

PSYCHOTERAPIE V ČESKÉM ZDRAVOTNICTVÍ

Psychotherapy in health care in the Czech Republic

Jiří Růžička

ABSTRAKT

Článek poskytuje rámcovou topografii psychoterapie v českém zdravotnictví. Rozlišuje mezi a) neklinickou a pozitivní psychoterapií a b) psychoterapií klinickou. Další osa je vedena školami a směry. Autor konstatuje, že převládá eklektický nebo volně integrativní přístup, je zde ale několik pracovišť, kde převažuje směr jeden (psychoanalytický a psychodynamický, kognitivně behaviorální, v menší míře systemický, existenciální, daseinsanalytický). V diagnostickém zaměření převládá orientace na neurotické potíže, osobnostní poruchy, psychoticky nemocné. Psychoterapie je ale prováděna u všech hlavních dg. kategorií i věkových skupin. Je zde okolo 20 pracovišť s psychosomatickým zřetelem. Psychoterapie je provozována ambulantně, stacionárně, na psychiatrických i somatických odděleních. Vzdělávání je podmíněno atestací a vzděláním v akreditovaném psychotherapeutickém programu ověřeném certifikací po certifikovaném kurzu. Výzkum v PT je dosud fragmentovaný a tematicky úzký. Článek nabízí klinickou kazuistiku.

Klíčová slova: neklinická a pozitivní psychoterapie, klinická psychoterapie, psychotherapeutická pracoviště, směry, školy, psychotherapeutický program, vzdělávání, výzkum

ABSTRACT

The paper offers a rough topography of psychotherapy in the Czech healthcare. It draws a line between a) non-clinical and positive psychotherapy and b) clinical psychotherapy. Another axis goes between schools and systems. The author states that an eclectic or loosely integrative approach predominates; however, there are several

facilities where one system (psychoanalytic and psychodynamic, cognitive-behavioural, to a lesser extent systemic, existential, daseinsanalytical) prevails. In the diagnostic orientation, a focus to neurotic difficulties, personality disorders, and patients with psychosis is dominant. However, psychotherapy is performed for all major diagnostic categories and all age groups. There are about 20 facilities with psychosomatic aspect. Psychotherapy is performed for outpatients, in day care centres, in psychiatric and somatic wards. Education is determined by the certification and training in an officially authorized psychotherapeutic programme verified by certification after certified course. A research in psychotherapy is still fragmented and thematically narrow. Text includes the clinical case.

Key words: non-clinical and positive psychotherapy, clinical psychotherapy, psychotherapeutic facilities, systems, schools, psychotherapeutic programme, education, research

Metoda našeho pojednání je klasifikačně deskriptivní s několika analytickými sondami. Opírám se o faktografické údaje, které jsou tříděny do příslušných kategorií. Zevrubná studie by vyžadovala komplexní, výzkumně analytický projekt.

•••

Ve zdravotnictví je psychoterapie dvojí. Klinická a neklinická, jejíž podskupinou je psychoterapie pozitivní. Klinická se zabývá nemocemi, neklinická pak ostatními potížemi a problémy, které jako nemoc definovat dost dobře nelze, neboť z ní nevychází nebo není její léčbou. První kategorie je jasná, druhou je třeba přiblížit.

1. NEKLINICKÁ PSYCHOTERAPIE VE ZDRAVOTNICTVÍ, PSYCHOTERAPIE POZITIVNÍ

a) Patří sem psychoterapie, které se zabývají nikoliv pacienty, ale např. rodinnými příslušníky pacientů. Názorné je to třeba u rodinných příslušníků pacientů trpících závislostí nebo pacientů dětských, kdy je třeba se zabývat psychoterapeuticky rodiči, nebo celou rodinou (Langmeier, Balcar, Špitz, 2010; Nešpor, 2001).

b) Pozitivní psychoterapie je poskytována nemocným, u nichž je diagnóza nikoliv duševní, ale somatická (např. nefrologická onemocnění, karcinomy, některé druhy neplodnosti, nezvratné změny způsobené úrazy pohybového ústrojí, přípravy na složité operace, dermatologie a popáleniny atd.). Psychoterapie má nezřídka poradenskou a na osobnostní rozvoj zaměřenou podobu i roli (Vymětal, 2007, 2010). Tak např. psychoterapie u lidí s pohybovým či jiným handicapem se zaměřuje na rozvoj potenciálu, který nebyl nemocí vůbec nebo jen částečně postižen či jej lze navzdory onemocnění využít paradoxně. Tuto terapii, podobně jako je tomu v psychologii, je adekvátní nazvat psychoterapií pozitivní (srov. Křivohlavý, 2004; Snyder, Lopez, 2002).

c) Nakonec je zde psychoterapie užita ve svých aplikacích. U nás byla rozvinuta na úrovni evropské špičky v 80. letech v péči o děti jeslového věku, kde se stala součástí systému péče o dítě, dětský kolektiv a rodinu, ale upadla v zapomnění. Příkladem ze současnosti je klinický koučink (Růžička, 2012b), nácviky různých s nemocemi a zdravím souvisejících dovedností, např. asertivity, bioenergetických či jiných na tělo zaměřených postupů přinášejících větší spokojenost s vlastním tělem, spirituální rozvoj po traumatických zkušenostech spojených s rekonvalescencí, duševní a sociální rekonvalescence, adaptace na nové role a postavení související s novou nebo posunutou tělesnou identitou po úrazech, transplantacích, chirurgických změnách pohlaví aj. (Vymětal, 2004).

