

## rozhovor

## S HELEN KILLASPY O ZLÝCH ČASECH, KVALITĚ ŽIVOTA A KVALITĚ PÉČE

### Proč jste si jako svůj obor vybrala zrovna psychiatrii? Kdo nebo co Vaši volbu ovlivnilo?

Během studia medicíny mi psychiatrie připadala velmi zajímavá a oslovila mě. V době absolvenstských stáží jsem byla přidělena k úžasnému lékaři, který mě inspiroval. Byl velmi vzdělaný a hodně se mi věnoval. Líbilo se mi, že se vždy snažil vyloučit všechny organické a jiné příčiny předtím, než stanovil psychiatrickou diagnózu. Musím přiznat, že přestože mě psychiatrie a sociální faktory spojené s duševním onemocněním fascinovaly, nebyla jsem si v začátcích své kariéry jistá, zda je psychiatrie ta „pravá medicína“. Následně jsem získala praktické zkušenosti na chirurgii a pohotovosti a poznala jsem, jak velmi důležitá je psychická stránka i u na první pohled zcela tělesných onemocnění. Taktéž jsem dospěla k pocitu, že psychiatrie mě díky své různorodosti problémů bude bavit po celý život, zatímco jiné obory by možná byly daleko méně zábavné.

### Co považujete za největší historické omyly a chyby psychiatrie?

Tak to je velmi obtížná otázka. Z historie známe mnoho příkladů zneužití či ponížení lidí s duševní nemocí, na druhé straně máme také příklady humánní péče založené na charitativních hodnotách. Dnes například řada evropských zemí vnímá velké léčebny a instituce jako ve své podstatě špatné příklady péče o duševně nemocné, ale sociální podpora a léčba, kterou poskytovaly, byla míněna v zájmu nemocných. Problém je v tom, že instituce s sebou nese institucionální praktiky. Myslím, že se stále učíme léčit nemocné s respektem. Na prvním místě musí být respekt k nemocnému jako k lidské bytosti. Líbí se mi koncept údravy, který je založen na spolupráci lékaře a nemocného, síly ve vzájemném vztahu lékaře a pacienta se stávají vyváženějšími.

Také si myslím, že psychiatři strávili a tráví příliš času dohadováním se o prioritě biologických, sociálních či psychologických modelů duševních onemocnění, přičemž je zřejmé, že příčina je multifaktoriální. Multifaktoriální etiologie si zasluhuje multifaktoriální přístup. Podpora výzkumu jednotlivých oblastí by měla tedy být



rozdělena rovnoměrně, tak to však není. Dalším problémem, který vnímám nejen v psychiatrii, je nedostatečná víra lékařů v úzdravu nemocných. Myslím, že bychom si měli udržet terapeutický optimismus, abychom byli schopni dodávat pacientům dostatečnou sílu a podporu. Víra v nemocné, v to, že se jejich stavlepší, povede k tomu, že budou nemocní přebírat postupně zodpovědnost za svá rozhodnutí a budou nezávislejší. Myslím, že nemocné často podceňujeme a zaujímáme příliš pečovatelské a ochranné přístupy. Máme tendenci vytvářet závislost nemocných na nás místo toho, abychom rozvíjeli jejich autonomii.

### Dejme tomu, že byste se stala diktátorem, který by mohl rozhodovat o péči o duševně nemocné ve Velké Británii, co by byly nejdůležitější změny, které byste prosadila?

Rozhodně bych se zaměřila na zvýšení financování péče o duševně nemocné. Soudobé náklady na péči o duševní zdraví jsou celosvětově podhodnocené, zejména když si uvědomíme míru neschopnosti spojenou s duševními nemocemi a ekonomický dopad duševních nemocí na spo-

lečnost. Nedávné snížení financování zdravotní péče v Anglii mělo závažný dopad na počet personálu ve zdravotnických zařízeních. V důsledku této změny se nyní potýkáme s návratem zastaralých institucionálních praktik v lůžkových, ale také komunitních zařízeních.

Také bych naplnila síly k boji se stigmatizací duševně nemocných, a to na všech úrovních. Je třeba investovat do destigmatizačních kampaní, zlepšit legislativu týkající se této problematiky (stejně tak, jak se to do jisté míry podařilo s destigmatizací sexuální odlišnosti nebo tělesné postižených).

