

KONCEPCE OBORU

909 Psychosomatická medicína

AUTOŘI:

MUDr. Vladislav Chvála, Doc. PhDr. Daniela Stackeová, Ph.D., Doc. MUDr. Jiří Šimek, CSc., Doc. MUDr. Jiří Beran, CSc., MUDr. David Skorunka, Ph.D., MUDr. David Holub, Ph.D.

OPONENTI:

Doc. MUDr. Seifert, Ph.D., Doc. MUDr. PhDr. Jan Poněšický, Ph.D.

1. PREAMBULE: SOUČASNÁ PSYCHOSOMATICKÁ MEDICÍNA

Zohlednění psychického stavu pacienta a vlivu jeho sociálního okolí tradičně patřilo k základním východiskům lékařského umění. Prudký rozvoj biomedicínského poznání a biotechnologií od šedesátých let minulého století postupně celosvětově zastínil psychosomatické uvažování a rozvoj psychosomatické medicíny se dostal do pozadí. V posledních desetiletích došlo ve světě k bouřlivému rozvoji neurověd, výzkumu traumatu a vzniku nových interdisciplinárních oblastí poznání, které potvrzují platnost bio-psycho-sociálně-ekologického modelu zdraví a nemoci (Skorunka, 2019; Poněšický, 2021). V řadě zemí EU dnes máme vědecky zakotvenou psychosomatickou medicínu, která poskytuje diferenciální diagnostiku, prevenci a kauzální léčbu funkčních poruch a psychosomatických onemocnění. Zohledňuje somatické, psychické, sociální i duchovní aspekty stonání každého jedince zvlášť. Vzájemnou provázanost všech těchto vrstev přesvědčivě dokládají současné výzkumy v oblasti neurověd, vývojové psychologie a psychologie zdraví (Siegel, 2020).

2. DEFINICE, PŘEDMĚT A CÍL OBORU

Psychosomatická medicína je nástavbovým oborem postaveným na základě bio-psycho-sociálního pojetí zdraví a nemoci (Engel, 1977). Plní specifické úkoly léčebně preventivní, integrační a metodické při zavádění tohoto pojetí do zdravotních služeb všech oborů. Hlavním cílem je obohacení biologického pohledu medicíny o psychické a sociální rozměry stonání důsledným propojováním somatické a psychosociální problematiky u pacientů. Na rozdíl od většiny specializačních oborů, které zpravidla zužují pohled na úzce definovanou problematiku, specializace v psychosomatické medicíně se soustředí na mezioborovou spolupráci nejen mezi lékaři, ale dalšími odborníky.

Psychosomatická medicína je v této fázi vývoje samostatným oborem proto, že propojení somatické a psychosociální problematiky je jak pro pacienty, tak pro odborníky obtížné.¹ Medicínské obory jsou specializacemi, fungujícími ve vlastních diagnostických koncepcích a metodách. Podobně jako ve všeobecném praktickém lékařství, pracovník v psychosomatické medicíně vychází z koncepcí, metod a technologií jiných oborů a z mezioborové spolupráce, ale navíc klade důraz především na zkoumání

¹ Nejde jen o deficit v pregraduálním či postgraduálním vzdělávání. Problém je takřikající strukturální. Není žádný obecně přijatý pojem, který by implicitně zahrnoval duševní i tělesné. (Šebek 2102)

psychosociálního rozměru obtíží a možnosti jejich ovlivnění ve prospěch pacienta. To teprve může být základem funkční mezioborové spolupráce.

Nositelé zvláštní odborné způsobilosti v psychosomatické medicíně jsou lékaři všech klinických oborů (s výjimkou hygieny a epidemiologie, soudního lékařství a patologie), kteří splnili podmínky vzdělání (nástavbová atestace) (MZ, 2015). Pracovníci v oboru jsou lékaři, kliničtí psychologové a fyzioterapeuti. Psychosomatická medicína je nadstavbou nad jejich obory. Proto se za činnost v oboru psychosomatická medicína nepovažují standardní diagnostické a léčebné metody jejich původních oborů, jako je prosté klinické vyšetření nebo psychoterapie. Psychosomatická konzultace nebo psychosomatická intervence jsou mezioborovým propojením těchto činností, ať již provedených nebo doporučených.

3. VYMEZENÍ ČINNOSTI OBORU

3.1. HLAVNÍ ČINNOSTI

- 3.1.1. Organizuje péči o pacienty, jejichž tělesné příznaky jsou významně spojeny s psychickou a sociální komponentou a nestačí pro jejich úzdravu jen biologicky orientované intervence.
- 3.1.2. Aktivně usiluje o týmovou mezioborovou spolupráci. Zkoumá a hodnotí bio-psycho-sociálně-ekologické vlivy na vznik a vývoj onemocnění v různých klinických oborech.
- 3.1.3. Navrhuje optimální způsob léčby.
- 3.1.4. Vyhodnocuje efektivitu léčby, kterou provádí.
- 3.1.5. Podporuje vzdělávání lékařů klinických oborů a činnost psychosomatických sekcí v rámci dalších OS.
- 3.1.6. Podporuje výzkum orientovaný na bio-psycho-sociálně-ekologické aspekty stonání.
- 3.1.7. Podporuje zavádění výuky psychosomatického přístupu v pregraduální přípravě lékařů i nelékařských zdravotnických profesí.
- 3.1.8. Podporuje rozvoj pracovišť podle místních podmínek tak, aby psychosomatická péče byla dostupná.
- 3.1.9. Podporuje jednání lékařů s pojišťovnami.
- 3.1.10. Garantuje kvalitu psychosomatické péče při vytváření doporučených postupů bio-psycho-sociálně orientované péče ve spolupráci s dalšími obory.

3.2. DIAGNOSTICKÉ KATEGORIE

Hlavním kritériem pro zařazení pacienta do psychosomatické péče je způsob jeho stonání a průběh onemocnění. Je nápadný tím, že převážně tělesný příznak, funkční porucha nebo kombinace tělesných a psychických potíží nereagují na obvyklou somatickou léčbu, nález neodpovídá udávaným potížím, i když je pacient dobře somaticky vyšetřen a symptomy trvají více než 3 měsíce. Máme v zásadě dvě možnosti, jak nemocného diagnosticky kvalifikovat (Chromý, 2005):

- A. Psychické a behaviorální faktory spojené s poruchami nebo nemocemi klasifikovanými jinde (F54) + kód vystihující prezentovanou poruchu
Jako hlavní diagnózu použijeme F54 z kapitoly duševních a behaviorálních poruch, která je vyhrazena právě pro psychosomatické stavy (Psychické a behaviorální faktory spojené s poruchami nebo nemocemi klasifikovanými jinde). Jde o tzv. „plusovou“ diagnózu, tj. takovou diagnózu, která by neměla stát samostatně a je pomocí znaménka „+“ spojena s další somatickou diagnózou označenou hvězdičkou. Uváděny bývají tyto příklady: astma F54+J45*, ekzém F54+L25*, vředová choroba žaludku F54+K25* atd.

B. Pacient splňuje kritéria některé „psychosomatické“ diagnózy z kapitoly F. Hlavním rysem je opakované uvádění tělesných symptomů se stálými žádostmi o lékařské vyšetření, navzdory opakovaným negativním nálezům a ujišťování lékaře, že příznaky nemají žádný tělesný podklad (MUS). Jestliže existují nějaké tělesné poruchy, pak nevysvětlují povahu a rozsah symptomů nebo tíseň a starosti pacienta. I když začátek a trvání symptomů má úzkou souvislost s nepříjemnými životními událostmi, obtížemi nebo konflikty, obvykle pacient odmítá pokusy diskutovat o možnosti psychologických příčin. Míra porozumění, ať už fyzickým nebo psychologickým příčinám, kterou lze dosáhnout, je často pro pacienta i lékaře frustrující a přinášející jim zklamání (MKN 10, 1992). Nejčastěji se psychosomatické onemocnění projevuje pod obrazem následujících diagnostických jednotek:

- F43.1 Posttraumatická porucha
- F43.2 Poruchy přizpůsobení, zejména:
 - F43.28 Jiná porucha přizpůsobení – s psychosomatickými příznaky,
- F44 Dissociativní (konverzní poruchy), především:
 - F44.4-7 Dissociativní poruchy motoriky a citlivosti
- F45.0 Somatizační porucha
- F45.1 Nediferencovaná somatizační porucha
- F45.2 Hypochondrická porucha
- F45.3 Somatoformní vegetativní dysfunkce (na pátém místě diagnostického kódu se rozlišuje primárně postižený systém):
 - F45.30 Srdce a kardiovaskulární systém (zahrnuje: srdeční neurózu, syndrom Da Costaův, neurocirkulační asthenii)
 - F45.31 Horní gastrointestinální trakt (zahrnuje: žaludeční neurózu, psychogenní aerofagii, škytavku, dyspepsii a pylorospasmus)
 - F45.32 Dolní gastrointestinální trakt (zahrnuje: psychogenní plynatost, syndrom „dráždivého tračníku“, psychogenní průjem)
 - F45.33 Respirační systém (zahrnuje: psychogenní formy kašle a hyperventilace)
 - F45.34 Urogenitální systém (zahrnuje: psychogenní pollakisurii a dysurii)
 - 45.38 Jiné orgány nebo systémy
- F45.4 Přetrvávající somatoformní bolestivá porucha,
- F45.8 Jiné somatoformní poruchy
- F48.8 Jiné specifikované neurotické poruchy
- F50 poruchy příjmu potravy
- F51 neorganické poruchy spánku
- A na hranicích s psychiatrií také
- F32.8 a F33.8 jiná depresivní a jiná rekurentní depresivní porucha – s psychosomatickými příznaky
- F41. smíšená úzkostně depresivní porucha zvláště s častými somatickými vegetativními projevy

3.3. STANDARDNÍ POSTUPY

3.3.1. Pacient je chápán jako subjekt, který se na své léčbě aktivně podílí a je do určité míry spoluodpovědný za její průběh. Vztah terapeut – pacient je vztahem partnerským, i když je založený na spolupráci a není zcela symetrický, pokud jde o odborné znalosti a dovednosti. Významnou součástí léčby je subjektivita pacienta, jeho prožívání a porozumění co nejširším souvislostem jeho nemoci. Individuální přístup k pacientovi vyplývá logicky z jedinečnosti jeho bio-psycho-sociální reality. Pokaždé je nutné spolu s pacientem, případně i s jeho rodinou hledat jedinečné řešení pro léčbu jeho

onemocnění v kontextu terapeutického vztahu/aliance (Trapková, 2017; Poněšický, 2019).

- 3.3.2. Součástí vědeckých základů psychosomatické medicíny je systémová teorie (Bertalanffy, 1968). Ta vychází mimo jiné z principů cirkulární kauzality, vzájemného ovlivňování tělesných, psychických a sociálních systémů (Luhmann, 1984; Rüegg, 2020; Siegel, 2020) Reakce v jednom systému vede k ovlivnění obou dalších a zákonitá cirkularita procesu buď pomáhá udržovat fyziologickou, nebo patologickou rovnováhu s vývojem tělesných či psychických příznaků (Tress, 2008).
- 3.3.3. Objektivizace tělesných potíží (klinické vyšetření, laboratoř) má pro lékaře stejný význam jako subjektivní stav a prožívání nemocného s ohledem na psychosociální souvislosti v síti jeho vztahů v dané kultuře. Tak integruje a respektuje bio-psycho-sociální provázanost somatických projevů nemocí. Úvodní vyšetření je bio-psycho-sociální anamnézou, ať už je použita technika časové osy, OPD II, nebo jiná bio-psycho-sociálně orientovaná technika rozhovoru (Tress, 2008).
- 3.3.4. Psychosomatická medicína vychází z multifaktoriální etiologie onemocnění. Z tohoto pohledu lze u každého biologicky se projevujícího onemocnění předpokládat jistý vliv psychických i sociálních faktorů (Engel, 1977). Prvotním úkolem psychosomatické medicíny je proto zvažovat v každém jednotlivém případě, jsou-li psychosociální faktory významné či zanedbatelné. Podle toho se pak rozhodovat, zda doporučit psychosomatickou terapii, a také s ohledem na kapacitu psychosomatických pracovišť a na jejich ekonomické možnosti.

