku zmírnili. Má problémy s usínáním, tak mu napíšu cosi. Bolí ho záda. S oblibou napíšu guajacuran, který jim jednak trošičku utlumí, jednak jim trošičku uvolní svalstvo, takže to je taková léčba, neléčba, ale někdy to pomůže (6).

Případně se jedná o kombinaci antidepresiv a anxiolytik.

Nejčastěji začnu anxiolytikama, typickej neurol, alprazolol, ten rádi dáváme. Čili tím začínám. A zase poučím, eh, když si nejsem tak úplně jistá, jestli samotný to anxiolytikum pomůže, tak tak tomu přidám zrovna antidepresivum, jojo, nejčastěji teda ty SSRI, antagonisty, že jo, tak to, escitalopram a a tydle podobně, jo? Takže to to máme rádi. A dycky se snažím, tak trošku ty lidi jednak známe, takže vím, co v té rodině třeba stalo, ale na druhou stranu se snažím, když to nevím, tak to z nich vytáhnout, jo? Kde je ten problém a říct jim, že by to taky mohlo být takhle. A když jim dávám ty léky, víte, nic jsme nenašli, vono to je v hlavě. Já jim to teda říkám takhle a oni to docela pochopí, jo? Že je to v hlavě a že v té hlavě vysvětlím jak působí ty ssri, takže že musíme počkat až ty působky, který tam nejsou, který se vyčerpají tím stresem, že se tam musí navodit tím lékem, takhle to prostě vysvětlím a je fakt, že většinou to teda zabere. Zabírá to i na ty bolesti i na ty chronický bolesti vertebrogenní, tak ty antidepresiva zabírají, akorát to chce chvílku počkat. No. (1)

Vždy je ale snaha o komplexní uchopení problému, snaha ukázat pacientovi, že farmakologická léčba není jediná cesta, kterou mají a mnohdy nemusí být ani přínosná. V těchto případech odkazují k léčbě na psychiatrii (a to někdy i v případě, že si jen nejsou jisti nasazením antidepresiv nebo anxiolytik) nebo psychologii, případně využívají jiných zdrojů získaných během let své praxe.

Nejdřív, já třeba se snažím doporučit nějaký bylinky, jo? Jako když toho pacienta znáte a víte, že to je najednou něco se stalo, jo? A já nevím, třeba úmrtí matky, otce, jo? Tak třeba krátkodobě můžete dát i farmaka, že jo. Jo? Ale pokud to vím, že že takhle vobčas reaguje, vobčas ne, tak se snažím teda já jim dát spíš nějaký ty bylinky, něco alternativního jo? Ale když už pak to jsou opravdu s nějakýma depresivníma příznakama a takovýma, tak k těm farmakám se taky přikloním, že jo. Taky je dostanou napsaný (2).

Účastníci výzkumu také poukazují na dobrou znalost nejen jejich pacientů, ale i dalších rodinných příslušníků a poměrů v rodině, což je dáno lokální dostupností ordinace všeobecného praktického lékaře. Jednoho lékaře tak mnohdy navštěvuje několik generací

z jedné rodiny a z anamnestického hlediska to s sebou nese nesporné výhody. Jedna lékařka zmiňovala jako vhodnou terapii lázeňskou léčbu, z důvodu, že pacient opustí prostředí, které mu částečně může způsobovat potíže.

Lázeňská léčba v tom, že ten člověk komplexně prostě opustí to prostředí, ve kterém je a opravdu je léčen ze všech stran. To znamená je tam i takovej ten klid, je tam ta životospráva, na chvíli vypadne z těch stresů. Může pouvažovat, může prostě zvážit v klidu celou tu situaci než v tom způsobu života, ve kterým momentálně žije, takže tam se snažím, když to jde to uplatnit, prostě. Chytám se té možnosti, že to je dostupný prostě a pokud se ten člověk skutečně trápí, tak se snažím i třeba tomu specialistovi vysvětlit, že to je opakující se problém a tak dál a po té lázeňské léčbě to bývá lepší. Ale je za tím ta psychosomatika. I když to jsou ty bolesti zad jako, subjektivně vnímaný, tak je za tím ta psychosomatika, což ten člověk přijede z těch lázní třeba jako vyměněnej, je to prostě, je jinde a má na sebe čas. A na sebe nuceně tak prozře, že jo. Tak doma si ten čas udělá, ale bere to na úkor, že něco neudělal, že něco nestih, nebo tak. Právě dost, poměrně dost často ta psychosomatika, ale u nás je jako zastoupená, ale ne vždycky se na to myslí. (3)

Dalším problémem, na který lékaři upozorňovali, je nedostatek psychologických pracovišť v blízkosti města, kde se nachází ordinace praktického lékaře. V případě, že tato ordinace je místně dostupná, pak je ale objednávací lhůta velmi dlouhá. Lékaři upozorňují na to, že pacient potřebuje intervenci nyní a nikoli až za několik měsíců, protože může dojít k výraznému zhoršení obtíží.

Ale tady nemáte kam poslat ty lidi. Tady je problém největší, že vopravdu nejsou ty ambulance, kam byste ty lidi měla poslat (2).

Paradoxně ale v jednom případě lékařka zmiňovala, že někteří pacienti upřednostňovali vzdálenější psychologické pracoviště – „dost často ty lidi na to přistupovali prostě (na psychologické vyšetření), i když radši do vzdálenějších oblastí. Ne přímo třeba do Broumova, ale třeba do té České Skalice, nebo tak nějak, protože jako pořád měli ten pocit jako, že to není ono.“

Zpětná vazba mezi lékaři a psychologickými nebo psychiatrickými pracovišti existuje, pokud si o zprávu lékař zažádá.

