

Porucha nebo něco jiného?

Psychosomatický přístup v ambulantní psychiatrické praxi¹

MUDr. David Skorunka, Ph.D.

Ústav sociálního lékařství, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Univerzita Karlova v Praze
Psychiatrická ambulance, Rychnov nad Kněžnou

Článek je věnován psychosomatickému a psychotherapeutickému přístupu v ambulantní psychiatrické praxi. Zdůrazňuje význam psychosociálních okolností a životního kontextu u člověka s projevy tzv. duševní poruchy. Jako možnost naplnění bio-psycho-sociální perspektivy v ambulantní praxi je uveden příklad interdisciplinární spolupráce. Kromě vlastních zkušeností jsou zmíněny některé myšlenky současné kritické psychiatrie.

Klíčová slova: psychiatrie, psychotherapie, psychosomatický přístup, bio-psycho-sociální model, kritická psychiatrie, interdisciplinární spolupráce.

A disorder or anything else?

Psychosomatic approach in outpatient psychiatry

The article presents psychosomatic and psychotherapeutic approach in outpatient psychiatry.

It points out psychosocial context of an individual who suffers from so called mental disorder.

Bio-psycho-social model in understanding mental health and illness is mentioned. An experienced-based example of interdisciplinary collaboration reflecting a bio-psycho-social model in outpatient clinical practice is discussed. Apart from clinical experience, some ideas from current critical psychiatry are introduced.

Key words: psychiatry, psychotherapy, psychosomatic approach, bio-psycho-social model, interdisciplinary collaboration, critical psychiatry.

Psychiatr. praxi 2015; 16(3): 96–100

1. Text vychází z přednášky na XI. konferenci ambulantních psychiatrů v Olomouci 27–28. 11. 2014.

Úvod

Duševní poruchy jsou spolu s kardiovaskulárními a onkologickými chorobami nejčastějšími zdravotními problémy, které sužují vyspělé země. Dle nedávno publikované epidemiologické studie propukne v Evropské unii každý rok duševní porucha u 38,2 % populace (1). Mezi nejčastěji se vyskytujícími duševními poruchami jsou úzkostné a depresivní poruchy, poruchy spánku, somatoformní poruchy, závislosti na alkoholu a dalších psychoaktivních látkách, porucha pozornosti a hyperkinetická porucha u mladistvých a demence ve stáří. V mnoha případech se jedná o onemocnění dlouhodobá i celoživotní. Duševní poruchy představují značný ekonomický problém pro současnou euroatlantickou populaci. Podle jedné z předcházejících studií převyšovaly náklady na léčbu duševních poruch v Evropě 277 miliard eur ročně (2). Ale nejde jen o ekonomické aspekty. S projevy duševní nemoci souvisí zhoršení kvality života, narušení rodinných a dalších mezilidských vztahů, snížení možnosti uplatnění na trhu práce, tápání ve smysluplném naplnění vlastního života, proměny v sebe-pojetí, obtíže

v začlenění do společnosti apod. Zároveň jsou k dispozici pádné argumenty, že psychosociální faktory a jejich vzájemná provázanost s faktory biologickými ovlivňuje duševní zdraví populace, manifestaci duševního onemocnění a samozřejmě i prognózu lidí, u nichž se duševní onemocnění projevilo (3, 4, 5).

Uvedené skutečnosti úzce souvisejí s trvajícím diskuzí o otázkách týkajících se hranice mezi duševním zdravím a nemocí, prevencí a případnou léčbou. Jsou duševní potíže totožné s nozologickými kategoriemi uvedenými v současných klasifikačních systémech? Jsou nozologické kategorie, jež jsou založené na metafoře poruchy a vesměs opomíjejí etiologické hledisko, nejvhodnějším způsobem konceptualizace rozmanitých projevů duševního utrpení (6)? Je biologické hledisko převažující v současné psychiatrii dostatečné pro porozumění problematice duševního zdraví a nemoci? Nemá důraz kladený na psychofarmakologickou intervenci bez zohlednění psychosociálních okolností a poskytnutí psychotherapeutické opory negativní důsledky v tom smyslu, že odvádí pozornost od důležitých životních témat a dilemat, se kterými se lidé s projevy duševní nemoci potýkají?

Širší kontext

Postoj autora k výše uvedeným otázkám vyplývá z následujícího textu. Je výsledkem osobní a pracovní zkušenosti. Autor má klinické zkušenosti z prostředí ústavní i ambulantní psychiatrie. Zakusil výhody i nevýhody zaměstnaneckého poměru i soukromého provozu psychiatricko-psychotherapeutické ordinace. Spolupracoval s různými pracovišti zaměřenými na psychologické poradenství, diagnostiku, psychotherapii, rodinnou terapii a krizovou intervenci poskytovanou dětem, dospívajícím a rodinám.

