

MÍSTO PSYCHOTERAPIE V RÁMCI AMBULANTNÍ PSYCHIATRICKÉ PÉČE

MUDr. Jiří Berka

Psychiatrická a psychoterapeutická ambulance, Brno

Článek je zaměřen na léčbu neurotických poruch v ambulantních podmínkách, závěrem se stručně dotýká léčby demencí. Úvodem je podán nástin patogeneze neurotických poruch z hlediska psychologického modelu; dle něj leží těžiště problematiky ve vývojově založené poruše sebepojetí. Ta způsobuje intrapsychické konflikty a následně vytvoření maladaptivních procesů (patogenních stereotypů), jež se pak manifestují konkrétní symptomatikou. Psychoterapie se z tohoto úhlu pohledu jeví jako hlavní, kauzální léčebná metoda neurotických poruch. Přestože jak doporučené postupy, tak kompetenční požadavky u nás i v zahraničí s aplikací psychoterapie počítají, v podmínkách naší současné ambulantní psychiatrické péče není uplatňována v potřebné míře. Následně je podána vize uceleného vzdělání v transteoretické psychoterapii jako součást přípravy k atestaci.

Klíčová slova: patogeneze neurotických poruch, jádrové kompetence ambulantního psychiatra, transteoretická psychoterapie.

Psychiat. pro Praxi, 2008; 9(4): 182–183

Úvod

Tento článek vychází ze sdělení pod stejným názvem, které bylo předneseno na 13. česko-slovenském psychiatrickém sjezdu v Brně 14. září 2007. Sdělení bylo zaměřeno na léčbu neurotických poruch, které věnují převážnou část svého pracovního času. Protože se léčbou chorob schizofrenního okruhu zabývám jen okrajově, nemohu se tudíž k jejich psychoterapii v rámci ambulantní péče kompetentně vyjadřovat. Menší částí svého úvazku se mj. jako konziliář některých zařízení sociální péče zabývám léčbou demencí, o níž se krátce zmíním závěrem.

Psychologický model patogeneze neurotických poruch

Patogenezi neurotických poruch lze z hlediska psychologického modelu velmi zjednodušeně popsat takto: Každý lidský jedinec se narodí jako absolutně závislý na péči jiných. Pokud není apriori biologicky limitován, má vrozenou tendenci dospět postupně do stadia nezávislosti, kdy je schopen v realitě zajistit existenci sobě i těm, kteří toho ještě nebo už nejsou schopni. Tato vrozená tendence k dosažení tohoto cíle nestačí, je nutné její potvrzování zvenčí. Rozpory mezi touto vrozenou tendencí a jejím potvrzováním zvenčí, které spočívají zejména v nepřiznávání míry autonomie odpovídající aktuálnímu stadiu vývoje jedince, zakládají intrapsychické konflikty především v oblasti sebepojetí. Ty jsou často vývojově nevyřešeny a potlačeny do nevědomí, odkud při souběhu více faktorů uvolňují v podobě příznaků. Ty lze symptomaticky ovlivňovat medikací či jinými medicínskými opatřeními a kauzálně psychoterapeuticky.

Psychoterapie úzkostných poruch

Dnešní teoretický přístup k psychoterapii neurotických, konkrétně úzkostných poruch popisuje Junek. Cílem psychoterapie úzkostných poruch je především ovlivnění/zmírnění jednotlivých symptomů

(úzkosti a strachu) s možným přesahem zahrnujícím prevenci relapsu a sekundárních problémů a případně různé formy zásahů do struktury osobnosti... Jednotlivé psychoterapeutické přístupy se v naplňování cílů léčby odlišují. Je to odraz odlišných teoretických východisek. Výsledek by měl být pro pacienta tentýž, ať již k němu dospěje vyřešením nevědomých konfliktů (dynamické směry), nebo změnou myšlení, pohledu na sebe a druhé a odstraněním vyhubavého chování (kognitivně behaviorální směry) (2).

Dále se zabývá indikačními kritérii pro individuální i skupinovou psychoterapii úzkostných poruch. Zdůrazňuje význam stavu struktury osobnosti pacienta a míru nutnosti zásahu do ní.

