

Umestitev psihoterapije v psihiatrijo

Maja Rus Makovec

Korespondenca:

izr. prof. dr. Maja Rus Makovec, dr. med.
Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana
e-naslov: maja.rus@psih-klinika.si

Povezanost perspektiv nevrobiologije in duševnosti kot imanentni del psihiatrične stroke

Psihiatrija je brez vsakršnih dilem na podlagi dokazov medicinska stroka, ki ji lahko dodamo tudi pridevnik »presežna«; sloni na medicinskem znanju in paradigmi, ampak je še nekaj več kot to. Prav vsi nevrobiološki in somatski pojavi, ki nam jih postopno odkrivajo nevroznanost in (psiho)somatske raziskave, v psihiatriji dobijo poln pomen za stroko šele, ko jih povežemo s pacientovim doživljanjem teh pojavov; z medsebojno prepletenostjo organskih/funkcionalnih sprememb s kontekstom medosebnih odnosov in sistemskih značilnosti (kultura, ekonomske danosti ...). Sodobnemu psihiatru se ne bi bilo potrebno več spraševati, ali naj pacient napravi vse potrebne somatske diagnostične preiskave, zdravi znake in simptome z zdravili, ki imajo neredko tudi diagnostično vrednost (ali so učinkovala na simptom/znak ali ne), ali naj se posveti pacientovim prepričanjem o bolezni, vplivu navezovalnih in življenjskih stresorjev, intrapsihičnim konfliktom, terapevtskemu odnosu. Sodoben psihiater, če ima le-te možnosti na razpolago, bi apliciral vse dele tega spektra, ki bi bili potrebni (1). Glede na večne omejitve finančno-organizacijske narave je pač potrebno v skladu z realiteto smiselno izbrati tiste aspekte intervenc, ki bodo še v največji meri vnesle spremembo v pacienta v smeri boljšega duševnega zdravja in večje funkcionalnosti.

Znanstveni dokazi o medsebojnem vplivanju nevrobiološkega substrata in manifestacij v duševnosti so dobro znani – že od začetnega možganskega razvoja, kjer se funkcionalne povezave ob genskih-temperamentnih značilnostih gradijo v interakciji z vplivi okolja oziroma odnosa.

- Gledanje iz oči v oči med dojenčkom in ljubečim skrbnikom spodbuja razvoj prefrontalnega režnja oziroma pogledi nestrinjanja s strani skrbnika pospešijo prekrvavitev v otrokovemu prefrontalnemu režnju (2);
- Na rojstvo novih nevronov (nevrogeneza) lahko računamo v možganskih predelih, kjer se dogaja učenje novih izkušenj (3);
- Hebb je dolgo nazaj ugotavljal, da je šlo podganam z izkušnjo raziskovanja človeške kuhinje pri treningu novih veščin občutno bolje kot podganam, ki so bile le v laboratoriju (del podgan je bil le v laboratoriju, del pa je dobil še dodatno izkušnjo raziskovanja kuhinje) (4);
- Blag do zmeren stres aktivira nevronske rastne hormone, ki spodbuja novo učenje (5);

- Večnivojsko možgansko vezje je namenjeno hitri evalvaciji čustvenih odzivov, empatičnosti, posnemanju odzivov drugih (zrcalni nevroni) in mentalizaciji – govorimo o socialnih možganih (6) oziroma o tem, da smo »ožičeni za povezovanje« (wired to be connected) (7);
- Odpori proti spremembam so tudi povsem nevrobiološko pogojeni in je to potrebno upoštevati pri vnašanju spremembe – navade so odporne na spremembo na sinaptični ravni: »neurons that fire together wire together (Hebb)« (8); novo vedenje je potrebno ponavljati reda velikosti 1000-krat, da postane avtomatično (9).
- Kandel (10) je v slavnem eksperimentu z morskimi polži (kjer se je število sinaps podvojilo ali potrojilo kot rezultat učenja) povzel, da so sinaptične zveze lahko dokončno spremenjene in ojačane skozi regulacijo genske ekspresije, povezane z učenjem iz okolja. Menil je, da lahko psihoterapija sproži podobne spremembe v možganskih sinapsah: »Akcija v nevronske mašineriji v mojih možganih ima direkten, in upam da dolgo delujoč vpliv na nevronske mašinerije v možganih drugega človeka in obratno ... Naše besede sprožajo spremembe v možganih drug drugega ... kot psihoterapevtske intervence sprožajo spremembe v pacientovi duševnosti«. Kandel potrди »skrivnostni preskok z nevronske mreže na duševnost ali z duševnosti na telo (ki še ni razrešen)«, kot je razmišljal Freud.
- Sperry (11) je ugotavljal, da »dogodki notranjega doživljanja, kot nujna značilnost možganskih procesov, postanejo razlagalni in vzročni konstrukti sami po sebi, in se med seboj prepletajo s sebi lastnimi zakoni in dinamiko«, da torej duševno in telesno ne moremo razlagati z identičnimi pristopi znanja. Duševnost je torej kvaliteta, ki je ne moremo razlagati samo z nevrobiologijo, ampak zaobsega neodvisno področje znanja in razumevanja, z upoštevanjem subjektivnega in odnosnega doživljanja.
- Raziskave kažejo, da psihoterapija sproža spremembe v možganih (12); uporabljajo se slikovne tehnike za iskanje najbolj učinkovitih vrst psihoterapije (13). Nobena od psihoterapevtskih smeri glede na slikovne metode ni najboljša sama po sebi, pač pa je dokazano, da so različne oblike psihoterapije učinkovite na različnih področjih možganov. Depresivna in anksiozna stanja kažejo spremembe v možganski funkcionalnosti že po 10 do 20 ur psihoterapije; spremembe v čustveno-kognitivnih omrežjih (osebne poteze, dolgotrajajoči

konflikti) pa potrebujejo veliko daljše učenje za novo omrežje.