13 Diskuze

Z pohledů a názorů českých praktických lékařů na psychosomatickou medicínu se dají dovodit některé palčivé problémy dnešní medicíny v otázce psychosomatických onemocnění a navrhnout možné řešení těchto problémů.

Pro účely výzkumu byl užit kvalitativní přístup z důvodu holistického uchopení problematiky a vhledu. Výzkum se týkal všeobecných praktických lékařů, cílem práce je tedy studium přístupu a názoru praktických lékařů na psychosomatickou medicínu a její aplikaci v praxi. Výsledky výzkumu ale nelze zobecnit na populaci - vzhledem k použití kvalitativního přístupu.

Z výsledků výzkumu vyplynulo, že by bylo třeba upravit rozvrhy lékařů tak, aby lékaři měli na pacienty více času, což ale nebude možné bez přispění zdravotních pojišťoven. Lékaři by tedy uvítali více psychologických pracovišť nebo psychosomatických center, kam by mohli své pacienty odkazovat i vzhledem k těmto aspektům – praktičtí lékaři mají svou vlastní praxi, získali určitou atestaci, a tudíž jsou schopni se věnovat pacientovi pouze v nějakém terapeutickém základu. Odpovědi zmiňující nedostatek psychologických pracovišť mohou ale také vypovídat o snaze „zavděčit se výzkumníkovi“.

Dalším rizikem je výběr souboru pouze z určitého regionu České republiky, který může být specifický například několikrát zmiňovaným nedostatkem psychologických pracovišť. Mezi další okolnosti, které mohly výzkum ovlivnit, patří příprava lékaře na interview. Participantům bylo předem známé téma výzkumu, a tudíž si mohli znalosti zopakovat nebo připravit.

Při úplně prvním kontaktu s lékaři si mnoho z nich bylo poměrně nejistých, zda budou schopni poskytnout adekvátní odpovědi v dané problematice. Tyto obavy nikoho neodradily od účasti ve výzkumu, ale v průběhu interview bylo nutno tento aspekt neopomíjet a lékaře podporovat v jejich výpovědích. Jedna z účastnic výzkumu si před samotným interview pročetla několik publikací zabývajících se psychosomatikou. Ve svých odpovědích se k nim pak často odkazovala, takže bylo nutné neustále apelovat na projev jejího vlastního názoru. U další účastnice se objevovala velká nejistota při interview, takže její odpovědi byly poměrně úsporné nebo s malou výpovědní hodnotou. Tyto obavy ale vymizely přibližně v polovině interview, kdy se odpovědi staly bohatšími a díky tomu se podařilo odkrýt zajímavé zkušenosti z lékařské praxe.

Někteří lékaři se také stavěli skepticky ke kvalitativnímu způsobu zkoumání. Lékařům byl tedy osvětlen způsob vyhodnocování získaných dat a především účel výzkumu. Není jisté, zda to jejich skepsi zmírnilo, nicméně byla patrná větší ochota ke kvalitnějším a podrobnějším výpovědím.

Lékaře také mohly ovlivnit zkušenosti s jejich vlastním zdravotním stavem, jestliže oni se setkali, například i u sebe, s medicínsky nevysvětlitelnými příznaky nebo psychickými obtížemi, mohou být více nakloněni psychosomatickému přístupu. Jedna z lékařek například užívá antidepressiva a má s nimi pozitivní zkušenost. Nelze říci, že by je ve větší míře doporučovala i svým pacientům, ale klade důraz na komplexní přístup k pacientovi. Naopak jeden z lékařů měl právě opačnou zkušenost, kdy se příznaky bez organické etiologie projevující se s proměnami po řadu let, ukázaly býti nespecifickými projevy Parkinsonovy nemoci.

Z výzkumu také vyplynulo, že i komunikace a práce s pacientem trpícím psychosomatickými potížemi může být obtížná. Toto zjištění může být podkladem pro další výzkum v této oblasti, ale tentokrát z pohledu pacienta. Tento výzkum by se mohl zaměřit jednak na problematiku oznámení diagnózy pacientovi – dostatečné vysvětlení diagnózy pacientovi a následná péče o jeho emoce, na doporučení ohledně léčby, která nemusí vždy být jen farmakologického rázu a pochopení a reflexi pacientových potřeb. Vůbec zajímavé by bylo pohlédnout na obraz nemoci jak ze strany pacienta, tak ale i lékaře. Kde může vznikat disharmonie mezi pacientem a lékařem? Za úvahu by tedy stál rozhovor jednak s pacientem a následně i s lékařem o právě proběhlém vyšetření. Tento výzkum by byl ale problematický z časového hlediska.

Výzkum Petrůjové a Procházky z roku 2014 tvrdí, že medicína je orientovaná technicky a tedy je zaměřena spíše na biologickou léčbu, že celostní přístup není podporován pojišťovny a lékaři jsou zahlceni formálními požadavky a požadavky na výkon (Petrůjová, Procházka, 2014).

Požadavky na výkon jsou na lékaře dozajista kladeny a zdravotní pojišťovny psychosomatický přístup nepodporují. Nicméně všeobecní praktičtí lékaři v tomto výzkumu s určitou rolí psychosomatiky souhlasí a ocenili by intenzivnější užívání tohoto přístupu v praxi, v čemž jsou ale limitováni právě systémem.

14 Závěry

Následující kapitola je shrnutím hlavních výsledků zkoumání.