#### **Když se vysloví Česká republika, co to ve Vás vyvolá?**

Bylo pro mě potěšením spolupracovat s českými kolegy ve studii DEMoBinc v letech 2007–2010. Cílem této Evropskou unií financované studie bylo vyvinout indikátory hodnocení kvality péče v zařízeních pro dlouhodobě duševně nemocné. Byl to velmi příjemný a přínosný projekt, v průběhu kterého jsem měla možnost několikrát navštívit Českou republiku. Doufám, že námi vytvořený nástroj hodnocení kvality péče bude prospěšný v rozvoji komunitní péče ve vaší zemi. Česká republika je velmi zajímavé místo, má tak bohatou historii a nepřehledné množství krásných míst a budov! A opravdu mi chutná zdejší pivo.

#### **Jak si představujete svou ideální dovolenou?**

Často přemýšlím o tom, jak úžasné by bylo mít týden volna, ležet na pláži a trávit čas nicneděláním a plaváním v teplém moři. Ve skutečnosti bych se za chvíli začala nudit, a proto mám spíš sklon trávit prázdniny kombinací odpočinku a poznávání různých zajímavých míst. Vzhledem k tomu, že miluji šnorchlování a plavání, líbilo by se mi kdekoliv, kde by byl korálový útes.

#### **Jaká je Vaše oblíbená kniha a která kniha popisující problém duševní nemoci se Vám líbila?**

Má oblíbená kniha je pravděpodobně Cat's Eye od Margaret Atwoodové (1988, v češtině nevyšlo). Tato kniha popisuje velmi zručně a detailně zkušenost se šikanou v období dospívání. Pokud se zaměřím na knihy o duševních nemocích, pravděpodobně bych zvolila knihu Iana McEwana Enduring Love (1997, v češtině pod názvem Nezničitelná láska) vypovídající o osobě s Clerambaultovým syndromem (erotomanie). Kniha I. McEwana stejně jako M. Atwoodové se mi líbí ze stejného důvodu – oba autoři mají schopnost vytvořit příběh, který se čte jedním dechem, a zároveň věnují pozornost malým detailům.

#### **Který film s tematikou duševních nemocí byste doporučila studentům medicíny?**

Myslím si, že film A Beautiful Mind (Čistá duše, režie R. Howards, USA, 2001) je skvělý. Přestože je zřejmé, že je o muži, který trpí bludy, jeho paranoidní bludný systém je zcela uvěřitelný a ukazuje, proč je tak obtížné přesvědčit lidi, kteří jsou pod vlivem bludů, že tyto nemusejí být sdíleny jejich okolím. Tento příběh má také optimistický závěr, což je ve filmech o schizofrenii ojedinělé.

#### **Jaké je Vaše životní motto a čeho byste chtěla ve své profesionální kariéře dosáhnout?**

Víte, já trochu inklinuji k workoholismu a myslím, že se v životě řídím předpokladem (doufám, že správným), že usilovná práce přináší výsledky. Samozřejmě láska je také v životě důležitá a již Freud rozpoznal, že k životu potřebujeme obojí. Na konci své kariéry bych chtěla cítit uspokojení, že má práce pomohla zlepšit kvalitu péče, podpory a léčby lidí s duševními problémy.

#### **Zajímáte se o zlepšení kvality péče a také o vývoj komunitní péče v psychiatrii. Myslíte si, že proces deinstitutionalizace proběhl ve Velké Británii úspěšně? Máte pocit, že se mohlo dělat něco jinak nebo lépe?**