Z toho plyne, že ambulantní psychiatr má být schopen posoudit stav struktury osobnosti pacienta, indikovat psychoterapeutický postup jako nezbytnou součást léčby neurotických poruch a buďto jej sám provádět, nebo zajistit jeho provádění na jiném pracovišti, zpravidla u klinického psychologa. To předpokládá i současně platný vzdělávací program pro psychoterapii IPVZ, který v oddílu minimálních požadavků na specializační vzdělávání uvádí povinné absolvování psychoterapeutického vzdělávacího programu akreditovaného PS ČLS (části výcviku v psychoterapeutickém směru nebo psychoterapeutického kurzu organizovaného k tomu účelu v rozsahu 160 hodin) a v oddílu požadovaných teoretických znalostí a praktických dovedností vyžaduje znalost přehledu o psychoterapii a socioterapii a umění je použít, jakož i porozumění jejich účinku, možnostem a rizikům ve všech fázích léčby v ústavních i mimoústavních podmínkách.

V této souvislosti cituji Gabbarda (1): „Revízní komisia pre psychiatrov-rezidentov stanovila, že od júla 2002 musia všetky výukové programy začať s implementáciou šiestich jadrových kompetencií (starostlivosť o pacienta, medicínske poznatky, interpersonálne a komunikačné zručnosti, učenie a zdokonaľovanie sa založené na praktických skúsenostiach,

profesionalizmus a prax založená na jestvujúcich systémoch) do klinických a didaktických osnov a plánov... Komisia sa zhodla, že výsledkom dobrého vzdelávania pre všetkých psychiatrov-rezidentov by mala byť dostatočná kompetencia v piatich formách psychoterapie – dlhodobej psycho-dynamickej psychoterapie, podpornej psychoterapie, kognitívne behaviorálnej psychoterapie, krátkodobej psychoterapie a psychoterapie kombinovanej s farmakológiou.“

O stránku ďalej Gabbard jasnozrivo pokračuje: „Skutečná odbornosť v psychoterapii si vyžaduje množstvo rokov skúseností aj zručnú supervíziu a konzultácie. Základné nástroje sa však dajú naučiť aj počas rezidenčného tréningu, takže čerství psychiatri dokážu poskytnúť nevyhnutnú starostlivosť širokej škále pacientov, s ktorými prídu do kontaktu.“

Miesto psychoterapie v súčasnej psychiatrii

Je zřejmé, že oficiální požadavky na kompetenci psychiatrů se v USA a u nás výrazně neliší. Jaká je však realita? Před listopadovou revolucí byla psychoanalýza buržoazní pavědou a pracoviště, která provozovala psychoterapii, ostrůvky pozitivní deviace. Po revoluci došlo k protržení hrází a výcvikové instituce vznikaly jako houby po dešti. Od r. 1998 uděluje subkatedra psychoterapie při IPVZ funkční specializaci v psychoterapii. Základní podmínkou je absolvování psychoterapeutického výcviku v uznávaném směru a praktické provádění psychoterapie v předepsaném rozsahu. Nemám k dispozici konkrétní číslo, jaká část současných ambulantních psychiatrů tuto funkční specializaci má a kolik z nich skutečně psychoterapeutickou praxi vykonává. Jistým vodítkem by mohla být příloha 1 úhradové vyhlášky z r. 2005, která uváděla seznam ambulantních ZZ poskytujících převážně psychoterapeutickou péči, kde bylo uvedeno celkem 27 takových zařízení pro celou ČR.

Bohužel také došlo ze známých důvodů k petrifikaci sítě ambulancí, kde mnohdy působí kolegyně a kolegové, kteří výše uvedené požadavky prostě nesplňují; zejména v tom, že když už sami psychoterapii neprovádějí, ani ji neindikují. Problém je také v tom, že specializovaná psychoterapeutická pracoviště dnes kromě výjimek působí jen ve větších centrech, což komplikuje dostupnost z odlehlejších míst. Tento stav ostře kontrastuje s neustále se zvyšující poptávkou po psychoterapeutické péči ve všech věkových skupinách. Je tedy nutno stále usilovat o to, aby ambulantní psychiatři byli kompetentní, když už ne přímo v poskytování specializované psychoterapeutické péče, tak alespoň v její indikaci a zajištění.

Vize budoucnosti

Nyní bych si dovilil předestřít svou vizi budoucnosti, oprostěnou od ekonomických a organizačních překážek. Myslím, že každý ambulantní psychiatr by měl být erudovaným psychoterapeutem a že kompletní výcvik by měl být integrální součástí atestační přípravy.