4. ZÁKONY, VYHLÁŠKY, PŘEDPISY A STRATEGICKÉ PLÁNY VZTAHUJÍCÍ SE K OBORU

- 4.1. Zákon č. 372/ 2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů
- 4.2. Vyhláška MZ č. 286/2013, v násl. předpisech, kterou byla psychosomatická medicína zařazena mezi nastavbové obory
- 4.3. Věstník MZ 2015, částka 5 z 29.4. 2015 s náplní oboru v novelizovaném vydání 2021
- 4.4. Vyhláška 505/2020 ze dne 7.12.2020 o znalecké činnosti, kde je mezi ostatními obory znalecké činnosti jmenována také psychosomatická medicína
- 4.5. Národní akční plán pro duševní zdraví 2020 až 2030. Specifický cíl 5.3: *Zajistit efektivní koordinaci péče o duševní a somatické zdraví (do roku 2030).*

5. VĚDECKÉ ZÁKLADY PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY A JEJÍ ÚČINNOST

5.1. BIO-PSYCHO-SOCIÁLNÍ MODEL

Základem psychosomatické medicíny je biopsychosociální model, který je v současné době nejucelnějším, nejkompaktnějším a nejdůležitějším konceptem, v němž je možné porozumět zdraví a nemoci člověka (Engel, 1977). Psychosomatická medicína je tak vědeckým přístupem ke zdraví a nemoci, který bere v úvahu vzájemné vztahy a vzájemné působení biologických, psychologických a sociálních faktorů (McDaniel, Doherty, Hepworth, 2013). I když byl tento model přijat WHO již v r. 1977, jeho převedení do praxe mnoho dlužíme především proto, že mu není věnována dostatečná pozornost v pregraduální přípravě lékařů a také pro přílišnou atomizaci a specializaci lékařských oborů. Psychosomatická medicína dnes integruje nejnovější poznatky neurověd, výsledky klinických pozorování, terapeutické zkušenosti a opírá se podstatným způsobem také o empirické výzkumy (Uexküll, 2003; Tress, 2008). Tento přírodovědný a zobecňující postoj kombinujeme v klinické praxi s rozuměním, ve kterém jde o individuální smysl nemoci v aktuální životní situaci pacienta.

5.2. VÝVOJOVÁ PSYCHOLOGIE A NEUROVĚDY

Psychosomatická medicína teoreticky vychází z poznatků vývojové psychologie, z analyticko-psychodynamických a systemických konceptů, ale dnes se opírá především o výzkumy neurověd. Ty podávají četné důkazy o neuroplasticitě, o změnách struktury a funkcí mozku v důsledku vývojových traumat, působením stresu či působením nevědomých intrapsychických nebo i vědomých transpersonálních konfliktů. Současné neurovědy přinášejí stále více důkazů o vlivu emočně-vztahových zkušeností v raných fázích života jedince na vývoj struktur mozku a jejich propojení s dalšími důležitými systémy organismu (Skorunka, 2019). Existují důkazy o možnosti normalizace těchto změn a vlivu na fungování a regulace důležitých neurofyzilogických systémů psychologickými prostředky (Siegel, 2020; Skorunka, 2021).

5.3. EPIGENETIKA A PSYCHOFYZIOLOGIE

Komplexitu psychosomatického propojení dokládají i epigenetické výzkumy. Naděje genetiky, že pro každou nemoc se najde vadný gen, se nenaplnila. Naopak, stále více se ukazuje, jak jsou aktuální psychosociální podněty překládány do akutní či chronické poruchy fyziologických a biochemických funkcí nebo do přestavby struktury neuronálních sítí (Waite, Ryan, 2019). Výzkumy prokazují významný vliv psychosociálních faktorů na transkripční aktivitu genů (Surani, 2001). Tím epigenetika na biologické úrovni potvrzuje, že i vlivy výchovného prostředí, vztahové faktory obecně i zátěžové situace mohou vyvolat reverzibilní změny genové exprese (Hiraoka, 2020).

Důsledky těchto procesů potvrzují i nové vědní disciplíny (psychoneuroimunologie a psychoneuro-endokrinologie), které objevují, zkoumají a potvrzují vztahy mezi chováním a prožíváním na jedné straně a endokrinními funkcemi nebo aktivitou signálních molekul imunitního systému na straně druhé. Postupně se tedy vyjasňují ty procesy a jejich podmínky, o nichž se v psychosomatické medicíně ze zkušenosti předpokládalo, že jsou podstatné pro vznik a udržování nemocí a na něž je vhodné působit pro obnovení zdraví (Wilson, 2017).

Psychosomatická medicína využívá relevantních aktualizovaných důkazů medicíny, neurověd, psychofyzilogických disciplín a psychoterapie při diagnostice, rozhodování a plánování péče o jednotlivé pacienty a stejně tak při přípravě pregraduálního i postgraduálního vzdělávání.

5.4. POSOUZENÍ MEDICÍNSKÉ EFEKTIVITY

Rozsah diagnóz, kterým se věnuje psychosomatická medicína, je široký. V posledních desetiletích je pozornost výzkumníků věnována tzv. medicínsky nevysvětleným příznakům (MUS), které představují pro současnou medicínu velký problém (van Dessel, 2014). O účinnosti psychologických intervencí u pacientů s medicínsky nevysvětlitelnými příznaky, kteří významně zatěžují náš zdravotnický systém, není v odborné literatuře pochyb (Řiháček, 2017; Koelen, 2014). Fakt, že většina lékařů nemá znalosti a trénink v oblasti psychosociálních aspektů stonání, znemožňuje tento potenciál využít. Nestačí tyto pacienty jen odkázat na klinické psychology a psychoterapeuty. Lékař musí diferencovat pacienty na ty, kteří jsou vhodní pro psychoterapii, od takových, u kterých postačí psychosomatické vzdělání lékaře². Efektivitu může ovlivnit i to, zdali lékař dovede s psychoterapeuty a klinickými psychology spolupracovat. Než lékař doporučí a odešle, musí umět specifickým způsobem vytvořit bezpečí a probudit zájem o dostupné aspekty

² Česká verze vzdělávání v psychosomatické medicíně neobsahuje úplné psychoterapeutické vzdělání. O to se stará jiná OS ve spolupráci s MZ, a adept musí splňovat podstatně více hodin přípravy v souladu s evropskými požadavky na vzdělávání psychoterapeutů.

psychosomatického stonání. Neverbální rozměr psychosomatické poruchy vyžaduje od lékaře rozšířené dovednosti nad rámec než vedení standardního medicínského rozhovoru.

Efektivita a dlouhodobá účinnost psychosomatické léčby a psychoterapie, přesto, že se mnohem obtížněji zkoumá než farmakoterapie, byla potvrzena v řadě studií. V rozsáhlé metaanalýze, která sledovala 103 publikovaných prací, je uváděna míra efektu Hedges=0,71³. Výrazné efekty byly zaznamenány při hodnocení celkové kvality života, střední pak u psychologických a tělesných symptomů (Albani, 2020). Jinde kontrolovaný efekt psychologických intervencí na intenzitu somatických symptomů v metaanalýzách vychází mezi $d = 0,22$ a $0,40$ (Menon, 2017; Van Dessel, 2014; Gerger, 2015; Kleinstäuber, 2011; Lakhan, 2013). Pre/post efekty (čili velikost změny, která během terapie nastala, ale kterou nemůžeme spolehlivě celou připisat terapii) vychází u somatických symptomů mezi $d = 0,70$ (Kleinstäuber, 2011) a $d = 0,80$ (Koelen, 2014).

6. NAVRHOVANÁ STRUKTURA OPTIMÁLNÍ SÍTĚ ZDRAVOTNÍ PÉČE OBORU

Optimální velikost sítě musí být laděna podle lokálních potřeb (požadavky pacientů a pojišťoven) i možností (vzdělání a zájem lékařů) a bude se vyvíjet v čase. Nejvýhodnější je stav, kdy je celý zdravotnický systém nastaven na bio-psycho-sociální pojetí zdraví a nemoci. To však s ohledem na šíři potřebného vzdělání nebude ještě dlouho reálné. Za dostatečnou musíme pokládat kombinaci základní psychosomatické péče v ordinaci praktických lékařů, ať už pro dospělé nebo děti a dorost (základní psychosomatická péče), s určitým procentem ambulantních specialistů, kteří obohatí svou specializovanou péči o zvláštní odbornou způsobilost v psychosomatické medicíně, s týmovými ambulantními pracovišti, stacionáři či lůžkovými zařízeními vyčleněnými pro psychosomatické pacienty (klinická psychosomatika). Vrcholným vzděláním pak disponuje lékař s atestací z psychosomatické medicíny i úplným vzděláním v psychoterapii (psychosomatická psychoterapie). Tak je vzdělávání i praxe psychosomatické medicíny v České republice organizovaná jako tříступňová. Jednotlivé typy pracovišť jsou tato:

6.1. ZÁKLADNÍ PSYCHOSOMATICKÁ PÉČE

Nejširší síť lékařů poskytujících základní psychosomatickou péči tvoří odborníci, kteří absolvují akreditovaný kurz základní psychosomatické péče podle Věstníku MZ 2015, částka 5 z 29.4. 2015 s náplní oboru v novelizovaném vydání 2021. Jde o rozšířené vzdělání lékaře, které mu umožní organizovat péči o své pacienty tak, aby měl vyčleněné hodiny své praxe, ve kterých se věnuje specifickým potřebám psychosomatických pacientů. Nástrojem je především reflektující rozhovor se zaměřením na psychická a sociální témata související s chronickým způsobem stonání (Chvála, 2020). Součástí reformy primární péče je vytváření podmínek pro sdružování praxí jako cesty k větší kvalitě, efektivitě a bezpečnosti primární péče. Lze si představit, že do budoucna bude mít ve sdružené praxi jeden z lékařů psychosomatickou erudici.

- **Náplň a činnost pracoviště:** Běžná ordinace VPL rozšířená o základní psychosomatickou péči.
- **Navrhovaná velikost spádového území:** Postupné rozšiřování podle potřeb terénu bez limitu.
- **Personální vybavenost:** Lékař absolvent akreditovaného kurzu základní psychosomatické péče.
- **Technická a prostorová vybavenost pracovišť:** Totožné s vybavením ordinace VPL.
- **Navazující zázemí, dostupnost konziliárních služeb:**
 - NsP s komplementem stejně jako u VPL.

³ podle Cohena (1988) malý efekt: 0,2-0,5, střední efekt: 0,5-0,8, silný efekt: více než 0,8.

- Týmové pracoviště specializované na psychosomatické pacienty podle spádu, ambulantní, stacionář nebo i lůžkové
- Síť psychoterapeutických služeb ve zdravotnictví
- Supervize, např. Balintovská skupina⁴
- Fyzioterapeutická pracoviště
- **způsob spolupráce s dalšími zdravotnickými i nezdravotnickými službami:** Sociální a psychoterapeutické služby mimo zdravotnictví (rodinné poradny, školská SVP, adiktologická pracoviště).

6.2. ORDINACE LÉKAŘE S PSYCHOSOMATICKOU ATESTACÍ (KLINICKÁ PSYCHOSOMATIKA)

Praktický lékař nebo specialista, který splnil podmínky k získání zvláštní odborné způsobilosti v psychosomatické medicíně, pracuje ve svém oboru, případně (po dohodě s dalšími OS) v nově označené ordinaci (ordinace psychosomatické urologie, kardiologie, GIT, gynekologie, pediatrie, dermatologie atp.). Věnuje se díky rozšířenému vzdělání kromě běžné klientely také komplikovaným chronickým pacientům, jejichž způsob stonání vyžaduje kromě biologické také psychosociální intervenci. Komplexní, cílené a kontrolní psychosomatické vyšetření umožňuje postihnout somatické, psychické a psychosociální aspekty onemocnění, rozpoznat etiologické souvislosti mezi nimi a posoudit jejich patogenní význam. Umožní naplánovat a správně cílit etiologicky zaměřenou komplexní terapii a získat pro ni také pacienta⁵. Formulací terapeutických cílů dodá novou kvalitu diagnostice a léčbě chronických psychosomatických onemocnění. Hlavním léčebným nástrojem je psychosomatická intervence. Rozhovorem se lékař snaží u pacienta navodit změnu nebo dodat informace, které ke změně povedou. Lékař pomáhá poskytnout nemocnému naději, oporu, vytvořit přemostění od tělesně orientovaného porozumění nemoci k porozumění širším souvislostem. Podporuje reflexi, hledání psychologických souvislostí se subjektivně významnými a zatěžujícími skutečnostmi. Nezbytnou součástí je individualizovaná edukace směřující k rozšíření náhledu a zvýšení motivace ke komplexní léčbě. Průběh léčby lékař hodnotí společně s pacientem, případně koriguje cíle, kterých chce pacient dosáhnout v konkrétním časovém období. Snaží se pacienta vést k aktivnímu podílu na léčbě.

