

---

# Ekonomické aspekty denní psychiatrické péče I Randomizační proces, sociodemografické a klinické charakteristiky

---

Howardová A.<sup>1</sup>, Kitzlerová E.<sup>1</sup>, Půbal K.<sup>2</sup>, Kališová L.<sup>1</sup>, Sekot M.<sup>1</sup>, Baková N.<sup>1</sup>,  
Číhal L.<sup>3</sup>, Raboch J.<sup>1</sup>

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha,  
přednosta prof. MUDr. J. Raboch, DrSc.<sup>1</sup>  
Vysoká škola ekonomická, Praha<sup>2</sup>  
Ministerstvo zemědělství ČR, Praha<sup>3</sup>

---

## Souhrn

Denní stacionáře (DS) představují jednu z alternativ akutní ústavní psychiatrické péče pro pacienty s lehkou až středně těžkou duševní poruchou, která má být stejně účinná a levnější než klasická hospitalizace. Cílem naší studie bylo prověřit toto tvrzení vyplývající ze zahraničních publikací v podmínkách systému české zdravotní péče. Během 20 měsíců nábory do naší studie jsme kontaktovali všech 1543 pacientů odeslaných k přijetí na Psychiatrickou kliniku VFN. Po splnění administrativních kritérií jsme u 944 z nich zvažovali možnost jejich účasti ve studii. Nejčastějšími příčinami jejich nezařazení byla závažnost aktuální psychopatologie, suicidální riziko a závislost na návykových látkách jako hlavní diagnóza. 256 splnilo vstupní a nesplnilo vylučovací kritéria. 210 pacientů s účastí ve studii souhlasilo. 103 z nich bylo randomizováno do denní péče, 107 ke klasické hospitalizaci. Obě skupiny se mezi sebou nelišily ve většině sociodemografických a klinických charakteristik. Je diskutována otázka kapacity denního stacionáře v závislosti na struktuře a kvalitě psychiatrické péče. **Klíčová slova:** akutní duševní porucha, denní stacionář, klasická hospitalizace, výběr pacientů do studie a randomizace.

**Summary:** Howardová A., Kitzlerová E., Půbal K., Kališová L., Sekot M., Baková N., Číhal L., Raboch J.: Economic Aspects of Daily Psychiatric Care I. Randomization Procedure, Sociodemographic and Clinical Characteristics

Day care represents one of the alternatives of acute psychiatric hospital treatment for patients with mental disorders and it is potentially as effective and cheaper than standard hospitalisation. The aim of our study was to test this hypothesis in the Czech health care system. During a period of 20 months we contacted all 1543 patients recommended to our Psychiatric hospital VFN. After fulfilling administrative criteria a group of 944 patients emerged to become candidates for participation in the study. The most frequent exclusion reasons were severity of psychopathology, suicidal risk and addictive disorder as main diagnosis. 256 patients fulfilled the inclusion and failed exclusion criteria. 210 agreed to participate in the study. 103 patients were randomized to day care, and 107 to standard hospitalisation. Neither groups differed in their main sociodemographic and clinical characteristics. The question of capacity of day hospitals in relation to structure and quality of psychiatric care has been discussed.

**Key words:** acute psychiatric disorders, day care, classic hospitalisation, recruitment of patients and randomization.

*Čes. a slov. Psychiat., 101, 2005, No. 3, pp. 142–147.*

---

## ÚVOD

Denní stacionáře (DS) jsou v péči o pacienty s duševní poruchou používány více než půl století. V roce 1932 otevřel Džagarov v Moskvě kvůli nedostatku peněz psychiatrickou nemocnici bez lůžek [5]. Adamsův dům v Bostonu byl zřízen v roce 1935 a Lady Chichester Hospital v Hove ve Velké Británii v roce 1938. Poskytované služby v těchto zařízeních se velmi lišily a postupně diferencovaly. Bierer [1] založil v Londýně

v r. 1946 tradici psychosociální péče ve formě psychoterapeutické komunity nezávislé na nemocniční bázi. Naopak Cameron razil termín denní nemocnice [2], která podle jeho názoru doplňovala a rozšiřovala klasickou lékařskou ústavní péči.