2. KLINICKÁ PSYCHOTERAPIE

I ve srovnání s vyspělou Evropou je postavení psychoterapie v našem zdravotnictví poměrně dobré. Ve stejné relaci je však u nás psychoterapeutů ve zdravotnictví méně, poměr se liší země od země, nehledě na to, že psychoterapie klinická je poskytována mimo zdravotnictví na Západě běžně, u nás nikoli nebo pod zakrývajícím a nepravdivým názvem poradenství, přičemž tuto praxi nepřímou a paradoxně udržují názory panující v části současného Výboru České psychoterapeutické společnosti. Tato situace i srovnání by si zasluhovaly adekvátní nápravu v souladu s platnými normami Štrasburské deklarace, ke kterým se ČPS LS JEP zavázala. K tomu je nezbytná angažovanost psychoterapeutů, celá věc závisí na členech ČPS, kteří mohou do věci mluvit přímo.

2.1 Psychoterapeutická péče ambulantní. Je s jistým menším omezením, tzv. maximální úhradou, hrazena ze zdravotního pojištění. Pacient ji také může obdržet v registrovaných zdravotních pracovištích za přímou úhradu. Psychoterapie je poskytována v ambulancích klinických psychologů a psychiatrů a několika desítkami klinických somatických specialistů. V ambulancích najdeme představitele prakticky všech významných psychoterapeutických směrů a škol, které se zabývají léčbou duševních poruch. Převážná většina z nich pracuje individuálně, menší část skupinově, setkáme se s kolegy poskytující rodinnou a párovou terapii, a to zejména systemickou. Některá zařízení využívají léčebnou komunitu. Menší počet provádí rodinnou psychoanalýzu, řada integrativních kolegů je ovlivněna transakční analýzou. Patrný vliv na rodinnou terapii zanechala jednak Satirová (2003), velice živá je pak systemická rodinná terapie (Gjuríčová, Kubička, 2009) spolu s narativním přístupem (Chvála, Trapková, 2004). Je škoda, že u nás takřka vymizelo psychodrama, které v podání současné jihoamerické psychoterapie přináší nečekané možnosti skloubení neuvědomované transgenerační

dějové linie rodinného příběhu, vyjádřeného emotivně expresivním dramatickým ztvárněním, bezprostřední reflexí a souběžným diferencovaným vhladem do situace rodiny jejich členy, tak i aktivním terapeutem (Gershoni, 2003). Individuální psychoterapie je nejčastěji integrativní a pragmaticky eklektická, dále pak psychodynamická, psychoanalytická, v neposlední řadě existenciální, rogeriánská, daseinsanalytická, gestaltistická aj. Nesmíme ovšem zapomenout na nemalý počet kognitivně behaviorálních terapeutů. KBT je dynamicke se vyvíjejícím směrem, který již pracuje s vědomými i nevědomými kognitivně emočními systémy mentálních vztahových reprezentací, jež se uplatňují v získaných formách i projevech duševních potíží. U nás je řada psychoterapeutů, kteří mají výcvik jak v KBT, tak v jiném psychoterapeutickém směru, a svoje vzdělání kombinují v praxi. Na tělo zaměřená psychoterapie se uplatňuje nejen individuálně, ale i skupinově, a to nejen u psychosomatických poruch. Česká daseinsanalýza do zahraničí uvedla a rozvíjí původní českou podobu komunitně skupinové daseinsanalytické terapie, dále pak vlastní metodu rozhovoru nazvanou vyrozumívání (Růžička, 2012a), aktivní DA imaginaci a klinický koučink (Růžička, 2012b).

2.2 Odborná péče na psychoterapeutických odděleních. V ambulancích lékařů, zpravidla psychiatrů a klinických psychologů, je psychoterapeutická péče proplácená zdravotními pojišťovnami. Proplácí se tehdy, má-li registrované zdravotní pracoviště smlouvu se zdravotními pojišťovnami. Psychoterapeutickou péči proplácejí zdravotní pojišťovny na základě vykázaní psychoterapeutických výkonů podle Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami vydaného Ministerstvem zdravotnictví ČR. Vedle jednotlivých psychoterapeutických výkonů vypracovávají psychoterapeutické týmy psychoterapeutické programy. Ty jsou souborem léčebných forem a metod po-

skytovaných v průběhu celého dne, resp. týdne a celého léčebného pobytu. Jsou sestavovány podle různých, na škole či směru závislých kritérií. Některé programy začleňují patientskou léčebnou komunitu, tradičně oddělení závislostí, ale i oddělení a stacionáře pro poruchy příjmu potravy, neurotiky, psychotiky, sexuální deviace aj. Psychoterapeutická oddělení jsou prakticky ve všech psychiatrických léčebnách. Denní stacionáře, kterých je okolo dvaceti, nemají samostatný status, ale patří do ambulantní péče. V psychiatrických léčebnách i stacionářích některé psychoterapeutické výkony provádějí pod dohledem a s garancí v psychoterapii vzdělané zdravotní sestry nebo také nezdravotníci. Jsou to sociální pracovníci, speciální pedagogové a jiní. Tato ne zcela výjimečná praxe se mezi pracovišti poměrně značně liší.