Pro psychoterapii úzkostných a do značné míry i afektivních poruch by však dle mého názoru mohl být univerzálně používán tzv. transteoretický přístup (4). Musím říci, že tato pasáž z reprezentativní publikace Prochasky a Norcrossse mne velmi oslovila, našel jsem v ní něco, co jsem dlouho intuitivně hledal a v dosavadních systémech nenacházel, totiž skutečnou, nikoli eklektickou integraci toho skutečně podstatného, co jednotlivé systémy obsahují.

Autoři uvádějí, že jejich snahou bylo „vytvořit v integrativním duchu model psychoterapie a změny chování, který může čerpat z celého spektra hlavních teorií... Integrativní model musí poskytnout vodítka pro praxi a hlavní zásady pro srovnávací analýzu a zá-

roveň musí zůstat flexibilní a povzbuzovat terapeutovu volbu a připojování nových terapeutických systémů a výzkumných zjištění. Autoři formulovali pět úrovní problémů: intrapersonální (intrapyschické) konflikty, rodinné a systémové konflikty, aktuální interpersonální konflikty, maladaptivní kognitivní procesy a konkrétní symptomy, jakož i pět stadií změny: prekontemplaci, kontemplaci, přípravu, akci a udržení. Umístěním úrovní na vertikální osu a stadií na horizontální osu vytvořili tabulku, do níž umísťovali jednotlivé psychoterapeutické přístupy podle toho, kde je těžiště jejich působení. Vznikla víceméně souvislá osa vedoucí v terapii od přístupů analytických na počátku přes interpersonální až po kognitivně-behaviorální na konci, samozřejmě dle konkrétního stavu pacienta.

Oblastí, která svou problematikou přesahuje rozsah tohoto článku, je psychosomatika.

Její řešení musí začít od změn výuky lékařů již na pregraduální úrovni; příslušné ústavy již existují a lze jen doufat, že nastupující generace lékařů bude poučenější v komplexním přístupu k pacientovi než ty předchozí. Dalším klíčovým bodem je praktický lékař, který by měl rozpoznat psychickou komponentu etiologie potíží a hlavně se nebát toto pacientovi sdělit spolu s potřebou další psychiatrické péče. Nemyslím si, že by psychosomatická problematika potřebovala nějaký specifický psychoterapeutický přístup; vnímám psychosomatickou symptomatiku (vč. např. poruch příjmu potravy a poruch spánku) jako součást příslušné nosologické jednotky (nejčastěji neurotické či osobnostní poruchy).

Literatura

1. Gabbard GO. Dlhodobá psychodynamická psychoterapie. Trenčín: Vydavatelstvo F, 2005; 9–11, 199–203.
2. Junek P. Psychoterapeutické postupy. In Raboch, J Anders M, Praško J, Hellerová P. Psychiatrie-doporučené postupy psychiatrické péče II. Noctis studio 2006; 111–117.
3. Prochaska JO, Norcross JC. Psychoterapeutické systémy – průřez teoriemi. Praha: Grada Publishing 1999; 391–423.
4. Vzdělávací program v oboru psychiatrie, IPVZ Praha, www.ipvz.cz.

Závěr

Závěrem se krátce dotknu psychoterapeutických přístupů v ambulantní péči o demenční pacienty. Zde se samozřejmě nejedná o postupy kauzální, nýbrž povytce symptomatické, udržující stav pacienta či zpomalující progresi demence. Jedná se o postupy kognitivní, zaměřené především na údržbu zachovaných schopností a dovedností. Tyto postupy nejsou zpravidla prováděny přímo v ambulanci při kontaktu psychiatra s pacientem, ale v domácím prostředí či při stacionární péči. Klíčovou roli zde má Česká alzheimerovská společnost, která má svoje kontaktní místa ve všech krajích ČR, vykonává poradenský servis pro pacienty nejen s Alzheimerovou nemocí, a dále poskytuje informační servis o službách pro seniory.

Jedním z důležitých postupů je tzv. respitní péče, kdy odborně proškolení pracovníci těchto služeb docházejí za mírnou úplatu přímo do bydliště pacientů a pracují s nimi přiměřeně jejich stavu. Výhodné jsou také denní pobyty, kde navíc působí stimulačně společnost dalších seniorů. Ambulantní psychiatr by tedy měl mít přehled o těchto službách, včetně specializovaných ambulancí ve větších centrech, doporučovat indikaci těchto postupů a dle potřeby konzultovat a koordinovat léčebné postupy.

MUDr. Jiří Berka

Psychiatrická a psychoterapeutická ambulance
Vojtova 23, 639 00 Brno
e-mail: berka@medihelp.cz