Výzkum ukazuje, že všeobecní praktičtí lékaři mají povědomí o psychosomatické medicíně. Navíc každý z lékařů získá z praxe jeho vlastní zkušenosti, které dále zúročuje v přístupu k pacientům.

Výsledky poukazují na nedostatek času všeobecných praktických lékařů pro práci s pacienty trpící psychosomatickým onemocněním. Upřednostnili by samostatné pracoviště orientované na psychosomatický přístup, případně vyšší počet a větší dostupnost psychologických pracovišť.

Z hlediska diagnostiky užívají lékaři jednotný přístup ohledně vyloučení somatického původu potíží a v nasedající terapii dle příznaků a situace doporučují farmakoterapii, případně se s pacientem snaží pracovat tak, aby přijal fakt, že onemocnění v současné době nelze somaticky vysvětlit.

Z výzkumu vyplynulo, že někteří pacienti mají potíže s přijetím psychosomatického onemocnění, tudíž by bylo vhodné informovat pacienty o psychosomatickém přístupu.

SOUHRN

Tato bakalářská diplomová práce pojednává o psychosomatické medicíně, pacientech trpících psychosomatickými problémy a všeobecných praktických lékařích. V teoretické části se zaměřuje na různé definice psychosomatického přístupu a také jeho vývoj v čase. Psychosomatický přístup v moderním pojetí vnímá člověka jako bytost bio – psycho – sociální.

Následně je věnována pozornost pojmům, které s psychosomatickými nemocemi souvisí, tedy zdraví, bolesti, stresu a imunitnímu systému. Následně je uveden přehled poruch respektující MKN 10, které souvisí s psychosomatickým konceptem. Jelikož se tato práce zabývá všeobecnými praktickými lékaři, další kapitola je věnována jejich profesi. Na tuto kapitolu navazuje kapitola o komunikaci lékaře pacienta. Do této oblasti také spadá doporučená diagnostika a terapie pacientů s medicínsky nevysvětlitelnými symptomy v ordinaci všeobecného praktického lékaře. Teoretickou část práce uzavírá stručný přehled výzkumu týkající se oblasti psychosomatické medicíny a zdravotnictví.

Petrůjová a Procházka v roce 2014 provedli kvalitativní studii analyzující komplexní přístup lékařů k pacientům. Závěry výzkumu ukazují, že medicína v České republice je biologicky orientovaná, navíc lékaři jsou zahlceni požadavky na výkon a celostní přístup nepodporují ani zdravotní pojišťovny (Petrůjová, Procházka, 2014).

Výzkumná část se tedy zaměřuje na všeobecné praktické lékaře. Cílem práce je tedy studium přístupu a názorů praktických lékařů na psychosomatickou medicínu a její aplikaci v praxi. Pro účely výzkumu byl zvolen kvalitativní přístup, který umožňuje důkladné zkoumání problému, metoda polostrukturovaného interview. Výběrový soubor tvořilo 6 všeobecných praktických lékařů (tři muži a tři ženy), metodou výběru byl prostý záměrný výběr.

Výzkumné otázky se zaměřují na chápání psychosomatického konceptu praktickými lékaři, na jejich názory na tuto problematiku, dále se věnují integraci psychosomatické medicíny do lékařské praxe, práci s pacientem, který trpí psychosomatickou nemocí, diagnostice a terapií. Další oblastí zájmu jsou reakce pacienta na zjištění, že jeho choroba je psychosomatická a typické projevy nemoci u psychosomatických pacientů.

Z následné analýzy interview vyplynulo, že lékaři se s psychosomatickou medicínou setkávají a pracují s ní i v rámci své praxe, ale jsou značně limitováni časem. Praktičtí lékaři by preferovali možnost odeslat pacienta na specializované pracoviště

zaměřené na psychosomatickou medicínu, ať už specializované psychosomatické centrum, nebo ordinace psychologa. Změny by se mohlo dosáhnout i v informovanosti pacientů o konceptu psychosomatické medicíny.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY

- 1) Baštecký, J., Šavlík, J. & Šimek, J. (1993). *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada.
- 2) Česká lékařská komora. (2007). *Etický kodex České lékařské komory*. Získáno 10. února 2015 z: <http://www.lkcr.cz/informace-262.html>
- 3) Danzer, G. (2001). *Psychosomatika*. Praha: Portál.
- 4) Daruna, H. J. (2004). *Introduction to psychoneuroimmunology*. Amsterdam; Boston; Heidelberg: Elsevier Academic Press.
- 5) Hanel, G., Henningsen, P., Herzog, W., Sauer, N., Schaefer, R., Szecsenyi, J., & Löwe, B. (2009). *Depression, anxiety, and somatoform disorders: vague or distinct categories in primary care? Results from a large cross-sectional study*. *Journal of psychosomatic research*, 67(3), 189-197. 10.1016/j.jpsychores.2009.04.013
- 6) Horne, R., Weinman, J., Barber, N., Elliott, R., Morgan, M., Cribb, A., & Kellar, I. (2005). *Concordance, adherence and compliance in medicine taking*. London: NCCSDO. Získáno 5. března 2016 z: http://www.netscc.ac.uk/hsdr/files/project/SDO_FR_08-1412-076_V01.pdf
- 7) Hořejší, V., & Bartůňková, J. (2009). *Základy imunologie*. Praha: Triton.
- 8) Chromý, K., & Honzák, R. (2005). *Somatizace a funkční poruchy*. Praha: Grada Publishing.
- 9) Chvála, V., Honzák, R., Masner, O., Ročňová, M., Seifert, M., Trapková, L., & Seifert, B. (2015). *Psychosomatické poruchy a lékařsky nevysvětlitelné příznaky: Doporučený diagnostický a terapeutický postup pro všeobecné praktické lékaře*. Získáno 26. února 2016 z: <http://www.svl.cz/files/files/Doporuocene-postupy-od-2013/Psychosomaticke-poruchy-a-lekarsky-nevysvetlitelne-priznaky.pdf>
- 10) Klusáková, P. (18. listopadu 2004). *Jak pacienti hodnotí své lékaře*. *Mladá fronta Dnes*. Získáno z <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/kariera-jak-pacienti-hodnoti-sve-lekare-163993>
- 11) Křivohlavý, J. (2009). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
- 12) Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing.
- 13) Linhartová, V. (2007). *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. Praha: Grada Publishing.