Sodobna psihiatrija se lahko nasloni na dognanja, da je psihoterapija vedno priporočena oblika zdravljenja, bodisi sočasno s farmakoterapijo bodisi kot samostojna izbira zdravljenja, odvisno od narave motnje. Potrebna je pozornost na tendenco k pristranosti strokovnjakov, ki želijo poudariti prednosti rabe psihoterapije ali farmakoterapije, saj se je možno nasloniti na zelo različne raziskave, ki nimajo primerljivih metodologij. Tako lahko določene študije najdejo malo daljši pozitivni dolgoročni vpliv vedenjsko-kognitivne terapije (VKT) kot antidepresivi ali pa podobne učinke. Druge študije kažejo, da so zdravila pomembno učinkovitejša pri zdravljenju resnih depresivnih stanj kot psihoterapija; farmakološki ukrepi so učinkovitejši pri distimiji, psihoterapevtski pri obsesivno-kompulzivni motnji (14). Psihoterapija je priporočena metoda (seveda prilagojena naravi motnje) tudi pri zdravljenju psihoze (15); metaanalize kažejo pozitiven učinek na simptome in okrevanje, posebej če gre za število terapij > 20 (16).

Dokazi, da je dualizem na biološko vs. psihoterapevtsko perspektivo v psihiatriji s strani znanosti in kliničnih evalvacij zdavnaj presežen in da je kombinacija intervenc najbolj učinkovita pomoč pacientom, so tako številni, da je morebitno izrinjanje psihoterapije iz psihiatrije nerazložljivo po poti logičnih dokazov.

Mimo razuma

Če bi se ljudje lahko spreminjali le skozi kognitivne procese, bi pacientom pripravili nekaj dobro pripravljenih predavanj ali bi jim nekaj pametno svetovali ali bi jim dobronamerno odločno rekli, naj začnejo vendar dobro sodelovati, ker je to dobro za njih, in bi bilo vse v redu. Vse to so korektni načini, da poskušamo pomagati ljudem pri zdravljenju. Ljudje in pacienti, ki se spremenijo v zdravo in funkcionalno smer, ker so dobili dobro informacijo, ker so prisluhnili zdravstvenemu nasvetu in so ubogali navodilo, pač ne potrebujejo psihoterapije. Psihoterapija predvideva, da obstajajo neki tehtni intrapsihični in/ali odnosni razlogi, zakaj se človek ne more spremeniti v smer, ki jo definiramo kot bolj zdravo. Zato je potrebno imeti preverjene, dokazljive načine komunikacije in odnosnega vplivanja na drugega človeka, ki niso ne nasilni ne manipulativni, ki angažirajo človekove zdrave potencialne, ki so posvečeni izključno koristi človeka, ki potrebuje pomoč (lahko gre tudi za svojce pacienta), ter upoštevajo etične standarde glede

človekove avtonomnosti in dostojanstva.

Čustvena odreagirana v zvezi s psihoterapijo v psihiatriji pa niso nič novega. Kandel je zapisal, da je bil osupel, ko se je skupina specializantov psihiatrije, ki ji je pripadal in ki je bila tako toplo kolegialna in inteligentna skupina, razcepila na del, ki je sprejemal in ki je bil proti psihoanalitskim konceptom. Ampak čustvena odreagirana v zvezi s psihoterapijo niso nič novega tudi med ljudmi, ki se ukvarjajo s psihoterapijo. Izbira psihoterapevtskega treninga je očitno tako zelo osebna izbira, da poznamo dolgoletna pregovarjanja, morda celo prerekanja o tem, katere oblike psihoterapije so boljše.

Očitno nekaj v razumevanju psihoterapije in aplikaciji le-te ljudi enostavno lahko iritira in jezi. Morda zato, ker ne vemo, kaj pričakovati, ali pa gre za strahove, da bomo nesorazmerno močno izpostavljeni občutkom sramu, prikazani kot nevredni, da nam bo odvzeta moč nadzora, da se bo brez potrebe kompliciralo, manipuliralo z nami, zahtevalo nekaj, česar ne zmoremo ipd. – kar bi se potencialno tudi lahko zgodilo s strani terapevtov, ki niso imeli dovolj resnega izobraževanja. Razmišljam, da so nas mogoče zelo napačno učili psihoterapije oziroma njene aplikacije, prav tako ni vloženo dovolj truda v iskanju razumevanja, kako se med seboj dopolnjujejo različne stroke in smeri psihoterapije (17).

Zato se zdi smiselna pot, da odpiramo pot de-konstrukciji našega razumevanja psihoterapije na sploh in v psihiatriji. Prvo vprašanje v tem smislu bi bilo, kaj kakšnemu psihiatru izraz psihoterapija sploh pomeni (s tem ne mislim na formalne definicije) in kako se njihovo razumevanja tega pomena odraža v njihovem kliničnem delu. Torej »first, define«. Tudi dobronamerni in razumni ljudje se lahko zapletejo v nesporazume, ker ne preverjajo, kako razumejo določene pojme.

Cilj tega prispevka je zato v nekaj refleksijah o tem, kako umeščamo psihoterapijo v psihiatrijo, namenjen pa je kolegom psihiatrom kot odgovornim nosilcem stroke in ne drugim poklicnim skupinam, ki skupaj s psihiatri so-kreirajo stroko. Naštela bom nekaj različnih aspektov z upanjem, da naslovijo oziroma poimenujejo nekatere realistične dileme, ki jih imajo psihiatri, v zaključku pa bi se na kratko posvetila pobudi, kako učiti psihoterapijo mlade kolege.

Subspecialistično znanje v psihiatriji in učenje per partes

Psihiatrija je veliko bolj subspecializirana stroka, kot smo o njej vajeni razmišljati v smislu diferenciacije znanja in kliničnih pričakovanj. Kolegi, ki dlje časa

delajo na enem od strokovnih področij, oblikujejo razen teoretičnih informacij ob ponavljajočih se kliničnih primerih tudi spekter implicitnega znanja, kot je to običajno v vseh medicinskih vedah. Ta tip znanja (izkušenosti), ki se je oblikoval v stotinah situacij in primerov, jim da gotovost v kliničnem delu, na primer kako se človekov organizem vede ob določenih večjih odmerkih nekega zdravila, koliko časa je potrebno počakati, da neka klinična slika izzveni, kje izhod zdravljenja ni odvisen od psihiatra, kje naj se vključijo vsi alarmi ipd. Kadar pri svojem dnevnem delu naletimo na problematiko, ki je sami ne poznamo, se želimo posvetovati s kolegi, ki jim zupamo v njihovem subspecialnem znanju, da pacienta brez potrebe ne napotujemo drugam, če ni nujno potrebno.