- **Náplň a činnost pracoviště:** Běžná ordinace VPL či specialisty rozšířená o psychosomatickou péči.
- **Navrhovaná velikost spádového území:** Postupné rozšiřování podle potřeb terénu a vzdělání lékařů v každém okrese. Spádové území není určeno. Rovnováha mezi běžnými a psychosomatickými ordinacemi se vytvoří podle podmínek a zájmu lékařů a pacientů sama.
- **Personální vybavenost:** Lékař se zvláštní odbornou způsobilostí v psychosomatice (nástavbová atestace)
- **Technická a prostorová vybavenost pracovišť:** Totožné s vybavením ordinace VPL či specialisty rozšířená o prostor k rozhovoru.
- **Navazující zázemí, dostupnost konziliárních služeb:**
 - NsP s komplementem stejně jako u VPL či specialisty

⁴ Supervize je metoda reflexe, která je v psychosociálních službách u nás zavedena jako samozřejmá podmínka práce. Balintovská skupina je specifická metoda reflexe komplikovaných lékařských případů, kterou pro lékaře vypracoval MUDr. M. Balint, která má v naší zemi tradici. Balintovští trenéři prodělali výcvik a jsou sdružení v Balintovské sekci ČPřS JEP.

⁵ Psychosociálně zaměřenou léčbu nelze nařizovat ani pacientovi vnucovat.

- Týmové pracoviště specializované na psychosomatické pacienty podle spádu, ambulantní, stacionář nebo i lůžkové
- Síť psychoterapeutických služeb ve zdravotnictví
- Supervize, např. Balintovská skupina
- Fyzioterapeutická pracoviště
- **Způsob spolupráce s dalšími zdravotnickými i nezdravotnickými službami:** Sociální a psychoterapeutické služby mimo zdravotnictví (rodinné poradny, školská SVP, adiktologická pracoviště).

6.3. TÝMOVÉ AMBULANTNÍ PRACOVIŠTĚ SE STACIONÁŘEM NEBO BEZ NĚJ

Pro léčbu závažnějších poruch jsou zřizována další specializovaná ambulantní pracoviště případně stacionáře, kde může být pacient v celodenním léčebném programu po dobu 6-8 týdnů. Zde se uplatní výhody týmové spolupráce. Je zřejmé, že v psychosomatické léčbě je nutné integrovat biologické a psychosociální složky medicíny. K tomu je třeba zapojit psychosomatickou psychoterapii. Psychosomatický tým je víc než jen součtem odborností jednotlivých členů. Ve spolupráci a interakci nad společnými pacienty tým zraje jako celek, obsahuje kompetence, které se vzájemně doplňují a obměňují podle potřeb konkrétních pacientů a jejich rodin. Týmy jsou diagnosticko-terapeutickým nástrojem psychosomatické medicíny. ⁶ Měly by v něm být, pokud možno, zastoupeny následující odbornosti:

- somatický lékař s nástavbovou atestací z psychosomatiky, případně psychoterapie
- psychiatr psychoterapeuticky vzdělaný
- fyzioterapeut
- klinický psycholog, psychoterapeut, další.

Vytváření bezpečné atmosféry a porozumění spolu s poučeným zacházením s terapeutickým rámcem a hranicemi je jedním z hlavních úkolů psychosomatického týmu. K tomu slouží případové intervize, supervize a týmová supervize externím supervizorem.

- **Náplň a činnost pracoviště:** Pracoviště je k dispozici ostatním lékařům, kteří sem odesílají komplikovanější pacienty se složitým bio-psycho-sociálně podmíněným onemocněním. Pracoviště disponuje možnostmi fyzioterapeutických, psychoterapeutických tak i socioterapeutických léčebných postupů (rodinná terapie).
- **Navrhovaná velikost spádového území:** Minimální cíl sítě psychosomatických pracovišť je 1 pracoviště v okrese, nebo 1 pracoviště na 100 tis. obyvatel.
- **Personální vybavenost:** Lékař se zvláštní odbornou způsobilostí v psychosomatice (nástavbová atestace), psychiatr s úplným vzděláním v psychoterapii, klinický psycholog, psychoterapeut, fyzioterapeut, zdravotní sestra.
- **Technická a prostorová vybavenost pracovišť:** Čekárna, recepce, zázemí zdravotnického personálu, jednotlivé ordinace vybavené pro rozhovor a psychoterapii, místnost pro skupinovou terapii, místnost pro fyzioterapii a na tělo orientovanou psychoterapii. V případě stacionáře také kuchyňka pro pacienty, jídelna, prostor pro cvičení, arteterapii a další techniky.
- **Navazující zázemí, dostupnost konziliárních služeb:**
 - NsP s komplementem stejně jako u VPL či specialisty
 - Síť psychoterapeutických služeb ve zdravotnictví

⁶ Výborným dokumentem o interdisciplinárních týmech je materiál „Metodika zavádění multidisciplinárního přístupu v péči a podpoře lidí s duševním onemocněním“ vydaný MZ rámci projektu „Podpora zavedení multidisciplinárního přístupu k duševně nemocným“, registrační číslo CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_039/0007038

- Supervize týmu, supervize případová, odborné semináře
- Další fyzioterapeutická pracoviště.
- **Způsob spolupráce s dalšími zdravotnickými i nezdravotnickými službami:** Sociální a psychologické služby mimo zdravotnictví (rodinné poradny, školská SVP, adiktologická pracoviště).

6.4. LŮŽKOVÁ/AMBULANTNÍ ZAŘÍZENÍ (CHARAKTERISTIKA)

Jednotlivá oddělení somatické medicíny nebo psychiatrie mohou podle svého uvážení vyčlenit část svých lůžek jako psychosomatickou stanici. V čele týmu, který je podobný jako v případě ambulantního týmového pracoviště, stojí lékař se zvláštní odbornou erudicí v psychosomatické medicíně. Léčba přijatých pacientů se řídí pravidly komunitní péče s pevným programem, ve kterém je zastoupena psychoterapie, pohybová terapie, arteterapie, muzikoterapie a další vhodné techniky podle výběru a možností daného týmu. Velikost spádového území nenavrhujeme, protože zřizování takových pracovišť je plně v kompetenci vedení nemocnic. Také personální a věcné vybavení se odvíjí od plánovaného programu, zaměření (např. Stanice pro léčbu psychosomatických poruch pohybového aparátu, Stanice psychosomatické urologie atp.) a musí být určeno individuálně podle místních podmínek.

6.5 NEMOCNIČNÍ CONSULTATION LIAISON PSYCHIATRY PODLE LIPOWSKYHO

Tam, kde dobře funguje v minulosti zavedený způsob vnášení psychiatrického pohledu do somatické péče prostřednictvím psychosomaticky poučeného psychiatra na somatickém oddělení, může být rozvíjen. Ten pracuje spíše s personálem oddělení tak, aby mu pomohl porozumět pacientům. S těmi je však třeba dále pracovat ambulantně, protože samotné označení onemocnění jako psychosomatického potíže neodstraní.

7. VZTAHY OBORU S BLÍZKÝMI OBORY: 101, 305, 306, 309, 910, 901, 902, 931

Je zřejmé, že se psychosomatická péče překrývá se všemi klinickými obory, když usiluje o doplnění jejich péče o psychosociální okolnosti stonání. V tomto směru je nejbližší všeobecnému lékařství (101), kde je zakotvena jako základní psychosomatická péče. S některými, jako je psychiatrie, dětská psychiatrie, sexuologie, klinická psychologie a psychoterapie, si je z principu také blízká. Zčásti se s nimi překrývá tak, že je nenahrazuje, ale rozšiřuje a doplňuje v teorii i praxi vědecky podloženými poznatky psychosociálních věd.

7.1 VZTAH S PSYCHOTERAPIÍ (910)

Psychosomatická medicína je významně ovlivněná psychoterapií (910), avšak vzdělávání lékařů v psychosomaticce se obsahem a počtem hodin ani zdaleka neblíží obsahu komplexního vzdělávacího programu v psychoterapii, který je nutný pro specializační vzdělávání v psychoterapii. Zatímco ostatní klinické obory zajišťují z dobrých důvodů čím dál užší specializace, psychosomatická vnáší do praxe naopak rozšíření pohledu. Vzala si za úkol zobecňovat to, co je všem klinickým oborům společné, totiž vliv psychosociálních okolností na vývoj nemoci, na léčbu i prevenci nemocí. Studuje systémové síly ve vztazích kolem pacienta a umí s nimi pracovat. V tomto ohledu čerpá zejména z teorie a praxe rodinné terapie, individuální psychoanalýzy a skupinových psychodynamicky orientovaných programů. Psychosomatická praxe překlenuje prostor mezi čistě somatickou medicínou a psychoterapií, který je pro řadu pacientů obtížně překonatelný.

7.2 VZTAH S PSYCHIATRIÍ, DĚTSKOU A DOROSTOVOU PSYCHIATRIÍ (305,306)

Na rozdíl od psychiatrie (305), dětské a dorostové psychiatrie (306) se psychosomatika nevěnuje jasně definovaným čistě psychiatrickým pacientům, jejichž péči tito odborníci zajišťují. V ambulantní i ústavní psychiatrické péči se samozřejmě objevují tzv. psychosomatictí pacienti. Ale hlavní zaměření psychiatrie je léčba duševních poruch. Psychosomatictí pacienti se vyskytují podle typu (zpravidla) somatického příznaku především v ordinacích všech ostatních odborností. Nemají důvod konzultovat s psychiatrem a z pohledu psychiatra jsou obvykle v pořádku. Často se obávají psychiatrické stigmatizace a představa „psychického“ původu jejich potíží je zklamává a odrazuje od další spolupráce. V případě dětských pacientů je psychosomatické vzdělání pediátrů, dětských neurologů, dermatologů, rehabilitačních lékařů a dalších somatických oborů, a také pedopsychiátrů, ještě potřebnější než u dospělých. Dětské stonání je vždy úzce propojeno s psychosociální dynamikou vztahů v rodině a se zdravím ostatních členů rodiny, zejména rodičů, (Doherty, 1983; McDaniel, Doherty, Hepworth, 2013, Trapková, 2017). Lékař s alespoň základním psychosomatickým vzděláním může v krátkých rozhovorech s doprovázejícími rodiči mnohem lépe provádět diferenciální diagnostiku tak, že se s větší pravděpodobností snižuje frekvence návštěv, množství opakovaných vyšetření i množství předepisovaných léků. Na rozdíl od psychiatra je psychomatický lékař připravený rozpoznávat vysokou incidenci souběžných somatických poruch, které se mohou rozvíjet souběžně s psychosomatickým stonáním.

7.3 VZTAH S KLINICKOU PSYCHOLOGIÍ A S DĚTSKÝMI PSYCHOLOGY (901, 931)

Spolupráce lékařských klinických oborů s klinickými psychology (901) a s dětskými psychology (931) je už ve zdravotnictví zavedená. Kliničtí psychologové a dětstí kliničtí psychologové jsou jako vysokoškolstí zdravotničtí pracovníci nelékaři samozřejmě součástí týmů na psychiatriích i v mnoha somatických oborech. Zajišťují psychologickou diagnostiku a ti z nich, kteří získali navíc příslušnou specializaci, poskytují v indikovaných případech systematickou psychoterapii, která vyžaduje mnohem větší časovou dotaci, než umožňuje běžná lékařská praxe. Psychosomaticky vzdělaný lékař si tedy s ostatními lékaři ani s psychology nekonkuruje, ale naopak, dovede lépe a účinněji indikovat, motivovat a zpřístupnit pacientům psychologickou a psychoterapeutickou péči.