Kromě psychiatrické specializace a zmíněných zkušeností je pohled autora na uvedenou problematiku ovlivněn psychotherapeutickým vzděláváním a zahraničními zkušenostmi z pracovišť, jež vycházejí ze systemické perspektivy, integrují poznatky z různých psychotherapeutických směrů a prosazují interdisciplinární spolupráci. Setkávání s některými pacienty a jejich rodinami vedla autora k zájmu o psychosomatickou perspektivu a využívání rodinné terapie. Mezi hlavní koncepty inspirativní pro klinickou práci patří model sociální dělohy Chvály a Trapkové (7), narativní terapie Whitea a Esptona (8), dialogické přístupy (9) a směry integrující

poznatky ze současné teorie citové vazby (10). S těmito zkušenostmi a východisky je zřejmé, že autor nahlíží kriticky zjednodušenou představou duševní poruchy jako onemocnění mozku, jež lze s opomíjením bio-psycho-sociálních souvislostí a bez navázání „dost dobrého“ terapeutického spojení s tzv. pacientem snadno vyléčit pouze biologickými metodami (především farmakoterapií).

Některé předpoklady podnícené studiem a vzděláváním v psychologicko-psychotherapeutických disciplínách psychiatrická a psychotherapeutická praxe potvrzuje. Rodinné vztahy, vývoj nejen jedince, ale celého rodinného systému, emoční potřeby ve významných vztazích (*attachment relationships*), to vše jsou významné faktory ovlivňující duševní zdraví a nemoc člověka (11, 12). Pokud lidem v ordinaci nasloucháme a poskytneme jim prostor k tomu, aby sdíleli svá trápení, zpravidla se dozvídáme o v problematických vztazích v původní rodině, o trápení v partnerských a jiných významných vztazích včetně vztahů s dětmi. Na druhou stranu, téměř dvacetiletá klinická zkušenost v nejrůznějších pracovních kontextech nevyhnutelně vedla i k přehodnocení některých předpokladů a naivních představ týkajících se problematiky duševního zdraví, nemoci a léčby.

Co bylo potřeba v průběhu klinických zkušeností revidovat? Za prvé, tzv. intrapsychické a interpersonální procesy jsou úzce provázané a jejich rozlišování v teoretické konceptualizaci a/nebo v terapeutickém akcentu je výsledkem jednání terapeuta, nikoli odděleností těchto fenoménů/rovin v reálném čase a vývoji. Prožitkům a myšlenkám jednotlivých členů rodiny je potřeba věnovat pozornost, a to někdy nebo dokonce výhradně v individuální terapii. Pochopení tzv. intrapsychických prožitků není možné bez nahlédnutí širšího kontextu, bez spolupráce s dalšími významnými členy rodiny. Intrapsychické prožitky jsou ve světle současných neurověd projevem tzv. afektivně-kognitivních vzorců, jež jsou součástí interpersonálních strategií, které se vyvíjejí během života jedince v kontextu reálných vztahových zkušeností (13, 12).

Za druhé, někdy pouze systematická práce s celou rodinou vede k trvalejší změně, což platí především v případě potíží u dítěte, dospívajícího nebo v časně dospělosti. I při práci s dospělými je důležité věnovat pozornost rodinným vztahům. Například systemická párová terapie je indikovanou součástí léčby depresivních poruch (14, 15) Zároveň není rodinná terapie vždy z různých důvodů možná

a je třeba pracovat alespoň s tím, kdo má o terapeutickou spolupráci zájem. Za třetí, významné psychosociální okolnosti nemusejí být zřejmé a jejich případné rozpoznání a uvědomění nemusí vždy samo o sobě podpořit terapeutický proces směrem ke zlepšení a uzdravě. Pro někoho mohou být nároky spojené s indikovanou psychoterapií a rodinnou terapií tak neúnosné, že se jedinec nebo rodina rozhodnou volit jinou cestu, a nezbyvá, než to respektovat. Za čtvrté, kombinace individuální psychotherapie, rodinné terapie a medikace je možná a v některých případech potřebná. Využití psychofarmakologických možností v komplexní terapii nepopírá význam psychosociálních faktorů ani není v rozporu s psychotherapií. V mnoha případech jde o legitimní terapeutickou intervenci ke zmírnění pacientova trápení. Za páté, i když problémy jedince souvisí s problémy v rodinných vztazích, rodinné procesy také odrážejí dění ve společnosti, tedy sociální a politické dění.

Psychosomatická perspektiva

Existuje mnoho definic psychosomatické medicíny. Autor tohoto textu vychází z psychosomatického pojetí definovaného nedávno Honzákem a Chválou (16). Podle nich psychosomatická medicína „bere v diagnostice, léčbě, rehabilitaci a prevenci v úvahu kromě faktorů biologických rovněž faktory psychologické sociální, eventuálně i spirituální, neboť ty jsou nedílnou součástí výbavy člověka ve zdraví a nemoci. Úsilí o rozvoj psychosomatické medicíny je požadavkem na rozšíření současného modelu založeného na důkazech (*evidence-based medicine*) z modelu člověka jako biologického preparátu na model skutečného člověka, jehož zdravotní problémy vidí v celkovém kontextu jeho bytí. Psychosomatika není naukou o psychogenezi, ani selektivní naukou o specifických psychosomatických chorobách, ale klade důraz na bio-psycho-sociální přístup u všech

nemocí.“ (16). Tato definice navazuje na bio-psycho-sociální model zdraví a nemoci, o jehož prosazování v medicíně usilují někteří lékaři již od sedmdesátých let minulého století (17).