2.3 Krizová a psychosociální centra poskytují krizovou a sociální intervenci spolu s nezbytnou stabilizační psychiatrickou a psychoterapeutickou sociálně-právní péčí. Některá centra jsou zdravotnická (RIAPS), jiná jsou nezisková občanská sdružení (např. Anabell, Remedium, Fokus, Eset-Help), charitativní zařízení i církevní domy. Uplatňuje se v nich krizová psychoterapeutická intervence, práce s traumaty a posttraumatickým syndromem, psychoterapeutické i rodinné, sociální a právní poradenství. Spolupráce mezi zdravotníky a sociální sférou je účelná i nezbytná (Špatenková et al., 2011).

2.4 Psychoterapeutické programy bývají integrativní či eklektické (Knobloch, Knoblochová, 1993; Kratochvíl, 2012). Na jednom pracovišti působí více psychoterapeutů s různě zaměřeným psychoterapeutickým vzděláním. Ti svoji práci vykonávají tak, aby skladba programu využívala jejich vzdělání a pacientům se dostalo rozmanitých a vzájemně se doplňujících psychoterapeutických metod a technik. Tento přístup je u nás rozšířen nejvíce, neboť patří k české

psychoterapeutické tradici. Pragmaticnost se upřednostňuje před teoretickou doktrínou. První český a v zahraničí respektovaný psychoterapeutický systém s pragmatickými rysy je komunitně skupinový systém vypracovaný Skálou, Urbanem a Rubešem a jeho varianta z dílny F. Knoblocha (Růžička, 2011) má řadu pokračovatelů a alternativ. V době normalizace zde bylo mnohem méně psychoterapeutů, vyškolených jen v několika málo směrech. Ti působili zejména v psychiatrických léčebnách, na psychiatrických odděleních, speciálních odděleních pro léčbu závislosti nebo na několika nemocničních dětských odděleních. Aby mohli psychoterapii vůbec vykonávat, museli spolupracovat, což vedlo k vytvoření nových pracovišť i psychoterapeutických programů. Pozoruhodná byla Horní Palata a PL Lobeč, protialkoholní odd. Apolinář a Lojovice, PO Sadská, PL Kroměříž, PL Šternberk, PL Brno, PL Opava a několik málo menších, jako např. DS Ondřejov a OÚNZ Praha 4. Každé z nich se vyznačovalo osobitým stylem práce, programovou nápaditostí a svébytnou organizací. Jejich zakladatelé ovlivnili i vzdělali několik psychoterapeutických generací. Eklektická pracoviště nejsou nutně orientována na speciální druh onemocnění, najdeme mezi nimi zařízení zaměřená na neurotickou klientelu a osobnostní poruchy i další potíže léčené v jednom programu (např. PL Kroměříž, PL Šternberk, klinika Eset Praha), stejně tak jako program pro psychózy poskytovaný klinikou Eset Praha, DS Ondřejov Praha, PL Praha Bohnice, PL Opava aj., u nichž se provádí psychoterapie pro potíže ve vztazích, psychoedukace a nácvik sociálních dovedností, kognitivní deficity, selhávání v sociálních rolích či sociálních dovednostech, a to individuálně, skupinově i s rodinou. Dále jsou to programy pro poruchy příjmu potravy, např. PK Praha, sexuální deviace PL Praha Bohnice, PL Havlíčkův Brod a PL Horní Beřkovice, pro mladé matky Ústav lékařské psychologie Brno.

Existuje několik zařízení, která se vymezují podle **příslušnosti k určitému směru**. Prvním svého druhu byla dnes již zaniklá skupinově psychodynamicky orientovaná Lobeč, založená Knoblochem. Psychoterapeutický program Lobeče i Palaty vycházel z psychodynamického zaměření a ostatní aktivity byly spíše komplementární.

Jednoznačně definované **psychoanalytické či psychodynamické** pracoviště stacionárního typu nebo samostatné oddělení nemocnice u nás nemáme, i když v nich psychoanalytické uvažování a psychodynamická praxe převládá. Takovým zařízením je např. Psychoterapeutické centrum Břehová a Horní Palata. Je zde kombinována individuální psychodynamická nebo psychoanalytická terapie s psychodynamickou skupinou a/nebo skupinovou analýzou. Na obou pracovištích se využívá arteterapie, pohybová terapie a relaxační postupy – a to pro různé druhy pacientů, trpících zejména neurotickými a osobnostními poruchami.

Převážně **kognitivně behaviorální pracoviště** představuje nynější Psychiatrické centrum v PL Bohnice, kde se KBT využívá v celém průběhu léčby a následné péče. KBT zde směřuje ke zvládnutí projevů stresu, úzkostí a deprese. Program je doplněn prvky z asertivity, arteterapie a pohybové terapie. Další léčebný program je určen pacientům s onemocněním schizofrenního okruhu, akutních a přechodných psychotických poruch a schizoafektivní poruchy.

