



# Vztah psychoterapie a farmakoterapie

Dlouhodobý výcvik v integrativní pst s fokusem na práci s emocemi

MUDr. Jan Kubánek, 4. ročník

# Úvod

- ▶ V současné době je léčba psychofarmaky nejčastější a nejrozšířenější metodou při péči o osoby s psychickými poruchami.
- ▶ Léků zasahujících primárně centrální nervový systém a ovlivňujících psychické funkce je velké množství. Jde o prostředky snadno dostupné, velmi účinné a přispívající ke zkvalitnění a humanizaci péče o duševně nemocné.
- ▶ Pozitivní účinky některých psychofarmak však mohou svádět k jednostranně farmakologickému pojetí léčby.
- ▶ Psychofarmakoterapie není ovšem protipólem psychoterapie, ale obě léčebné metody se komplementárně doplňují. Jiné místo účinku – edukace.
- ▶ Kombinaci farmakoterapie s jednotlivými formami psychoterapie u definovaných diagnostických skupin se podrobně zabývají psychiatrické léčebné postupy.

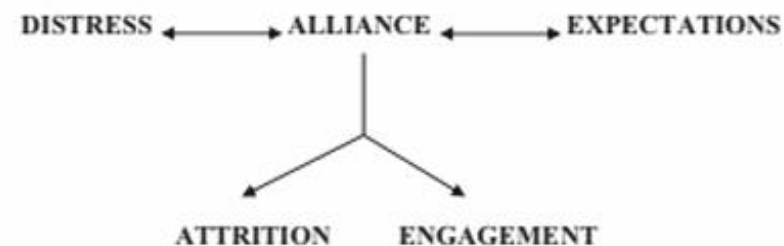


## Kombinovaná léčba – překážky, obavy a předsudky

- ▶ že léky zastřou důležité pocity a konflikty, které jsou předmětem psychotherapeutické práce. (mohlo by se dít u zvýšeného dávkování anxyolytiky – benzodiazepiny – neurol, lexaurin, oxazepam, diazepam, rivotril).
- ▶ že se pacienti kvůli rychlé úlevě nestačí do terapie zapojit
- ▶ že si P budou myslet, že se jim dlouhodobější psychotherapeutické úsilí nevyplatí.
- ▶ Jakékoli odborné předsudky psychotherapeutů i lékařů nejsou v zájmu pacienta: psychotherapeut nereflektující svoji zarputilou skepsi a averzi vůči lékům poškozuje pacienty stejnou měrou jako lékař, který se u komplexních emočních stavů zaměřuje pouze na symptomatiku a zapomíná na psychotherapii.

**Figure 1**

*Relations Among Distress, Alliance, Expectations, and Attrition in Psychotherapy*