Podle Scheena [14] v současné době DS naplňují 4 různé funkce: 1. mohou být alternativou akutní ústavní péče v rámci nemocničních psychiatrických oddělení, 2. nebo její extenzí, 3. jindy jsou používány jako intenzivnější varianta ambulantní péče, 4. konečně jsou vhodné i pro dlouhodobou

rehabilitaci pacientů s chronickou závažnou duševní poruchou.

V rámci reformy psychiatrické péče, které probíhaly v západní Evropě a v USA ve druhé polovině 20. století a o které usilujeme v posledních letech i u nás, vyvstaly významné otázky finanční výhodnosti, tzv. cost-efektivity. Pro jakou část akutních psychiatrických pacientů je denní péče vhodná? Pro které z nich? Je stejně účinná? Je skutečně levnější?

Na toto téma bylo publikováno několik metodicky dobře provedených studií [7]. Ty prokázaly, že DS je možnou alternativou asi pro 20–40 % pacientů, kteří potřebují akutní ústavní psychiatrickou péči. Bylo zjištěno, že čím byla menší selekce pacientů před randomizací, tím byla vyšší pravděpodobnost, že léčení zařazení do DS budou později muset být přijati ke klasické hospitalizaci [3, 17]. Z toho důvodu byly formulovány kontraindikace denní péče. Jednalo se např. o pacienty, kteří se mohli sami poškodit, kteří byli závislí na návykových látkách, trpěli organickým poškozením mozku nebo vážnou tělesnou chorobou [19].

Redukce psychopatologie byla u obou forem terapie přibližně stejná [4, 17, 18, 21]. V otázce sociálního fungování nebyl shledán rozdíl mezi denní péčí a klasickou hospitalizací [7]. Nebyly shledány konstantní rozdíly v počtu rehospitalizací nebo v zátěži nejbližších příbuzných. Kritici těchto dat však hovoří o vysokém procentu pacientů, kteří odstupují ze studií denních stacionářů [6] a o otázce, zda akutní léčba formou denního stacionáře nemůže pacienta institucionalizovat tím, že jim umožňuje výrazně dlouhodobější pobyty než klasická hospitalizace [22].

Aplikace těchto výsledků pro Českou republiku je však problematická, neboť poskytování akutní péče není v našich denních stacionářích obvyklé tak, jak je tomu například ve Velké Británii či Německu. Tradičně byly v České republice DS zřizovány pro poskytování psychoterapie pacientům s neurotickými obtížemi a pro rehabilitaci dlouhodobě psychicky nemocných [8, 10].

Z výše uvedených důvodů jsme považovali za velmi významné prověřit tato zjištění i v rámci našeho zdravotního systému. Naším primárním cílem bylo porovnat náklady na jednoróční zdravotní péči o pacienty, kteří byli pro akutní duševní poruchu odesláni k ústavní psychiatrické léčbě a randomizováni ke klasické hospitalizaci (KH) nebo do denního stacionáře.

Metodicky jsme navázali na evropský multicentrický projekt **EDEN** (European Day Hospital Evaluatio**N**), který srovnával efektivitu denní psychiatrické péče a klasické hospitalizace. Základní hypotézou této studie bylo tvrzení, že denní stacionář se neliší od formy klasické hospitalizace v otázce zlepšení psychopatologie, ale je spojen se zlepšením subjektivní kvality života a s vyšší spolehlivostí s léčbou [19].

V tomto článku se zabýváme výběrem pacientů do naší studie, popisem randomizačního procesu, sociodemografickými a klinickými charakteristikami pacientů zařazených do studie. Vlastní ekonomické výsledky budou diskutovány v následujícím článku II.

---

## METODIKA

---

### Randomizační proces

Vstupními kritérii pro zařazení pacientů do studie byla přítomnost duševní poruchy, pro kterou byli odesláni k psychiatrické léčbě. Dostupná ambulantní péče nebyla dostatečně účinná nebo byla nevhodná pro jejich současný stav. Vylučovací kritéria jsou uvedena v tabulce 2 (u jednoho pacienta mohlo být zaznamenáno více důvodů).

Všichni pacienti, kteří byli během 20 měsíců náborem odesláni k hospitalizaci na Psychiatrickou kliniku VFN v Praze, byli kontaktováni členy výzkumného týmu. V případě, že splnili vstupní a vylučovací kritéria, byli vyzváni k účasti ve studii, se kterou byli podrobně seznámeni. Ti, kteří souhlasili a podepsali informovaný souhlas, byli randomizováni ke klasické hospitalizaci nebo do denního stacionáře.