2.5 Psychoterapie a psychosomatika (Faleide, Lilleba, Faleide, 2010). Psychosomatických pracovišť, která se takto vymezují, je okolo dvaceti. Tato zařízení kombinují různé druhy psychoterapie ve spolupráci s lékaři jiných odborností, nebo provádějí nepsychoterapeutické léčebně rehabilitační výkony v kombinaci s individuální, skupinovou a rodinnou psychoterapií, fyzioterapií, masáží, pohybovou a taneční psychoterapií. Využívají se i alternativní metody jako akupunktura, akupresura, homeopatie atp. Patří mezi ně Středisko komplexní terapie

psychosomatických poruch v Liberci, Psychosomatická klinika Praha, Oddělení léčebné rehabilitace a léčby bolesti Praha 9, Centrum komplexní péče Dobřichovice, Psychoterapeutická a psychosomatická klinika Eset Praha, psychosomatické odd. PL Štenberk. Je třeba jmenovat Ústav lékařské psychologie a psychosomatiky v Praze, který učí mediky lékařské psychologii a psychoterapii v každodenní medicínské praxi. Jen málo pracovišť se zaměřuje na soustavné provádění a sledování souběhu farmakoterapie a psychoterapie a jiných léčebně rehabilitačních metod. Systematické studie se objevují ojediněle (Psychiatrické centrum Praha, PL Kroměříž, PO Liberec, ESET Praha).

2.6 Dětská a dorostová psychoterapie (Langmeier, Balcar a Špitz, 2010). S prováděním psychoterapie dětí se setkáme v psychiatrických i psychologických ambulancích, v krizových centrech a denních sanatoriích i lůžkových odděleních nemocnic a léčeben. Komplexní psychoterapeutické programy pro děti a dospívající se provádějí v Dětské PL Opařany a Velká Bíteš, v DPO Praha Motol, v PK Brno Bohunice, na dětských odděleních v PL Praha Bohnice a v PL Kroměříž a jistě i jinde. V některých případech je úloha psychoterapie v léčbě hlavní (neurózy a reaktivní poruchy), jindy má úlohu pomocnou a doplňuje se s jinými léčebnými a podpůrnými postupy (těžké vývojové poruchy, závažná onemocnění jako je schizofrenie, onkologická onemocnění, dlouhodobá somatická onemocnění). I když se dětská a adolescentní psychoterapie od psychoterapie dospělých liší, základní principy jsou stejné. V psychoterapii dětí a mládeže je třeba respektovat vývojovou úroveň dětského a dorostového klienta, proto se v mladších věkových skupinách psychoterapie podobá hře, výtvarné nebo pohybové činnosti. Více než u dospělých pacientů se u dětí pracuje s celými rodinami, významný je podíl systemické a psychodynamické psychoterapie v práci s rodinou. Dětská a dorostová psychoterapie je

většinou integrativně-eklektická s převahou té či oné školy či směru. Patrný je vliv kontinentálních i britských analytických autorů (zejména Freudová, Kleinová, Bowlby, Winnicot, Meadová, Spitz, Fonagy, na klienta orientovaná psychoterapie Rogerse, u nás Matějček, jeho žáci a další).

2.7 Indikace pro psychoterapii jsou standardně podloženy psychologickou a/nebo psychiatrickou diagnostikou. Do psychoterapie jsou zváni lidé prakticky se všemi psychopatologickými diagnózami, i když je zde individuální výběr. Během normalizace se psychoterapie obtížně prosazovala u psychotických pacientů. Indikováni jsou prakticky všichni pacienti spadající do kategorie duševních poruch a poruch chování podle Mezinárodní klasifikace nemocí v 10. revidovaném vydání.

1) Organické poruchy (F00–F09) psychoterapii vyžadují nikoli jako metodu 1. volby, ale spíše jako podpůrnou či adjuvantní metodu.

2) Psychoterapie je hojně využívána u poruch nálad a chování vyvolaných psychoaktivními látkami (F10–F19).

3) U schizofrenie a schizofrenních poruch s bludy (F20–F29) – dnes již je běžné, že psychoterapie se dostává i psychotickým pacientům, což ještě před dvaceti roky nebylo standardní. (Psychoterapií psychóz se již v 70. letech minulého století zabývaly Strossová, Kocábová a Syřišťová.)

4) U poruch afektivních (F30–F39), včetně nemocí označovaných dříve jako endogenní deprese a

5) u osobnostních poruch (F60–F69), dříve označovaných jako anomální psychický vývoj a psychopatie, či v psychoanalytické literatuře uváděných jako charakterové neurózy (Dušek, Janík, 1974; Fenichel, 1945; Mysliveček, 1956) bývá psychoterapie předepsána.

6) U diagnóz mentální retardace (F70–F79) je psychoterapie indikována v závislosti na stupni nebo formě opoždění.

7) U poruch psychického vývoje (F80–F89) je psychoterapie kombinovaná se

speciální pedagogikou, logoterapií a farmakoterapií, potřebná je součinnost rodiny, včetně její případné terapie.

8) Obdobná praxe se specifickými postupy platí pro poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a adolescenci (F90–F98).