7.4 VZTAH SE SEXUOLOGIÍ (309)

Současná sexuologie (309) je psychosomatice nejbližší tím, že této erudice lze dosáhnout z různých oborů (psychiatrie, gynekologie, urologie, klinická psychologie). Sexuologie se zabývá především poruchami sexuality. Ta je v psychosomatické praxi také významným tématem v souvislosti s tím, že je často zdrojem napětí v intimních vztazích nemocného. Cílem intervence zde však je snížení somatizace v celém systému, nejen zlepšení sexuálních funkcí.

7.5 VZTAH S FYZIOTERAPIÍ (902)

Odborníci ve fyzioterapii (902) se setkávají často s psychosomatickými pacienty a na rozdíl od psychoterapeutů se věnují především práci s tělem. Rozšíření pohledu, který věnují tělesným příznakům o psychosociální aspekty, je zvláště ve fyzioterapii velmi užitečné a spolupráce psychosomatického lékaře s fyzioterapeutem nebo s tělově orientovaným psychoterapeutem patří k nejlepším nástrojům oboru (Večeřová Procházková, 2020).

Není nijak vyloučeno, aby odborník 305, 306, 309, nebo další odborník 901, 902, 910 a 931 absolvoval také vzdělávání v psychosomatice (909) ku prospěchu svých pacientů, i když nastavbová atestace je určena pouze pro lékaře.

7.6 PSYCHOSOMATICKÁ MEDICÍNA A POSTUPY ALTERNATIVNÍ MEDICÍNY

Lékařská psychosomatická medicína je postavena na důsledné aplikaci bio-psycho-sociálního pojetí zdraví a nemoci s respektem ke spiritualitě člověka. Není metodou alternativní ani komplementární medicíny. Při respektu k individualitě pacienta, kultuře a původu jeho rodiny dáváme přednost srozumitelným, vědecky přijatelným výkladům a intervencím medicínské praxe. Tradiční a alternativní metody a systémy nejsou dominantním nástrojem psychosomatické medicíny ani teoretickým výkladem efektů léčby.

8. ODBORNÉ A PROFESNÍ ŘÍZENÍ OBORU

- 8.1. Psychosomatická medicína je reprezentována odbornou Společností psychosomatické medicíny ČLS J. E. Purkyně (www.psychosomatika-cls.cz).
- 8.2. Vzdělávání v nastavbovém oboru řídí subkatedra psychosomatické medicíny IPVZ⁷.
- 8.3. Akreditační komise pro psychosomatiku MZ.
- 8.4. Akreditovaná pracoviště.
- 8.5. Psychosomatické sekce jednotlivých oborů (pokud existují).

9. EKONOMICKÉ ZAJIŠTĚNÍ

9.1. EKONOMICKÉ VÝHODY PSYCHOSOMATICKÉ PÉČE

Naše pojišťovny se ještě otázkami ekonomické výhodnosti zavedení psychosomatické péče nezabývaly. Před lety to však udělaly pracovníci německých zdravotních pojišťoven. Sdružení podnikových pojišťoven v SRN vypočítalo, že výdaje za nemocnost—za lékařské honoráře, medikamenty a pobyty v nemocnicích na jedné straně a za vyplácení mzdy či nemocenské spolu s výpadkem pracovního výkonu na straně druhé—činily za dobu dvou let u jednoho pacienta 20 000€. Němečtí ekonomové zjistili, že nárůst psychických a psychosomatických onemocnění způsobil národnímu hospodářství za rok 2018 ztrátu 13 miliard € (325 miliard korun). Po zavedení psychosomatické léčby se výrazně snížila jak pracovní neschopnost, tak i počet návštěv u lékaře a spotřeba medikamentů, čímž se snížily náklady na jednoho pacienta o 65 %. V deseti nejvěrohodnějších výzkumech, na kterých se podílely jak pojišťovny, tak i psychosomatické kliniky, se ukázalo, že se psychosomatickou psychoterapií zmenšila pracovní neschopnost o 67%, lékařské kontakty o 40 %, nemocniční pobyty o 66 %, léky proti bolesti o 74 %, psychofarmaka o 50,5 %. Pojišťovny ušetřily 61% výdajů na pacienta, takže jedno investované euro přineslo 2,49 € redukce ohledně léčebných výdajů (Poněšický, 2021).

9.2. PSYCHOSOMATICKÁ PÉČE JE SOUČÁSTÍ LÉČEBNĚ PREVENTIVNÍ PÉČE

Vzhledem k tomu, že naše medicína má být podle WHO řízena (a praxe prováděna) v duchu bio-psycho-sociální teorie zdraví a nemoci, je ekonomické zajištění psychosomatického přístupu samozřejmou součástí financování zdravotnického sektoru. Nelze očekávat, že by do rozvoje sítě psychosomatických pracovišť investoval některý z výrobců léků nebo lékařských přístrojů, protože obrácení pozornosti k psychosociálním aspektům vede ke snížení dlouhodobého užívání

⁷ V současnosti ji vede doc. MUDr. Jiří Beran, CSc. (2021).

medikace i ke snížení počtu náročných přístrojových vyšetření. Vzdělávání lékařů probíhá na jejich vlastní náklady.

Existuje tedy řada důvodů, proč by léčba psychosomatických poruch měla být hrazena z veřejného pojištění, které je ze zákona u nás povinné. Hlavní důvod najdeme v české legislativě, jak ukazuje stanovisko prof. JUDr. Ivo Telce:

„Skutečnost, že psychosomatika patří mezi obory certifikovaných kurzů lékařů podle cit. zák. č.95/2004 Sb. sebou přináší ten veřejnoprávní následek, že se zároveň, vedle toho, jedná o obor státem veřejnoprávně regulovaných zdravotních služeb podle zák. č. 372/ 2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů.“ A dále: „Zákon o veřejném zdravotním pojištění (zák.č.48/1997 Sb.) ani jiný zákon nijak zvlášť nepodmiňuje hrazení zdravotních služeb v oboru psychosomatiky z veřejného zdravotního pojištění, natož aby jejich hrazení věcně či jinak vylučoval, jedná se proto podle zákona o zdravotní služby plně hrazené z veřejného zdravotního pojištění.“

Aby bylo možné hradit léčbu psychosomatických poruch z veřejného pojištění, je třeba zavést kódy výkonů oboru 909 jako mají ostatní obory, tak, aby vyšší erudice lékaře nebyla trestána sníženým příjmem. Je totiž zřejmé, že více času, který lékař s psychosomatickou erudicí musí věnovat svému pacientovi, vede nutně ke snížení počtu ošetřených pacientů. Tato zdánlivá nevýhoda je vyvážena větší účinností léčby a kvalitou vztahu lékař-pacient, což v konečném důsledku vede k úspoře nákladů na skupinu pacientů s dlouhodobým psychosomatickým onemocněním (Albani, 2020; Poněšický, 2021).

9.3. NÁKLADY NA ZŘÍZENÍ TÝMOVÝCH PRACOVÍŠŤ

Náklady na zřízení pracovišť se neliší od nákladů na zřízení jiných státních nebo nestátních zdravotnických zařízení podle stávajících předpisů. Lékaři, kteří jsou zařazení do vzdělávání v psychosomaticce, ve zdravotnickém systému již jsou, jejich ordinace jsou součástí sítě zdravotnických pracovišť, a proto nevyžaduje jejich rozšíření o psychosomatickou erudici další náklady. Psychosomatika nemá žádné nákladné přístroje ani nezbytné vybavení, kromě času, který musí věnovat lékař rozhovoru s pacientem. Jediné, co po MZ náš obor žádá, je stálá podpora při jednání s pojišťovnami, případně finanční podpora vzdělávání.

Vznik týmových pracovišť je nejlépe ponechat na místních poměrech. Jejich rozvoj je podmíněn vzděláním lékařů, úhradami za léčbu psychosomatických pacientů a stoupajícím zájmem veřejnosti o tento způsob léčby. Postupný rozvoj sítě nevyžaduje investice ze strany státu. Úspěšnost psychosomatické léčby povede k tomu, že nakonec nebude v ČR nemocnice, která by neměla psychosomatická lůžka, stacionář nebo ambulanci. Pokud by se psychosomatika neprosadila svou kvalitou, žádná reforma ji neprosadí.

10. VZDĚLÁVÁNÍ V PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNĚ A SPECIALIZAČNÍ PŘÍPRAVA

Současné pregraduální studium lékařů je soustředěno převážně na tělesnou složku nemoci. Proto je další vzdělávání zdravotníků, kteří se chtějí věnovat psychosomatické medicíně, zaměřeno na oblasti, které jsou ke komplexnímu přístupu nezbytné, tedy psychologickou a sociální.

10.1 ZAŘAZENÍ DO OBORU

Podmínkou pro zařazení do nastavbového oboru psychosomatika je získání specializované způsobilosti v některém specializačním oboru specializačního vzdělávání s výjimkou hygieny a

epidemiologie, soudního lékařství a patologie. Vzdělávání se uskutečňuje při výkonu lékařského povolání formou celodenní průpravy v rozsahu odpovídajícím stanovené týdenní pracovní době podle ustanovení § 79 zákona č. 262/2006 Sb., zákoník práce, ve znění pozdějších předpisů. Vzdělávání v nástavbovém oboru probíhá jako celodenní průprava v zařízeních akreditovaných podle zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon č. 95/2004 Sb.“) v rozsahu odpovídajícím stanovené týdenní pracovní době a je odměňována. Vzdělávání v nástavbovém oboru může probíhat jako rozvolněná příprava, to je při nižším rozsahu, než je stanovená týdenní pracovní doba, přitom její rozsah nesmí být nižší, než je polovina stanovené týdenní pracovní doby. Je-li příprava rozvolněná, celková délka, úroveň a kvalita nesmí být nižší než v případě celodenní průpravy. (cit. vyhláška MZ)

10.2 ATESTAČNÍ PŘÍPRAVA/ SUPERVIDOVANÁ PRAXE

Vzdělávání v nástavbovém oboru probíhá u poskytovatelů zdravotních služeb nebo jiných fyzických nebo právnických osob, kteří získali akreditaci podle zákona č. 95/2004 Sb. Celková délka přípravy v oboru psychosomatika je v minimální délce 24 měsíců.

10.2.1 PRAKTICKÁ ČÁST VZDĚLÁVACÍHO PROGRAMU – V DÉLCE MINIMÁLNĚ 24 MĚSÍCŮ

Předpokládá se, že lékař žádající zařazení do oboru psychosomatika pracuje v zařízení svého specializačního oboru, kde se věnuje také psychosomatickým pacientům. Pokud neprobíhá celá příprava na akreditovaném pracovišti, zařazením do oboru a přiřazením ke školiteli, se kterým své případy pravidelně konzultuje, začíná běžet doba supervidované praxe. Během této doby absolvuje povinné kurzy teorie souběžně se 160 hodinami sebezkušenosti v jedné terapeutické skupině. Je žádoucí, aby jednotlivá témata teoretického kurzu Základní psychosomatické péče byla probírána také na osobní rovině v rámci sebezkušenostní skupiny. Proto usilujeme o takové uspořádání, kdy na den přednášek navazuje den nebo dva práce ve skupině. Povinnou je také účast na balintovských skupinách, kde se adept učí pracovat na supervizi případů. Kvalitu sebezkušenostních a balintovských skupin zajišťuje akreditace akreditační komisí pro psychosomatickou medicínu MZ. Vedoucí skupin jsou zdravotníci, absolventi komplexního vzdělávání v psychoterapii schváleného pro zdravotnictví. Organizaci tak, aby byla zajištěna součinnost sebezkušenostních skupin, teoretických přednášek a nácviků dovedností má na starost katedra IPVZ nebo jiné akreditované pracoviště.