Alokace do DS nebo KH byla předem připravena pomocí komputerovaného generátoru náhodných čísel. Randomizační poměr byl nastaven mírně ve prospěch KH z důvodu předpokládaného vyššího odpadu pacientů z hospitalizační péče. K randomizaci bylo použito zalepených obálek, z jejichž obsahu se pacienti dozvěděli umístění. Terapie určenou formou musela být zahájena do 24 hodin o pracovních dnech a při přijetí o víkendů v pondělí ráno.

### Vyšetřovací dotazníky

Sociodemografické a klinické charakteristiky byly zjišťovány pomocí Klientského dotazníku sociodemografických a klinických charakteristik (CSCHI) [9] a zaznamenány do tří dnů po přijetí. Diagnóza byla stanovena dle MKN 10 na základě klinického vyšetření.

### Statistická metodika a rozbor výsledků

#### Velikost souboru

Z analýzy rozptylu (a za předpokladu, že chyba  $\alpha = \beta = 0,95$ , tedy  $1 - \beta = 0,95$ ) vyplynulo, že nezbytný rozsah obou podskupin studie činí alespoň 76 případů. Takto volený rozsah umožňuje detekovat významné rozdíly se silou testů blízké jedné. Podle klinických zkušeností v případě denního stacionáře činí frekvence „drop-out“ u 20 % pacientů v denním stacionáři a 30 % u hospitalizovaných. Z těchto důvodů byl stanoven rozsah celého vzorku 200 pacientů.

## Analýza výsledků

Rozdíly mezi oběma skupinami (DS a KH) byly zjišťovány pomocí jednoduchých statistických testů (T-test;  $\chi^2$ -test, Fisher's Exact test, Fisher-Freeman-Haltonův test).

## VÝSLEDKY

Výběr pacientů do studie popisuje tabulka 1.

**Tab. 1.** Výběr pacientů do studie.

Celkový počet přijatých pacientů	1543
Pouze k diagnostickým účelům	14
Věk přes 65 let	95
Věk pod 18 let	81
Již dříve randomizováni do studie	4
Přímé překlady z jiné nemocnice	62
Zbavení způsobilosti k právním úkonům	18
Léčba nařízená soudem	52
Bydliště ve vzdálenosti více než 60 min. cesty	273
Přijati k léčbě, zvažována účast ve studii	944
Vyřazení na základě vylučovacích kritérií	688
Vyzváni k účasti ve studii	256
Odmítlo	46
Randomizováno	210
Do denního stacionáře	103
Ke klasické hospitalizaci	107

Po dobu 20 měsíců náboru bylo přijato na Psychiatrickou kliniku VFN 1543 pacientů, z nichž 256 pacientů splnilo vstupní a nesplnilo vylučovací kritéria studie. 46 pacientů odmítlo účast ve studii. S účastí ve studii tedy souhlasilo 210 jedinců. K denní péči bylo randomizováno 103 osob, k hospitalizaci 107. Terapii skutečně nastoupilo 100 pacientů do DS a 106 pacientů ke KH. Tři pacienti ze skupiny DS se po podepsání informovaného souhlasu a randomizaci nedostavili k terapii, jeden pacient randomizovaný k KH vzal po několika hodinách svůj souhlas zpět před započítáním vyšetření.

**Tab. 2.** Důvody pro nezařazení 688 pacientů do studie (u jednoho pacienta mohl být uveden více než jeden důvod).

Příčina	n	%
Detence	52	7,6
Neschopen porozumět souhlasu	17	2,5
Sebevražedné tendence	179	26,0
Nebezpečný svému okolí	37	5,4
Akutní intoxikace	17	2,5
Závažná tělesná choroba	60	8,7
Přítomnost závažné psychopatologie	212	30,8
Základní diagnóza závislost	132	19,2
Nutnost denního transferu pacienta	28	4,1
Bezdomovec	6	0,9

Tabulka 2 ukazuje příčiny nezařazení pacientů do dalšího výběru a randomizace. Mezi nejčastější důvody vyloučení patřila přítomnost závažné psychopatologie, suicidální riziko a hlavní diagnóza závislosti.