9) U nespecifických poruch je indikována dle potřeby pacientů a uvážení odborníků. Psychoterapie bývá souběžná s jinými léčebnými metodami, z nichž nejvýznamnější je farmakoterapie. Pozn.: v cizině je běžné, že spolu nebo bez pastorační péče je psychoterapie poskytována umírajícím (Tavel, 2009).

2.8 Vzdělávání poskytují psychoterapeutické instituty školící v mezinárodně uznávaných směrech a školách schválených ČPS LS JEP v souladu s EAP (Evropská asociace psychoterapie), jíž je ČPS členem. ČPS LS JEP pak prostřednictvím své Akreditační komise schvaluje pro zdravotnictví psychoterapeutické výcvikové programy psychoterapeutických institutů nebo jiných vzdělávacích institucí. Dříve funkční specializaci, nyní certifikovaný kurz psychoterapie může obdržet klinický psycholog, psychiatr a lékař specialista v klinickém oboru poté, co projde vzděláním v akreditovaném psychoterapeutickém programu a složí příslušnou komisní zkoušku. Určitým metodologickým i odborným problémem tohoto atestu je, že finální část přípravy důsledně nerespektuje odlišnosti směrů, škol, přístupů, ani odbornou a osobní identitu jednotlivců. Je však prováděna přátelsky. Vzdělání v psychoterapii ve zdravotnictví je do značné míry srovnatelné s evropskými standardy¹.

3. PŘÍKLAD KLINICKÉ PSYCHOTERAPIE, KAZUISTIKA

Kazuistika sem byla zařazena proto, že ilustruje souběh příznaků duševní poruchy,

které se vyvíjely postupně a přecházely z jedné do druhé diagnostické kategorie. Jejich výskyt je propojen se somatickými projevy a potížemi a je patrné, jak s potížemi bylo psychoterapeuticky ve prospěch oné ženy nakládáno.

38letá vysokoškolačka se do naší péče dostala po půlroční hospitalizaci v psychiatrické léčebně, kde byla léčena pro depresi. Současně také trpěla nechutenstvím a gastritidou, která byla konzultována s gastroenterologem. Před hospitalizací se dramaticky rozešla se svým manželem. Po rozvodu a odchodu se plačtivé rozlady, sociální izolace a ztráta životní orientace rozrostly v depresi. Nutkavě bilancovala svoje manželství, posléze celý život. S bilancováním rostly výčitky svědomí, neláska k sobě samé, zanedbávala hygienu i péči o zevnějšek. V léčbě byla vedena jako těžší deprese, ve které dominovala ztráta životního elánu a zájmu o sociální okolí, nechutenství, opomíjení kontaktů s blízkými lidmi, únava, ospalost a skleslost se u ní střídala s noční nespavostí.

V PL dostávala Dogmatil a Remeron, které byly později vystřídány Seroxatem a Espritem. Bolesti žaludku vedly k diagnostikování gastritidy a byl konstatován preulcerózní stav. Střídavé bolesti v podbříšku byly spojeny s podrážděním a nevýrazným zánětem vaječníků a vejcovodů, bylo vyloučeno urologické onemocnění, apendicitida a endometrióza (srov. Dítě, Seifert et al. 2003). V léčbě byl stav konziliárně sledován gynekologem. Během pobytu se somatické obtíže zmírnily nebo vymizely, též těžší depresivní ladění ustoupilo, i když v mírnější podobě přetrvávalo. Postupně, ale bez radosti, se zapojila do života na oddělení, posléze byla propuštěna. V tomto stavu k nám byla doporučena do následné péče.

Klinický obraz, zjištěný během pobytu v PL, byl na našem pracovišti potvrzen. Později jsme na základě dalších anamnestických údajů a zjištění v následném psychoterapeutickém procesu dodali diagnózu F68, osobnostní porucha zpracování tělesných symptomů z psychických důvodů. Mladá

¹ (viz www.europsyche.org/contents/13489/european-certificate-for-psychotherapy-ecp, nebo www.europsyche.org).

žena nastoupila tříměsíční psychoterapeutický pobyt v denním stacionáři (dále DS). Klíčovým byl vztah k manželovi. Paní inženýrka ho nesmírně milovala. Byl to muž, který odpovídal nejen jejím snům, ale zjišťovala, že jí imponuje v mnoha oblastech, na které dříve ani nepomyslela. Byl zábavný, vynalézavý a měl rád společnost, byť žili na odlehlem venkově. Postupně zjišťovala, že se nejen dobře zaučuje ve zcela novém prostředí, ale společnost zvířat a venkovní práce jí přinášely dříve nepoznanou radost. S manželem mohla mluvit o čemkoli, byl výborným diskutérem a široce vzdělaným společníkem. Milostný život jí přinášel nová potěšení, k nimž se připojila blaženost z toho, jak se rozvíjelo a naplňovalo její ženství. Idylická doba však měla být dočasná. První vážný šrám způsobilo manželovo prudké odmítnutí jejího přímého dotazu, kdy by mohli mít rodinu. Udivilo a hluboce jí otrásl, jak hrubě a radikálně návrh zavrhl. Poté z domova na nějakou dobu odešel, po návratu byl chladný a zdrženlivý. Navzájem se odcizili. Zjišťovala též, že holduje alkoholu, zanedbává povinnosti a s postupem času na ni přenášel čím dál tím více prací na usedlosti. Zjistila, že má další vztah, který ani netajil, onu ženu za její přítomnosti zval do domu. Soužití se stalo natolik nesnesitelné, že po hádkách a ponižujících konfliktech došlo k rozvodu a odchodu mladé paní z domova.