Povinná praxe pro lékaře se získanou specializací II. Stupně v jakémkoliv základním oboru dle vyhlášky č. 77/1981 Sb. nebo se získanou nástavbovou specializací dle vyhlášky č. 77/1981 Sb. nebo se specializovanou způsobilostí v jakémkoliv základním oboru dle zákona č. 95/2004 Sb., právě tak jako pro lékaře se získanou specializací II. stupně v oboru psychiatrie dle vyhlášky č. 77/1981 Sb. nebo se specializovanou způsobilostí v oboru psychiatrie dle zákona č. 95/2004 Sb. platí vedle supervidované praxe po dobu přípravy také povinné stáže v akreditovaných zařízeních. Na psychiatrii 2 měsíce, na psychosomatickém pracovišti 2 měsíce. (psychiatrům je jejich praxe samozřejmě započítána).

Podmínkou nástavbového oboru psychosomatická medicína není v ČR absolvování komplexního vzdělávacího programu v psychoterapii (psychoterapeutický výcvik), ale pro práci s psychosomatickými pacienty se toto vzdělání lékařům velmi doporučuje.

POVINNÉ KURZY

KURZ	POČET HODIN
Základní psychosomatická péče	108
Bio-psycho-sociální sběr dat, psychosomatická anamnéza, sebezkušenostní seminář	20
Komplexní přístup ve fyzioterapii	20
Komplexní přístup k diagnostice, léčbě a prevenci poruch příjmu potravy	18
Sebezkušenostní skupina	160
Balintovská skupina	26

10.3 ATESTACE

Vzdělávání je ukončeno atestační zkouškou. K té odevzdá adept písemnou práci, kazuistiku, na které dokládá svou kompetenci a porozumění psychosomatické problematice, dále vyplněný logbook, doklady o absolvování povinných kurzů. Přihlášku k atestaci podává 3 měsíce před vyhlášeným termínem. Zkouška před komisí obsahuje 2 teoretické otázky a obhajobu kazuistiky.

10.4 REGISTRACE

Lékař zaregistruje svou novou odbornou způsobilost v databázi poskytovatelů zdravotní péče ÚZIS (<https://nrpzs.uzis.cz>).

10.5 CÍL VZDĚLÁVÁNÍ V PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNĚ

Cílem vzdělávání v nástavbovém oboru psychosomatická medicína je získání zvláštní odborné způsobilosti osvojením potřebných teoretických znalostí a praktických dovedností v problematice psychosomatické medicíny. Absolvent musí být schopen diagnosticky zařadit pacienta s psychosomatickým onemocněním (somatické onemocnění s významnou psychosociální složkou), navrhnout terapeutický postup přiměřený jeho úrovni osobnostního fungování a míře uvědomění si svých potíží a samostatně jej léčit nebo v rámci týmové spolupráce se podílet na jeho léčbě. Jak bude přibývat pracovišť, která splní podmínku akreditace, bude také postupně narůstat počet lékařů, kteří budou moci splnit podmínky vzdělávání. Lze očekávat, že se do oboru budou hlásit především ti lékaři, kteří již mají dobrou zkušenost s bio-psycho-sociálním přístupem a mají potřebu v rámci vlastní odborné praxe rozšířit biologický pohled na pacienta. Odborná společnost dbá o rovnováhu všech složek bio-psycho-sociálního přístupu tak, aby byla zajištěna dobrá spolupráce lékařů, psychologů, psychoterapeutů i fyzioterapeutů nejlépe v rámci týmů.

10.6 ZÍSKANÉ KOMPETENCE

V ambulantní, konziliární, komunitní i lůžkové formě poskytování zdravotní péče je absolvent zkoušky nástavbového oboru psychosomatická medicína kompetentní pracovat samostatně. Má následující kompetence:

10.6.1 TEORETICKÉ ZNALOSTI A S NIMI SPOJENÉ DOVEDNOSTI:

- K1: Znalost hlavních konceptů pro chápání potíží nemocného v kontextu bio-psycho-sociálního modelu a současného pojetí psychosomatické medicíny. (např. teorie stresu, koncept traumatu, vývojově neurofyziologická perspektiva, teorie citové vazby, model sociální dělohy, teorie symbolizace a nereprezentovaných duševních stavů atd.)

- K2: Vytvořit komplexní hypotézu (*case formulation*, diagnóza) v duchu komplexního bio-psycho-sociálního pohledu na základě prokázané znalosti teorie psychosomatické medicíny a jejich aktuálních trendů.
- K3: Indikovat vyšetření pro potřeby diferenciální diagnostiky (laboratorní, zobrazovací, konziliární, psychodiagnostické vyš.) a modifikovat diagnosticko-terapeutický proces na základě jejich výsledků indikovat formu péče – ambulantní, lůžkovou, komunitní a přechody mezi nimi, tj. rozhodovat o přijetí a propuštění k hospitalizaci, zařazení do služeb komunitní péče.
- K4: Stanovit terapeutický plán a režimová opatření společně s pacientem, jak v rámci individuální péče, tak v rámci spolupráce v multioborovém týmu.
- K5: Schopnost týmové práce v rámci komplexní terapie, efektivní kooperace a komunikace s ostatními členy týmu.
- K6: Indikovat různé formy individuální, skupinové, rodinné psychoterapie a tělesně orientovaných technik, rozlišovat míru pacientova vědomí vlastních prožitků/potíží a stupeň integrace osobnosti.
- K7: Odhadnout riziko suicidálního jednání a agrese, indikovat vyšetření psychiatrem a provést opatření k jejich prevenci a zvládnání.
- K8: Schopnost posoudit a přiměřeně řešit etická dilemata spojená s praxí v psychosomatické medicíně.

10.6.2 KOMPETENCE V OBLASTI KOMUNIKACE S PACIENTEM A TERAPEUTICKÉM PŘÍSTUPU:

- K9: Schopnost navázat kontakt s pacientem/rodinou včetně navození atmosféry bezpečí, přijetí, přiměřené empatie, pochopení a vzájemné důvěry.
- K10: Schopnost budovat a rozvíjet terapeutické spojení, pracovat s terapeutickým rámcem a hranicemi.
- K11: Schopnost vést rozhovor s cílem získání bio-psycho-sociálně zaměřené anamnézy. Schopnost vycházet ze zkušenosti rozhovoru jako vodítka dalšího léčebného postupu.
- K12: Schopnost vést rozhovor způsobem tak, aby si pacient osvojoval přemýšlet v nových souvislostech, podporovat jeho iniciativu.
- K13: Schopnost poskytnout edukaci pacientovi a jeho rodině o kontextech nemoci včetně terapeutických možností.
- K14: Provádět podpůrnou psychoterapii.

10.6.3 KOMPETENCE V OBLASTI SEBEPOZNÁNÍ A TZV. SEBEZKUŠENOSTI

- K15: Uvědomění vlastních motivací, potřeb a prožitků v kontaktu s pacientem/rodinou a v průběhu terapeutické spolupráce.
- K16: Schopnost sebereflexe a sebekorekce v rámci terapeutického spojení a ve vztahu k dění v terapeutickém procesu, schopnost přizpůsobit intervence podle vlastní i pacientovy zpětné vazby. Schopnost klinické reflexe zahrnující různé naslouchací postoje (objektivní, subjektivní, intersubjektivní, celku, pacientově odezvě, atd.) a schopnost jejich integrace.
- K17: Schopnost využívat supervizi, uvědomit si vlastní profesní a osobní limity, které by mohly být překážkou v terapeutickém spojení a spolupráci.
- K18: Schopnost vztahovat se k vlastním i pacientovým emocím (vnímavost vůči afektivním nabídkám, intenzitě prožívání, emočním významům, indikátorům, atd.). Schopnost lékaře tolerovat obtížné afektivní stavy (vlastní nevědění, nepomáhání, náročné emoce, podržet si schopnost myslet namísto vyhovění tlaku jednat).

10.7 SYSTÉM CELOŽIVOTNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ

Všichni odborní zdravotničtí pracovníci jsou povinni se celoživotně vzdělávat, k čemuž je možné využívat individuální studium odborné literatury a časopisů, účasti na vzdělávacích akcích pořádaných IPVZ Praha, odbornými společnostmi a spolky ČLS JEP, Českou lékařskou komorou, účasti na odborných schůzích a seminářích pořádaných v rámci regionů i pracovišť. Obor psychosomatická přijímá odpovědnost za celoživotní vzdělávání všech lékařů také v oblasti psychosomatiky a nabízí vhodné edukační modality napříč odbornostmi.

10.8 FUNKČNÍ LICENCE V OBORU

Diplom o složení nástavbové atestace z psychosomatické medicíny MZ.

10.9 ZDRAVOTNIČTÍ PRACOVNÍCI NELÉKAŘI

Nositelem zvláštní odborné způsobilosti v psychosomatické medicíně jsou lékaři. V týmech komplexní bio-psycho-sociální péče pracují také nelékaři, kliničtí a dětské psychologové, psychoterapeuti a fyzioterapeuti, kteří disponují odbornou specializací ve svých oborech případně obohacenou o základní psychosomatickou péči. Tým využívá výhod pravidelné týmové a případové supervize. Složení týmu vychází vždy z charakteru daného pracoviště a jeho zaměření.

11 HLAVNÍ PROGRAMY A VÝVOJOVÉ TRENDY V OBORU

Obor je zaměřen především na léčbu chronických psychosomatických poruch v užším i širším pojetí, jak na medicínsky nevysvětlené symptomy (MUS), tak na chronický průběh funkčních poruch kteréhokoli systému, pokud je možné zohlednit psychické i sociální faktory (Albani, 2020; Hotopf, 2001). V tomto směru úzce spolupracuje se specialisty somatických oborů, pediatri, imunology, alergology, kožními lékaři, gastroenterology, gynekology a dalšími tam, kde je taková spolupráce možná a pro pacienta přijatelná. Budování takové spolupráce je hlavním programem psychosomatických pracovišť.

12 VÝZKUM

Zájmem naší odborné společnosti je kromě prosazování bio-psycho-sociálního přístupu v medicíně také výzkum. Ten má v historii psychosomatické medicíny svůj nezanedbatelný význam (Havelková, 2017). Podílíme se na něm především prostřednictvím členů, kteří působí na akademické půdě a vedou kvalifikační práce a podílí se na řešení výzkumných úkolů v doktorských programech. Jsme vstřícní spolupráci ve výzkumné oblasti. Potřebujeme vybudovat akademickou základnu především na LF. Proto podporujeme doktorské studium našich členů a dlouhodobě uvažujeme o možných tématech výzkumu. Nabízíme témata, která vyvstávají z praxe, a proto má bezprostřední užitek se jimi zabývat. Inspirovat se jimi mohou v rámci svých diplomových či disertačních prací studenti i doktorandi, nebo se mohou stát samostatnými výzkumnými projekty. Chceme usilovat o granty prostřednictvím AZV. Dáváme přednost moderním kvalitativním metodám výzkumu. Na půdě SPM ČLS byla ustanovena komise pro výzkum, která se věnuje rozvoji této oblasti. Témata jsou umístěna veřejně na webu OS (<https://www.psychosomatika-cls.cz/vyzkumna-temata/>) a jsou průběžně doplňována. Příklady výzkumných témat:

-
- **PSYCHOSOMATIKA V PEDIATRII**
 - Psychosomatické poruchy u dětí v kontextu adaptace na nástup do mateřské školy
 - Psychosociální trauma jako spouštěcí faktor některých endokrinních poruch u dětí

- Psychosociální trauma v dětském věku jako spouštěčový faktor somatických onemocnění – výzkum zaměřený na aktuální stav v ČR (možno realizovat jako validaci dotazníku Adverse Childhood Experience (ACE) Questionnaire – <https://www.ncjfcj.org/sites/default/files/Finding%20Your%20ACE%20Score.pdf>)
- Rodinná dynamika, životní cyklus rodiny, onemocnění v rodině – vliv na well-being a zdraví dítěte
- Enuréza/enkopréza v závislosti na kompetentnosti mateřské a otcovské role

• PSYCHOSOMATIKA V NEUROLOGII

- Psychosociální vlivy jako spouštěčové nebo udržovací faktory vybraných neurologických onemocnění

• PSYCHOSOMATIKA V GASTROENTEROLOGII

- Psychosociální vlivy jako spouštěčové faktory nebo udržovací vybraných gastroenterologických onemocnění
- Syndrom dráždivého tračníku z pohledu psychosomatické medicíny
- Psychosomatika v kardiologii

• PSYCHOSOMATIKA V KARDIOLOGII

- Revize konceptu osobnosti typu A jako predisponujícího faktoru pro vznik ICHS
- Poruchy srdečního rytmu v psychosociálním kontextu (využití RR variací srdečního rytmu a řízeného rozhovoru). Kvalitativní výzkum.

