

### V. sympozium věnované výuce humanitních předmětů na lékařských fakultách

(Praha, 16. února 2005)

---

Letos se konalo ve Faustově domě v Praze již páté(!), a tedy i trochu jubilejní, setkání učitelů lékařských fakult věnované výuce humanitních předmětů. Sympozium uspořádal Ústav pro humanitní studia v lékařství 1. lékařské fakulty UK v Praze (přednosta prof. PhDr. Jan Vymětal) ve spolupráci s Psychiatrickou klinikou lékařské fakulty UK a FN Plzeň (přednosta doc. MUDr. Jiří Beran, CSc.). Nad sympoziem převzal záštitu prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc., MBA, děkan 1. LF UK v Praze.

Cílem pravidelných setkání v inspirujícím prostředí Akademického klubu ve Faustově domě je vedle prezentace odborných sdělení též rozvíjení osobních kontaktů mezi pedagogy fakult.

Letošní setkání bylo věnováno dvěma tématům:

1. Psychologický přístup k pacientovi a jeho rodině.
2. Výuka humanitních předmětů na lékařských fakultách v ČR.

Souhrny přednesených sdělení předkládáme níže v té podobě, v jaké je odevzdali jejich autoři.

**Vůdcovství dnes (Šebek M., Ústav lékařské etiky a humanitních základů medicíny, 2. LF UK, Praha).** Krize autority v současném západním světě probíhá plíživě již několik století a mění kvalitativně vztah mezi vůdci a vedenými. Oslabení autority zasahuje vůdcovství jako sociálně psychologický fenomén, který se projevuje nejen oslabením moci, ale také ve formách vůdcovství, které se vynořují z kořenů kolektivního i individuálního nevědomí. Vedle archaických forem totalitního vůdcovství se objevují erotizující, klamající nebo „sourozenecké“ formy vůdcovství. V současné medicíně vrcholí krize paternalismu jako totalitní formy „vůdcovství“ a nastupuje tzv. partnerský model vztahu mezi lékařem a pacientem, který má v sobě erotizující a sourozenecké elementy a je současně reakcí na „klamající“ roli lékaře, která existuje do jisté míry nezávisle na dosluhujícím paternalismu.

**Vztah lékař-pacient ve světle psychosomatických projevů (Bob P., Ústav pro humanitní studia v lékařství a Psychiatrická klinika 1. LF UK v Praze).** Informace o psychosomatických jevech vyvstávají ve dvojím ohledu z hlediska přístupu k pacientovi. V prvním případě jde o psychologický vliv na pacientovu beznaděj, či na straně druhé v podpoře neúnavné vytrvalosti v boji s nemocí, které mají svůj psychoneuroimunologický a endokrinologický korelát. Ve druhém případě jde o podrobnější informaci pacienta o tom, že jeho psychický stav není „pouze psychický“, ale má vliv zejména v případech zvládnání či nezvládnání stresové situace na jeho imunitní a endokrinní funkce.

**Zpráva o organizaci psychosociální pomoci při postižení českých turistů v oblasti zasažené vlnou Tsunami (prosinec 2004 – leden 2005) (Čepická B., Vymětal Š., Baštecká B., Sotolářová M., Ústav pro humanitní studia v lékařství 1. LF UK v Praze, OPS Ope**

*MV ČR, Katedra psychologie FFUP Olomouc, MV-GŘ HZS ČR).* Příspěvek informuje o tom, jak probíhala a jak byla organizována konkrétní psychosociální pomoc pro občany zasažené velkou přírodní katastrofou v Asii. Na této pomoci se sešly psychologické složky MV ČR, Asociace klinických psychologů ČR a psychosociální intervenční týmy. Koordinaci provádělo odd. psychologických služeb MV ČR. Na základě této spolupráce byla vytvořena příručka pro české občany a jejich blízké, které katastrofa postihla.

**Možnosti, meze a zvláštnosti psychoterapie u onkologicky nemocných (Bendová M., Honzák R., FN Brno – pracoviště reprodukční medicíny, Katedra psychiatrie IPVZ Praha).** Autoři přináší svou zkušenost (výsledky Grantového úkolu) se zařazením psychoterapeutické léčby u pacientek s ca ovaria. Současně je sledována úroveň kvality života léčených pacientek v jednotlivých stadiích onemocnění. Jsou také vymezovány indikace pro jednotlivé postupy. Ze závěrů 4letého sledování autoři předkládají další, nové možnosti psychoterapie, které vycházejí z výsledků výzkumného úkolu. Bylo prokázáno, že psychoterapeutické působení je skutečně efektivní, je-li poskytováno stále systematicky od okamžiku sdělení diagnózy až po stadia terminální. Bylo prokázáno, že účinnost psychoterapie poskytovaná v nemocničních zařízeních významně klesá po propuštění pacientek domů do běžných životních podmínek. Proto autoři navrhují nový typ psychoterapeutické péče pomocí telefonu, který podle autorů může překlenout klinicky významné úskalí a odstranit jednu z hlavních příčin psychického a následně i fyzického dyskomfortu nejen u pacientky samotné, ale i její rodiny.