Izkustveno pa je videti, da se kolegi, ki se niso posvečali treningu in razmisleku o aplikaciji psihoterapije v svoje vsakdanje klinično delo, manjkrajt posvetujejo v smislu peer-supervision – podeljene mentalizacije o pacientovem in psihiatrovem odzivanju. Možno je, da bi se kolegi večkrat poslužili takega posvetovanja, če bi imeli informacijo, kje je tak supervizorsko-mentalizacijski proces posebej koristen. Ob samomorih, nasilnih vedenjih pacientov in drugih mučnih epizodah, ki so del kliničnega vsakdana, praviloma kot del procesa v medicinskem kontekstu izvedemo notranje nadzore in morbiditetno-mortalitetne konference. Supervizorsko-razbremenilni del ne more biti del notranjega nadzora, ta ima čisto drugo funkcijo; bi bil pa ob dramatičnih dogodkih – nekateri nam pridejo pod kožo močnejše kot drugi – nujen del kultiviranja našega diskurza o dogodku. Res pa strokovne skupnosti, ki tega aspekta ne gojijo kot normativnega dela, lahko ta del doživljajo celo kot dodatno obremenitev in je zato potrebno osebje postopno pripravljati na dobrobit supervizorske refleksije.

Subspecializacije v psihiatriji so strokovna realnost in nikakor ne motijo, ampak so nasprotno v veliko pomoč zaradi znanj, ki jih premorejo. Pomembno je le, da vzpostavimo lahko prehodne mostove med posameznimi strokovnimi disciplinami, ki imajo vsaka svoj teritorij, ki je potreben za identiteto stroke (18). Tako bi bilo pomembno vzpostaviti stalne možnosti dialoga tudi s področjem rabe psihoterapije. Pri učenju psihoterapije je zato videti zelo pomembno, da bi psihoterapevtske koncepte in veščine v končni meri skušali povezovati s konkretnimi kliničnimi situacijami.

Možno je, da relativno manjši del vsakdanje klinične rabe psihoterapevtskih konceptov kolege odtuji od

te perspektive; morda ta oddaljenost pripomore k različnim fantazijam in projekcijam glede psihoterapije. Vendar pri teh težavah s povezovanjem konceptov enakovredno sodelujejo kolegi in drugi strokovnjaki, katerih identiteta se povezuje z rabo psihoterapije. Niso vedno v pomoč pri razumevanju, kako ta aspekt naše stroke smiselno uporabljati; lahko imajo tendenco po splendid isolation, tudi oni lahko tvorijo fantazije in projekcije o kolegih, ki nimajo psihoterapevtskega treninga in se ne postavijo v perspektivo dnevnega ritma in narave dela iz drugega subspecialnega področja. Elementi psihoterapije pač v zelo različnih odmerkih in oblikah vstopajo na psihoterapevtski oddelek, na gerontopsihiatrijo ali sprejemni oddelek.

Poln psihoterapevtski trening traja več let (okoli 4–5 let) in v njem se naslavlja toliko osebnih vsebin edukanta, da se hitro zameglijo ali pomešajo lojalnosti stroki. Tako lahko postane perspektiva psihiatrije s strani neke psihoterapevtske metode, četudi je ne učijo učitelji iz vsakdanje psihiatrične prakse, za edukanta bolj merodajna kot perspektiva psihiatra. Pa ni prav, da je tako; odgovornost psihiatra je ravno v tem, da zmore razbrati, katere aspekte določene metode je možno vključiti v populacijo ljudi z duševnimi motnjami. Posebej mladi psihiatri zato nujno potrebujejo suport in nekaj usmeritev tudi s strani psihiatrov, ki uporabljajo tudi psihoterapevtske intervence. Gabbard (19) je menil, da je posebej pomembno, da psihoterapevtsko komunikacijo specializante psihiatrije v določeni meri učijo prav psihiatri s temi znanji. Ne zato, ker drugi poklici ne bi bili enako ali bolj kvalitetni učitelji tega področja, temveč zato, ker drugi poklici ne morejo kot modeli prikazati specializantom, da je ta del znanja nujni del psihiatrovega poklicnega ravnanja.

Bistva psihoterapije v psihiatriji ne vidim le kot seanse v skladu z neko usmeritvijo (kot je individualna analitska ali obravnava po principih VKT, skupinske analize, partnerske in družinske terapije, suportivne skupine ipd.), ampak v prepletenosti z vsakdanjikom na psihiatriji. Del vsakdanjika je filozofija našega dela in pa stil odzivanja do pacientov, njihovih svojcev in sodelavcev. V veliki večini psihiatri genuino in s pomočjo dobrih strokovnih vzornikov vzpostavljajo dober terapevtski delovni odnos oz. raport, vzbujajo pozitiven transfer, znajo motivirati in so izrazito empatični, so večji spektra smiselnih in učinkovitih intervenc, ne da bi bili posebej psihoterapevtsko trenirani; gre za njihovo osebno primernost in ustrezen normativni in vrednostni okvir

njihovega dela. Osebnostna primernost je po mojih izkušnjah tako zelo pomembna pri psihiatričnem delu, da lahko odtehta in presega psihoterapevsko znanje pri osebnostno manj primernem psihiatru.

Vendar se ni za zanašati na to, da bodo v psihiatrijo prihajale delat le nadpovprečno dobro diferencirane osebnosti in je najbolje staviti na dober in finančno vzdržen sistem izobraževanja mladih psihiatrov, ki bo vpletel in sistematično gojil psihoterapevtske vsebine kot razpon vsakdanjih veščin. Težiti je predvsem k temeljitim generičnim psihoterapevskim znanjem, ker je povsem nerealno in kontraproduktivno pričakovati, da bi se vsi psihiatri educirali v polni psihoterapevtski metodi, kot niso vsi psihiatri usposobljeni za sprejemne oddelke, forenzično psihiatrijo, gerontopsihiatrijo, psihosomatiko, odvisnosti itd.