- 14) Mezinárodní klasifikace nemocí: tabelární část: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění desáté revize. (2014). Získáno 6. 1. 2016 z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>
- 15) Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.
- 16) Morschitzky, H., & Sator, S. (2007). *Když duše mluví řečí těla: stručný přehled psychosomatiky*. Praha: Portál.
- 17) Nolen – Hoeksema, S., Fredrickson, B. L., Geoff, L. R., Wagenaar, A. W. (2012). *Psychologie Atkinsonové a Hilgarda*, Praha: Portál.
- 18) Peters, S., Rogers, A., Salmon, P., Gask, L., Dowrick, C., Towey, M., & ... Morriss, R. (2009). *What do patients choose to tell their doctors? Qualitative analysis of potential barriers to reattributing medically unexplained symptoms*. *Journal Of General Internal Medicine*, 24(4), 443-449. doi:10.1007/s11606-008-0872-x
- 19) Petrůjová, T., & Procházka, R., (2014) *Komplexní přístup lékařů k pacientům*. *Psychosom*; 12(3), s12-219. Získáno 15. března 2016 z: http://www.psychosom.cz/?page_id=3384
- 20) Poněšický, J. (2004). *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie*. Praha: Triton.
- 21) Ptáček, R., & Bartůněk, P. (2011c). *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada Publishing.
- 22) Raboch, J., & Pavlovský, P. (2008). *Klinická psychiatrie v denní praxi*. Praha: Galén.
- 23) Raudenská, J., & Javůrková, A., (2011). *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing.
- 24) Rokyta R. (Ed.), Kršiak M. (Ed.) & Kozák J. (Ed.). (2006): *Bolest: monografie algeziologie*. Praha: Tigris.
- 25) Seifert, B., Beneš, V., & Býma, S. (2013). *Všeobecné praktické lékařství*. Praha: Galén.
- 26) Smolík, P. (2002). *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika*. Praha: Maxdorf.
- 27) Tate, P. (2005). *Průručka komunikace pro lékaře: jak získat důvěru pacienta*. Praha: Grada Publishing.
- 28) Tress, W., Krusse, J. & Ott, J. (2008). *Základní psychosomatická péče*. Praha: Portál.

- 29) Vymětal, J. (2003). *Lékařská psychologie*. Praha: Portál.
- 30) WONCA Europe. (2011). *The european definition of general practice/family medicine*.
Získáno z:
<http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definition%203rd%20ed%202011%20with%20revised%20wonca%20tree.pdf>
- 31) Zachariae, R. (2009). *Psychoneuroimmunology: A bio-psycho-social approach to health and disease*. *Scandinavian journal of psychology*, 50(6), 645-651.

Přílohy diplomové práce

Seznam příloh:

Příloha č. 1: Formulář zadání diplomové práce

Příloha č. 2: Abstrakt diplomové práce

Příloha č. 3: Doslovný přepis interview

Příloha č. 1: Formulář zadání diplomové práce

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Akademický rok: 2014/2015

Studijní program: Psychologie
Forma: Prezenční
Obor/komb.: Psychologie (PCH)

Podklad pro zadání BAKALÁŘSKÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
STOKLASOVÁ Tereza	Trubějov 58, Kramolna - Trubějov	F13708

TÉMA ČESKY:

Pacient s psychosomatickými problémy v ordinaci praktického lékaře

TÉMA ANGLICKY:

A patient with a psychosomatic disorder at the general practitioner's

VEDOUČÍ PRÁCE:

Mgr. Martin Kupka, Ph.D. - PCH

ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

Studium relevantních zdrojů (knihy, el. databáze, časopisecké zdroje). Cílem práce je studium přístupu a názoru praktických lékařů na psychosomatickou medicínu a její aplikaci v praxi. Teoretická část práce se bude zabývat psychosomatickou medicínou, její historií a současným stavem poznání, integrací psychosomatického přístupu do lékařské praxe. Výzkumná část práce bude realizována formou kvalitativní, konkrétně prostřednictvím rozhovoru.

SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

- Baštecký, J., Šavlík, J. & Šimek, J. (1993). Psychosomatická medicína. Praha: Grada.
Danzer, G. (2001). Psychosomatika. Praha: Portál.
Faleide A., Faleide E., & Lian L. (2010). Vliv psychiky na zdraví. Praha: Grada.
Chromý K., Horzák R., et al. (2005). Somatizace a funkční poruchy. Praha: Grada.
Křivohlavý, J. (2009). Psychologie zdraví. Praha: Portál.
Moore, T. (2010). Léčebná péče o duši. Praha: Portál.
Poněšický, J. (2004). Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie. Praha: Triton.
Raudenská, J., Javůrková, A., (2011). Lékařská psychologie ve zdravotnictví. Praha: Grada Publishing.
Sandersová, D. (1996). Counselling for Psychosomatic Problems. London: SAGE Publications.
Tress, W., Krusse, J. & Ott, J. (2008). Základní psychosomatická péče. Praha: Portál.
Vymětal, J. (2003). Lékařská psychologie. Praha: Portál.