Autoři připojují návod „Doporučení pro partnery onkologicky nemocných“, aby byli svým blízkým skutečně prospěšní. Součástí práce je i videokazeta „Vůle k životu“.

**Komplexní geriatrické hodnocení (CGA) – jaký rozsah psychologických aspektů má být implementován do klinické praxe? (Kalvach Z., 3. interní klinika 1. LF UK a VFN v Praze).** Komplexní geriatrické hodnocení (comprehensive geriatric assessment, CGA) je označení multidisciplinárního přístupu ke geriatrickým pacientům. Tento přístup může být realizován erudovaným geriatrem či geriatrickým týmem a umožňuje bio-psycho-sociální pochopení pacienta, nejen jeho nozologických diagnóz, ale především jeho prognóz, limitací, rizik, přání a potřeb. Současně umožňuje individualizovaný, zdůvodněný a účelný přístup ke stále početnějším křehkým pacientům/klientům zdravotnických a zdravotně-sociálních služeb.

Metoda CGA vychází z tradice britské geriatrické školy (M. Warrenová, 40. léta 20. století) byla zpracována především v USA v 70. letech 20. století (L. Rubenstein) a v současnosti je využívána v různé podobě a v různém rozsahu v mezinárodní geriatrické praxi,

zvláště v USA, Kanadě, Velké Británii, Itálii, Skandinávii či v Nizozemsku. Významně přispěla k restrukturalizaci geriatrických služeb s rozvojem oddělení GEM (geriatric evaluation and management).

Implementace CGA do klinické medicíny v ČR vyžaduje kromě jiného ujasnění a ověření účelného rozsahu tzv. perignózy, tedy informací o pacientovi a okolnostech jeho stonání nad rámec rozpoznávání diagnózy jako víceméně heterochtonní nozologické jednotky. Tyto otázky se významně týkají i psychologických a psychosomatických aspektů, které by měly být předmětem mezioborové diskuse. Příkladem je již samo vymezování typického geriatrického pacienta, respektive kritérií tohoto vymezování (věk?, soběstačnost?, křehkost?). Zvláště klíčový pojem křehkost (fragility) může nabývat výrazně psychosociální povahy a odkrývat až nečekaný význam geriatrické psychoterapie.

**Proměny české lékařské kultury (Křížová E., Ústav lékařské etiky a ošetrovatelství, 3. LF UK v Praze).** Lékařská profese je vázána vysokými morálními požadavky a normami. Mezi ně patří především primární ohled na potřeby nemocného a kolegialita. Důraz na veřejnou prospěšnost lékařské činnosti je podle Goodea a Freidsona kompenzován vysokou mírou profesní autonomie a seberegulace. V posledních desetiletích se lékařská role proměňuje. Na základě rozhovorů s lékaři a lékařkami jsou popsány tři modely lékařské kultury v českém prostředí. Z hlediska intergeneračního se projevuje snížení pocitu oddanosti a obětavosti vůči profesi a nemocným a zesiluje akcent na uspokojování vlastních potřeb a přání. Jisté oslabení altruistického postoje je nutno vnímat v souvislosti s dalšími proměnami společnosti a především v souvislosti s omezováním autonomie lékařů a lékařek ve stále složitějších organizačních a ekonomických celcích zdravotnických provozů. Jestliže je orientace na obecnou prospěšnost a potřeby druhých tradiční hodnotou lékařské profese a je vyvážena vysokou mírou korporativní autonomie, pak můžeme předpokládat i opačné, že omezování této profesní autonomie a nárůst externí kontroly ze strany plátců zdravotní péče, organizátorů zdravotnictví i masmédií může vést k oslabení této altruistické identity a posílení snahy o prosazení vlastních zájmů.