Jsem přesvědčená, že pro lidi s duševními problémy je nejvhodnější léčit se v domácím prostředí, případně v komunitě, pokud je to jen trochu možné. Institucionální zařízení dle mého názoru snižují schopnost nemocných obstat v běžném životě. Nicméně před deinstitutionalizací je nutné zásadně investovat do propracované strategie fungující péče mimo nemocniční zařízení. Znamená to dobře plánovat a připravit komunitní služby předtím, než se začnou lůžka rušit. Po přechodnou dobu je tedy nezbytné souběžně financovat lůžková zařízení i komunitní služby. Z dosavadních průzkumů důsledků deinstitutionalizace je zřejmé, že těm, kdo byli propuštěni z léčen do komunitní péče, se daří dobře a nepotřebují časté rehospitalizace. V dlouhodobějším výhledu pak potřebují tito pacienti dokonce méně péče, pokud si osvojí určité dovednosti a získají sebevědomí. Komunitní péče rozhodně není levnější než péče lůžková, ale mnohem více poskytuje sociální začlenění nemocných a zlepšuje jejich kvalitu života. Je ovšem zřejmé, že stále zůstává malá skupina nemocných s potřebou intenzivní komplexní péče a tito jsou i v deinstitutionalizovaných zemích dlouhodobě hospitalizováni. Snažíme se dávat těmto nemocným takovou podporu, aby byli schopni v budoucnu postoupit ze zařízení s vysokou mírou podpory a péče do zařízení nezávislejších. Ve Velké Británii došlo po zrušení lůžek k rozvoji soukromých nemocnic a pečovatelských domů, které nabízejí péči nemocím s vysokou potřebou péče. Tato zařízení ale často neposkytují fundovanou rehabilitaci a péči, a dochází tedy k potřebě nového zřizování psychiatrických lůžek (fenomén reinstitutionalizace je aktuální v řadě deinstitutionalizovaných míst v Evropě).

#### **Co se stalo se zrušenými léčebnami ve Velké Británii? Byly přebudovány v komunitní zařízení, nebo využity pro nemedicínské účely?**

V UK byla většina z nich prodána a developována v luxusní byty. V současné době je docela moderní bydlet v bývalé léčebně.

#### **Jak je ve Velké Británii měřena kvalita péče o duševně nemocné? Co je pro psychiatrická zařízení povinné a co je dobrovolné?**

Kvalita péče je hodnocena prostřednictvím povinných i dobrovolných postupů. Komise pro hodnocení kvality péče (Care Quality Commission) je registrovanou organizací, která oprávněně k provozu jen ta lůžková a komunitní zařízení, která dosáhnou daného standardu. Také dohlíží na dodržování právních a etických pravidel u pacientů v detenci. Na jejich webové stránce je uveřej-

něna informace o kvalitě péče v každém z registrovaných zařízení (pozn. [www.cqc.org.uk](http://www.cqc.org.uk)). Jednou z možností dobrovolné akreditace je AIMS – Assessment of Inpatient Mental health Services, který provádí Royal College of Psychiatrists a hodnotí naplnění standardů týkajících se personálu, kvalitu nabízených aktivit apod ([www.rcpsych.ac.uk/AIMS](http://www.rcpsych.ac.uk/AIMS)).

**Nyní v České republice stojíme na začátku významné transformace psychiatrické péče. Máme snahu rozvinout komunitní péči, redukovat nemocniční lůžka. Jakákoliv změna je ale samozřejmě obtížná. Pokud byste byla poradcem našeho ministra, které kroky byste mu navrhla jako první?**

Prvním krokem by bylo vybudovat komunitní týmy a podporované bydlení, aby byla vybudována nějaká komunitní infrastruktura předtím, než se začnou lidé z lůžek přesouvat do komunity. Je také dobré se připravit na to, že proces deinstitucionalizace potrvá řadu let a že se služby budou vytvářet a dotvářet dle lokálních potřeb. A bude nezbytné ponechat lůžka pro akutní péči a dlouhodobější pobyty. Souhrnem lze konstatovat, že bude potřeba hodně investovat, než bude možné začít finance šetřit...

**Myslíte si, že dlouhodobě psychiatricky nemocní, kteří jsou umístěni v léčebnách, mají nižší kvalitu života?**

Znovu opakuji, že si myslím, že většina lidí žije kvalitnějším životem, pokud má možnost uplatnění a sociálního začlenění, pokud zůstává v kontaktu s rodinou, přáteli a svým okolím, což dlouhodobá hospitalizace mnoho kilometrů od svého bydliště značně limituje. Negativní následky nemoci, jako je schizofrenie (například snížení kognitivních schopností), spolu s dlouhodobým životem v instituci mohou snížit celkové životní vyhlídky, naděje a očekávání. Následkem těchto faktorů nemá subjektivní hodnocení kvality života těchto nemocných tak špatné výsledky, jak by někdo mohl očekávat u lidí, kteří žijí dlouhodobě v nemocnici. Řada kohortních studií ukázala, že u většiny psychicky nemocných není potřeba dlouhodobá hospitalizace a až dvě třetiny z těch nejtěžších nemocných vyžadujících komplexní péči dokážou za předpokladu vhodné péče a dostatečné podpory úspěšně fungovat v komunitě. Za nějakou dobu si při vhodné podpoře osvojí dovednosti, které jim umožní žít nezávislejší život, když tuto šanci dostanou.