Pokud přijmeme tato východiska v tzv. somatické medicíně, není důvod k tomu, abychom je odmítali v psychiatrii nebo obecně v diskuzi o duševním zdraví a nemoci. Bio-psycho-sociální pohled je na místě i v případě, že se přikloníme k neuropsychiatrickému trendu, dle kterého jsou duševní poruchy chorobami mozku. I v takovém případě je nezbytné vnímat významné psychosociální okolnosti nemocného a věnovat jim pozornost v průběhu terapeutické spolupráce. Co to znamená v ambulantní praxi? Vlastní klinická zkušenost zahrnující pochopitelně i terapeutické nezdary vede k důrazu na první návštěvu člověka s projevy tzv. duševní poruchy u psychiatra. Návštěva psychiatra může být spojena s pocitem studu nebo pocitem selhání, s rozpaky, obavami a velmi často je také spojena s nerealistickými představami o terapii. Přístup psychiatra, jeho naladění, způsob interakce vycházející z více či méně uvědomovaných předpokladů o problematice duševního zdraví, nemoci a léčbě jsou zásadními faktory. Zkušenost z prvního setkání s psychiatrem může ovlivnit ochotu člověka ke spolupráci nejen s konkrétním lékařem, ale jeho celkový postoj k psychiatrii, psychologii, psychotherapii a dalším službám v rámci péče o duševní zdraví.

Během prvního setkání se nejprve zajímám o to, co člověka přivádí, co ho trápí. Pokud je doprovázen dalším členy rodiny, věnuji nějaký čas a pozornost jejich otázkám, jež jsou často motivované obavami, bezradností a různými prožitky. Přestože si potřebuji udělat jasno v tom, jaké potíže v popisu člověka dominují, a uvažuji v této souvislosti v syndromologické rovině, nemusí být v této fázi přesné určení tzv. diagnózy nejdůležitější. Zajímá mě, jak potíže ovlivňují

Tabulka 1. První návštěva v psychiatrické ambulanci

<i>Psychosomatický přístup a narativní perspektiva</i>
1. Vyslechnout spontánní výpověď člověka (co ho trápí, co ho přivádí apod.) Dát prostor doprovázejícím členům rodiny.
2. Položit a upevňovat základy terapeutického spojení.
3. Zorientovat se v dominující symptomatologii (charakter potíží, prožitky).
4. Zorientovat se v životní situaci člověka (rodina, vztahy, zaměstnání apod.).
5. Zjistit, jaké má člověk potřeby/očekávání stran psychiatrické léčby/péče, další spolupráce včetně možné psychotherapeutické práce.
6. Úvaha a následná diskuze o případné farmakologické léčbě.
7. Úvaha a následná diskuze o případné psychotherapeutické spolupráci (přístup, terapeut, dostupnost).
8. Domluva pokračující spolupráce.

Tabulka 2. Příklad z praxe

43letý muž, svobodný, bezdětný, žijící několik let s přítelkyní, vyhledal psychiatrickou ambulanci na doporučení závodního lékaře a taktéž psychologa, kterého jednou navštívil. Důvodem doporučení byly úzkostné stavy charakteru panických atak, pre-kolapsové stavy a stavy vertiga, později pak projevy tzv. depresivní poruchy (pokleslá forie, restrikce zájmů, hyposomie, omezení sociálních kontaktů, pesimistické obsahy v myšlení). V péči praktického lékaře a posléze během ambulantní psychiatrické léčby užíval několik různých psychofarmak, včetně antidepresiv z různých skupin, vždy pouze z částečným efektem ve smyslu zmírnění anxiózních projevů či depresivních prožitků.

Během jedné návštěvy psychiatrické ambulance, po reflektující diskuzi dosavadní dvouleté spolupráce/léčby pán uvádí, že má pocit, že nežije autentický život. V ten moment psychiatr zpozorní, zajímá se, co tím pán myslí. V následujících rozhovorech se postupně vyjevuje obraz dlouhodobé frustrace ve dvou zásadních dimenzích života tohoto muže. Dlouholetý partnerský vztah, který je bezdětný, muž považuje již delší čas za vyčerpaný, bez budoucnosti, vnímá ve vztahu odcizení, není schopen s partnerkou poslední tři roky sexuálního života. Přesto, jak v dalším sezení popisuje, nemá sílu vztah ukončit. Navíc partnerka byla nedávno na lékařském vyšetření, čeká ji lékařský zákrok, je podezření na malignitu. V takové chvíli mu nepříjde správné diskutovat o budoucnosti vztahu, natož partnerku opustit. Druhou věcí je situace v zaměstnání. Zde před časem postoupil na tzv. střední manažerskou pozici, což znamená, že má 20 podřízených. Obecně má pocit, že se v práci nenašel, vedoucí pozice mu vysloveně nesedí, protože, jak sám říká, je spíše introvertní, povahu má nerozhodnou, nekonfliktní. V nové pozici byl překvapen mírou manipulace, intrik a skryté agrese, sám je spíše neprůbojný, dělá mu často problémy se prosadit, svým zástupcem „udělal“ člověka, který je jeho opakem, který má tzv. hroší kůži, ale s ním má teď konflikty. Je v napětí, špatně spí, přemýšlí o tom, jestli to má všechno smysl. Zároveň se snaží o všem přemýšlet, nechce to vzdát, uvědomuje si spoustu věcí, ale není jednoduché si se vším poradit. Přemýšlí i o tom, co dál v životě, ohlíží se zpět a zároveň přemýšlí o tom, jakým směrem se vydat dál. V průběhu několika rozhovorů, kdy se životní kontext vyjasňuje a s tím i „logičnost“ symptomů, je zajímavý ještě jeden aspekt.