Generično znanje psihoterapije za vsakega psihiatra sloni na razumevanju in zmožnosti uporabe splošnih, skupnih faktorjev učinkovitosti v psihoterapiji, kot so terapevtska delovna aliansa, empatija in sorodni konstrukti, pričakovanja pacientov, kulturološka prilagoditev na dokazih slonečih oblik zdravljenja, učinek terapevtske osebnosti (20), ter poznavanju specifičnih terapevtskih dejavnikov, da bo lahko pacientu svetoval zanj ustrezno obliko psihoterapije (21).

Obogateno okolje

Za vnos spremembe v človekovo duševno funkcioniranje je zdravilo farmakoterapija ter spremenjene okoliščine, ki spodbujajo vnos spremembe in vzdrževanje le-te. Ta proces je očitno najbolj učinkovito izvajati v »obogatenem« okolju, kjer prihaja do hkratne stimulacije prek različnih možganskih krogov. Psihoterapijo lahko koncipiramo kot načrtovano, sistematično izpostavljanje blagemu do zmernemu stresu v varnem okolju. Zato psihoterapija ne more biti kar nekakšno empatično, prijazno in brezciljno klepetanje (čeprav učinka empatične prijaznosti v odnosu do drugega človeka in malo free-floating kramljanja nikakor ni za podcenjevati v povezovalni funkciji). Prej ali prej ali slej se je potrebno fokusirati ravno na tiste vsebine, o katerih ljudje ne želimo govoriti, jih imamo za neizgovorljive, vzbujajo sram in visoko čustveno reaktanco zaradi doživljanja, da je odvzeta svoboda vedenjske izbire, ker sprožijo regresivne občutke nemoči ali nesorazmerne jeze ipd. Logično je, da je potrebno imeti neki teoretično razdelan koncept (raje več konceptov, da ostanemo fleksibilni) glede tega, kako ljudje procesirajo spremembe doživljanja in vedenja, spekter preverjenih veščin komunikacije in končno razumeti svoje lastno

doživljanje, da se znamo dovolj distancirati od preplavljanja duševnih vsebin s strani pacientov in obratno, da pacienti niso na razpolago naši muhavosti.

Nikakor ni potrebno – kot večkrat ponovim – da bi bili vsi psihiatri trenirani v celotni psihoterapevtski opciji, ampak je potrebno imeti vsaj nekaj tako izobraženih psihiatrov, za ostale pa je lahko profesionalno povsem zadovoljujoča raven vsaj enoletna posvetitev tem konceptom, ob hkratni osnovni osebni izkušnji, kjer bi lahko izkusili (samo)refleksivnost in začutili/internalizirali proces mentalizacije. Ker sami potujemo po življenjskem spektru in se v njem spreminjamo, pa bi bilo nujno kot del strokovne kulture obdobje, vsaj nekajkrat v času svojega specialističnega dela – imeti možnost psihoterapevtske refleksije o svojem delu in ne nazadnje o sebi. V nobenem drugem delu zdravnik s svojo osebnostjo namreč ni tako zelo del učinkov zdravljenja in hkrati tako zalivan z bolezenskimi in destruktivnimi duševnimi vsebinami, pa s pacienti, ki masovno »ne morejo ali nočejo« kot psihiater. V nobeni drugi stroki ni toliko truda, da bi se zdravilo ljudi, ki nimajo kontakta z realnostjo in bi hkrati bil ta del psihiatrije stalno izpostavljen družbenim projekcijam, da tem pacientom škodijo in da so nehumani. Kakor da pozabimo, čemu imamo več prostih dni kot drugi zdravniki. Mentalizacijski diskurz je nujen za samozaščito pred ponavljajočimi neopravičenimi projekcijami v psihiatre in psihiatrijo, pa tudi za morebitne reaktivne tendence dominantnosti in pretiranega distanciranja od poskusa strokovnega razumevanja teh projekcij v nas samih. Vsi ljudje imamo v sebi potencial za agresijo in destruktivnost in se razlikujemo le po tem, v kolikšni meri se zavežemo te aspekte v sebi zavestno prepoznati in presegati. Analiza projekcije destruktivnih vplivov od zunaj v nas in naša morebitna pretirano reaktivna drža je imanenten del psihiatrovega profesionalizma (22). Mentalizacijska strokovna drža torej poskuša prepoznati svoje čustvene in kognitivne procese, te iste procese pri pacientu, s temi prepoznavanji lahko razume in napoveduje vedenje, diferencira med seboj in pacientom in je empatično dobronamerna. Take refleksivnosti ni možno izvajati, če smo zelo vznemirjeni. Mentalizacijski proces se izvaja takrat, ko je konec neke akcije in se načrtuje nova akcija. Torej ne gre za to, da bi psihiatrično osebje cele ure kramljalo o tem, kaj mislijo, da si mislijo in kako čustvujejo pacienti, kako se zaradi tega počutijo oni ipd., ampak je mentalizacijski proces načrtovan kot časovno določena in načrtovana epizoda, morda kot tedenski sestanek ali del

dnevnega raporta, če je potrebno. Sposobnost mentalizacije osebjem je najpomembnejša ravno pri tisti patologiji ali pri tisti situaciji, kjer je pacientom in svojem te zmožnosti najtežje uporabljati (na primer mejna osebnostna organizacija, svojci pacienta z akutno psihozo ipd.).