**Tab. 3.** Sociodemografické a klinické charakteristiky pacientů.

	DS N=100	KH N=106
<b>Pohlaví</b>		
– ženy: n (%)	55 (55)	70 (66)
<b>Věk</b>		
– m (SD)	35 (15)*	42 (13)
<b>Stav</b>		
– ženatí: n (%)	36 (36)	43 (41)
<b>Bydlení</b>		
– bydlí sami: n (%)	9 (9)	20 (19)
<b>Zaměstnání</b>		
– zaměstnaní: n (%)	35 (36)	53 (51)
– nezaměstnaní: n (%)	10 (10)	5 (5)
– studenti: n (%)	26 (27)	8 (8)
– invalidní důchod: n (%)	21 (21)	28 (27)
– jiné: n (%)	6 (6)	10 (10)
<b>Sociální dávky</b>		
– pobírají	45 (51)	46 (51)
<b>Léčení před současnou hospitalizací</b> (za poslední 3 měsíce)		
– hospitalizace: n (%)	1 (1)	6 (6)
– denní stacionář: n (%)	-	3 (3)
– ambulantní péče: n (%)	71 (78)	80 (83)
– komunitní psych. péče: n (%)	4 (4)	2 (2)
– bez psych. péče: n (%)	16 (18)	9 (9)
– bez kontaktu se zdravotnickým zařízením: n (%)	7 (8)	5 (5)
– není známo: n (%)	1 (1)	2 (2)
<b>První manifestace duševní poruchy</b>	34 (37)	29 (28)
<b>Počet prodělaných epizod duševní poruchy</b>		
– 1–3: n (%)	33 (67)	29 (53)
– více než 3: n (%)	16 (33)	26 (47)
<b>Počet předchozích hospitalizací</b>		
– žádná: n (%)	10 (21)	11 (18)
– 1–3: n (%)	29 (60)	31 (50)
– více než 3: n (%)	9 (19)	20 (32)
<b>Spokojenost s předchozí hospitalizací</b> (škála 1 až 7)		
m	4,9	4,9
(SD)	(1,8)	(1,8)
<b>Počet pobytů v denním stacionáři</b>		
– žádný: n (%)	25 (61)	31 (61)
– 1–3: n (%)	11 (27)	13 (25)
– více než 3: n (%)	5 (12)	7 (14)
<b>Spokojenost s pobyty v denním stacionáři</b> (škála 1–7)	5,4	5,3
– m (SD)	(1,5)	(1,7)
<b>Délka pobytu (dny)</b>		
– m (SD)	39 (19)	39 (18)

DS – pacienti v denním stacionáři

KH – hospitalizovaní pacienti

SD – směrodatná odchylka

\* signifikantní rozdíl mezi skupinami (T-test),  $p < 0,001$

Sociodemografické a klinické charakteristiky randomizovaných pacientů jsou uvedeny v tabulce 3.

Obě skupiny se od sebe v jednotlivých charakteristikách statisticky významně nelišily, s výjimkou věku. V obou skupinách byly častěji zastoupeny ženy než muži, (KH 66%, DS 55%). Většina pacientů žila sama, byli svobodní či rozvedení, polovina z nich pobírala sociální dávky, včetně důchodu. U jedné třetiny z nich se jednalo o první manifestaci duševní poruchy. U již léčených pacientů zhruba jedna pětina neměla nikdy zkušenost s klasickou hospitalizací a 60 % nemělo nikdy zkušenost s léčbou v denním stacionáři. Ve skupině hospitalizovaných nacházíme více zaměstnaných pacientů, tento rozdíl však nedosahuje statistické signifikace.

Diagnostické spektrum pacientů podle výstupních diagnóz je popsáno v tabulce 4.

**Tab. 4.** Diagnostický profil pacientů v obou skupinách.

Hlavní diagnóza při propuštění dle ICD-10	DS	KH
– F00–F09: n (%)	2 (2)	7 (7)
– F10–F19: n (%)	2 (2)	-
– F20–F29: n (%)	13 (13)	12 (12)
– F30–F39: n (%)	33 (34)	41 (39)
– F31: n (%)	6 (6)	6 (6)
– F33: n (%)	13 (13)	22 (21)
– F40–F49: n (%)	29 (30)	24 (23)
– F50–F59: n (%)	10 (10)	12 (12)
– F60–F69: n (%)	7 (7)	8 (8)
– F70–F70: n (%)	-	-
– F90–F98: n (%)	2 (2)	-

DS – pacienti v denním stacionáři

KH – hospitalizovaní pacienti

U více než jedné třetiny pacientů se jednalo o afektivní poruchu, zhruba u jedné čtvrtiny o úzkostné poruchy, u 13 % o psychotické poruchy.