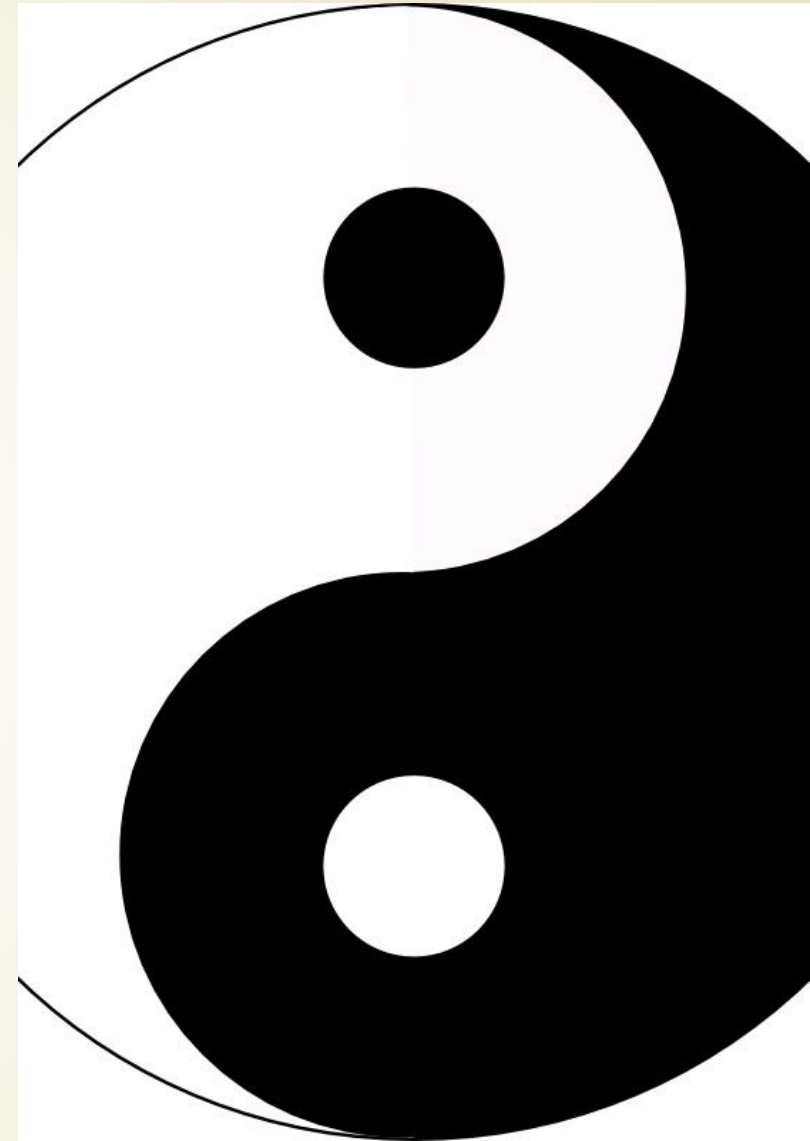




# Kombinovaná léčba

## - přednosti

- ▶ Výzkumy účinku kombinovaného přístupu probíhají nebo proběhly u většiny psychiatrických diagnóz.
- ▶ Ukazuje se, že je pro pacienty kombinovaná léčba přijatelnější, účinnější a nevede k předčasnému ukončení léčby.
- ▶ Farmakoterapie snižuje neúnosnou míru úzkosti a depresivního prožívání, může zlepšit pozornost a paměťové funkce, upravit psychomotorické tempo, zmírnit paranoidní zkreslení a poruchy myšlení či vnímání a pacientovi tak umožňuje vůbec psychoterapii zahájit, těžit z ní a rozumět svým pocitům;
- ▶ mobilizuje (např. úpravou) psychické zdroje pro terapeutický proces.
- ▶ urychluje a umocňuje efekt psychoterapie;
- ▶ pomáhá překlenout období přerušeni psychoterapie a zajišťuje kontinuitu léčby;
- ▶ posiluje pocit bezpečí v terapeutickém vztahu;



# Kombinovaná léčba

## – nevýhody a úskalí

- Zejména na počátku terapie lze rozumět pacientovu znehodnocování psychoterapie a jeho idealizaci léků jako snaze ochránit se před bolestnými pocity a myšlenkami (např. strachem z příliš velké závislosti, ze sdílení bolestných prožitků, z hanby), které jsou součástí psychoterapie.
- Léčba pomocí léků může odklánět pozornost od intrapsychických konfliktů, posiluje vytěšňování a externalizaci problematických prožitků (např. „za moje psychické útrapy mohou vnější okolnosti, chemie mozku...“) a pacienta udržuje v pasivnějším postoji vůči sobě. (dynamický pohled)
- Z kombinace přístupů se stane soutěž. Např. u pacienta v psychoterapii dojde ke zlepšení po nasazení léků. Je to dokladem toho, že psychoterapie neúčinkuje nebo že je psychoterapeut nemožný?
- Některé léky (např. benzodiazepiny) mohou nepříznivě ovlivnit schopnost pamatovat si, snít, učit se a využít zkušenosti z psychoterapie.



