

PŘÍSTUP K STUDIU ZÁVISLÝCH CHOROB

nejen z hlediska nemoci ale i z hlediska zkoumání identity, tedy způsobu bytí

Petr Riesel¹

Úvod

Psychoterapie doznala velkého rozvoje. Vybíral a Roubal (2010) uvádějí na 200 psychoterapeutických přístupů a sto metod.

Dnes se všeobecně uznává, že závislost na drogách je choroba biologickopsychologickosociální, spirituální povahy. Zatímco kořeny choroby - psychické, psychologické, biologické a faktory prostředí jsou pečlivě analyzovány, faktory duchovní (spirituální) nejsou až tak prostudovány, přestože mění pohled na charakter nemoci. Podnětný je pohled filozofický, např. Cvekl (1966) říká: „Nejde jen o nemoc v běžném klinickém smyslu, ale zároveň o poruchu, která nám leccos říká k základnímu filozofickému problému, čím vlastně je člověk, jako subjektivita, nucen jednat ve světě, do něhož se zrodil.“ Alkoholismus je jedna z forem nebo cest, jimiž se lidé, zpravidla pod vlivem mechanismů kterým nerozumějí, snaží docílit vystupňování svých životních sil primitivním a zároveň fiktivním způsobem.

Již kolem roku 1975 se J. Poněšický věnoval fenomenologické metodě. Vyjádřil se k diagnostice a léčbě závislosti na alkoholu takto: „Při diagnostikování stále jen klasifikujeme, z chování vyvozujeme určité vlastnosti, podle určité psychodynamické koncepce vybíráme události z pacientova života a řadíme je k sobě. Vkládáme mezi sebe a pacienta naše kauzálně - logické uvažování, určité odborné pojetí i osobní postoj. Tak se diagnóza vzdaluje od skutečného pacienta ke zkonstruovanému schématu a vzdaluje se možnost, že bude východiskem psychoterapie, neboť v anamnéze a diagnostickém závěru se nedočteme nic o vnitřním světě pacienta, hodnotách, touhách a pociťovaném smyslu jeho života“ (Poněšický,1975). Fenomenologický přístup obecně je nosný a mnozí jej rozvíjejí v různých obměnách. Fenomenologická psychoterapie považuje současné psychoterapeutické směry spíše odvozené z metodologie přírodních věd, což je redukováná lidská zkušenost. Léčba

¹ MUDr. Petr Riesel, CSc., OAT Kutná Hora, Mělník, mail: riesel.vesela@volny.cz

nemá být orientovaná pouze na nemoc, traumata, konflikty, újmy a neblahé zkušenosti, ale také na bytí zde. V psychoterapeutické léčbě obecně uzdravuje úlevné spolehnutí se na hodnotu pravdy. Nejde jen o to objevit pravdu, ale dostat pravdivému životu (u nás např. J. Růžička, 2010, 2011).

Účast spirituality v léčbě závislostí z existenciálně analytického hlediska.

Existenciálně analytický přístup vychází z logoterapeutické školy V.E.Frankla a jeho žáka Alfreda Laengleho. Existenciální analýza překračuje hranice běžné psychoterapie tím, že vyslovuje hodnotové soudy a prohlašuje, že se jí týkají morální problémy. Frankl (1996) říká, že člověk potřebuje ke svému zdraví nejen uskutečňování vlastního já, ale i uskutečňování transcendentních hodnot. Koncepce vychází ze skutečnosti, že člověk je duchovní bytost a duchovnost je základ jeho existence. K realitě patří, a to je v psychoterapii zvláště nápadné, že „pohled do hloubi“ je vždy překryt záležitostmi všedního života. Spirituální potřeby a problémy se obtížně verbalizují.

Spiritualita má osobní aspekt a pozitivně rozvíjí osobnost. Umožňuje vnitřní skloubenost osobnosti člověka. Doležalová uvádí, že lékaři a terapeuti podceňují důležitost spirituality i víry při uzdravování z drogové a alkoholové závislosti. Psychoterapie zaměřená na rozvoj duchovnosti může zprostředkovat intenzivní prožitky, které mohou výrazně narušit patologické struktury osobnosti. Spiritualita dle Anonymních Alkoholiků (AA) pomáhá následně redukovat abusus alkoholu.