Kot bistveno vidim dejstvo, da bi se programi zdravljenja in intervence, ki jih izvajamo povsod v psihiatriji, ciklično reflektivno pregledovale in usklajevale v skladu s splošnimi znanimi psihoterapevtskimi zdravilnimi dejavniki. Načeloma to velja, saj ima sodobna psihiatrija obilo tovrstnega znanja in dobrih modelov. Vendar se v vsaki instituciji, bolnišnici ali ambulanti izoblikujejo navidezno strokovno nepomembne dnevne rutine, ki jih uvede bodisi neka objektivna situacija, kot je pomanjkanje osebjem, bodisi pretirano dominantna, a manj terapevtsko profesionalna oseba ali vplivna podskupina; te rutine pa imajo težnjo po utrjevanju. Težnja k ponavljanju oziroma čim večji avtomatizaciji vedenja je lastna že samim možganskim procesom. Na tak način naj bi si prihranili energijo, da se ni treba ves čas prilagajati na nove okoliščine (23). Spremeniti tako avtomatizirano vedenje je torej vendarle naporno. Energetska komponenta je zelo pomembna: navade do te mere oblikujejo stabilne nevronske povezave v možganih in analogno v strokovni skupnosti, da se je treba do določene mere v nov tip vedenja siliti (in pri tem vztrajati). Razvijanje nove navade zato lahko razumljivo v začetku vzbuja tesnoba oziroma odpor tudi pri strokovnem in dobronamernem osebjem.

Psihoterapija torej ne pomeni, da smo dobri in prijazni in potrpežljivi za vsako ceno, ampak da razumemo, koliko zaščite, potrpežljivosti in koliko izpostavitve stresu in meja potrebuje pacient pri zdravljenju. Nismo namreč turistični delavci, ampak zdravimo in zato mora biti naša komunikacija premišljena, reflektivna, dobronamerna in vljudna (kar ni enako kot prijazno). Vse te elemente našega ravnanja najlažje analiziramo z ustreznim poznavanjem in s pomočjo psihoterapevtskega diskurza. – Tako bi bilo smiselno enkrat letno pretresti navade oddelkov in ambulant, ali znamo razložiti, zakaj tečejo zadeve tako, kot tečejo, kakšno korist ima od tega pacient, ali obstajajo tendence po prevelikem pokroviteljstvu do pacientov in se premalo spodbuja njihovo aktivnost, ali dajemo potuho, da bi se mi počutili dobri ali ker nimamo dovolj zdrave agresivnosti za spoštljivo postavljanje meja in vztrajanje pri njih – in paciente preveč ščitimo pred blagimi do zmernimi stresorji, ali pacienta brez potrebe izzivamo ali

dominiramo, ali si ne upamo ali ne znamo postaviti meje pri neprilagojenem vedenju ipd.

Težnja k vzdrževanju neke rutine – nespremembe – pa je lastna ne samo možganskim kognitivnim procesom in pacientom, ampak vsakemu človeškemu sistemu, tudi psihiatričnemu timu (24), zato je ob takih mentalizacijah lastnega dela v pomembno pomoč, da dialog povezuje kolega/kolegica, ki ima psihoterapevtsko znanje in ni član tima.

Strokovno znanje psihoterapije seveda nikakor ne zagotavlja, da se taki strokovnjaki ne bodo upirali spremembi, da bodo svojo agresivnost vedno smiselno uravnavali in da ne bodo merili moči. Nasprotno, to znanje se lahko uporabi tudi tako, zavestno ali izvenzavestno, da še bolj zaščitimo svojo nesodelovalnost. Tradicionalno dolgo prepiranje o zakonu o psihoterapiji tudi lepo kaže, da psihoterapija nič ne pomaga, kadar je v ospredju financiranje ter potreba po moči in socialni dominaciji.

Velik uspeh je, kadar v psihiatriji lahko skrbno oblikujemo sistem dela, ki vplete psihoterapevtske elemente v celoten spekter dela in v takem primeru cel oddelek ali ambulanto delo dodatno ojača naše intervence. Skupna sprememba dnevne rutine omogoči posamezniku, da doseže spremembo z manj osebnega napora (25). Če celo okolje spremeni dnevno rutino, se nove navade komunikacije s pacienti in med osebjem oblikujejo v bolj zaželeno avtomatizme. Izkazalo se je namreč, da pri možnosti izbire določenega vedenja pogosto sploh ne izbiramo, ampak sledimo tistemu, kar je okoli nas na razpolago (»po defaultu«) (26).

Zakaj smo to dolžni početi?

Psihiatrija ima za seboj zaradi takratnega neznanja in strokovne nemoči dolgo zgodovino takih ravnanj nad ljudmi z duševnimi motnjami, ki si jih sedaj težko zamislimo. Zato je naš odnos do moči in kontrole sila pomemben. Del naših nalog je, da izpeljemo hospitalizacije, ki se jim pacienti upirajo, da bi jim lahko pomagali. Velik del naših pacientov je zelo stigmatiziran ali so na različne načine žrtve nasilja in zlorab (nekateri so tudi sami izvajalci nasilja in zlorab). Zato je ena temeljnih nalog psihiatrije, da je samorefleksivna do vseh pojavov nepotrebne demonstracije moči in nespoštljive komunikacije, tudi med osebjem. Ni namreč pričakovati, da se ne bi razdiralnosti v komunikaciji med osebjem izomorfno replicirale tudi na paciente. Analiza s pomočjo psihoterapevtskega diskurza omogoči pri osebjem identificirati take težave z rabo moči, na primer kdaj gre za pretirano dominantno

vedenje in kdaj za pretirano infantilno opozicionalno vedenje (ta aspekt se lahko pojavlja med osebjem). Psihoterapevtski diskurz nikakor ne pomeni, da lahko ljudje, tudi osebje, delajo, kar hočejo, saj je prostovoljni pristanek na smiselno disciplino del osebnostne zrelosti in medicinskega sistema zdravljenja. Prav tako je del take zrelosti zmožnost toleriranja različnih frustracij in tudi medosebnih konfliktov, ki smo jih profesionalno dolžni uravnavati in tudi zdržati, če niso del nasilja ali zlorabe.