Podpis studenta:

Datum:

Podpis vedoucího práce:

Datum:

Příloha č. 2: Abstrakt diplomové práce

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Pacient s psychosomatickými problémy v ordinaci praktického lékaře

Autor práce: Tereza Stoklasová

Vedoucí práce: Mgr. Martin Kupka, Ph.D.

Počet stran a znaků: 42 (77 667 znaků)

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 31

Abstrakt:

Cílem této bakalářské diplomové práce je studium přístupu a názoru praktických lékařů na psychosomatickou medicínu a její aplikaci v praxi. Jedná se o kvalitativní výzkum s následujícími výzkumnými otázkami:

Jak všeobecní praktičtí lékaři chápou pojem psychosomatická medicína? Jaký mají všeobecní praktičtí lékaři názor na koncepci psychosomatické medicíny? Jak poznatky z oblasti psychosomatiky všeobecní praktičtí lékaři integrují do praxe? Jaké je pro všeobecné praktické lékaře setkání s pacientem, jeho obtíže nemají somatický podklad? Jak probíhá diagnostika nemoci, která nemá somatický podklad? Jaké jsou typické příznaky psychosomatických onemocnění, se kterými se praktičtí lékaři setkávají? Jak z pohledu vyšetřujících osob reagují pacienti na zjištění, že jejich choroba je psychosomatická? Jaká je terapie pacientů s psychosomatickou nemocí?

Metodou sběru dat bylo polostrukturované interview. Účastníci výzkumu se shodli na tom, že psychosomatický přístup k pacientovi ve své praxi snaží uplatňovat, ale že na pacienty s psychosomatickými obtížemi by potřebovali více času a dále uvádí, že v jejich okolí je nedostatek psychologických pracovišť, kam by své pacienty mohli odkazovat.

Klíčová slova: psychosomatická medicína, praktický lékař, pacient

ABSTRACT OF THESIS

Title: A patient with a psychosomatic disorder at the general practitioner's

Author: Tereza Stoklasová

Supervisor: Mgr. Martin Kupka, Ph.D.

Number of pages and characters: 42 (77 667 characters)

Number of appendices: 3

Number of references: 31

Abstract:

The aim of this bachelor thesis is to study the approach and attitude of the general practitioners to the psychosomatic medicine and application in practice. The research approach is qualitative with the following research questions:

How the general practitioners understand the concept of psychosomatic medicine? What are the general practitioners opinions of the concept of psychosomatic medicine? How findings from the field of psychosomatic medicine general practitioners integrate into practice? What is for general practitioners sitting with a patient, whose disease has not a somatic base? How is the diagnosis of the disease, which has no somatic basis? What are the typical symptoms of psychosomatic diseases with which practitioners meet? How patients reacts to the finding that their illness is psychosomatic? What is the treatment of patients with psychosomatic illness?

Method of data collection was semi-structured interview. Participants agreed that psychosomatic approach to the patient endeavour to apply, but patients with psychosomatic problems would require more time and further states that in their environs is lack of psychologists, where would their patients refer to.

Key words: psychosomatic medicine, general practitioner (GP), patient

Příloha č. 3: Doslovný přepis interview

Ve svém výzkumu se teda zaměřuji na psychosomatickou medicínu. Mohl byste mi prosím říci, co pro vás tenhle pojem znamená?

No, ta psychosomatika samozřejmě je věc, která se dlouhodobě pere o své místo na slunci, já vím, že kolegové, který se tomu věnujou dlouhodobě, tak maj prostě trošku, trošku jako takovou takovej cejch takových lidí, kde to není zcela odborný, nebo takových lehce šarlatánů v český, v český republice, ale samozřejmě v zahraničí to je samostatnej obor se vším všudy, třeba v Německu vím, že tam jako ta, ten obor existuje, je dost svébytnej a je jako hodně ceněnej. Měl jsem příležitost se s kolegama některýma, který se tomu věnujou jako i setkat, vyslechl jsem si nějaký přednášky, myslím si, že ta psychosomatika jako samozřejmě je věc, která je, jako že je, že existuje, že se jí určitě věnujeme málo, protože ta naše medicína je zaměřena hodně technologicky, ale, ale jako kdyby se víc k tomu přistupovalo tímhle trendem a tak si myslím, že by jako jsme si hodně ušetřili práci a spoustu lidí bysme nemuseli řešit tím konvenčním způsobem, no, tak asi tak.

Vy jste teda přemýšlel o nějakém vlastním psychosomatickém vzdělání, třeba?

No, jako ty psychosomatický ambulance, trošičku jsou vedený jinak, než ty standardní praxe praktickýho lékaře. Jako sladit by to šlo asi teoreticky, ale ta psychosomatika má hlavní problém v tom, že je hodně časově náročná, to znamená jako při té tradiční ordinaci by to dělat nešlo no. Člověk by musel mít tu praxi buď jinak zorganizovanou, musel by mít někoho, kdo mu s tím pomůže, jo, musel by mít jinak zorganizované ordinační hodiny, to znamená, tady to příliš není realita, jako no.