Hovory v DS se točily okolo manželství. Posléze přijala, že to, co se stalo, není její vina, a rovněž sice s bolestí, ale také s úlevou připustila, že její láska k manželovi byla upřímná, oddaná a opravdová, a tím i důvěřivá a bezelstná. Pochopila, že proměnu exmanželova chování nezavinila ona, pouze se ukázalo to, co manžel nikdy před tím neřekl, že s ní nemá zájem mít děti. Nahlédla jeho rozdílné životní postoje, s úlevou připustila, že ne vlastní hloupostí, ale z nedostatku času i příležitostí nemohla některé rysy jeho povahy uvidět. Její stav se opět zlepšil. Znovu se začala zajímat o milovanou literaturu, obnovila některá stará přátelství a navázala

nová. Přesto však nežila radostně, z jejího dřívějšího elánu, činorodosti a zaujatosti pro život mnoho nezbylo. Měla za to, že se musí smířit s faktem, že život je vlastně krutý, ideje jsou čirou naivitou a láska že se v dnešní době stala přežitkem a pozůstatkem falešné měšťácké ideologie. Pokračovala v užívání mírných dávek psychofarmak (Seroxat).

Po několika měsících se její vzhled, držení těla i chování začaly měnit k horšímu. Tvář měla nezdravě odulou, také i jinde v podkoží se objevily edémy, ztratila dřívější jemnost i pohybovou eleganci. Přibrala na váze, pohybovala se toporně, jako robot. Přidaly se bolesti hlavy, svalstva, útroby. „*Jako by byla vycpaná*“, prohlásil v určité etapě léčby někdo z psychoterapeutické dvojice. Tento postřeh i ostatní dojmy, které jsme z ní měli, vyústily ve sdělení: „*Jako byste byla v celém svém těle naplněná čímsi cizím, nějakou masou, ano, jakýmsi vetřelcem.*“ Po tomto prohlášení pacientka ztuhla, začala lapat po dechu, vypadala, že zkolabuje. Pokoušela se něco říci, ale bylo vidět, že její mysl proudí tolik myšlenek, že je nebyla s to zachytit do slov. Pak zaplavená potem vyběhla na toaletu. Až vše asi po hodině skončilo, vrátila se bílá, zemdlená, ale již přítomná. „*Všechno ze mne na tom „hajzlu“ vyšlo ven, bylo to snad horší než porod,*“ řekla. Celá skupina jí poskytla podporu a zájem. Očista v mírnější formě probíhala i doma. Pak přišla na další skupinové setkání, a to v mnohem lepší fyzické kondici i náladě. Za další dva či tři týdny jsme ji nemohli poznat. Elegantní, v letních šatech, celá zkrásněla. Deprese prakticky vymizely. Na několika skupinách po oné události vyprávěla, co se s ní stalo: „*Když jste mi řekli, že mám v sobě vetřelce, doslova mne to rozstřelilo. Už jsem se nemohla ani ovládnout, ani kontrolovat. Šlo to ze mne horem, dolem, vyšlo ze mne všechno, co mi zaplňovalo svaly, břicho, genitálie, střeva, žaludek, celé útroby. Měla jsem to v hlavě, v mozku, očích, všude. Byla jsem prorostlá svým „bývalým“ a vším, co k němu patřilo, a vůbec jsem o tom nevěděla.*“ Katarze byla mimořádně účinná. Po určité době

se její léčba ukončila s ujištěním, že se může dle potřeby do terapie vrátit.

Po dvou letech toho využila. Hubená a s nezdravou pletí, vertebrogenními, zažívacími i menšími gynekologickými potížemi a ztrátou na váze vypověděla nejen o tom, jak báječně se jí dařilo po minulé psychoterapii, ale také o zmařeném přátelství s kamarádkou. Příliš se podrobila jejím nárokům, začala pochybovat o svých názorech, mínění o sobě samé bylo otřeseno. Trpěla neklidem, úzkostmi, ztrátou nálady i zájmu o jí drahé činnosti. Protože měla zkušenosti s psychoterapií a uměla z ní těžit, pomohlo jí několik skupinových setkání k obratu. Přestala se nejen bát setkání s kamarádkou, ale změnila i své chování k ní. Začala být asertivní a díky obnově vědomí vlastní hodnoty a sebeúctě i sebevědomá. Opět začala jíst, bolesti v zádech ustoupily, upravil se menstruační cyklus. Chodit na psychoterapii nyní nepotřebuje, jako dočasnou pojistku bere antidepressiva, která podle poslední zprávy postupně vysazuje.