Zares dobro razumevanje psihoterapevtskih procesov omogoči bolje razumeti, kdaj je v psihiatriji kot medicinski vedi nujno zavestno preslišati intrapsihična doživljanja tako pacientov kot zaposlenih. Tako kot dobra komunikacija ne pomeni, da vedno izrečemo kaj posebej primernega, ampak tudi, kdaj je pomembno biti tiho. Metafora selitve: družina mora izprazniti stanovanje v dveh dneh. Je zelo naporno in se mudi. Oče, ki ima največje napore, je napet in večkrat zavpije na druge člane, naj pohitijo, ali pa ozmerja. V takem primeru je psihoterapevtski nasvet, da naj bodo drugi, ki imajo manj bremena, tiho – naj kontejnirajo, zato da se bo naloga izpeljala. Nezrelo in neumestno bi bilo takrat reči, tako pa ne boš govoril z menoj, in dokler se ne opravičiš, ne bom sodeloval(a). Ko je vse narejeno, po koncu stresne situacije, ko se vsi pomirijo in se da priznanje tistemu, ki je imel največji napor, pa se lahko pogovorijo o tem, ali bi bilo morda možno kako drugače in kako so selitev doživljali.

Psihoterapija znotraj ali zunaj psihiatrije: finančne in druge zadrege

Psihoterapija je izhajala iz psihiatrije, presegla njene okvire in postala, kot pravijo, samostojna stroka. Paradokso, tudi s pomočjo psihiatrov samih, se je začela oddaljevati naši stroki kot nekoč članica družine, sedaj pa je včasih tujka, s katero ne veš, kaj početi. Zanimivo je, da ravno obdobje poudarjanja bio-psiho-socialnega pristopa v medicini povečuje cepitve na duševno in telesno v psihiatriji in je videti otrok dveh staršev: »sledi denarju« in pa dejanski veliki kompleksnosti sodobnega znanja.

Prvi dejavnik je še najlažje razumeti. Vreči čim več dejavnosti iz javnega zdravstva ali zavarovalniških pogodb je na prvi pogled pocenilo storitev in privarčevalo denar (pa bi se dalo z mnogimi cost-benefit raziskovalnimi dokazi potrditi, da gre za zelo kratkoročne in navidezne prihranke, saj se primanjkljaj obravnave povrne v številnih prepogostih iskalcih zdravniške pomoči, tendenc k pasivizaciji v obliki

predolgih bolniških staležev ipd.). Ta ekonomska filozofija je omogočila kar nekaj zaslužka zasebni psihoterapevtski spodbudi; prav je, da imajo ljudje možnost, da se sami lahko odločajo za psihoterapevtske obravnave po svoji izbiri in da imajo s plačilom morda celo občutek boljšega nadzora, ni pa prav, da psihoterapevtskih pomoči ne morejo dobiti pacienti s težjimi duševnimi motnjami v okviru psihiatrije.

Kompleksnost sodobnega znanja pa lahko nehote, če ne najdemo načina, kako dele znanja povezovati med seboj, zaradi potrebe po obvladovanju vsakdanjika brez stalnih dilem in dvoumnosti rezultira v simplifikaciji: pač odrežemo tisto, kar nas bega.

Neredko slišimo govoriti člane naše stroke, da bi pacienti potrebovali psihoterapevtsko zdravljenje, ampak da žal le-tega ne morejo plačati, saj naj bi bila psihoterapija zaradi percepcije, da gre za nekakšen nadstandard, predvsem samoplačniška dejavnost. Če tako menimo, bi bilo potrebno definirati, katerih sprememb psihiatrija pri pacientu ne more vnesti ali celo ni dolžna vnesti. Biti v življenju nesrečen, v (di) stresu, žalosten, imeti slabe odnose sicer poveča verjetnost za duševno motnjo, niso pa ta obremenjujoča doživljanja sama po sebi področje psihiatrije, razen če niso spremljiva klinično pomembne duševne motnje. Prav je, da se za ljudi, ki psihološko trpijo, nimajo pa klinično pomembnih duševnih motenj, ali bi želeli pospešiti svoje osebnostno dozorevanje, organizirajo psihoterapevtske ponudbe zunaj psihiatrije.

V pomembno pomoč pri aplikaciji psihoterapije v psihiatrijo vidim v tem, da se izobrazijo čim večji del osebja. Imam veliko dobrih izkušenj s člani drugih poklicev, ki so razumeli psihoterapevtska načela dela in je zato zdravljenje teklo zelo dobro, pa kakšnega slabega, ko je opolnomočenje z znanjem psihoterapije vzbudilo nasprotne procese v smislu poskusov dominiranja in merjenja moči. Iz obeh razlogov je potrebno, da se osebja ne loči togo na psihiatre (ki ne delajo psihoterapevtskih intervencij) in na del osebja, ki jih.

Obstajajo pa zadrege, ker se v zadnjih letih šolanje psihoterapije izvaja tudi skorajda brez stika s psihiatrijo, kar ima lahko smisel, če obstaja nekdo, ki diferencira, ali gre za klinično pomembno duševno motnjo ali ne. Občasno se skozi delo s pacienti ali skozi objave v medijih srečam z razlagami psihoterapevtov, ki jih jaz sicer ne poznam, se mi pa včasih zazdi, da smo se vrnili veliko let nazaj, v simptomatsko obdobje psihoterapije. Le-to je med drugim na primer izhajalo iz podmene, da neki notranji konflikt

sproži resen simptom in z razrešitvijo tega konflikta ali težavnega odnosa izgine tudi neka simptomatika. Kot vemo, zavedanje o razlogih, zakaj je nekdo postal zasvojen, ne pomeni, da bo zato kar konec odvisniške nevrobiologije, ampak je pomembnejše, ali pacient lahko spremeni vedenje (včasih tudi uvid pride šele za spremenjenim vedenjem).

Kakršnakoli tesnoba, ki je človek ne more tolerirati, seveda povečuje verjetnost, da se sproži simptom. Koncept, da razrešitev konflikta/odnosa razreši tudi neko duševno motnjo, je uporaben le pri simptomatiki, ki ni zelo izražena oziroma je kvečjemu subklinična. Pri zelo izraženi duševni motnji pa uvid v naravo konflikta ni v pomoč pri motnjah, ki imajo zelo izraženo nevrobiološko alostazo. Psihoterapevti, ki niso bili trenirani na področju psihopatoloških stanj, ne zmorejo prepoznati globine in nevrobiološko utrjenost teh motenj, in predmet psihopatologija pač ne zagotavlja, da jo znam praktično naslavljanje, saj se to znanja gradi dolgoletno skozi stotine primerov kliničnih situacij. Zagotovo so med temi strokovnjaki taki, ki se zavedajo svojega teritorija znanja in z njimi bi bilo vsekakor potrebno zgraditi lahko prehodne mostove.