## DISKUSE

Popis výběru zařazených pacientů respektuje přísná CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials) doporučení [15]. Ze všech 1543 konzekutivních příjmů na Psychiatrickou kliniku VFN bylo 87,4 % v daném období poprvé přijato k ústavní léčbě pro akutní duševní poruchy ve věku 18–65 let. Z těchto 1349 pacientů jedna pětina nemohla být zařazena do studie, protože jejich bydliště bylo vzdáleno více než 1 hodinu cesty běžnými dopravními prostředky. Další 5 % bylo vyřazeno, protože jim byla léčba nařízena soudem nebo jejich způsobilost k právním úkonům byla omezená. Nezařadili jsme ani 62 pacientů přelo-

žených z jiných nemocnic. Zbývajících 944 pacientů představuje skupinu, pro kterou dosavadní ambulantní péče byla nedostačující a u které bychom v běžné klinické praxi při dostupnosti denní péče měli zvažovat její vhodnost. Ta byla prověřena v naší studii dalšími vylučovacími kritérii, které vyplývají z terapeutických možností denního stacionáře.

Některé příčiny nevhodnosti denní péče při akutním zvládnání duševní poruchy jsou evidentní. V těch případech, kde se jedná o umístění pacienta v ústavním zařízení proti jeho vůli, kde jsou přítomny sebevražedné nebo heteroagresivní tendence, pacient je intoxikován, je vážně tělesně nemocen nebo není schopen porozumět souhlasu s hospitalizací, považujeme skutečně denní péči v souladu s literaturou za absolutně kontraindikovanou [20]. V našem vzorku se jednalo přibližně o jednu polovinu nezařazených pacientů z těchto důvodů. U druhé poloviny je možno uvažovat o relativních kontraindikacích, které vyplývají jak z postojů ošetřujících lékařů, tak ze struktury a kvality psychiatrické péče ve spádové oblasti. Nejčastějším vylučujícím kritériem takřka v jedné třetině případů byla „závažnost“ psychopatologie. V rámci naší mezinárodní spolupráce jsme byli konfrontováni s postoji našich německých a především anglických kolegů, kteří vzhledem k delší tradici využívání DS v péči o akutní psychiatrické pacienty podstupovali větší terapeutické riziko. Také kanadské zkušenosti potvrzují tuto úvahu. Pouze u jedné čtvrtiny z 212 sledovaných akutních příjmů byla klasická hospitalizace považována za jedině možnou [11].

Procento pacientů, kteří odmítli účast ve studii (17,8 %) se neliší od zkušeností jiných autorů [4, 17, 18, 21]. Dokonce patří spíše k těm nižším, což zvyšuje externí validitu našich výsledků. Např. Britským kolegům v rámci studie EDEN odmítlo stejnou spolupráci 36 % léčených. Tato skutečnost zřejmě souvisí s vysokou autonomií britských pacientů a neochotou účastnit se na projektech vyžadujících sběr osobních dat od pacientů, zatímco u nás převládají zatím stále tradiční paternalistické přístupy. Nezaznamenali jsme zatím, na rozdíl od našich západních kolegů, častější problémy s bezdomovectvím, které se však, bohužel, bezpochyby bude i v naší společnosti čím dále tím častěji objevovat.

Z našich 944 pacientů přijatých k léčbě jsme byli schopni zařadit do studie 210, to je 22,2 %. Toto je o něco nižší procento, než udávají některé zahraniční studie. Je možno si představit, že v případě větších klinických zkušeností lékařů s tímto druhem léčby, při lepším personálním a technickém zabezpečení DS, včetně zajištění dopravy, se kapacita denní péče dále rozšíří. Stejně tak speciální programy zaměřené na dospívající, seniory nebo závislé na návykových látkách možnosti této účinné léčby rozšíří.



Z 210 vybraných pacientů s akutní duševní poruchou jsme náhodně zařadili k terapii formou klasické hospitalizace 107 pacientů a do denního stacionáře 103 pacientů. Podobnost obou souborů ve většině sociodemografických i klinických aspektů svědčí pro správnost randomizačního procesu [16].