Komentář. Případový zlomek poukazuje na to, že:

1. Lidský život, existence, je na různých úrovních organizace, tkáňovou úrovní počínaje, prožíváním a vědomím svých hodnot, chováním a jednáními, projevy ve vztazích tělesně (srov. Taschdjian, 1975). Tělesnění lidské existence na mikro- i makromolekulární úrovni se za normálních okolností projevuje ve fyziologických mezích, za nepříznivých životních okolností však dochází k tělesnění patologickému (Boss, 1975; Levenson, 2006).

2. Psychoterapií ovlivňujeme stav člověka nejen na úrovni makro somatické, ale pronikáme i do nižších úrovní lidského tělesného uspořádání a fungování (srov. Skyttner, 2006). Změny v emocích se projevují nejen na zbarvení pokožky, svalovém napětí, galvanickém odporu, fungování orgánů atp., ale lze je zobrazovacími metodami spatřit i na úrovni molekulárních struktur CNS (Denny, Kober, Wager, Ochner et al., 2012). Bez

kulturních kontextů, konkrétních vztahů, životních hodnot, citů, konání a jednání však nemůžeme lidské tělesnosti, jakožto tělesnění našeho pobývání na světě rozumět (Patočka, 1995).

3. Léčba psychoterapií v medicíně je účinná. Podobně jako farmakoterapie a jiné druhy léčby má svá specifika, své limity i rizika.

4. Poukazuje na užitečnost spolupráce mezi různými odbornostmi.

5. V případové studii je patrná součinnost různých odborností. Ta je ve zdravotnictví možná spíše v léčebnách nebo na specializovaných pracovištích. Pokud je psychoterapie prováděna mimo zdravotnictví, pak psychoterapeutickému zařízení nic nebrání v tom, aby si takovou spoluprací sjednalo.

6. Byla vybrána úspěšně probíhající psychoterapeutická léčba psychosomatického pacienta. Lze předvést také léčbu neúspěšnou a na ní ukázat psychoterapeutické chyby i limity její působnosti. Takový případ by však předpokládal zcela jiné zadání. Tato kazuistika má pouze poukázat na možnost její indikace, aplikace i léčebnou situaci v denním stacionáři ve spolupráci s dalšími odborníky.

ZÁVĚREM

Prohlížíme-li si pomyslnou mapu psychoterapie v českém zdravotnictví prostřednictvím internetu, shlédneme na pestrý obraz často nesourodých subjektů, programů i personálních skladeb. Pokud nemáme bližší přístup jiných než oficiálních zdrojů, ne vždy se dostaneme k přesným, výstižným a určujícím informacím o pracovištích. Mapa je rovněž nerovnoměrná pokrytím psychoterapeutickou péčí jak regionálně, tak s ohledem na potřebnost a dostupnost lidí. Podobně je tomu i se zastoupením směrů a přístupů, nejbohatěji je zastoupena Praha a velká města. Velké rozdíly lze vidět v regionech. Platí, že čím chudší a sociálně slabší region je, tím méně se mu dostává psychoterapeutické péče. (Koncem 90. let byl na půdě České psychoterapeutické společnosti

vytvořen Drahotou adresář psychoterapeutů, ten však pro spory ve výboru ČPS nebyl ani úplný, ani nebyl novelizován).

Výjimečně se pracoviště zabývají sledováním vlastních léčebných výsledků, a to jak pozitivních, tak negativních. Srovnání účinnosti jednotlivých metod a směrů psychoterapie nebylo u nás dosud důkladně provedeno. Výzkumy mají parciální a úzce zaměřený charakter. Důvodem je nejen malá výzkumná kapacita zdravotníků a potřebné finanční i odborné zázemí. Nevidím zájem MZČR ani zdravotních pojišťoven, které by v opačném případě mohly zjišťovat, zda a jak jsou vynaložené finanční náklady na prevenci, léčbu a rehabilitaci efektivní. Tato praxe je ve vyspělých sousedních zemích běžná. Psychoterapie je dynamicky se vyvíjejícím oborem. Je jen otázkou času, kdy se stane samostatným oborem běžně studovaným v bakalářském i magisterském a doktorškém stupni na univerzitách a vysokých školách (Velká Británie, Finsko, Norsko, Rakousko, u nás FSS MU Brno). Postupně se stává samostatnou profesí (viz EAP, Professional Competencies, www.europsyche.org.). Úplné psychoterapeutické vzdělání bude pravděpodobně dosažitelné trojí cestou. Jednak bude nasedat na některou pomáhající profesi, jak je tomu nyní, nebo se člověk stane psychoterapeutem, když vystuduje pomáhající profesi a psychoterapii v navazujícím magisterském programu psychoterapie nebo vystuduje bakalářský a magisterský program oboru psychoterapie. Lze předpokládat, že všechny varianty získané odbornosti budou udržovány a dále rozvíjeny dalším celoživotním vzděláváním.

V textu nebylo reálné probrat všechny okruhy ani problémy, které se psychoterapie ve zdravotnictví týkají. Je jistě možné se při další příležitosti některými zabývat speciálně.