Ni prav, da bi strokovnjaki, ki izobražujejo psihoterapijo tako, da slonijo na treningu izven zdravstvenega sistema, določali, kako se bo uporabljala psihoterapija kot metoda v zdravstvu, prav posebej pa v psihiatriji. Vloga teh strokovnjakov je zagotovo v refleksiji, ne pa v moči določanja teritorija. Odgovornost za aplikacijo psihoterapije v psihiatrijo pripada ustrezno strokovno in etično opremljenim strokovnjakom iz psihiatrije. Seveda pa politične odločitve lahko povzročijo strokovna dognanja; v kolikor bo psihiatrična stroka nastopila kot skupnost, pa menim, da zmoremo ohraniti strokovna izhodišča.

Kaj si mislimo o analitskih modelih

Tudi psihoterapevti imajo lahko različne pristranosti glede tega, kaj je prava oblika psihoterapije. Lieberman (1) v svoji knjigi povzema, da so včasih psihiatri tako malo vedeli o duševnih motnjah, da so komajda kaj lahko pomagali svojim pacientom, sedaj pa je največja ovira za kvalitetno zdravljenje stigma in pomanjkanje zavedanja o možnostih pomoči. Včasih, ko ni bilo na voljo ne podatkov o nevrobioloških značilnostih možganov, ne spektra psihotropnih zdravil, so se razlaga duševnih motenj in poskusi zdravljenja nesorazmerno močno zanašali na analitske konstrukte in razlage, na primer o izvenzavestnih konfliktih, ki naj bi sprožali določeno psihopatologijo.

Analitsko znanje o transfernih in kontratransfernih temah, naših vzgibih, ki jih nimamo vedno ozaveščanih, morebitnem vplivu zgodnjih navezovalnih odnosov ipd. je vedno aktualni del psihiatrovega znanja. Gledano tudi nevrobiološko, je transferni odgovor možno razložiti kot del implicitnega spomina (27). Pa vendar je v psihiatriji večinoma analitski del primeren kot del teoretičnega koncepta in ne kot pogosto uporabljana psihoterapevtska metoda, posebej ne v krajših intervencijah, kjer ne smemo spodbujati regresivnosti, ampak ojačevati pacientove realistične vire moči. Analitski del lahko tudi v preveliki meri deli paciente na tiste, ki imajo dovolj psihološkega razmišljanja za analitski tip dela, in na tiste, ki ga nimajo in to prevedejo kolegi v »ni sposoben za psihoterapijo«, ampak pacient ni primeren le za analitski tip terapije. Saj se pacienti odzivajo na druge psihoterapevtske metode tudi, če nimajo psihološkega razmišljanja, in imeti uvid nikakor ne pomeni, da smo sposobni tudi spremeniti vedenje.

Kako se učiti psihoterapije v psihiatrični specializaciji

V celotnem sodobnem znanju nastopi epistemološki problem, kako se učiti stroke. Noben posamezen strokovnjak zaradi eksponentne rasti novih informacij namreč ni več zmožen renesančnega celostnega znanja, ampak kvečjemu kombinacije za poklic značilnih splošnih znanj cele stroke/psihiatrije in nekih subspecialnih. Ključno je torej razvijati metaznanje in učenje stroke (znanje o znanju in učenje o učenju) (28): reflektivnost o lastnem učnem procesu – kakšni so naši miselni procesi, kako oblikujemo odločitve, kako interpretiramo podatke – vključuje tudi poznavanje selfa (sebe) kot predmet zanimanja (29). Refleksija o lastnem učnem procesu vodi k zavestnemu učenju, ki je podlaga metaučenja. Ta proces čustva lahko olajšajo ali otežujejo.

Učenje neke oblike psihoterapije poteka praviloma pet let. Prvo leto je bilo vsaj včasih namenjeno uvodnemu izhodiščnemu setu znanj, nato pa neka izbrana orientacija potrebuje štiri leta študija. To je časovno potratno, posebej, če upoštevamo mnenja, da zmanjkuje časa za druga osnovna znanja, ki jih potrebuje psihiater, ali »vsaka ura, porabljena za učenje psihoterapije, onemogoča nabor drugih nujnih somatskih in nevrobioloških znanj« (30).

Nadalje poznamo razmišljanje, da učenje in aplikacija psihoterapije ne sodi k psihiatrovem delu, ker je potrebno zaradi zahtev zavarovalnice, posebej izven zasebnega sektorja, s pregledi hiteti,

v skladu s temi prepričanji pa je razumeti psihoterapijo kot oviro pri delovni učinkovitosti. Imeti vsaj določeno znanje psihoterapije, seveda primerne za tak tip dela, nasprotno, omogoči učinkovito delo, ker je lažje izbrati fokus spremembe. Prav tako je zelo pomembno vedeti, česa ne moremo narediti zaradi organizacijskih ovir.

Na Univerzitetni psihiatrični kliniki Ljubljana smo oblikovali izhodišče, da poskusimo ponuditi specializantom psihiatrije poleg modula o psihoterapiji (ki obravnava osnovne vsebine) tudi delavnice, ki bodo razvijale njihovo usposobljenost za generično aplikacijo psihoterapije skozi obdobje specializacije. Tako bi lahko spodbujali skupni teritorij in normativnost komunikacije ne glede na to, ali mladi kolegi vstopajo v edukacijo iz neke veje psihoterapije ali ne, s principom metaučenja. Prispevek zaključujem v času še trajajočih ukrepov v okviru epidemije, ki je priložnostna v naša življenja, zato so opisani načrti sicer prehodno zastali. Želeti si je veliko podpore strokovne skupnosti pri prenovi specializacije iz psihiatrije, da se bodo lahko izoblikovali mladi psihiatri,

spособni refleksivnega in mentalizacijskega mišljenja in da s tem psihoterapija ponovno postaja najbolj naraven del psihiatrije. Vendar je kot del bazičnega učenja potrebna tudi osnovna osebna (skupinska) izkušnja, ki naj jo varno vodijo kolegi psihiatri. Brez take izkušnje (v tujini največkrat reda velikosti 30 srečanj skupine po 2 uri, 60 ur) ni mogoče umestiti določenih teoretičnih znanja in jih internalizirati.