**Některé otázky výuky lékařské etiky v zemích Evropské unie (Lajkep, T. a Vácha M., Ústav lékařské etiky LF MU v Brně).** Základní cíle výuky lékařské etiky jsou tři:

(1) kognitivní cíle – zlepšovat teoretické znalosti v oblasti etických teorií, poukázat na základní bioetické problémy (genomika, eutanázie apod.),

(2) praktické cíle – rozvíjet profesionální obratnost vykonavatelů lékařské péče (schopnost empatie, komunikace),

(3) zaujetí postoje a vztahu k lékařské praxi (akceptace různorodosti mínění i vzhledem k medicínské racionalitě). V Evropě existuje titul European Master in Bioethics – patří do systému postgraduálního vzdělávání, jedná se o dvouletý kurz, základem je týdenní seminář, celkový počet seminářů je 30. Je zdůrazněna evropská filozofická a náboženská tradice, interdisciplinární charakter, podporuje se účast zájemců z různých zemí Evropy (financováno Evropskou komisí – QLG6-CT-2002-30571). Akreditace doktorandského studia lékařské etiky na LF MU v Brně odpovídá evropskému kontextu výuky bioetiky.

**Jak zjišťovat proměny kvality života u této jedince (Mareš, J., Ústav sociálního lékařství, LF UK, Hradec Králové).** Přehledový referát připomněl, že mnohé dosavadní výzkumy zabývající se kvalitou života vycházely ze zjednodušeného předpokladu: změny v jedincem vnímané kvalitě života (a odborníkům sdělované prostřednictvím dotazníku či rozhovoru) souvisejí převážně se změnami v jedincově zdravotním stavu. Proto se u jedince tytéž proměnné měřily opakovaně stejnou metodou. Přibývá však výzkumů, které upozorňují, že pod vlivem různých životních událostí i cílených intervencí se mění také jedinec sám. Nelze tedy mechanicky počítat rozdíl mezi posttestem a pretestem, neboť se mezitím mohly změnit jedincovy preference, standardy hodnocení a podobně.

Přehledový referát přiblížil dvě teorie, které se snaží tyto možné změny vysvětlit: implicitní teorii stability a změny – *implicit theory of stability and change* (Ross, 1989) a teorii posunu v jedincově odezvě – *response shift theory* (Sprangers, Schwartz, 1999, 2000). Detailnější pak rozebral druhou teorii. Teorie posunu v jedincově odezvě předpokládá, že dochází ke změnám ve třech oblastech: v jedincových vnitřních standardech (rekalibrace hodnotící škály), v hierarchii jedincových hodnot (reevaluace priorit) a konečně dochází i ke změně pojmů, klíčových oblastí charakterizujících kvalitu života (rekonceptualizace). Referát prezentoval teoretický model vztahů mezi základními proměnnými. Referující uvedl šest typů metod, které umožňují posun v jedincově odezvě diagnostikovat. Jsou to individualizované metody, preferenční metody, metody sekvenčního srovnání, metody opírající se výzkumný projekt, statistické metody a konečně skupina kvalitativních metod. V závěru přednášky byly diskutovány možnosti a meze této teorie a byl připomenut její inspirativní potenciál pro longitudinální výzkumy obecně.

**Možnosti výuky psychosomatiky u mediků a lékařů (Beran J., Psychiatrická klinika LF UK, Plzeň).** V r. 1975 byla založena sekce pro studium psychosomatické medicíny Psychiatrické společnosti ČLS. Sekce stimulovala lékaře a klinické psychology k výzkumné, terapeutické a výukové činnosti v oblasti psychosomatické medicíny. Postupně se vytvořil tým lektorů, který byl v podstatě identický s týmem autorů první české monografie „*Psychosomatická medicína*“ (1983). První mimořádnou odbornou stáž uspořádala na jaře 1982 Katedra psychiatrie IPVZ v Praze. Tato stáž dala podnět k organizování pravidelné výuky, kterou dosud realizují J. Baštecký a J. Beran s týmem lektorů. Bylo realizováno 23 stáží, jichž se zúčastnilo více než 140 lékařů různých klinických i teoretických oborů a 3 kliničtí psychologové. Katedra psychiatrie IPVZ v r. 2002 rozšířila svoji nabídku o kurz Úvod do psychosomatiky, na jehož programu se výrazně podílí psychosomatická sekce PS ČLS JEP. Vedle toho autor sdělení soustavně spolupracuje s katedrou všeobecného lékařství IPVZ. Od roku 1984 organizuje kurzy pro praktické lékaře, v nichž se problematika psychosomatických onemocnění probírá. V poslední době pořádají jednodenní kurzy věnované psychosomatice J. Šavlík s J. Hnízdílem. Na lékařských fakultách v ČR výuka samostatného předmětu věnovaného psychosomatice není zavedena. Úřčitou alternativou však je předmět lékařská psychologie, který se stal povinnou součástí studijních programů. S psychosomatickou specializační atestací u nás ani do budoucna nelze počítat. Perspektivní možností se jeví

získání osvědčení IPVZ o psychosomatickém vzdělání pro absolventy uceleného vzdělávacího programu pořádaného IPVZ.