Zajímavé je též porovnání diagnostického spektra naší skupiny s pacienty, kteří byli v ČR hospitalizováni na psychiatrických odděleních všeobecných nemocnic (ÚZIS 2004). Podle celonárodních údajů bylo v roce 2002 v těchto zařízeních hospitalizováno 13 033 pacientů, včetně pacientů s demencemi a návykovými poruchami, kteří do naší studie zařazeni nebyli. U zbývajících více než jedné třetiny se jednalo o pacienty s neurotickou poruchou. Stejně procento jsme konstatovali i v našem vzorku. Rozdíly jsou však v procentuálním zastoupení léčených pro schizofrenii a afektivní poruchy. V celostátní statistice převládají pacienti z okruhu schizofrenie (25,6 %), kdežto v naší experimentální skupině je to pouze 13,1 %.

Opačný poměr jsme zaznamenali v oblasti afektivních poruch (20,4 % oproti 38,7 %). I toto zjištění je v souladu s tím, že denní stacionáře slouží především spolupracujícím pacientům s lehčí nebo středně těžkou poruchou.

**Závěrem** lze konstatovat, že denní stacionáře představují vhodnou terapeutickou metodu i pro akutní léčbu určité části pacientů s duševní poruchou. Jejich kapacita je dána nejen tradičním pojetím psychiatrické péče, ale i aktuální nabídkou a strukturou psychiatrických a sociálních služeb. Výhledově je jisté vhodné podpořit rozvoj této účinné formy léčby, abychom se přiblížili standardům západní Evropy, a tím moderně strukturované psychiatrické péči [9, 20]. Nesmíme ale zapomenout, že stále se budeme muset v akutních situacích starat asi o dvě třetiny pacientů, které budou potřebovat klasickou nemocniční péči.