• PSYCHOSOMATIKA V GYNEKOLOGII A V PORODNICTVÍ

- Zánětlivá onemocnění v gynekologii – možné psychosomatické souvislosti
- Premenstruální dysforická porucha z pohledu psychosomatické medicíny
- Psychosomatická problematika u žen v klimaktériu
- Funkční sterilita v kontextu dynamiky párových vztahů a rodinné historie
- Poruchy laktace v kontextu stability partnerského soužití
- Stabilita menstruačního cyklu jako ukazatel psychosociálního (vztahového) komfortu ženy
- Postinterrupční syndrom a jeho psychosomatické projevy

• PSYCHOSOMATIKA VE FYZIOTERAPII

- Psychosomatické vztahy v oblasti posturálního systému – vliv emocí na kvalitu jeho funkce

• PSYCHOSOMATIKA V IMUNOLOGII A ONKOLOGII

- Vliv úzkosti na kvalitu funkce imunitního systému – výskyt poruch imunitního systému u pacientů trpících úzkostnými poruchami
- Vliv deprese na funkci imunitního systému
- Onkologická onemocnění prsu z pohledu psychosomatické medicíny
- Psychické trauma jako spouštěčový faktor vybraných autoimunitních onemocnění

• PSYCHOGENNÍ PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

- Osobnostní charakteristiky pacientek s mentální anorexií

- Muskulární dysmorfie u dospívajících chlapců
- Výskyt ortorexie u dospívajících v ČR
- Diagnostika poruch příjmu potravy – standardizace dotazníků jako např. EAT 26, popř. jejich inovace
- Psychogenní poruchy příjmu potravy u sportovců (anorexia atletica) a jejich výskyt v populaci
- Ideální terapeutický koncept u psychogenních poruch příjmu potravy
- Poruchy příjmu potravy u mužů – výskyt, specifika, projevy, léčba
- Vztah dívek se symptomy PPP k matce a k otci

• PSYCHOSOMATIKA V ORTOPEDII A REVMATOLOGII

- Osobnostní charakteristiky pacientů trpících revmatoidními onemocněními

• PSYCHOSOMATIKA V ENDOKRINOLOGII

- Psychosociální zátěž jako spouštěcí faktor vzniku onemocnění štítné žlázy

• PSYCHOSOMATIKA V DERMATOLOGII

- Psychosomatické aspekty vybraných dermatologických onemocnění (acne vulgaris, psoriasis, vitiligo...)

• TÉMATA Z OBLASTI PSYCHOLOGIE ZDRAVÍ

- Nejčastější psychosomatické příznaky syndromu vyhoření u pomáhajících profesí
- Resilience jako osobnostní vlastnost ve vztahu k prevenci vzniku psychosomatických obtíží
- Morální distres jako aktuální medicínský i sociální problém a jeho možné psychosomatické projevy
- Zvládání stresu a psychosomatické zdraví lékařů – specialistů

• PSYCHIATRIE:

- Somatické projevy u úzkostných a depresivních poruch
- Psychosociální souvislosti u úzkostných a depresivních poruch
- Psychosociální souvislosti u disociativních a somatoformních poruch
- Poruchy spánku z pohledu psychosomatické medicíny.

13 SYSTÉM KONTROLY KVALITY POSKYTOVANÉ PÉČE V OBORU

13.1 SPOLUPRÁCE S KANCELÁŘÍ ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ

Odborná společnost (SPM ČLS) využívá při zjišťování kvality poskytované péče spolupráci s Kanceláří zdravotního pojištění.⁸⁸ Touto cestou je možno žádat o zpracování indikátorů, které by mohla naše odborná společnost potřebovat pro své kvalifikované rozhodování. Výhodou tohoto prvního kroku je možnost vytěžení nově sloučených dat všech zdravotních pojišťoven, která jsou již k dispozici, a to bez nároků na čas lékařů při vyplňování dalších dat. Můžeme tak předejít

⁸⁸ www.kzp.cz (JUDr. Ladislav Švec: Ladislav.Svec@kancelarzp.cz)

případné prvotní neochotě podílet se na tomto projektu z důvodu časové zátěže navíc. Zpočátku je možné začít s jednoduchými ukazateli typu „počty výkonů v jednotlivých zařízeních“. Cílem Kanceláře zdravotního pojištění je postupně vytvořit ukazatele kvality zdravotní péče, které budou akceptovány jak odbornou společností, tak i pojišťovnami. Finálního odsouhlasení je docíleno prostřednictvím odborného panelu, ve kterém mají své zástupce odborná společnost i pojišťovny. Nejde tedy o pouhé reportování dat pojišťoven, ale je nutný proces komunikace a validace s danou odbornou společností. S tímto precizním přístupem ze strany MZ se ztotožňujeme. Časem by bylo skvělé, kdyby se podařilo naší odborné společnosti vydefinovat a navrhnout kompletní sadu indikátorů, které by ke svému rozhodování potřebovala. K tomu však potřebujeme vlastní sadu lékařských výkonů navržené naší odborností 909. Ministerstvo zdravotnictví i zdravotní pojišťovny jsou si vědomy, že odborné společnosti mají v systému nejvyšší erudici pro debatu nad zlepšováním kvality péče, proto je v jejich zájmu jim poskytnout maximální datový support pro kvalifikované rozhodování.

13.2 VZOROVÉ LISTY DOBRÉ PSYCHOSOMATICKÉ PRAXE

Psychosomatickou praxi lze jen obtížně převést do přesných doporučených postupů, protože s ohledem na jedinečnost každého případu lékař hledá vždy individuální přístup. Společným hlediskem je bio-psycho-sociální přístup a systémová teorie, ale konkrétní způsob práce s pacientem je velmi individuální. Proto je hlavním nástrojem kontroly kvality vydávání listů dobré psychosomatické praxe, dostupné na webových stránkách společnosti, podle kterých může jak lékař, tak pacient kontrolovat, zda poskytovaná péče odpovídá dobré psychosomatické praxi alespoň v hrubých obrysech.

13.3 NEZÁVISLÁ ETICKÁ KOMISE PSYCHOSOMATICKÉ SPOLEČNOSTI

Významným prvkem kontroly kvality poskytované péče je nezávislá etická komise SPM ČLS, která je zřizována podle stanov OS. Každý pacient se může obracet se svými podněty a pochybnostmi přímo na etickou komisi a žádat o přezkoumání léčebného postupu lékaře člena SPM ČLS.

13.4 DOPORUČENÉ POSTUPY

Ve spolupráci s dalšími OS sdruženými v ČLS a na jejich žádost, připravuje a vyjednáva naše OS obsah doporučených postupů všude tam, kde je to možné. Takovým způsobem naše OS vydala a obhájila ve spolupráci s odbornou Společností praktických lékařů ČLS JEP doporučený postup „Psychosomatické poruchy a lékařsky nevysvětlitelné příznaky“ pro VPL, kde je jasná klasifikace psychosomatických poruch i návrh postupu při jejich léčbě (Chvála a kol., 2015)⁹. S psychosomatickou léčbou se i v našem zdravotnickém systému tedy již počítá a její rozvoj vyžaduje další legitimní kroky.

14 NÁRODNÍ A MEZINÁRODNÍ AKTIVITY

14.1 KONFERENCE A ODBORNÉ AKCE

⁹ Dostupné také z <https://www.svl.cz/files/files/Doporucene-postupy-od-2013/Psychosomaticke-poruchy-a-lekarsky-nevysvetlitelne-priznaky.pdf>.

SPM ČLS JEP organizuje odborné akce, jejichž pravidelnou součástí je celostátní konference psychosomatické medicíny jednou za 2 roky. Tato tradiční akce měla už 18 pokračování, takže má už 36letou tradici a stále vzrůstající úroveň i návštěvnost. Každoročně se koná konference s tématy psychosomatické medicíny pod záštitou PL Šternberk, konference v Dobřichovicích u Prahy a interaktivní konference Psychosomatické kliniky v Praze. 2x ročně probíhají odborné schůze SPM ČLS JEP.

14.2 ČLENSTVÍ V MEZINÁRODNÍCH ORGANIZACÍCH

Odborná společnost (SPM ČLS) je aktivním členem Evropské asociace psychosomatické medicíny (EAPM). Zajímáme se o způsob organizace a úhrady psychosomatické péče v dalších zemích EU. Zveme odborníky ze zemí, kde je tato zdravotní péče více rozvinutá a pořádáme s nimi semináře (Loewe, 2015). Lokalizujeme učebnice a pečujeme o kompatibilitu vzdělávacích programů se zeměmi EU (Tress, 2008; Rüegg, 2011).

14.3 ZPŮSOB ÚHRADY V DALŠÍCH ZEMÍCH

Nejlépe zavedená je psychosomatická léčba v německých zemích. Výkon základní psychosomatické péče (15 min) hrazen pojišťovnou (16,7 EUR), možno vykazovat u pacienta na jednu diagnózu 3 x za 3 měsíce. Psychosomatické výkony mohou dělat všichni praktici, protože v rámci VPL musí absolvovat Psychosomatische Grundversorgung, jinak nemohou přistoupit k atestaci. Specialisté, pokud si chtějí účtovat psychosomatické výkony, musí si 80tihodinový kurs dodělat (v ČR běží tento kurz se stejným obsahem pod IPVZ už více než 10 let). Pak může účtovat kód 35100 (diferenciální diagnostické objasnění psychosomatických chorobných stavů) a kód 35110 (verbální intervence ve stavech psychosomatických chorob).¹⁰

Kód 35100 účtují 1x za čtvrtletí tehdy, pokud je třeba prohloubit anamnézu o psychosociální okolnosti u somatického příznaku navíc k běžnému vyšetření 15 minut. Všechna další sezení (s frekvenčním omezením 3x čtvrtletně) jsou 35110, rovněž nejméně 15 minut. Kdokoli v pozici Hausarztmedizin může účtovat kód 03230 (problémově orientovaná lékařská diskuse) za každých 10 min rozhovoru, což je frekvenčně omezeno.¹¹

Ve Švýcarsku mají od r. 2000 možnost účtovat za psychosomatickou terapii stejnou částku jako za 5 min. své praxe. Běžný lékař může tento kód vykázat 4x, tedy 20 min. Lékař certifikovaný SAPPM (u nás nástavbová atestace z psychosomatiky) může účtovat až 12x (tedy 60 min).

Situaci v dalších zemích EU mapujeme. V rámci přípravy tohoto materiálu jsme iniciovali ve výboru Evropské asociace psychosomatické medicíny (EAPM), které je naše odborná společnost členem, práci na sestavení přehledu situace a způsobu hrazení psychosomatické péče v zemích EU.

¹⁰ Více zde: <https://seminstfuchs.com/kursinformationen/ebm-abrechnung/#bedeutung>.

¹¹ Podrobněji také tady: <https://www.iww.de/aaa/kassenabrechnung/ebm-2015-psychosomatische-grundversorgung-achten-sie-auf-die-abrechnungsvoraussetzungen-f85803>.

15 OČEKÁVANÉ TRENDY V OBORU

Snaha o zvýšení povědomí o bio-psycho-sociálním přístupu ve všech oborech medicíny není nová. Díky činnosti psychosomatické sekce Psychiatrické společnosti ČLS pod vedením doc. J. Bašteckého bylo udrženo minimální povědomí o existenci a možnostech psychosomatické medicíny (Baštecký, 2006) a byla vydána první monografie o psychosomatické medicíně v českém jazyce (Baštecký et al. 1993). Přes velkou snahu podporovat psychosomatické myšlení v různých klinických oborech se to v devadesátých letech mnoho nedařilo.

K podstatné změně došlo teprve, když se v r. 2013 podařilo povýšit psychosomatickou medicínu na nástavbový obor vyhláškou MZ a vznikla Společnost psychosomatické medicíny jako nová OS ČLS, která se o rozvoj začala starat mezioborově. Kurz Základní psychosomatická péče IPVZ je k dispozici od r. 2009. Vznik subkatedry psychosomatiky IP byl dalším důležitým krokem v institucionalizaci oboru.