Tak jo ehm, znáte ze své praxe nějaké modelové situace vedoucí ke vzniku vlastně psychosomatických problémů?

No tak to řeším dnes a denně, samozřejmě, že jo. Je fakt, že ta to rozhraní jako kdybychom řekli, že je to psychosomatický a kdy to je psychický a kdy to je onemocnění, který je jako organický, tak tam ta hranice je poměrně tenká a u každýho pacienta je to trošku samozřejmě individuální a ten člověk jako by měl bejt jakoby dostatečně ten doktor empatickej a vnímavej na to, aby dokázal tu hranici si uvědomovat a rozlišovat. Samozřejmě, že celá řada kolegů tohle jako ignoruje a tu psychosomatiku a vůbec ten koncept jako neuznává a snaží se to dycky na jako nacpat do nějaký diagnózy, která je podle klasifikace, což teda podle mýho názoru, vždycky jako plně nejde a tak jako já jsem zase třeba typ doktora, kterej trošku jako vo tom neříkám, že něco ví, ale už se s tím setkal, ten koncept víceméně uznávám beru to tak, že samozřejmě, kdybychom tomu, kdyby ta

organizace vůbec ty medicíny byla trošičku jiná, kladla na to větší důraz, tak by nám to všem zjednodušilo práci, ale zase na druhou stranu díky té časové náročnosti, není realita, aby každé pacient byl vyšetřovanější, nebo řešenější tímhle stylem, no.

Jestli znáte nějaké modelové situace.

Jako modelové situace, no. Jako jasně. Je jich celá řada těch diagnóz, který se, vono se to dycky potom nějakým způsobem stejně hodně sobě podobá, kdy to jsou takový ty nejasný, nejasný příznaky prostě, kde ta psychosomatika prostě nakonec z toho nějaká se vyklube. Naštěstí dneska je ta doba ještě o trošku jednodušší v tom, že máme celou řadu metod, jako například tlakovýho holtera, který nám dokážou vyloučit to, že to ten problém opravdu ta diagnóza je a můžeme ty pacienty trošku uklidnit, že to s čím přišli a čeho se bojejí, že to vlastně není, no.

Jak třeba pak postupujete při nějaké terapii těch pacientů.

No tak postupuju, tak samozřejmě je teda jasný, že člověk se s tím pacientem musí trošku jako o tom pobavit, to je základ. Ten člověk si to musí uvědomit, že asi tahle příčina tam taky je na druhou stranu zase si nemůžeme myslet, že všechno vyřešíme, protože spousta těch lidí je vystresovaných věcmi, který vyřešit nejde. Nějaký situace, že přišli o zaměstnání, že jim někdo umřel v rodině a takový věci, to samozřejmě nevyřešíme, takže je to trošku na komplexní péči, já jako praktik se cejtím trošku jako prospěšnější v tom, že na to ty lidi vůbec navedem, na tuhle úvahu a že se tomu pak trošku věnujou. Jo, to znamená, používám antidepresiva, je to tak, že samozřejmě ty lidi, který jako třeba jsou jako svolný jako s nějakou psychologickou pomocí, tak je naviguju tímhle směrem, sou tady možnosti nějakých samozřejmě poraden, rodinný vztahy, prostě domácí násilí, takovýchle věci, takže se snažíme jim zprostředkovávat i tyhle kontakty, ale nevyřeším všechno no samozřejmě.

Jo, mohl byste mi uvést nějaké typické psychosomatické projevy u vašich pacientů?

No, psychosomatické projevy, tak dobře, no tak ono víte co, trošku je to tak abysme nemíchali ten psychosomatickej koncept a prostě takový ty nějaký polymorfní potíže, který nakonec zjistíme, že jsou nějak psychicky podmíněný a ty lidi to nějak somatizuju. To si myslím, že jsou trošku dvě rozdílný věci a psychosomatická medicína se přece jenom trošku zabývá něčím jiným, jo, než zase bysme řekli somatizací těch psychických poruch. To jako to bych trošku já viděl, že je něco jinýho aspoň z hlediska toho, co o tom vím, nicméně ty typický příznaky té somatizace pokud se o tom takhle bavíme, tak dneska je velmi rozšířený to, že si ty lidi měřej tlak, ten tlak maj různě dekompenzovanější, nebo respektive měřej nějaký různý hodnoty, nebo hodnoty o kterých si myslí, že jsou

patologický. Je to daný rozšířením těch domácích tonometrů, tím, že je poměrně velká edukace kolem toho. Takže například potíže s tlakem přicházejí velice často, přicházejí velice často pro bolesti na hrudi, který zase se domnívají, že můžou z onemocnění srdce, přicházejí pro potíže prostě hodně týkající se zažívacího traktu, to je velká skupina a taková dost jako nepříjemná skupina v tom, že se málokdy co odhalí a ty potíže mají opravdu dlouhodobě no a pak to jsou různé bolestivé syndromy na hlavách, krk, jo ramena, skelet vůbec, takže tam často se s tím taky setkáváme, to jsou takové okruhy, který mě teďka napadají asi nejčastější.

Jo, ehm, když vy sám v sobě si nějak definujete nebo představíte psychosomatického pacienta, jaké emoce vlastně to ve vás vyvolává z pohledu jako lékaře?