Od prvního „otevírání“ důležitých témat nedochází k postupnému lineárnímu vývoji, postupnému uvědomování a zpracovávání dlouho „odložených“ trápení. Během jednoho sezení dokonce o těchto tématech nepadne ze strany muže ani slovo, diskuze je pouze o symptomech a medikaci. V následující diskuzi je ale na podnět psychiatra muž schopen reflexe, uvědomuje si, že soustředěná pozornost na příznaky a projevy těla v situacích nepohody a trápení vede v důsledku k tomu, že nevěnuje pozornost tématům zaměstnání, pracovní pozice, vlastních možností a limitů a samozřejmě partnerskému vztahu. Doporučení k systematické individuální psychoterapii muž opakovaně zvažuje, chce si ponechat i antidepresivní medikaci, byt k jejímu efektu byl a je skeptický. Po několikaměsíčním váhání nakonec využije možnosti skupinové terapie. V jejím průběhu dle terapeutky postupně čerpá ze skupinové zkušenosti, dochází ke zlepšení v prožívání, vyjasňuje si své potřeby a směr v životě. Do péče psychiatra už se nevrací.

každodenní fungování člověka, co mu dělá starosti, jak svými potížím rozumí, čemu jejich vznik a rozvoj připikládá, jak se snaží potížím čelit, překonávat je, jakým způsobem se mu to daří anebo nedaří. Podle toho, jak se rozhovor vyvíjí, dostane se i na specifické otázky, které bývají součástí běžného psychiatrického vyšetření a jež souvisejí s diferenciálně diagnostickou rozvahou, s posouzením rizik a samozřejmě s počínající úvahou o indikované terapii. Pokud se člověk drží pouze popisu svých obtíží a nehovoří spontánně také o své životní situaci, snažím se postupně získat představu o jeho vztazích, pracovní a ekonomické situaci a důležitých tématech v jeho životní fázi. I když to není vždy pravidlem, obvykle se již v této části rozhovoru vyjeví hlavní téma nebo tzv. životní dilema, které člověka trápí a které může být zdrojem napětí nebo určitého emočního prožívání, s nímž bývají spjaté prezentované potíže. Podle některých odborníků je to právě životní dilema a s ním spojené rozmanité prožitky včetně tzv. demoralizace, nikoli samotné symptomy, co člověka vede k vyhledání psychiatra nebo psychoterapeuta (18,19). Nejčastěji se v ambulantní psychiatrické praxi během rozhovorů setkávám s následujícími tématy: a) problémy ve vztazích v původní rodině; b) problémy v partnerských vztazích; c) problematické vztahy s dětmi; d) zátěžové

faktory v zaměstnání (přetížení, pracovní podmínky, šikana, propouštění); e) složitá sociální a ekonomická situace; f) adaptace na traumatické změny včetně situace závažného onemocnění; g) hledání smysluplného naplnění života.

Rozhovor během prvního a někdy dalších setkání včetně mapování životní situace a potíží jedince obvykle vyústí v rozvalu o tom, jaký postup bude na místě. I když je diferenciální diagnostická rozvaha a stanovení diagnózy součástí tohoto postupu, podstatnější může být závěr ve formě tzv. *case formulation*. Tento pojem je užívaný v anglicky mluvící komunitě psychoterapeutů (20). Znamená komplexní hypotézu o problému/potížích, významných souvislostech a vhodném terapeutickém postupu. Cílem popsaného způsobu vedení rozhovoru je nejen orientace v příběhu a subjektivní zkušenosti člověka přicházejícího do ordinace, ale také podpora jeho uvažování v souvislostech a uvědomění prožívání ve vztahu k jeho potížím a životním okolnostem. Důležitou součástí tohoto vzájemného procesu s psychoterapeutickými prvky může být i podpora vnímavosti k sobě, svým prožitkům a potřebám, k perspektivě a zkušenosti významných osob a pochopitelně k okolnostem včetně rozmanitých životních dilemat. Domnívám se, že je třeba vyhnout se indoktrinaci nebo posilování medikalizace

nejrůznějších aspektů života člověka, který do ordinace přichází. Více či méně explicitně vyjádřeně zjednodušující sdělení, že jedinec trpí duševní poruchou, jež doprovází vydání receptu na psychofarmaka, následnou terapeutickou spolupráci spíše komplikuje. Hlavní cíle první psychiatrické konzultace v ambulantní praxi jsou shrnuty v tabulce 1.