Významný propagátor a vysokoškolský učitel z univerzity v Řezně prof. Loewe tvrdí, že rodinná terapie je „psychosomatikou budoucnosti“ (Loewe, 2015). Ve srovnání s Německem máme v tomto směru u nás náskok-dobrou teorii i letitou praxi (Trapková, 2017). Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch v Liberci, které vzniklo už v r. 1989 v linii prvního kontaktu (podřízeno odborníkovi pro všeobecné lékaře), se stalo vzorem pro další pracoviště (Chvála, 2009). Díky Libereckému institutu rodinné terapie a psychosomatické medicíny (LIRTAPS), který zde působí, prošla částečným vzděláním stovky zdravotníků (Práce s časovou osou od r. 1997), a úplným psychoterapeutickým vzděláním v rodinné terapii psychosomatických poruch 240 zdravotníků a odborníků v pomáhajících profesích v dosud šesti čtyřletých komplexních vzdělávacích kurzech (Trapková, Chvála, 2017).

Významné místo dnes hraje v naší psychosomatické medicíně Psychosomatická klinika s.r.o. v Praze i Psychosomatické centrum Praha. Centrum komplexní péče v Dobřichovicích se svými pobočkami v Praze uplatňuje psychosomatický přístup ve fyzioterapii. Postupně vznikala další zdravotnická pracoviště s tím, jak roste povědomí veřejnosti o psychosomatické léčbě. Dnes máme 27 atestovaných lékařů v psychosomatické medicíně a 55 lékařů zařazených do oboru, stovky lékařů, kteří absolvovali seminář o časové ose nebo výcvik v rodinné terapii psychosomatických poruch (www.lirtaps.cz).

V NEJBLIŽŠÍ BUDOUCNOSTI OČEKÁVÁME TYTO TRENDY:

- Postupné zvyšování zájmu veřejnosti o psychosomatickou léčbu ve zdravotnictví
- Kritický nedostatek kapacity zdravotnických pracovišť zaměřených na psychosomatickou léčbu (blížíme se tomu)
- Rostoucí zájem zdravotnické veřejnosti o vzdělávání v psychosomatice (již nastalo)
- Kritický nedostatek vzdělávacích kapacit na akreditovaných pracovištích (aktuálně)
- Postupný nárůst počtu lékařů vzdělaných alespoň v základní psychosomatické péči (kurz IPVZ)
- Volání po přiměřené bonifikaci lékařů v základní psychosomatické péči
- Rostoucí počet lékařů se získanou zvláštní odbornou způsobilostí v psychosomatice
- Zvyšující se tlak na přiměřenou odměnu lékařů v tomto oboru
- Schválení registračních listů lékařských výkonů v psychosomatice na pracovní skupině pro SZV MZ
- Postupný rozvoj ordinací psychosomaticky orientovaných specialistů různých oborů (neurologie, gynekologie, kardiologie, dermatologie, alergologie, pediatrie, gastroenterologie, urologie a další)
- Postupný rozvoj sítě týmových ambulantních pracovišť

- Otvírání stacionárních a lůžkových pracovišť zaměřených na psychosomatickou problematiku
- Zájem lékařských fakult o psychosomatickou problematiku a vytváření kateder nebo ústavů
- Zvýšený zájem výzkumníků o bio-psycho-sociální souvislosti a epigenetiku také u nás
- Zvýšený počet dizertačních a habilitačních prací s psychosomatickými tématy.

16 POPIS HLAVNÍCH PROBLÉMŮ OBORU A NÁVRHY NA JEJICH ŘEŠENÍ

Popsané očekávané trendy se z velké části kryjí s hlavními problémy oboru. Vzdor tomu, že zájem lékařů o psychosomatickou problematiku vzrůstá, přetrvává nedostatek zájmu o ni na lékařských fakultách. V tomto směru již SPM vyvíjí soustavnou iniciativu.¹²

Psychosomatické souvislosti se obtížně zkoumají, včetně preventivní funkce psychosomatické medicíny, předcházení chronifikace obtíží a ekonomické zátěže zdravotnického systému (Havelková, 2017). Paradoxně zde leží velký potenciál medicínského výzkumu, pokud budeme schopni překonat práh související s metodologickými obtížemi a předsudky (Loewe, 2015). První kroky již byly učiněny, jde o dlouhodobý úkol postupného rozvoje sítě spolupracujících akademických pracovišť.

Doufejme, že se také vedení ČLK přesvědčí o významu psychosomatické medicíny pro kvalitu celé medicínské péče a akreditované kurzy v psychosomatické medicíně v systému celoživotního vzdělávání povedou erudovaní lékaři. Zlepšení vztahů očekáváme od vzrůstajícího zájmu o psychosomatiku mezi lékaři.

Rozvinout plně funkční systém vzdělávání lékařů v psychosomatické medicíně nebude snadné. Bude nutné postupně dále precizovat náplň vzdělávání a vybudovat spolupracující síť akreditovaných školících pracovišť. I zde již mnohé bylo uděláno (viz výše).

17 KROKY K ŘEŠENÍ

- 17.1.1 Akreditovat další pracoviště.
- 17.1.2 Zpřehlednit přípravu lékařů zařazených v oboru.
- 17.1.3 Jednat s výbory odborných společností ČPtS a PS.
- 17.1.4 Jednat o koncepci, o hranicích a spolupráci mezi psychiatrií a psychoterapií a o potřebných kódech lékařských výkonů pro psychosomatiku.
- 17.1.5 Schválit koncepci oboru na MZ.
- 17.1.6 Připravit se na další jednání na pracovní skupině pro SZV.
- 17.1.7 Jednat s pojišťovnami o podpoře psychosomatických pracovišť. (Hlavní argument je fakt, že kromě pacientů může z rozvoje psychosomatického přístupu v medicíně prosperovat jediné pojišťovna.)
- 17.1.8 Podporovat vznik dalších pracovišť a dbát o kvalitu péče.

¹² SPM ČLS JEP provedla v roce 2018 podrobné šetření týkající se zařazení psychosomatické problematiky do obsahu pregraduálního studia medicíny a dalších zdravotnických oborů. Podrobné výsledky byly publikovány zde: <https://www.psychosom.cz/psychosom/vydani-4-2018/693-politika>. Ukázalo se, že problematika psychosomatické medicíny není v ČR obsahem povinných předmětů v průběhu pregraduálního studia medicíny, pokud je zmiňována, pak sporadicky v rámci jiných studijních předmětů a ve velmi malém rozsahu.

- 17.1.9 Dosáhnout vybudování alespoň jedné subkatedry, katedry nebo dalšího Ústavu psychosomatické medicíny na lékařské fakultě (vedle Ústavu psychologie a psychosomatiky na LF MU Brno).

17.2 POUŽITÁ LITERATURA

- ALBANI, C., J. BECKER-PFAFF, B. GRAMICH, G. HILDEBRAND, S. KNEER-WEIDENHAMMER a H. ROTHE, 2020. *Krankenhausbehandlung im Gebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*. Berlin: DGPM Fortbildungsakademie gGmbH.
- ARGELANDER, H., 1998. *Prvé interview v psychoterapii*. Vydavatelstvo F, Trenčín.
- BALINT, M. 1998. Lékař, jeho pacient a nemoc. Praha: Grada Publishing.
- BAŠTECKÝ, J. a Z. BOLELOUCKÝ, 2006. Třicet roků činnosti psychosomatické sekce psychiatrické společnosti ČLS. *Psychosom*. Liberec, (6), 154-157.
- BAŠTECKÝ, J., ŠAVLÍK, J., ŠIMEK, J., (Editoři): *Psychosomatická medicína*. Grada Avicenum Praha 1993.
- BERTALANFFY, L., 1968. *General System theory: Foundations, Development, Applications*. Revised edition 1976. New York: George Braziller.
- DOHERTY, W. a M. BAIRD, 1983. *Family therapy and family medicine*. N.Y.: The Guilford Press.
- ENGEL, G, 1977. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. Washington d.c.: Marcia McNutt, **196**(4285), 129-136. DOI: doi: 10,1521 / pdps.2012.40.3.377.
- GERGER, H., M. HLAVICA, J. GAAB, T. MUNDER a J. BARTH, 2015. *Does it matter who provides psychological interventions for medically unexplained symptoms? A meta-analysis*. s. 217-226. DOI: 10.1159/000380914. Dostupné také z: <https://doi.org/10.1159/000380914>
- HAVELKOVÁ, A. a A. SLEZÁČKOVÁ, 2017. Výzkum v psychosomatice: stručný průřez pojetími, vývojem a současnými tématy. *EPsychologie, elektornický časopis ČMPS* [online]. [cit. 2021]. Dostupné z: <https://e-psycholog.eu/clanek/295>
- HIRAOKA, Daiki, Shota NISHITANI, Koji SHIMADA, Ryoko KASABA, X. FUJISAWA a Akemi TOMODA, 2020. Daiki Hiraoka, Shota Nishitani, Koji Shimada, Ryoko Kasaba, Takashi X. Fujisawa, Akemi Tomoda. Epigenetic modification of the oxytocin gene is associated with gray matter volume and trait empathy in mothers. *Psychoneuroendocrinology*. Psychoneuroendocrinology, 2021; 123: 105026 DOI. DOI: 10.1016/j.psyneuen.2020.105026.
- HOLUB, D. a R. TELEROVSKÝ, 2013. *Úvodní rozhovor v psychoanalýze a psychodynamické psychoterapii*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-6383-9.
- HOTOPF, M., Ch. NIMUAN a S. WESSELY, 2001. Medically unexplained symptoms; an epidemiological study in seven specialities. *J Psychosom Res*. 361–367. DOI: doi: 10.1016/s0022-3999(01)00223-9.
- CHROMÝ, K. a R. HONZÁK, 2005. *Somatizace a funkční poruchy*. Praha: Grada.
- CHVÁLA, V., 2009. Dvacetiletá zkušenost s léčbou pacientů s psychosomatickou poruchou ve středisku komplexní terapie v Liberci. *PSYCHOSOM*. Liberec: Lirtaps, **7**(2), 93-103.

CHVÁLA, V., R. HONZÁK, O. MASNER, M. ROČŇOVÁ, B. SEIFERT, M. SEIFERT a L. TRAPKOVÁ, 2015. Doporučene-postupy-od-2013/Psychosomaticke-poruchy-a-lekarsky-nevysvetlitelne-priznaky.pdf. *Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*svl.cz [online]. Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, Společnost všeobecného lékařství, U Hranic 16, Praha 10 [cit. 2020]. Dostupné z: <https://www.svl.cz/files/files/Doporučene-postupy-od-2013/Psychosomaticke-poruchy-a-lekarsky-nevysvetlitelne-priznaky.pdf>

CHVÁLA, V. a L. TRAPKOVÁ, 2020. Nástroje psychosomatické léčby- biopsychosociální pohled. (EDS.), Stackeová. *Psychosomatická medicína 2020- Nástroje psychosomatické medicíny*. Kolektivní monografie. Praha: Palestra, s. 13-34.

KLEINSTÄUBER, M., M. WITTHÖFT a W. HILLER, 2011. Efficacy of short-term psychotherapy for multiple medically unexplained physical symptoms: A meta-analysis. *ScienceDirect* [online]. Amsterdam: Elsevier, s. 146-160 [cit. 2020]. DOI: doi.org/10.1016/j.cpr.2010.09.001. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.09.001>

KOELEN, J., J. HOUTVEEN, A. ABBASS, P. LUYTEN, E. EURELINGS-BONTEKOE, S. VAN BROECKHUYSEN-KLOTH, M. BÜHRING a R. GREENEN, 2014. Effectiveness of psychotherapy for severe somatoform disorder: Meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry* [online]. [cit. 2020]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.121830>

LAKHAN, S. a K. SCHOFIELD, 2013. Mindfulness-based therapies in the treatment of somatization disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal pone*. (8). DOI: DOI: 10,1371 / journal.pone.0071834. Dostupné také z: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0071834>

LOEWE, T., 2015. Psychosomatika je vynikající pole pro současný moderní výzkum. *Psychosom*. Liberec: LIRTAPS, 41-49.

LUHMANN, N., 1984. *Soziale systeme*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.

McDANIEL, S., DOHERTY, W., HEPWORTH, J. (2013) *Medical Family Therapy and Integrated Care*, 2nd edition. Washington: APA.