Opozorim naj, da trening psihoterapije sam po sebi ne zagotavlja skromnosti in odpoved narcisizmu (pri prav posebej prebranih se lahko le-ta celo utrdi), poveča pa verjetnost za mentalizacijsko kultiviranje psihiatričnega diskurza. Na ravni razumevanja moči, kulturnih in s spolom povezanih vsebin, strokovne nevtralnosti v smislu zmožnosti za multistališčnost in principov povezovanja različnih delov stroke sicer brezsravno priporočam seznanitev s sistemskimi (družinskimi) psihoterapevtskimi idejami v psihiatriji. Lepota radovednosti torej namesto moči nadzorovanja in pa preseganje učenja per partes (31).

Literatura

1. Lieberman JA. Shrinks. The Untold Story of Psychiatry. New York: Little, Brown and Company, 2015.
2. Shonkoff JP. Building a new biodevelopmental framework to guide the future of early childhood policy. *Child Development* 2010; 81: 357–367.
3. Gross CG. Neurogenesis in the adult brain: death of a dogma. *Nature Rev Neurosci* 2000; 1: 67–73.
4. Brown R, Milner P. The legacy of Donald O. Hebb: More than the Hebb Synapse. *Nature reviews. Neuroscience* 2004; 4: 1013-9.
5. Cowan W, Kandel E. Prospects for Neurology and Psychiatry. *JAMA: the Journal of the American Medical Association* 2001; 285: 594-600.
6. Kennedy DP, Adolphs R. The social brain in psychiatric and neurological disorders. *Trends Cogn Sci* 2012; 16 (11): 559-572.
7. Fishbane M. Wired to Connect: Neuroscience, Relationships, and Therapy. *Family process* 2007; 46: 395-412.
8. Keyser C, Perrett DI. Demystifying social cognition: a Hebbian perspective. *Trends in Cognitive Sciences* 2004; 8 (11): 501–507.
9. Kimberley TJ, Samargia S, Moore LG, Shakya JF, Lang CE. Comparison of amounts and types of practice during rehabilitation for traumatic brain injury and stroke. *J Rehabil Res Dev* 2010; 47 (9): 851-62.
10. Kandel E. *Psychiatry, Psychoanalysis, and the New Biology of Mind*, New York: American Psychiatric Publishing, 2005
11. Sperry RW. Some Effects of Disconnecting the Cerebral Hemispheres. *Science* 1981; 217 (4566), 1223.
12. Linden, D. How psychotherapy changes the brain – the contribution of functional neuroimaging. *Mol Psychiatry* 2006; 11; 528–538.
13. Feldstein Ewing SW, Tapert SF, Molina BS. Uniting adolescent neuroimaging and treatment research: Recommendations in pursuit of improved integration. *Neurosci Biobehav Rev* 2016; 62: 109-114.
14. Sugarman M. Are antidepressants and psychotherapy equally effective in treating depression? A critical commentary, *Journal of Mental Health* 2016; 25 (6):475-478.
15. National Institute for Clinical Excellence [NICE]. *Psychosis and Schizophrenia in Adults: Prevention and Management [CG178]*. London: National Institute for Health and Care Excellence, 2014.
16. Sarin F, Wallin L, Widerlöv B. Cognitive behavior therapy for schizophrenia: a meta-analytical review of randomized controlled trials. *Nord. J. Psychiatry* 2011; 65: 162–174.
17. Flaskas C, Pockock D (Eds.). *Systems and Psychoanalysis: Contemporary Integrations in Family Therapy*. London: Karnac, 2008.
18. Flaskas, C. *Family Therapy Beyond Postmodernism: Practice Challenges Theory*. New York: Taylor & Francis, 2002.
19. Gabbard G. How not to teach psychotherapy. *Academic Psychiatry* 2005; 29 (4): 332-8.
20. Sparks J, Duncan B, Miller S. Common Factors in Psychotherapy. In: Lebow J (ed). *Twenty-First Century Psychotherapies. Contemporary approaches to theory and practice*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, 2008: pp 453-98.
21. Wampold BE. How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry* 2015;14: 270–277.
22. Allen JG, Fonagy P, Bateman AW. *Mentalizing in clinical practice*. American Psychiatric Publishing, Inc., 2008.
23. Duhigg C. *The power of habit. Why we do what we do in life and business*. New York: Random House Publishing Group, 2012.
24. Winek JL. *Systemic Family Therapy: From Theory to Practice*. Los Angeles/London: Sage, 2010.
25. Moore SM, Jones L, Alemi F. Family self-tailoring: Applying a systems approach to improving family healthy living behaviors. *Nurs Outlook* 2016; 64 (4): 306-311.
26. Thaler RH, Sunstein CR. *Nudge: Improving decisions about health, wealth, and happiness*. New York, NY: Penguin Books, 2009.

27. Amini F, Lewis T, Lannon R et al. Affect, Attachment, Memory: contributions toward psychobiologic integration. *Psychiatry* 1996; 59; 2013-39.
 28. Boström L, Lassen LM. Unraveling learning, learning styles, learning strategies and meta-cognition. *Education + Training* 2006; 48 (2/3): 178-189.
 29. Rus Makovec M. Refleksivno prepoznavanje potenciala študentov medicine in specializantov. *Zdravstveno varstvo* 2012; 51 (4): 270-9.
 30. Vernon J. Why Psychotherapy Training Shouldn't Be Part of Psychiatry Residency. <https://opmed.doximity.com/articles/why-psychotherapy-training-shouldn-t-be-part-of-psychiatry-residency-22e1d4e0-1537-4e9a-b4b6-c07a62956967>
 31. Bateson, G. Steps to an Ecology of Mind Collected Essays in Anthropology, Psychiatry, Evolution, and Epistemology. Chicago, Ill.: University of Chicago Press, 2000.
-