# Kombinovaná léčba – formy

- ▶ Pokud má psychiatr na starosti současně vedení psychoterapie i předepisování léků, nazýváme tuto ***léčbu integrovanou***.
- ▶ Pokud se o psychoterapii a farmakoterapii dělí dva profesionálové, lékař a kvalifikovaný psychoterapeut (klinický psycholog) mluvíme o ***paralelní léčbě***, někdy také o *oddělené, duální, interdisciplinární nebo spolupracující léčbě*.





# kombinovaná léčba – integrativní model - výhody

- ▶ Důvěrná znalost pacientovy problematiky a více prostoru rozumět významu léků a jejich nežádoucím účinkům a diskutovat o nich s pacientem (např. nutnost vysazení antidepresiv z důvodu jejich nežádoucího vlivu na sexuální funkce).
- ▶ Pro některé pacienty je integrované uspořádání bezpečnější, posiluje důvěru a odpovídá lépe jejich vztahovým potřebám (např. méně zralé osobnosti, osoby se závisými nebo paranoidními rysy).
- ▶ U osob se schizofrenní nebo bipolární poruchou dovoluje integrovaný model blíže monitorovat příznaky a provádět psychoedukaci o duševním onemocnění, významu léků, roli rodiny a podpůrných faktorech.
- ▶ Integrovaný model je výhodnější i u narcistické a hraniční poruchy osobnosti, kde se vyskytuje tendence polarizovat terapeutické vazby a rozhádat tým.
- ▶ Integrovaný model šetří čas a administrativní práci.



# kombinovaná léčba – integrativní model - nevýhody

- ▶ Nezbytné je vzdělání ve dvou specializovaných disciplínách.
- ▶ Souběh rolí psychiatra a psychoterapeuta může být pro některé P matoucí.
- ▶ Řešení otázek souvisejících s léky může zastírat psychoterapeutická témata. Tzv. farmako -symptomové hry představují náhradní komunikaci v medicínsko-lékové rovině, kterými pacient i lékař vyjadřují prožitky zlosti nebo frustrace.
- ▶ Terapeutický vztah mezi lékařem-psychoterapeutem a pacientem dává větší prostor pro emoční závislost P, onnipotentní fantazie o lékaři a může komplikovat dokončení separace po ukončení psychoterapie. Prohlubuje se asymetrie vztahu.





# kombinovaná léčba – paralelní model

## - výhody

- ▶ V tomto modelu poskytují léčbu obvykle dva specializovaní profesionálové.
- ▶ Dle Vymětala - je-li léčba psychoterapií hlavním léčebným opatřením, potom je vhodné, aby systematickou psychoterapii neprováděl předepisující lékař, a to proto, že předepisování léku ovlivňuje při systematické psychoterapii vztah mezi pacientem a lékařem ve smyslu zvýraznění asymetrie vztahu.
- ▶ Pacient má k dispozici více prostoru na osobní témata s psychoterapeutem, léčba umožňuje volit terapeuta včetně volby pohlaví, etnického původu a náboženského vyznání.
- ▶ Lékař i psychoterapeut se mohou emočně a odborně podpořit, vzájemně se učit a rozšiřovat své klinické dovednosti.
- ▶ U některých pacientů pomáhá spolupráce dvou profesionálů „naředit“ intenzivní přenosové reakce a snáze je oslovit.
- ▶ Je také výhodnější u stagnujících terapií bez léčebného pokroku.



# kombinovaná léčba – paralelní model

## - nevýhody

- ▶ Není vždy možné znát kvalifikaci a způsob práce kolegy ani kvalitu a spolehlivost jeho péče.
- ▶ Oddělená péče je náročnější na čas a vyžaduje vyjasnění si kompetencí, rolí, profesionálních hranic a odpovědnosti včetně postupu v krizové situaci.
- ▶ Nevýhoda léčby dvěma odborníky se projevuje při předepisování léků, není-li lékař obeznámen s tím, co se v dané chvíli v psychoterapii děje. Lékař může být sváděn k předčasné nebo nadbytečné farmakoterapii a zmírňovat intenzivní emoce pacienta bez znalosti psychoterapeutického kontextu.