MENON, V., T. RAJAN, P. KUPPILI a S. SARKAR, 2017. Cognitive behavior therapy for medically unexplained symptoms: A systematic review and meta-analysis of published controlled trials. *Indian J Psychol Med*. Sage publication, **39**(4), 399-406. DOI: doi: 10,4103 / IJPSYM.IJPSYM_17_17. Dostupné také z: https://doi.org/10.4103/IJPSYM.IJPSYM_17_17

MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, s. 332.

Mezinárodní klasifikace nemocí. 10.revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka. (Přel.z angl. orig.), Praha, Psychiatrické centrum 1992, Zprávy 102,

MZ, Věstník, 2015. Náplň oboru. *Věstník MZ*. Praha: MZ, (5), 2942015.

PONĚŠICKÝ, J., 2019. *Proces změny v dynamické psychoterapii a psychoanalýze*. Praha: Triton, s. 219.

PONĚŠICKÝ, J., 2012: *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie*. Triton, Praha

PONĚŠICKÝ, J., 2014: *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky*, Triton, Praha

PONĚŠICKÝ, J. (Ed.), 2021: *Duše a tělo v psychosomatické medicíně*. Triton, Praha, ISBN 978-80-7553-895-6

RÜEGG, J., 2011. *Gehirn, Psyche und Körper. Neurobiologie von Psychosomatik und Psychotherapie. 5. Auflage.* Stuttgart: Schattauer.

Rüeg, J. 2020. Mozek, duše, tělo; neurobiologie psychosomatiky a psychotherapie. Praha: Portál,

ŘIHÁČEK, T., P. PAVLENKO a H. FRANKE, 2017. Účinnost psychotherapeutických postupů u pacientů s medicínsky nevysvětlenými tělesnými symptomy: Shrnutí metaanalýz a přehledných studií. *Československá psychologie*. **61**(4), 350-362. DOI: YADDA identifier bwmeta1.element.2950f53a-51ca-4881-b66f-a5cdc251d00c.

SIEGEL, D., 2020. *The Developing Mind; How Relationships and the Brain Interact to Shape Who We Are, 3rd Edition.* N.Y.: Guilford, s. 674.

SKORUNKA, D. 2019, Mental health and illness; Arguments for integrative bio-psycho-social model. *Psychiatria-Psychotherapia-Psychosomatika* 26(4): 10-18.

SKORUNKA, D. 2016. Individualizovaná péče v psychiatrii; náměty k transformaci systému péče o duševní zdraví. In J. Mareš (Ed.) *Péče zaměřená na zvláštnosti pacienta*, s. 41-62, Brno: MSD.

SKORUNKA, D. Vztah – tělo – mysl; současné zdroje psychosomatické perspektivy. In J. Mareš (Ed.) *Psychologie zdraví*, (2021v tisku), Praha: Portál.

TRAPKOVÁ, L., CHVÁLA V., 2017. *Rodinná terapie psychosomatických poruch.* Portál, Praha.

TRAPKOVÁ, L. 2013. Zpráva o Výcviku v rodinné terapii psychosomatických poruch v Liberci. *PSYCHOSOM*, 2013,11(2), s.17-27

SURANI, M., 2001. Reprogramming of genome function through epigenetic inheritance. *Nature*. 414. Washington, d.c., **414**, 122-128. DOI: <https://doi.org/10.1038/35102186>.

TELEC, I., 2018. Zdravotnické právo a bioetika. *Www.zdravotnickepravo.info* [online]. [cit. 2020]. Dostupné z: <https://zdravotnickepravo.info/pravni-novinky-v-psychosomatice>

TELEROVSKÝ, R. a D. Holub (Eds. českého vydání, 2013). *Operacionalizovaná psychodynamická diagnostika OPD-2: manuál pro diagnostiku a plánování léčby.* Praha: 1. vyd. Praha: Hogrefe - Testcentrum. 978-80-86471-45-7.

TRESS, W., J. KRUSSE a J. OTT, 2008. *Základní psychosomatická péče.* Praha: Portál.

UEXKÜLL, Thure, 2003. *Psychosomatische Medizin, 6.vydání.* München, Jena: Urban & Fischer.

VAN DESSEL, N., M. DEN BOEFT, J. VAN DER WOUDE et al., 2014. Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically-unexplained physical symptoms (MUPS) in adults. *Cochran Database Syst Rev*. Dostupné také z: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011142.pub2>

VEČEŘOVÁ PROCHÁZKOVÁ, A., 2020. Aplikace biosyntetické integrativní psychotherapie a její nástroje v léčbě psychosomatických pacientů. (EDS.), Stackeová. *Psychosomatická medicína 2020- Nástroje psychosomatické medicíny.* Kolektivní monografie. Praha: Palestra, s. 92-135.

WAITE, R., RYAN, R.A. 2019. Adverse Childhood Experiences; What students and health professionals need to know. Hove: Routledge.

WILSON, J., M. JAREMKA, P. FAGUNDES et al., 2017. Shortened sleep fuels inflammatory responses to marital conflict: Emotion regulation matters. *Psychoneuroendocrinology*. **79** (74). DOI: 10.1016/j.psyneuen.2017.02.015.

OPONENTSKÝ POSUDEK KONCEPCE OBORU PSYCHOSOMATICKÁ MEDICÍNA (909)

AUTOŘI: MUDr. Vladislav Chvála, Doc. PhDr. Daniela Stackeová, PhD., Doc. MUDr. Jiří Šimek, CSc., MUDr. David Skorunka, PhD., MUDr. David Holub.

OPONENT. DOC. MUDR. BOHUMIL SEIFERT, PH.D.

Vědecký sekretář SVL ČLS JEP

Prostudoval jsem koncepci oboru Psychosomatická medicína, předloženou výše zmíněným autorským kolektivem. S taktó předloženou koncepcí oboru souhlasím. Vychází z dobrých teoretických základů, je v souladu s mezinárodními trendy, odpovídá potřebám české populace a českého zdravotnického systému a jako praktickému lékaři mně dává smysl.

Doporučuji koncepci k přijetí.

PODROBNĚJŠÍ KOMENTÁŘ

Jedná se materiál přiměřeného rozsahu a formátu, efektivně strukturovaný, doložený seznamem relevantní literatury.

V úvodních kapitolách poskytuje základní informace o oboru Psychosomatická medicína, jeho definici, předmětu a cílech.

Srozumitelně vymezuje činnost oboru, jeho vědecké základy a jeho zasazení v právním rámci poskytování zdravotní péče v České republice.

Navrhuje optimální strukturu poskytování psychosomatické péče v ČR. Věnuje se i ekonomickým aspektům.

Očekávaný rozvoj oboru zasazuje do rámce demografických trendů a obecných trendů ve zdravotnictví. Identifikuje problémy a bariéry pro rozvoj oboru.

Koncepce správně zohledňuje všechny atributy, které lékařský obor musí naplnit, aby byl rovnocenným partnerem oborů ostatních: akademické zázemí, kvalitní atestační příprava, možnost rozvíjet praxi a její kvalitu, rozvíjení celoživotního vzdělávání, podpora pedagogické/školitelské činnosti a výzkum v oboru.

KONKRÉTNĚJŠÍ POZNÁMKY A DOPORUČENÍ:

Ad 2. Definice, předmět a cíle oboru

Definice oboru Psychosomatická medicína je velmi podobná definici všeobecného praktického lékařství, které je také charakterizované péčí orientovanou na pacienta, kterého vnímá z bio-psycho-sociálního, event. spirituálního hlediska. Rozdíl vidím v důrazu na zkoumání psychosociálního rozměru obtíží a v užití jiných metod k ovlivnění problému ve prospěch pacienta.

Ad 6. Struktura optimální sítě

Jednou z priorit reformy primární péče je podpora sdružování praxí. K té dochází spontánně zejména rozšiřováním stávajících praxí a event. jejich řetězením. Připadá mně jako výhoda do budoucna, že v

praxi s více lékaři se jeden může věnovat více psychosomatické problematice, jak je to běžné v Německu nebo v Holandsku. V koncepci to lze uvést jako jednu z možností rozvoje do budoucna

Ad. 10.2. Systém celoživotního vzdělávání

Jedná se zde především o CŽV lékařů s psychosomatickou odborností. Obor psychosomatická medicína ale musí přijmout, jak vyplývá z její koncepce a popisu mezioborové problematiky, odpovědnost za celoživotní vzdělávání všech lékařů, v oblasti psychosomatiky a nabízet jim vhodné edukační modality napříč odbornostmi.

Ad 12. Priority výzkumu, výzkumná pracoviště, garance výzkumu

Výzkum a jeho prosazení v soutěži o granty se neobejde bez posílení akademické základny, jak je v koncepci zmíněno. V podobných oborech nejvíce výzkum posouvají kupředu doktorandi a také účast v mezinárodních projektech. Tam bych cílil rozvojové snahy nového oboru

V Praze dne 24. 3. 2021

Doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.

Vědecký sekretář

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

OPONENTSKÝ POSUDEK KE KONCEPCI PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY (909)

AUTOŘI KONCEPCE:

MUDr. Vladislav Chvála, Doc. PhDr. Daniela Stackeová, PhD., Doc. MUDr. Jiří Šimek, CSc., MUDr. David Skorunka, PhD.

AUTOR POSUDKU: DOC.MUDR.PHDR.JAN PONĚŠICKÝ, PH.D.

Úvodem je nutno zdůraznit, že se jedná o první komplexní koncepci, týkající se integrace psychosomatické medicíny do lékařské praxe v České republice, a v obecnější formě týkající se psychosomatického chápání a přístupu ke všem onemocněním.

Prvá část – preambule, definice, cíle a postupy ohledně psychosomatické medicíny – je věnována základům tohoto oboru, vycházejícího z bio-psycho-sociálního pohledu na zdraví a stonání, jak se autoři velmi srozumitelným jazykem vyjadřují. Zasloučeně poukazují na fakt, že zvláště u funkční a chronifikující symptomatologie jde o nevyřešené problémy, které těmto poruchám předcházely. Tyto dlouhotrvající frustrace, způsobující neustálý stres, nestačí vyřešit, byť i chápavý přístup ošetřujícího lékaře, který často ztrácí trpělivost s pacientem, u kterého se nepodařilo nalézt žádnou orgánově-patologickou příčinu. Autoři zde nastiňují specifické psychosomatické postupy, počínaje psychosomaticky orientovaným rozhovorem, až po komplexní psychosomatickou léčbu, neustále zahrnující i spolupráci s ostatními ošetřujícími lékaři.

Druhá část koncepce psychosomatické medicíny se týká praktického začlenění psychosomatické péče do českého zdravotnického systému. V této souvislosti záleží autorům jak na kvalitě psychosomatického doškolování, tak i na co největším množství lékařů, kteří by začlenili psychosomatický přístup do své praxe. Proto je navrhován jednak krátkodobější výcvik s kvalifikací základní psychosomatické péče, a delší výcvik pro specialisty, kteří se budou zabývat převážně pacienty s psychosomatickými onemocněními. Autoři důkladně a detailně popisují ambulantní pracoviště, jejich vybavení a personální zabezpečení. Dále nastiňují možnosti rozvoje psychosomatických denních stacionářů a oddělení v nemocnicích. Nakonec zdůrazňují i nutnost dalšího výzkumu týkajícího se zvláště efektivity psychosomatické terapie a zmiňují se o problémech, které s tímto tématem souvisejí.

Dle mých znalostí i mojí 30leté zkušenosti práce na psychoterapeutických i psychosomatických rehabilitačních odděleních v Německu mohu potvrdit, že tento koncept psychosomatiky plně odpovídá mezinárodním standardům. Četnost psychosomatických (stresových, civilizačních) onemocnění narůstá, s tím i náklady na zdravotnictví. Právě cílená psychosomatická léčba znamená v obou směrech významný pokrok. Proto doporučuji bezvýhradné přijetí této koncepce jak lékařskou komorou, tak i Ministerstvem zdravotnictví České republiky.

Doc. MUDr. PhDr. Jan Poněšický, Ph.D.

Psychiater a odborný lékař pro psychosomatiku a psychoterapii, 17. 3. 2021