LITERATURA

- BOSS, M., 1975. *Grundriss der Medizin und der Psychologie*. Stuttgart: Huber.
- DENNY, B., KOBER, H., WAGER, T. D., OCHNER, K. N. (2012). A meta-analysis of functional neuroimaging studies of self and other judgments reveals a spatial gradient for mentalizing in medial prefrontal cortex. *Journal of Cognitive Neuroscience*. 24(8), 1742–1752.
- DÍTĚ, P., SEIFERT, B. et al. (2003). Prevence a léčba gastropatie z nesteroidních antireumatik. In: *Aktualizované doporučené postupy pro praktické lékaře*. Praha: Petronius.
- DUŠEK, K., JANÍK, A. (1974). *Diagnostika duševních poruch*. Praha: Avicenum.
- FALEIDE, A. O., LILLEBA, L. B., FALEIDE, E. K. (2010). *Vliv psychiky na zdraví: soudobá psychosomatika*. Praha: Grada.
- FENICHEL, O. (1945). *The Psychoanalytic Theory of Neuroses*. New York: Norton.
- GERSHONI, J. (2003). *Psychodrama in the 21st Century: Clinical and Educational Applications*. New York: Springer.
- GJURIČOVÁ, Š., KUBIČKA, J. (2009). *Rodinná terapie: systemické a narativní přístupy*. Praha: Grada. Edice Psyché.
- CHVÁLA, V., TRAPKOVÁ, L. (2009). *Rodinná terapie psychosomatických poruch. Rodina jako sociální děloha*. Praha: Portál.
- KNOBLOCH, F., KNOBLOCHOVÁ, J. (1993). *Integrovaná psychoterapie v akci*. Praha: Grada.
- KRATOCHVÍL, S. (2005). *Skupinová psychoterapie v praxi*. Praha: Galén.
- KRATOCHVÍL, S. (2012). *Základy psychoterapie*. Praha: Portál.
- KŘIVOHLAVÝ, J. (2004). *Pozitivní psychologie*. Praha: Portál.
- LANGMEIER, J., BALCAR, K., ŠPITZ, J. (2010). *Dětská psychoterapie*. Praha: Portál.
- LEVENSON, J. L. (2006). *Essentials of Psychosomatic Medicine*. Richmond: American Psychiatric Press.
- MYSLIVEČEK, Z. (1956). *Speciální psychiatrie*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství.
- NEŠPOR, K. (2001). *Vaše děti a návykové látky*. Praha: Portál.
- PATOČKA, J. (1995). *Tělo, společenství, jazyk, svět*. Praha: Oikoyemenh.
- RŮŽIČKA, J. (ed.) (2011). *Komunitní a skupinová psychoterapie v české perspektivě*. Praha: Triton.
- RŮŽIČKA, J. (2012a). Making Empathic Deductions, Inward-Understanding. In: *Daseinsanalyse. Jahrbuch für phänomenologische Anthropologie und Psychotherapie*. Wien.

- RŮŽIČKA, J. (2012b). Klinický koučink a psychoterapie. *Psychiatria-Psychoterapia-Psychosomatika*. 19 (1), s. 34–39.
- SATIROVÁ, V. (2003). *Vytváranie kontaktu*. Interný materiál pre CPPS. Bratislava.
- SKYTTNER, L. (2006). *General Systems Theory: Problems, Perspectives, Practice*. 2nd Ed. Singapore: World Scientific.
- SNYDER, C. R., LOPEZ, S. J. (eds.) (2002). *Handbook of positive psychology*. New York: Oxford University Press.
- ŠPATENKOVÁ, N. et al. (2011). *Krizová intervence pro praxi*. Praha: Grada. Edice Psyché.
- TASCHDJIAN, E. (ed.) (1975). *Perspectives on General Systems Theory. Scientific-Philosophical Studies*. New York: George Braziller.
- TAVEL, P. (2009). *Psychologické problémy v starobe I*. Pusté Ujány: Schola philosophica.
- VYMĚTAL, J. et al. (2004). *Obecná psychoterapie*. Praha: Grada. Edice Psyché.
- VYMĚTAL, J. et al. (2007). *Speciální psychoterapie*. Praha: Grada. Edice Psyché.
- VYMĚTAL, J. (2010). *Úvod do psychoterapie*. Praha: Grada.
- Doc. PhDr. Jiří Růžička, Ph.D. je psycholog, klinický psycholog, psychoterapeut, rektor PVŠPS a ředitel kliniky Eset. Ve spolupráci i sám založil některé organizace a zařízení, mj. víkendový psychoterapeutický stacionář PO Sadská, víkendový stacionář Linky důvěry PL Kosmonosy, kliniku Eset, AKP ČR, Pražskou psychoterapeutickou fakultu (s J. Skálou), Pražskou vysokou školu psychosociálních studií (s J. Skálou), Pražskou vysokou školu psychosociálních studií (s J. Skálou), spolu s O. Čálkem a spolupracovníky Českou daseinsanalytickou společnost. Prošel psychoanalytickým výcvikem a byl tréninkovým analytikem, výcvikem SUR, psychedelickým výcvikem, rogeriánským výcvikem, jungiánským výcvikem v aktivní imaginaci, ČIS výcvikem. Publikuje a vyučuje u nás i v zahraničí, je autorem nebo spoluautorem osmi knih, okolo 150 odborných článků a textů. Je členem našich i zahraničních odborných společností.*
- Došlo do redakce 29. 4. 2013, v revidované verzi 26. 6. 2013. K publikaci přijato 28. 6. 2013.*