Narativní přístup

Od osmdesátých let minulého století ovlivnil narativní koncept vývoj poznání ve společenských vědách, psychologii, psychoterapii, ale také v medicíně. V rámci tohoto konceptu jsou příběhy a vyprávění považovány za základní organizující principy člověka pro percepci podnětů, jejich organizaci, porozumění a sdílení subjektivní zkušenosti, zvládání prožívaných životních problémů a náročných životních situací (21). V rámci medicíny inspirované narativní metaforou jsou příběhy a vyprávění akceptovány jako přínosné metafory pro porozumění individuálnímu, pro pacienta specifickému, významu a prožitku nemoci (22, 23).

Nemoc, zvláště vážná nebo dlouhodobá, zásadním způsobem narušuje dosavadní trajektorii života člověka, ovlivňuje jeho možnosti, kvalitu života a délku jeho trvání. Narušení životního příběhu se týká denní rutiny, zvládání běžných povinností pracovních a rodinných, forem seberealizace v různých rolích a rozmanitých aktivitách. S narušením životního příběhu souvisí proces adaptace. Někdy je nutné dočasné nebo trvale přehodnotit dosavadní způsob života, vlastní možnosti a životní cíle. V narativní terminologii mezi první úkoly v rámci postupné adaptace patří znovuzískání pocitu kontroly nad svým tělem, svými prožitky, posílení pocitu zvládání a tím znovuzískání autorství svého vlastního života. To není vždy možné bez psychoterapeutického doprovázení. Zkušenost duševní nemoci má kromě narativního narušení také negativní dopad na sebepojetí a pocit sebeucty. Svědčí o tom příběhy pacientů sdílené mezi sebou nebo s terapeutem. Tyto příběhy zahrnují zkušenost s projevy tzv. duševních poruch a jejich dopadů na každodenní život, se způsoby zvládání apod. Dále samozřejmě s různými způsoby léčby včetně alternativních přístupů, s lékaři a systémem zdravotní péče. Vzhledem k fenoménu stigmatu a specifčnosti problematiky duševního zdraví a nemoci je integrace subjektivní perspektivy lidí s touto zkušeností perspektivy do celkového poznání zcela zásadní (24).

Narativní přístup se v psychiatrické praxi opírá o celkové naladění a postoj lékaře. Jeho zásadními prvky jsou podle Kleinmana (25) empatické svědectví (*empathic witnessing*) a vše prostupující, soustředěná pozornost (*all-encompassing attention*). Jde o pozornost k subjektivnímu prožitku pacienta a ke kontextu pacientova trápení a existence nemoci. Pokud lékař – psychiatr pracuje tak, že pouze kategorizuje potíže nemocného dle klasifikačních systémů a nezajímá se o rodinný a sociální kontext, hrozí riziko, že tímto způsobem bude bezděčně přispívat k existenci problému, který je třeba řešit (26). V rámci terapeutické spolupráce je důležitá podpora bytostné potřeby člověka organizovat a chápat události svého života ve struktuře srozumitelného a celistvého příběhu, včetně těch nepříjemných a traumatických momentů. Nezbytnými kvalitami takového procesu je podpora integrace všech událostí, prožitků a významů, koherence a smysluplnost. V popředí zájmu psychiatra inspirovaného narativním konceptem je podle Lewise (27) subjektivní zkušenost pacienta, jeho potřeby a podpora plnohodnotného života pacienta dle jeho preferencí. Narativním konceptem inspirovaná psychiatrie nespolehá jen na metaforu nemoci a biomedicínské pojetí, čerpá i z jiných oblastí poznání o člověku, zdraví a nemoci (27).

Psychoterapeutická práce vycházející z psychosomatické a narativní perspektivy není snadným ani lineárním procesem. Metafora nemoci a její upevňování jednostranně biologickým přístupem psychiatra v interakci s pacientem může přispívat k tomu, že se pacient v průběhu rozhovorů a celé terapeutické spolupráce soustředí výhradně na symptomy, opírá se pouze o biomedicínský výklad a očekává uzdravující intervenci od lékaře. Jak uvádí např. Komárek (28): „*Jedním z úskalí psychosomatické medicíny je to, že pacienti (nás) nutí k větší odpovědnosti za vlastní osudy a k určité míře sebeuvědomění, k sebeodpovědnosti a vzhledu do vlastní osobní i rodinné situace (ochota k dialogu je ochotou k tomu, dozvědět se něco, co jsme se dozvědět nechtěli).*... (28) Uvědomění si životního dilematu včetně nejednoznačnosti volby a těžkostí spjatými s neuvědomovanými potřebami a konflikty je spojeno s bolestí a různými formami utrpení. Není tedy divu, že máme tendenci se uchýlit k vysvětlení a konceptualizaci, jež nás alespoň části bolesti a také zodpovědnosti zbavuje. Proces uvědomování, nalézání souvislostí, hledání možností směřování v životě včetně volby mezi různými možnostmi je někdy obtížný,

velmi pozvolný a zpravidla se neobejde bez podpory v podobě terapeutického vztahu nebo různých terapeutických intervencí (tabulka 2).