**Kleslo ve Velké Británii v posledních letech stigma duševní nemoci?**

Stigma týkající se duševních nemocí je stále obrovským problémem. Převážná většina duševně nemocných zažila stigmatizaci či diskriminaci z důvodu své nemoci. Závažnou součástí problému je také self-stigma – negativní očekávání vycházející z vlastního vnímání nemoci. V současnosti běžící národní kampaň “Time to Change” se zdá být poměrně úspěšnou. Tento program začal v roce 2007 a zahrnuje řadu přístupů, které mají za cíl zvýšit povědomí o duševních nemocech a změnit diskriminující postoj veřejnosti – například celebrity a známí politici mluví otevřeně o svých duševních problémech. Z průzkumů vyplývá, že se za dobu trvání kampaně snížila míra diskriminace o 11 %. Zlepšil se také postoj veřejnosti k duševně

**Helen Killaspy, M.D., PhD.,**

pracuje jako vedoucí oddělení rehabilitační psychiatrie v University College London a je čestnou konzultantkou NHS Foundation Trust v Londýně. Hlavním oborem dr. Killaspy je sociální psychiatrie, zabývá se rozvojem a zlepšováním kvality péče v psychiatrii. Soustředí se zejména na jednu z nejopomíjenějších skupin – duševně nemocné se závažným a dlouhodobým průběhem onemocnění, kteří vyžadují komplexní a intenzivní péči. Helen se účastnila řady národních i mezinárodních grantových výzkumných projektů a úspěšně stála v čele mezinárodního projektu DEMoBinc (Development of a European Measure of Best Practice for People with Long Term Mental Illness in Institutional Care; 2007–2010). Jedním z 10 řešitelských center byla Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN v Praze. Cílem tohoto projektu bylo vytvořit nástroj ke standardizovanému hodnocení kvality péče o dlouhodobě duševně nemocné umístěné v psychiatrických lůžkových a komunitních zařízeních. Výsledkem je validizovaný dotazník Quirc (Quality Indicator for Rehabilitative Care), který je od 2010 používán běžně ve Velké Británii a v řadě zemí, v České republice je ho možné bezplatně používat v českém jazyce prostřednictvím internetové stránky [www.quirc.eu](http://www.quirc.eu).

Od roku 2009 vede dr. Killaspy národní pětiletý výzkumný grantový projekt REAL (The Rehabilitation Effectiveness for Activities for Life, 2009–2014) a od letošního roku na něj navazující projekt QEST (The Quality and Effectiveness of Supported Tenancies for people with mental health problems; 2012–2017) – oba tyto projekty se zaměřují na zlepšení systému a kvality komunitní psychiatrické péče.

nemocným. Stejně jako otevřenost v problematice odlišné sexuality (hnutí za práva gayů), také otevřenost ohledně duševní nemoci může pomoci bořit mýty o duševních nemocech. Když společnost zjistí, že jejich přítel, kolega, rodinný člen trpí duševní nemocí, budou méně generalizovat fakta spojená se stigmatizací duševní nemoci. Je to boj na dlouhou dobu.

**Myslíte si, že má finanční krize nějaký dopad na péči o duševní zdraví ve Velké Británii?**

Pro psychiatrická zařízení teď jednoznačně nastaly zlé časy. Na jedné straně sledujeme ve Velké Británii vzrůstající výskyt běžných duševních nemocí, jako jsou deprese a úzkostné poruchy, které je nutné léčit, na druhé straně je znatelný velký tlak na snížení nákladů. Současné koncepty psychiatrické péče například doporučují investice a rozšíření psychoterapeutických intervencí u všech diagnostických kategorií včetně psychóz, ale snížené finanční zdroje naopak vedou k omezení jejich použití.