O symposium je mezi odborníky zájem. Bohatá diskuze k referátům je zde pravidlem. Symposium navštěvují také postgraduální studenti studijního oboru Lékařská psychologie a psychopatologie na 1. lékařské fakultě

*Dodáno redakci: 21. 3. 2005*

Univerzity Karlovy v Praze. Symposium se koná bez jakékoli sponzorské podpory. Není pochyb o tom, že symposium si našlo u odborné veřejnosti své místo. Za rok bude další.

Můžeme se těšit na to, že nás po roce opět osloví genius loci Faustova domu. Zdá se, že Faustovské úsilí o co nejširší poznání je zde stále živé.

*Doc. MUDr. Jiří Beran, CSc.  
Prof. PhDr. Jan Vymětal*

---

## RECENZE KNIHY

---

Schnider A.: **Verhaltensneurologie**

Georg Thieme Verlag, 2004, druhé, rozšířené vydání, 200 stran, 20 stran literárních údajů, 73 obr., 41 tabulek.

Autor definuje neurologii chování jako speciální úsek neurologie, který se zabývá mentálními poruchami, tedy poruchami myšlení, chování a emočního prožívání. Jejím úkolem je posoudit z neurologického hlediska neuropsychologické a psychiatrické poruchy. Kniha se snaží ujasnit příčiny, anatomický podklad, symptomy, postup klinického vyšetřování, průběh a prognózu mentálních poruch.

Rozvinuly se radiologické a elektrofyziologické metody. Mozková aktivita se dá přímo měřit. Kognitivní procesy se mohou ujasňovat v rozsahu milisekund, spoje barevně zobrazovat a hlavně mozkové léze zachycovat v jejich časných stádiích. Nic však nemůže nahradit klinické vyšetřování mentálních poruch.

Neurologie chování (behavioral neurology) se snaží klinicky ujasnit poruchy mentálních funkcí, jejich anatomické podklady, patogenezi, etiologii, podávat návrhy terapie, zabývat se průběhem a prognózou. Přitom je často nezbytné použít standardizované neuropsychologické postupy.

Lékař se má zabývat stížnostmi pacienta na špatnou paměť, poruchy vidění a řeči, právě tak jako parézami. Není možné přesně objektivizovat všechny mentální poruchy, přesto poruchy z pohraničí neurologie a psychiatrie patří také do oblasti neuropsychologie.

Vyšetřovací metody neurologie chování jsou shodné s metodami neuropsychologie. Tak tedy neurologie chování reprezentuje neurologickou stránku neuropsychologie a psychiatrie, respektive neurologickou a psychiatrickou stránku neurologie.

Kniha je členěna na kapitoly: anatomické podklady, poruchy pozornosti a stav zmatenosti, syndromy přední-

ho mozku, afázie a asociativní poruchy, poruchy zpracování prostoru, vizuální a taktilní agnózie, poruchy paměti, syndrom corporis callosi a syndromy demencí.

Jsou probrány nejdůležitější struktury mozku, významné pro chování, to jest známé primární motorické a senzorké kortikální areály, jak je rozpracoval kdysi Brodmann. Podrobně jsou přiblíženy čtyři základní areály: prefrontální mozek (areál 1), levá hemisféra (areál 2), pravá hemisféra (areál 2), zadní úseky hemisfér (areál 3) a mediální struktury (areál 4).

Podrobně jsou popsány poruchy pozornosti a stav zmatenosti. Ukazuje se na anatomický terén, postup vyšetření, etiologii.

Stejný postup se používá i při poruchách předního mozku, kde jsou dokládány změny při CT-vyšetření a typické poruchy grafických schopností.

Velmi podrobně je probírána afázie a asociované poruchy (spontánní řeč, porozumění řeči, opakování slov, pojmenování, produkce slov, čtení a psaní).

Podrobně jsou zpracovány poruchy v prostoru, dále vizuální a taktilní agnózie s některými přesně zpracovanými a pojmenovanými syndromy.

Podrobně jsou dále zachyceny poruchy paměti, syndromy demencí se zevrubně zachycenými příčinami.

Přínos publikace spočívá v popisu neurologických i psychiatrických poruch, lokalizaci příčin, výsledků elektrofyziologických metod a v propojení s grafickými poruchami.

Zevrubně vyšetřovací schéma, pokud je sledováno, zvýší znalosti neurologa i psychiatra.

*Prof. MUDr. Jan Mečtř, DrSc.*