Interdisciplinární spolupráce

Součástí rozvahy a společné diskuze o pokračující spolupráci je otázka, zdali je možné indikovanou psychoterapii systematicky poskytovat v psychiatrické ambulanci. Kontext běžné ambulantní psychiatrické praxe na poliklinice je charakteristický nedostatkem času pro systematickou psychoterapeutickou práci. I když je podpůrná psychoterapie samozřejmou součástí mé ambulantní praxe, systematickou individuální psychoterapii nebo rodinnou terapii v přiměřené frekvenci není možné vždy realizovat v běžném provozu, aniž by to neubíralo prostor k věnování se dalším pacientům. Další otázkou je, zdali je psychiatr kompetentní v psychoterapeutickém přístupu, který by byl vhodný pro daného člověka a jeho potíže. Pak je třeba zvážit, kdo by se v regionu pacientovi mohl psychoterapeuticky intenzivněji věnovat, kdo by mohl být vhodným terapeutem a zdali je možné s kolegou psychoterapeutem spolupracovat.

Kromě spolupráce s psychoterapeuty je důležitý i pravidelný kontakt se sociálními službami v rámci péče o duševní zdraví. V některých situacích psychiatr společně s psychologem-psychoterapeutem a sociálním pracovníkem představují tři pilíře sociální opory, mezi kterými se pacient a případně rodina pohybuje. Tyto tři pilíře odpovídají bio-psycho-sociálnímu modelu a spolupráce mezi jejich reprezentanty může zlepšit výsledek terapeutické spolupráce, kvalitu života pacienta a jeho prognózu. Předpokladem je, že reprezentanti těchto tří oblastí péče/léčby o vzájemnou spolupráci stojí, jsou spolu v kontaktu, pravidelně se setkávají a nevnímají své působení jako konkurenční nebo perspektivu kolegy za druhořadou. Tato forma interdisciplinární spolupráce vyžaduje ochotu všech zúčastněných stran věnovat čas a úsilí vzájemným konzultacím a synchronizaci péče ve prospěch pacienta, samozřejmě s jeho souhlasem. I když tato forma spolupráce má své limity, vychází z dialogických principů sofistikovanějších forem týmové interdisciplinární spolupráce, které se navzdory překážkám objevují v rámci transformace péče o duševní zdraví a v systemické komunitě (9, 29).

Interdisciplinární spolupráce a pohyb pacienta v „rozhraní“ mezi psychiatrií, psychologií a sociálními službami přináší často nové zkušenosti a poznatky pro všechny strany. V průběhu let zmíněné spolupráce jsme si opakovaně všimli některých skutečností. Například místo setkávání

spoluurčuje to, jakou část svého životního příběhu bude pacient sdílet nebo v rozhovoru akcentovat. Zjistili jsme, že v ordinaci lékaře lidé sdělují jinou část své zkušenosti, než je tomu na pracovišti, kde pracují psychologové. Stejně je tomu tak v prostředí sociálních služeb. Není to ale jen kontext prostředí a instituce, co ovlivňuje různá očekávání, jež formují sdílený životní příběh v rámci tzv. *health/illness behavior*. Významně se projevuje i faktor gender/sex terapeuta/terapeutky. Některé „kapitoly“ životního příběhu pacienti snáze sdílejí s lékařem – mužem, jiné s psychoterapeutkou – ženou. Roli zde hrají genderově podmíněné stereotypy, ale i odlišnosti v jazyce, které se projevují během konverzace třeba v tom, jaké formy odezvy se pacient dočká a zdali ho to podpoří nebo naopak brzdí ve sdílení svých prožitků a myšlenek. V neposlední řadě jsou nevyhnutelnou součástí terapeutických konverzací tzv. přenosové fenomény. Zkušenost s naslouchajícím lékařem – mužem, nebo zkušenost s vnímavou terapeutkou – ženou může mít transformativní povahu, zvláště týká-li se diskutovaný problém například partnerských vztahů nebo specifické ženské zkušenosti, jako je mateřství. Tyto a další fenomény se v průběhu dlouhodobé spolupráce objevují bez ohledu na to, zda si jich jsou jednotliví zúčastnění vědomi nebo zda s nimi psychiatr/psychoterapeut cíleně a kompetentně pracuje. Jak upozorňují Dallos a Draper (30), přenosové fenomény nejsou jevy, o nichž spekulují psychoanalytici, ale jde o standardní součást mezilidské komunikace. Domníváme se, že s ohledem na výsledek terapeutické spolupráce je vhodné těmto jevům věnovat pozornost nejen s pacientem, ale i s kolegy v rámci interdisciplinární spolupráce, případně během supervize.