*Tento článek vznikl za podpory grantu IGA MZ ČR č. 7515-2.*

## LITERATURA

1. **Bierer, J.:** Day hospital, an experiment in social psychiatry and syntho-analytic psychotherapy. London, H. K. Lewis and co., 1951.
2. **Cameron, D. E.:** The day hospital, an experiment form of hospitalisation for psychiatric patients. *Modern Hospital*, 69, 1947, pp. 60–62.
3. **Creed, F., Mbaya, P., Lancashire, S., Tomenson, B., Williams, B., Holme, S.:** Cost effectiveness of day and inpatient psychiatric treatment: results of a randomised controlled trial. *BMJ*, 314, 1997, pp. 1381–1385.
4. **Dick, P. L., Cameron, L., Cohen, D., Barlow, M., Ince, A.:** Day and full time treatment: a controlled comparison. *Br. J. Psychiatry*, 147, 1985, pp. 246–250.
5. **Dzaghárov, M. A.:** Experience in organizing a day hospital for mental patients, *Nevropatologi, Psikiatri*, 6, 1937, pp. 136–146.
6. **Hoge, M. A., Davidson, L., Leonard, H. W., Turner, V. E., Ameli, R.:** The promise of partial hospitalisation: a reassessment. *Hospital and Community Psychiatry*, 43, 1992, pp. 345–354.
7. **Horvitz-Lennon, M., Normand, S. L. T., Gaccione, P., Frank, R. G.:** Partial versus full hospitalization for adults in psychiatric distress: A Systematic Review of the Published Literature (1957–1997). *Am. J. Psychiatry*, 158, 2001, pp. 676–685.
8. **Kallert, T. W., Glockner, M., Priebe, S., Briscoe, J., Rymaszewska, J., Adamowski, T., Raboch, J., Howardová, A., Nawka, P., Reguliova, H., Schuetzwohl, M.:** A comparison of psychiatric day hospitals in five European countries, implementation of their diversity for day hospital research, *Soc. Psychiatry and Psych. Epidemiology*, 2004, in press.
9. **Kallert, T., Schützwahl, M., Matthes, C.:** EDEN-study group. The client socio-demographic and clinical history inventory. TU Dresden, Medizinische Fakultät, Dresden, 2000.
10. **Kitzlerová, E., Pěč, O., Raboch, J., Howardová, A., Stárková, L.:** Mapování denních stacionářů v České republice, *Čes. a slov. Psychiat.*, 99, 2003, s. 299–305.
11. **Lesage, A. D., Bonsack, Ch., Clerc, D., Vanier, C.:** Alternatives to acute hospital psychiatric care in East-End Montreal. *Can. J. Psych.*, 47, 2002, pp. 49–55.
12. **Lyons, L., Druss, B.:** Day hospital/crisis respite care versus inpatient care, Part I: clinical outcomes. *Am. J. Psychiatry*, 153, 1996, pp. 1065–1073.
13. **Marshall, M., Crowther, R., Almara-Serrano, A., Creed, F., Sledge, W., Kluiters, H., Roberts, C., Hill, E., Wriesma, D.:** Day hospital versus admission for acute psychiatric disorders. *Cochrane Review*, *Cochrane Library*, 3, 2003, Oxford press.
14. **Moher, D., Schulz, K. F., Altman, D. G., for the CONSORT Group:** The CONSORT statement: revised recommendations for improving the quality of reports of parallel-group randomised trials. *Lancet*, 357, 2001, pp. 1191–1194.
15. **Schene, A. H., van Lieshout, P. A., Mastboom, J. C.:** Different types of partial hospitalization programs: results of a nationwide survey in The Netherlands. *Acta Psychiatr. Scand.*, 78, 1988, pp. 515–522.
16. **Schene, A. H., van Wijngaarden, B., van Baaren-Marcelis, J. W.:** Randomization and generalization in psychiatric research. *Int. J. Methods in Psych. Res.*, 4, 1994, pp. 1–5.
17. **Schene, A. H., van Wijngaarden, B., Poelijoe, N. W., Gersons, B. P. R.:** Utrecht comparative study on psychiatric day treatment and inpatient treatment. *Acta Psychiatr. Scan*, 87, 1993, pp. 427–436.
18. **Sledge, W. H., Tebes, J., Rakfeldt, J., Davidson, L., Wiersma, D., Kluiters, H., Nienhuis, F. J., Ruphan, M., Giel, R.:** Costs and benefits of hospital and day treatment with community care of affective and schizophrenic disorders. *British Journal of Psychiatry*, 166, 1995, pp. 56–59.
19. **Stárková, L., Raboch, J., Kitzlerová, E., Baková, N., Sekot, M., Howardová, A., Peichlová, J., Kallert, T.:** Hodnocení klinického stavu spokojenosti s léčbou a kvality života u dvou skupin pacientů léčených formou denního

- stacionáře a klasickou hospitalizací – mezinárodní studie EDEN, Čes. a slov. Psychiat, 99, 2003, s. 260–264.
20. **Thorncroft, G., Szmukler, G.:** Textbook of community psychiatry, 2001, Oxford University press.
21. **Wiersma, D., Kluiters, H., Nienhuis, F. J., Ruphan, M.,**

- Giel, R.:** Costs and benefits of hospital and day treatment with community care of affective and schizophrenic disorders. British Journal of Psychiatry, 166, 1995, pp. 56–59.
22. **Wilkinson, G.:** Day care for patients with psychiatric disorders. BMJ, 288, 1984, pp. 1710–1711.

Dodáno redakci: 2. 11. 2004

Po skončení recenzního řízení: 13. 11. 2004

MUDr. Andrea Howardová  
Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN  
Ke Karlovu 11  
128 00 Praha 2

---

## RECENZE KNIHY

---

### Kottler J. A., Carlson J. (Eds.): **Bad therapy Master Therapists Share Their Worst Failures** Brunner-Routledge, New York 2003, 199 stran, cena 27 USD.

---

Pro psychoterapeuty, začínající i zkušené, je velmi zajímavé a podnětné dozvědět se, jak psychoterapii provádějí a zejména prožívají jejich významní a světově známí kolegové. Nakladatelství Portál nám již nabídlo v překladech několik skvělých publikací přibližujících takové konání i prožívání. Jsou to především kazuistiky Irvina Yaloma „*Máma a smysl života*“ a nejnovější „*Láska a její kat*“ a sbírka „*pozoruhodných případů z praxe dvacícti předních současných psychoterapeutů*“ uspořádaná J. Kottlerem a J. Carlsonem v monografii s názvem „*Mumie u jídelního stolu*“. Chci nyní upozornit na další publikaci tohoto druhu od stejných dvou spoluautorů, která by rovněž stála za překlad. Zaměřuje se tenkrát specificky na případy, které významní psychoterapeuti prožívali jako „špatnou terapii“, jako své *osobní selhání v profesionální práci*.