# Při použití psychoterapie a farmakoterapie rozeznáváme 3 kombinace

- ▶ **1. Psychoterapie a léčba léky probíhají paralelně. (Viz výše)**
- ▶ Tuto formu volíme tehdy, chceme-li rychle dosáhnout léčebného pokroku a zároveň zdravotní obtíže jsou u nemocného výraznější. Z pohledu dlouhodobého účinku paralelní kombinace obou metod se zdá, že někteří nemocní mají tendenci upřednostňovat léky před „prací na sobě“, tedy i zvládnutím svých stavů a obtíží života vlastní aktivitou a psychologickými prostředky.
- ▶ **2. Psychoterapie předchází léčbu léky.**
- ▶ **3. Léčba léky předchází psychoterapii.**





## Ad 2 Psychoterapie předchází léčbu léky

- Zmíněné pořadí volíme tehdy, ukazuje-li se být pst sama o sobě méně účinnou a v rámci adaptivní indikace se společně s pacientem rozhodneme pro psychofarmakologické ovlivnění.
- Mnohdy tomuto kroku předchází např. u depresivních nemocných zhoršení jejich příznaků, včetně nespavosti či tělesných příznaků.
- Rozhodnutí o přechodu na jinou léčbu je psychologicky náročné a nemělo by vyznít jako selhání psychoterapie, kdy navíc nemocný „zbytečně trpěl“, nýbrž jako doplnění.
- Zhoršení zdravotního stavu nemocného léčeného psychoterapií bývá někdy paradoxně známkou toho, že léčba probíhá úspěšně (např. začíná si uvědomovat traumatický materiál), případně je přenosového charakteru (např. nás pacient „trestá“, či chce dokázat, že mu léčba „škodí“ – dynamická tradice).



## Ad 3 Léčba léky předchází psychoterapii

- ▶ Třetí možnost volíme při velmi výrazných zdravotních obtížích nemocného, jež znemožňují vlastní psychoterapii (např. pacient je silně depresivní).
- ▶ Jedná se o situace, kdy zdravotní stav (např. akutní psychóza) prakticky vyloučí kvalitní komunikaci, která je předpokladem léčby psychologickými postupy. Zde platí známé úsloví, že „psychofarmaka otevírají k pacientovi dveře, ale musí jimi vejít člověk.“
- ▶ Po symptomatickém a integrujícím zvládnutí obtíží pak postupně přidáváme psychoterapii, jež v případě psychoticky nemocných bývá průběžně kombinována s udržovacími dávkami léků.





## U různých dg kombinujeme psychoterapii a farmakoterapii různě

- ▶ U některých bývá **těžiště ve farmakoterapii** a tam používáme psychoterapii spíše jako podpůrnou léčbu (např. u psychotických pacientů – pacienti se *sch*, *schizoaf. poruchou*, *s bipolární afektivní poruchou*, ale třeba i s těžkou nebo *psychotickou depresí*).
- ▶ Tito pacienti potřebují psychiatrickou péči a léky – tzv. antipsychotika, antidepresiva či stabilizátory nálady, následně mohou lépe fungovat a konzumovat i psychoterapii, která je uzpůsobená jejich stavu.