Hlas kritické psychiatrie

Výzva k rozšíření zorného pole současné psychiatrie směrem k psychosomatické a psychoterapeutické perspektivě není ojedinělým výkřikem, jenž by vycházel pouze z vlastní zkušenosti a předpojatosti. Někteří kolegové vidí situaci podobně a také o tom publikují (31, 32). V jiných zemích je aktivita bio-psycho-sociálně a psychoterapeuticky smýšlejících psychiatrů koordinovaná. Příkladem může být hnutí kritické psychiatrie ve Velké Británii. Východiska, argumenty i aktivity kritické psychiatrie by si zasloužily samostatný článek, zde zmíníme jen to nejhlavnější.

Jedním z důvodů vzniku *Critical Psychiatry Network* byla narůstající deziluze a nespokojenost s převažujícím biomedicínským

modelem v psychiatrii, jenž opomíjí význam psychosociálních souvislostí, a také jako reakce na stále výraznější vliv farmaceutického průmyslu na psychiatrii. Jádro hnutí tvoří přibližně 80 psychiatrů působících v klinické a akademické psychiatrii ve Velké Británii, ale existuje mezinárodní sekce této komunity s reprezentanty z různých zemí světa. Přední reprezentanti kritické psychiatrie kritizují trend psychiatrizace a psychologizace rozmanitých problémů a projevů distresu člověka, který je charakteristický důrazem na individuální, zpravidla biologická, vysvětlení a ignorováním významných sociálních a interpersonálních okolností (4, 33, 34).

Autoři v publikacích víceméně shodně upozorňují na problematické důsledky současného trendu medikalizace v oblasti péče o duševní zdraví (psychiatrizace a psychologizace): „*Tento trend umožňuje odborníkům v této oblasti částečně zmírňovat utrpení lidí, s nimiž se každý den setkávají. Také je částečně zbavuje obtěžujícího uvědomění, že v některých případech v podstatě mohou pomoci jen omezeně. Zároveň s tím ale dochází k tomu, že člověk se v zorném poli odborníků vytrácí za konceptem choroby a sociální faktory, které mohou k duševnímu trápení přispívat, zůstávají nepovšimnuty... (V souvislosti s modelem traumatu) je třeba připomínat, že traumatizující faktory ovlivňující duševní zdraví mohou mít nejen dobře známé extrémní podoby, ale i běžné a komplexní, dlouhodobé interpersonální situace, v nichž dominujícími prožitky jedince jsou stud, ponížení, bezmoc, ztráta, narušení sebeúcty a frustrace v citových vazbách, které jsou úzce propojeny se základními lidskými potřebami a manifestují se v jedinečných lidských příbězích.*“ (4).

Sociální důsledky psychiatrizace a psychologizace výstižně popisuje Moncrieff (35), když říká, že „*psychiatrizace různých problémů zastírá důsledky sociálních změn, které se poslední dvě dekády dějí ve Velké Británii, konkrétně jde o rušení sociální péče a demontáž sociálního státu, vzrůstající nároky v zaměstnání včetně prodlužování pracovní doby, nejistá perspektiva zaměstnání, omezování penzí apod. Všechny tyto změny zvyšují nároky a nejistotu pro mnoho lidí. Pohled na člověka optikou ideologie volného trhu a ekonomických metafor jde ruku v ruce s příslibem „rychle působících prostředků na jakékoli psychické problémy*““. Neblahé důsledky tohoto trendu se ještě více projevují v aktuální společenské atmosféře globální finanční krize a zdaleka se netýkají jen Velké Británie, jak je patrné z příběhů lidí, navštěvující psychiatrická a psychoterapeutická zařízení u nás. Klinická zkušenost z ambulantní praxe v období

od roku 2009 ukazuje, že prezentované problémy jako poruchy spánku, úzkostné a depresivní poruchy a tzv. somatoformní poruchy se objevují nápadně často v souvislosti s faktory, které popisují kolegové ve Velké Británii: nejistota v zaměstnání, propouštění, zvyšování životních nákladů, zvyšující se nároky na výkon, stagnace a snižování příjmů a stále omezenější formy sociální opory. Tato sociální problematika je vedle interpersonálních témat tím nejčastějším, s čím se ve své psychiatrické a psychoterapeutické praxi setkávám. I když se vyhneme diskuzi o etiologii a kauzalitě tzv. duševních poruch, je zřejmé, že eroze citových vazeb, složité životní situace a limitované nebo redukováné formy spolehlivé a dostupné sociální opory (včetně psychiatrické a psychoterapeutické) prognózu a kvalitu života lidí s projevy duševní nemoci spíše zhoršují.

Závěr

V článku jsme se pokusili nastínit východiska a vlastní aplikaci psychosomatického přístupu v ambulantní psychiatrické praxi, včetně psychoterapeutické perspektivy a prvků interdisciplinární spolupráce. Zároveň jsme stručně zmínili některé myšlenky současné kritické psychiatrie. Je zřejmé, že vývoj v psychiatrii a dalších disciplínách zabývajících se problematikou duševního zdraví a nemoci přinesl větší porozumění této problematice i širší terapeutické možnosti. Kromě teorie a výzkumu jsou to ale také příběhy a potřeby lidí vyhledávajících psychiatrickou a psychoterapeutickou péči, co by mělo ovlivnit diskuzi o agendě a směřování transformace psychiatrické péče v České republice.