Pro mě? Pro mě to je to má emoce ty, že těm lidem by se asi dalo pomoci, kdybychom na ně měli víc času, jo? Že nám utíká tady celá řada pacientů, který vlastně nemusejí být pacientama. Ono zase takhle, nemůžu si myslet, že všechny lidi vyléčíme a všechny lidi vyřešíme, jo? Některý ty lidi téměř jako bych řek ani o to vyléčení a vyřešení nestojím. Oni jako potřebují mít problém, protože když mají problém, tak jsou trošku pro to okolí zajímavý, jo? V momentě, kdy by ten problém neměli, tak už se o ně nikdo nestará. A tahle skupina těch lidí je poměrně velká jo? Takže ty lid v podstatě o tu pomoc ani jako nestojím, protože pro ně je úplně nejhorší, kdyby se to vyřešilo, takže tuhle poměrně velkou skupinu z toho musíme vyčlenit, jo? A s těma lidma samozřejmě je velmi složitý potom něco dělat, ale ta skupina lidí poměrně nešťastnejch, kdyby se jim dostalo komplexní pomoci psychologický, potřebují nějaký poradenství rodinný a takový, tak si myslím, že by nebyli pro doktora, no, což je trošku rozdíl v tom přístupu evropským a třeba americkým, že v Americe všichni začínají od psychoterapeuta a pak se eventuálně dostanou k doktorovi, zatímco u nás začnou u doktora a velmi malý procento lidí skončí u psychoterapeuta kam by teda jako patřili no

Hmhm

Takže ta moje emoce je ta, že je to škoda no. Že já vidím, že toho pacienta stejně jako naším konceptem nevyřešíme a možná by jsem pomohl jiným, no.

Jak teda pacienti reagují na to zjištění, že jejich obtíže vlastně nejsou jenom fyzické, nebo tělesné podstaty.

Já si myslím, že na to reagují docela dobře, že na to někdo kápnul, jakože jim někdo rozumí, že prostě projevil tu empatii, jako je samozřejmě zase skupina lidí jak říkám, který to vyřešit nechtějí, který se jako rozčílejí a chtějí to, chtějí mít nějakou diagnózu, jako mají všichni ostatní, chtějí mít prostě tlak, nebo srdce, nebo cukrovku nebo něco. Ale ty lidi,

který fakt přijdou s nějakým takovým neštěstím a jako bojujou nepochybně dlouho dobu s tím, že jim nikdo nerozumí, a když člověk pak s nima nějak tohle i probere a vysvětlíme si, že asi ta příčina je i v tý psychice, tak si myslím, že na to reagují poměrně kladně no. Čili pak ta spolupráce s nima je docela dobrá. A rozhodně jako jsem překvapenej výsledkama u třeba seniorů jo? Jako takových hodně seniorů, jako třeba přes osmdesát let, kde ta nemocnost je velká, je tam polymorbidita, prostě mají celou řadu jinech potíží a když si prostě nakonec se odhodláme k tomu, třeba ty antidepresiva nasadit a oni se opravdu hodně zlepšej, tak je to příjemný. Protože to jsou lidi, nad kterýma se láme hůl, že jako jim nemůže nikdo pomoci a občas nás ty výsledky překvapěj.

Hmhm. Nasazujete i anxiolytika?

No... tak anxiolytika nasazuju hodně rád, ty nasazuju jako dá se říct u těch lidí, u kterých si myslím, že to může bejt i nějak psychicky podmíněný, bych řek často i jako jak první volby a jako já těm lidem to vysvětluju, že trošku oddělujem zrno od plev, jo že prostě ty potíže, který je přejdou po tom léku, tak asi byly psychicky podmíněny a tomu zbytku že se teda věnovat budem, protože tam máme podezření, že by to mohlo být somatický a takový jako řekněme modelovýho pacienta, na kterýho se asi ptáte, většinou devadesát procent těch příznaků odezní a řešíme pak opravu jen nějaký drobnosti, no takže, je to určitě i z hlediska diagnostickýho, nejen terapeutickýho, skupina léků, se kterou je jako dobrý pracovat.

Dobře. Ehh, kam pacienty s psychosomatickým onemocněním odkazujete?

No tak... samozřejmě záleží na tom, jako že by tady byla dostupná nějaká psychosomatická poradna, ambulance, ordinace, to není, takže my si s tím nějak musíme poradit v tom našem systému. Já si pořád myslím, že jako to hodně spadá do kompetence praktickýho lékaře, ten praktik by měl samozřejmě něco zkusit udělat, neměl by být jenom nějaký přeposílač, to znamená měl by vůbec jako tu myšlenku pojmout, měl by s tím pacientem se snažit nějak pracovat, měl by určitě se nějak ujistit, že to není somatický onemocnění, takže nějak základně by ho měl vyšetřit a pokud ty vyšetření jsou negativní, tak pak samozřejmě může zkusit nějakou tu léčbu, což tady teda běžně děláme a jen s těma pacientama, se kterýma si jako neporadíme, nebo jim to nestačí, tak ty samozřejmě posíláme dál, takže končej různě a můžu říct od těch specialistů somatických od různých těch gastroporaden, kardioporaden a neurologických poraden, pokud to jsou potíže nějak lokalizovaný, kde teda skutečně nic neprokážem, tak aby ještě ten specialista jakže je ujistil, že tam opravdu nic není a domluvil se s nima na dalším postupu. Druhá věc je teda předávání psychiatrům, nebo psychologům, protože dneska zase dostupnost psychologů je

tristní, takže většinou musíme jít přes psychiatry a i dostupnost psychiatrů je naprosto tristní a poslední věc je nějaký to poradenský samozřejmě psychologicky, to znamená rodinný poradny, mezilidský vztahy a tak dále, takže i tam ty lidi no a třeba i adiktologie, prostě protialkoholní poradny, takže to prostě k tomu patří, aby ty lidi byli někde nasměrovaný a neskončili ve vzduchoprázdnu, no měl by ten člověk od toho praktika odejít tak, že má že ví, jak je další krok, což je což se třeba já snažím, no. Ale nedá se říct, že by to že by na to člověk měl nějakou must, je to hodně individuální, no.