Autoři oslovili vybrané psychoterapeuty, kteří měli značnou klinickou zkušenost i četné publikované práce, a požádali je o jedno- až dvouhodinový rozhovor na uvedené téma. Nepřekvapí, že třetina z oslovených spoluprací na takovém projektu odmítla: jistě není příjemné riskovat podřívání vlastní autority veřejným přiznáním nejistoty, chyb a omylů. Ti, kteří spolupracovali, však přinesli vynikající materiál k zamyšlení o tom, co může psychoterapeut udělat špatně. Obvykle vinu za nezdar psychoterapeutického sezení nebo celého průběhu psychoterapie pohotově svalujeme na pacienta nebo na okolnosti, za které nemůžeme. Označíme pacienta za hraniční osobnost, poukážeme na jeho nedostatečnou motivaci, špatnou spolupráci a „odpor“. Hledání vlastních chyb v nepochopení pacienta a jeho situace, v nedostatečném vztahu, přílišném spěchu, či v nevhodném využití technik, neodpovídajících jeho očekávání, je podstatně méně časté. Autoři usilovali o ukázkou případů, kdy si terapeut byl ochoten své chyby připustit a poučit se z nich. A to se jim v publikovaném díle povedlo.

Ke 22 psychoterapeutům, kteří se se svými omyly a neúspěchy svěřili, patří mj. Peggy Pappová a R. Schwartz (rodinná terapie), J. Gray, F. Pittman, Susan Johnsonová, Pat Love a L. Sperry (manželská terapie), R. Corsini (adlerovská psychoterapie), M. Hoyt (krátká konstruktivní terapie), W. Glasser (terapie reali-

ty), S. Lankton (ericksonovská psychoterapie), Francine Shapiro (EMDR), R. Stuart (behaviorální terapie), A. Freeman (kognitivně behaviorální terapie), A. Lazarus (multimodální terapie) a J. Norcross (eklektická a integrativní psychoterapie). O svých ukázkových neúspěších referují podrobně i samotní vydavatelé díla, kteří jsou rovněž zkušenými psychoterapeuty s rozsáhlou publikační činností a lze je zařadit nejspíše k představitelům krátké eklekticky orientované psychoterapie. Významní psychoanalytici v souboru chybějí a autoři to nekomentují, takže není jasné, zda nebyli osloveni nebo účast odmítli.

Čtení je poutavé a z každého případu se lze poučit. Někdy poučení vyvozují dotázaní odborníci sami, jindy je ponechávají na čtenáři. Vydavatelé se pak v závěru knihy pokoušejí o jistá zobecnění. Na špatný průběh terapie může mít vliv: 1. když terapeut řádně nenaslouchá klientovi a postupuje jen podle vlastních představ, 2. když stále opakuje tytéž chyby, 3. když nemá jasný cíl, 4. když projevuje nadměrnou sebedůvěru (narcismus) a je vůči pacientovi arogantní, 5. když má naopak pocit vlastní neschopnosti, 6. když nedokáže vytvořit uspokojivé terapeutické spojení, 7. když používá nevhodné metody, 8. když ztrácí sebeovládání (a nechává se ovládnout protipřenosovými mechanismy) a 9. když vychází z nesprávných předpokladů. Na druhé straně si však autoři povšimli také skutečnosti, že pacient může mít jistý užitek z našeho postupu, ať děláme cokoli a jakkoli, a že takový pozitivní výsledek může být zcela odlišný od toho, co jsme sami zamýšleli. Otevřené přiznání chyb terapeuta samotnému pacientovi při tom může prohloubit terapeutický vztah a k pozitivnímu výsledku přispět.

Uvedené poučení je příliš schematické. Ke skutečnému poučení je třeba číst jednotlivé živé konkrétní rozhovory, ve kterých se prolínají sdělení dotázaných psychoterapeutů s úvahami a komentáři autorů této jedinečné sbírky. Proto na závěr ještě jednou doporučení: i tuto sbírku poučných případů je vhodné přeložit do češtiny.

Prof. PhDr. Stanislav Kratochvíl, CSc.