Literatura

1. Witten HU, Jacobi F, Ehm J, et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology* 2011; 21: 655–679.
2. Wittchen HU, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology* 2005; 15: 357–376.
3. Read J, Dillon J. *Models of Madness*. Hove: Routledge 2013.
4. Rapley M, Moncrieff J, Dillon J. *De-medicalizing misery; Psychiatry, Psychology and Human Condition*. London: Palgrave Macmillan 2011.
5. Green Paper; Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union. *European Commission* 2005 [online]. http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_en.pdf; vyhledáno 20. června 2015.
6. Whooley O. Nosological Reflections: The Failure of DSM-5, the Emergence of RDoC, and the Decontextualization of Mental Distress. *Society and Mental Health* 2014; (4)2: 92–110.
7. Trapková L, Chvála V. *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Praha: Portál 2004.
8. White M, Epstein D. *Narrative Means to Therapeutic Ends*. New York: Norton 1990.

9. Seikkula J, Erkkila TE. *Dialogical Meetings in Social Network*. London: Karnac 2006.
10. Dallos R, Vetere A. *Systemic Therapy and Attachment Narratives*. Hove: Routledge 2009.
11. Danquah NA, Berry K. *Attachment Theory in Adult Mental Health*. Hove: Routledge 2013.
12. Siegel D. *The Developing Mind*. New York: The Guilford Press 2012.
13. Crittenden P, Dallos R, Landini A, Kozłowska K. *Attachment and Family Therapy*. Berkshire: Open University Press 2014.
14. Heatherington L, Friedlander LM, Diamond MG, Escudero V, Pinsof MW. 25 Years of systemic therapies research; Progress and promise. *Psychotherapy Research* 2015; 25(3): 348–364.
15. Asen E, Jonesová E. *Systemická párová terapie a deprese*. Hradec Králové: Konfrontace 2004.
16. Honzák R, Chvála V. *Psychosomatická medicína*. In: Hosák L, Hrdlička M, Libiger J, a kol. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Karolinum Praha v tisku 2015: 555–564.
17. Engel G. (1977) The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 197; (196) 4286: 129–136.
18. Van Deurzen E. *Existential Counselling and Psychotherapy in Practice*. London: Sage 2002.
19. Frank J, Frank J. *Persuasion and Healing*. Baltimore: John Hopkins University Press 1993.

20. Dallos R, Johnstone L. *Formulation in Psychology and Psychotherapy; Making Sense of People's Problems*. Hove: Routledge 2014.
21. McLeod J, Angus L. *The Handbook of Narrative and Psychotherapy*. London: Sage 2004.
22. Skorunka, D. *Narrativní perspektiva v medicíně*. *Praktický lékař* 2012; 92(7): 383–389.
23. Charon R. *Narrative Medicine; Honoring the Stories of Illness*. Oxford: Oxford University Press 2008.
24. Skorunka D. *Duševní nemoc; subjektivní perspektivy a faktory, které je formují*. In: Mareš J, Vachková E. *Pacientovo pojetí nemoci III*, Brno: MSD, 2011; 53–74.
25. Kleinman A. *The illness narratives: suffering, healing and the human condition*. New York: Basic Books 1988.
26. Launer J. *A narrative approach to mental health in general practice*. *British Medical Journal* 1999; 318: 117–119.
27. Lewis B. *Narrative Psychiatry; How Stories Can Shape Clinical Practice*. Baltimore: John Hopkins University Press 2011.
28. Komárek S. *Spasení těla; Moc, nemoc a psychosomatika*. Praha: Mladá Fronta 2005.
29. Skorunka D. *Když se dialog nedaří*. *Psychoterapie* 2013; (9)1: 172–186.
30. Dallos R, Draper R. *An Introduction to Family Therapy*. Berkshire: Open University Press 2010.
31. Drozdová K. *Psychoterapie a neurovědy-znovu se vynořující dialog*. *Psychoterapie* 2014; (8)2: 107–117.
32. Poněšický J. *Psychodynamika, psychobiologie a terapie deprese*. *Psychoterapie* 2014; (8)3: 223–227.
33. Double D. *The Limits of Psychiatry*. *British Medical Journal* 2002; 324: 900–904.
34. Bracken P, Thomas P. *Postpsychiatry: a new direction for mental health*. *BMJ* 2001; 322: 7247.
35. Moncrieff J. *Is Psychiatry for Sale?* London: Maudsley 2005.

Článek doručení redakci: 17. 7. 2015

Článek přijat k publikaci: 9. 9. 2015

MUDr. David Skorunka, Ph.D.

*Psychiatrická ambulance, Rychnov nad Kněžnou
Svatohavelská 266, 516 01 Rychnov nad Kněžnou
skor@lfhk.cuni.cz*