# Těžiště v psychoterapii

- ▶ Další jsou nemoci, kde volíme **spíše psychoterapii nebo její kombinaci s léky dle tíže nemoci nebo přítomnosti komorbidit**.
- ▶ Příkladem je *deprese*. Lehčí až středně těžké deprese můžeme léčit samotnou psychoterapií – např. behaviorální aktivace nebo KBT (vede k rychlejší redukci příznaků), psychoanalytickou psychoterapií, dynamickou psychoterapií, humanistickou a existenciální pst, gestalt psychoterapií (ty všechny spíše hlubší osobnostní změny) či interpersonální psychoterapií či párovou pst (vztahové problémy). Pokud je deprese již těžká, jsou psychotické příznaky nebo dokonce riziko suicidality je vždy nezbytná psychiatrická péče a kombinace s léky. Při akutním riziku TS je nutné volat rovnou RZP.
- ▶ Velkou indikační skupinou pro psychoterapii jsou *úzkostné poruchy*.
- ▶ Sociální fobie – podobně jako u depresí u mírné až střední vystačíme se samotnou psychoterapií. U těžší sociální fobie či přítomných komorbidit (závislosti, deprese) je vhodná spolupráce i s psychiatrem a podávání léků – především antidepresiv z tzv. skupiny SSRI.
- ▶ Podobně to platí i pro další úzkostné poruchy - Panickou poruchu, agorafobii, generalizovanou úzkostnou poruchu, OCD či posttraumatickou stresovou poruchu.



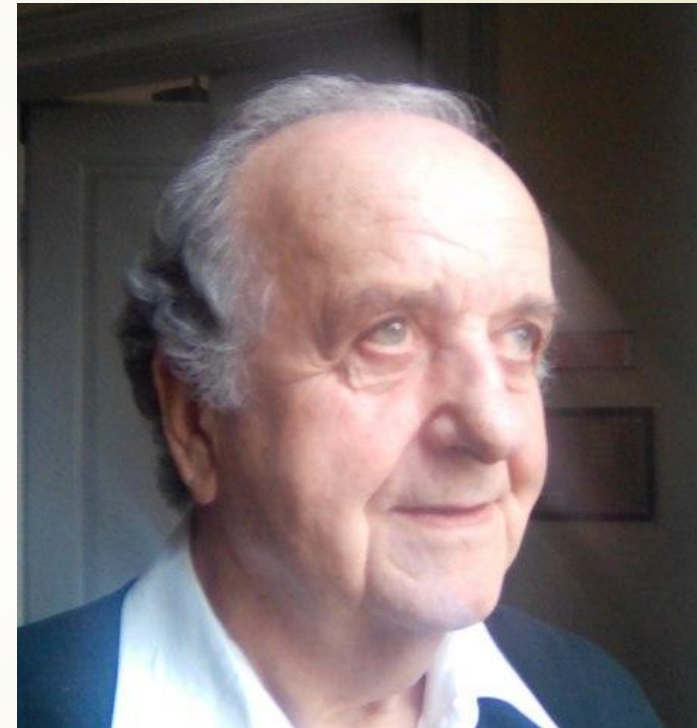
# Těžiště v psychoterapii

- ▶ Dále jsou duševní nemoci, kde volíme spíše psychoterapii, protože **není k dispozici příliš léků**, např. *závislosti a poruchy osobnosti, PPP*, okrajově pak *somatizační poruchy a neurastenie a únavové stavy*
- ▶ U závislostí se používají léky především k zvládnání odvykacích stavů nebo k ochraně před zkratkovitým napitím se – např. Antabus u závislých na alkoholu. Další práce je ale s motivací v rámci např. terénní práce nebo přímo psychoterapeutická a či adiktologická.
- ▶ U poruch osobnosti a PPP lehčí formy léčíme pst, u těžších podáváme léky především symptomaticky (na příznaky deprese, úzkosti, paranoiditu, nespavost, apod), kauzální farmakologická léčba není.



# Závěr

- ▶ Podle Vymětala je u většiny duševních a behaviorálních poruch zdraví kombinace psychofarmak a psychoterapie doporučeníhodná. I s ohledem na fakt, že až 30% pacientů neužívá léky, tak jak jim byly předepsány.
- ▶ Stojíme ještě před úkolem pochopit interakci obou modalit a rozpracovat modely účelné integrace psychoterapie a farmakoterapie.



**Prof. PhDr. Jan Vymětal, 1945-2023**, byl český klinický psycholog a psychoterapeut a vysokoškolský pedagog. Je autorem několika učebnic zaměřených na psychoterapii.