Jo, z hlediska účinnosti, dostáváte nějakou zpětnou vazbu, ať už od pacientů, případně z nějakého pracoviště, kam jste ho teda odkázal.

No tak spíš je to od rodiny, dostáváme buď od pacienta, nebo od rodiny a já si myslím, že docela jo, docela to funguje, jako ten praktik si nemůže myslet, že sto procent lidí bude mít pod kontrolou, že sto procent lidí vyléčí a jako sto procentu lidí se zavděčí a sto procent, že s ním bude komunikovat, prostě Gaussova křivka platí i u těch pacientů, to znamená, že je určitý procento pacientů, s kterými ten kontakt nenavázete ani jako u somatický choroby jo? Ale tady tihle pacienti bych řekl, že jsou jako, jako když už mít od někoho zpětnou vazbu, tak na to tihle pacienti docela jsou no. A s některými pacientama dokonce, jak říkám, se dostaneme do situace, kdy to nevyřešíme, ale lidi jsou rádi, že se to nevyřešilo protože s tím problémem můžou pořád chodit, protože ho pořád můžou mít jo? Tak že i takový lidi jsou a ten doktor musí vědět, že takový lidi jsou a musí s tím počítat. Takže zpětná vazba u psychosomatických pacientů je bych řekl lepší než u somatických.

Jo?

Co by vám pomohlo, abyste se cítil lépe při kontaktu s pacienty, kteří mají psychosomatické potíže.

No pomohlo by mi, kdybych na ně měl více času, no. Jako to je největší zádrhel, protože prostě nemůžete se do toho do toho pouštět jako bezhlavě, protože ty časový možnosti jsou omezený, jo, to je jednoznačný a jako když se o tom budeme bavit, tak psychosomatický onemocnění je, jsou jakýkoliv toxikománie v podstatě, od kouření, přes alkohol, psychosomatický onemocnění je obezita, jo, co si budeme dneska povídat, lidi tím jídlem si nahrazují něco a dostávají se do jiných problémů, to znamená, kdyby to člověk chtěl řešit, jako takhle komplexně v té populaci, jaký jsou procenta těchhle, tadytěch onemocnění, tak by tady musel být jako sto hodin denně, jo, to nejde, takže všechno řeší čas, jako bych řekl, kdyby bylo víc času, určitě by ty výsledky byly lepší, no. Ale na druhou stranu zase to naráží na spolupráci těch pacientů, ty pacienti při vědomí těch omezených možností toho systému by měli jako asi trošku líp spolupracovat. No, kdyby zase

spolupracovali, tak bysme se k něčemu možná líp dobrali, ale je to prostě nějak nastavený, člověk to musí tak brát, že to je realie.

Ještě jako se vrátím k terapii těch pacientů, jak teda vlastně postupujete při té terapii, mohl byste mi to nějak shrnout?

No tak, už jsem se to snažil naznačit, s tím pacientem samozřejmě se musíme domluvit, že asi ta psychická, nějaký ten psychický podklad těch potíží by tam mohl být. Teď je otázkou jestli se na tom dohodnem na ten první kontakt, anebo až na nějaký další, to je samozřejmě různý, mělo by se vyloučit to somatický onemocnění, to znamená nějaký základní vyšetření by tam být mělo, určitě. V tom jako orgánu, kterýho se to týká a pokud všechno vyloučíme, ty nálezy jsou normální, no tak pak samozřejmě je na místě se jako domluvat o tom, jestli to je psychického charakteru, nebo nějaký odklad tam je nebo není a co s tím budeme dělat. Jo samozřejmě část pacientů se naštvě, část pacientů je rád, že na to takhle přišla řeč a spolupracuje dobře, takže pak teda buď ta léčba probíhá u nás anebo toho pacienta ještě směřujem, pokud to tady nechce. Ale v kompetenci praktika to samozřejmě je, jako do určitý jako do určitý tíže, takže není důvod aby se tomu praktici nevěnovali no..

Hmm jo, dobře, je ještě něco, co byste k tématu chtěl dodat. Třeba nějaký příklad z praxe, nebo něco co vás tíží v této otázce?

No, asi ne, tak já jako, myslím si, že z hlediska vaší práce bych k tomu chtěl dodat, že asi přístup praktiků k tomu je různý. A nějaký kolegové, jak říkám, to popíraj, nechtěj to dělat, nechtěj ten koncept přijmout, některý zase u některých bych řek, že jsou v tomhle směru nastavený až přespříiš, a těm pacientům vycházej jako bych řek až nadstandardně vstříc, znám případy samozřejmě kolegů, který to strkaj a nechtěj to, pak znám až sebezničující případy praktiků, který jako se těm lidem tak věnujou, až jako je to samotný dokáže strávit, takže takže zas asi vzhledem k tý psychosomatice zase platí mezi doktorama ta Gaussova křivka, nepochybně to zdravý jádro těch doktorů s tím nějak pracuje no, ale samozřejmě záleží na klientele, záleží na organizačních možnostech, protože zase jiná je práce ve městě, jiná je práce na venkově, takže určitě i z hlediska tý práce by bylo zajímavý tohle porovnat. Z hlediska dostupnosti tý péče, tak tam určitě ty rozdíly budou.