**Kam myslíte, že kráčí psychiatrie a psychiatrická péče v budoucnu?**

Myslím, že nyní víme, že je potřeba vytvořit rovnováhu mezi lůžkovou a komunitní péčí. Přestože jsou vyvíjeny stále účinnější léčebné přístupy, pokračuje vysoká a nezaplněná poptávka po psychiatrech a odbornících na duševní zdraví. Psychiatrická morbidita se celosvětově zvy-

šuje a je potřeba využít po léta získávaných zkušeností a důkazů, abychom si byli jistí, že zavádíme systém péče o duševní zdraví, který maximalizuje šanci nemocných na uzdravu. Myslím, že Česká republika má nyní celkem výhodnou pozici, neboť může při své transformaci péče využít zkušeností s procesem deinstitucionalizace v ostatních zemích, vyvarovat se chybných kroků a může vybudovat komunitní systém, který skutečně dodá sílu našim duševně nemocným pacientům.

Lucie Kališová, Jan Vevera

#### Další informace o zmiňovaných projektech viz:

1. Killaspy H et al. The development of the Quality Indicator for Rehabilitative Care (QuIRC): a measure of best practice for facilities for people with longer term mental health problems. *BMC Psychiatry*. 2011 Mar 1; 11: 35.
2. Killaspy H et al. Quality of longer term mental health facilities in Europe: validation of the quality indicator for rehabilitative care against service users' views. *PLoS One*. 2012; 7(6): e38070.
3. Killaspy H et al. Service quality and clinical outcomes: an example from mental health rehabilitation services in England. *Br J Psychiatry*. 2013 Jan; 202: 28–34.

## z historie

# PSYCHOANALYTIK HEINZ KOHUT: 100. VÝROČÍ NAROZENÍ

## ÚVOD

„Představa analytika jako neutrálního čistého plátna pro pacientovy projekce má v současných pojetích analytického procesu čím dál slabší pozici,“ konstatoval Thomas H. Ogden v roce 1994.<sup>1</sup> Paternalismus a přehnaná zdrženlivost vůči pacientům byly v psychoanalýze kritizovány už od padesátých let minulého století.<sup>2</sup> Postupně převládlo chápání vztahu pacienta a analytika/psychoterapeuta jako bipersonální nebo intersubjektivní situace. Heinz Kohut přispěl pracemi o empatii jako zástupné introspekci, o selfobjektních přenosech, a od nich odvozených osobnostních typech<sup>3</sup> k možnostem léčit závažné formy narušení narcistické rovnováhy. Stál u zrodu americké selfpsychologie,<sup>4,5</sup> dodnes vlivného hnutí s vlastní organizační strukturou, časopisy a výcvikem. Podstatná část Ko-

hutových inovací byla začleněna do integrovaného analytického modelu Otto F. Kernberga a do relativně nového směru strukturované psychoterapie zaměřené na přenos (*Transference Focused Psychotherapy*), usnadňující léčbu pacientů hraničního spektra.<sup>6</sup>

Kohutovy práce jsou vydávány a čteny, česky vyšla *Obnova self*,<sup>7</sup> nepatří však ke snadno přístupným autorům. Jeho závěry platí pro psychoanalýzu a jsou určeny profesně pokročilým čtenářům. Ze zkušenosti supervizora mohu konstatovat, že přímý převod Kohutových názorů do podpůrné psychoterapie – podle Kernberga jde o psychoterapii s frekvencí jedenkrát týdně<sup>8</sup> – není prakticky možný pro rozdílnost paradigmat. Kohutovo dílo je v českém prostředí známější ze sekundárních zdrojů a vliv jeho myšlenek na každodenní praxi psychodynamické psychoterapie (význam empatie, zacházení s narcistickými přenosy) získal charakter téměř veřejného majetku.

Životní osudy Heinze Kohuta jsou naproti tomu mnohem méně známy. K dispozici je jediná biografie: kniha Charlese B. Stroziera *Heinz Kohut* s podtitulem *The ma-*

Prvotní verze této práce byla přednesena pod názvem „A kdo to vlastně byl, ten Heinz Kohut?“ na XIX. psychoanalyticko-psychoterapeutickém sympoziu v Opočně dne 7. září 2012 a na II. celostátní konferenci Asociace klinických psychologů ČR v Brně dne 23. února 2013.