Závislost se mimo jiné odvíjí od touhy po zážitcích, které tvoří nejvnitřnější složku lidské podstaty (Maslow, in Walsch a Vaughamová, 2011). Touto metapatologií se lidé pokoušejí skrze zástupné prožitky a kompulzivní konzumaci vyplnit existenciální vakuum, prázdnotu, která je obklopila v důsledku odmítnutí a nenaplnění duchovních potřeb, mnohdy nevědomých. Naši pacienti často mluví o potřebě adrenalinových vzrušení, to je zřejmě náhrada při pocitu nudy a vyprázdnění. Obecně platí, že lidé, kteří vyhledávají pomoc (nebo ji potřebují), trpí fixacemi, obsesemi a disociacemi, postrádají silné ego s jehož pomocí by mohli ovládat záchvaty hněvu, pudových reakcí a nutkání. Nevědomý hlad po transpersonálních prožitcích je jedním z kořenů závislostí. Dle Junga je závislost projevem duchovní žízně po celosti, přičemž celost je harmonická integrace fyzických, emočních, duševních a duchovních aspektů pohody života a společenské zodpovědnosti. Závislost je také vydatný zdroj utrpení a patologických stavů. Během léčby se obtížně dostáváme do této sféry, neboť tam

nás pacienti nepouštějí, vyhýbají se. Nejráději verbalizují své problémy sociální a rodinné. V průběhu léčby závislosti se máme odpoutat od sociálních a ekonomických obtíží pacientů a orientovat léčbu ke kreativnější alternativě vnitřního vývoje pacienta. Tak daleko a hluboko nás pacient nepouští, respektive my neumíme k nim takto proniknout. Není se co divit. Jeřábek (2003) cituje Votýpkovou s Tylem, Neradovy a Mikotu, kteří psychologicky vyšetřili některé své pacienty a poučili nás o struktuře jejich osobnosti, o slabosti jejich self s narcistickým konfliktem a krizí a následnou autosanací alkoholem či drogou. Do toxikomanického defektu self patří i raně narušená sebeúcta. Jeřábek (2008) dále uvádí svůj vzorek 90. toxikomanů vyšetřených Rohrschachovým testem, u kterých zjistil, že ve 40% případů je mimo jiné možno interpretovat jejich obrany v rámci konceptu nízké úrovně osobnostní organizace.

Podle S. Grofa (1993) je závislost projevem spirituální krize, která zakrývá její destruktivní a sebedestruktivní povahu. Závislý člověk zřejmě nevědomě hledá jakési chybějící složky života a snaží se je kompenzovat. Zneužívání drog je projevem, ne podstatou poruchy. Je úlevou pro nevyzrálé osobnosti, které se nemohou zbavit svých nežádoucích emocí a úzkostí útokem či útekem. Své emoce zmrazí, potlačí a opouzdří (viz též Kooyman, 2005; Kalina, 2008). Intoxikace drogou je doprovázena spirituálním zážitkem, kdy se individuální hranice rozplynuly a bolest se vytratila. Alkohol navíc stimuluje mystické schopnosti, říká William James.

Růžička (2011) nabízí daseinanalytickou terapii. Tento přístup vyjadřuje úsilí porozumět bytí. Nevysvětluje člověka jako zdravého či nemocného, zkoumá lidskou existenci. Bazální léčebnou metodou je rozhovor, jehož aspekty jsou: respekt, naslouchání, účast, přijetí, rozšiřující dotazování, hledání výrazu nejen řečeného ale i míněného. Růžička si sám dává otázku, zdali je tato metoda vhodná pro léčení závislých osob a říká, že se spíše nedá opomíjet, chceme-li v léčbě postoupit dále a hlouběji než jen k syndromu závislosti a jeho sociálním dopadům. Léčbou nemůže být jen režim a direktivní přístup, ale také soucitná účast a hřejivá přítomnost, protože nemoc nepostihuje jen psychosomatiku (míněno přírodovědně), ale ohrožuje identitu jáství. To ukazuje na oprávněnost toho, že jsme obohatili náš striktní medicínský (biologický) přístup k léčbě o hledisko humanitní, existenciální. Jedno z pravidel dvanácti kroků Anonymních alkoholiků doporučuje obrátit se na Boha jako silnější

existenci. Hodnotím to tak, že se pacienti mají obracet k síle která v nich teprve snad vzniká a dále se vyvíjí (silnější ego).

V studované literatuře mě oslovil názor, že model člověka obsažený v určité psychoterapeutické teorii může ovlivnit to, které lidské schopnosti bude léčba oslovovat a kultivovat a které naopak zůstanou opomenuté a nerozvíjené (Prochaska a Norcross, 1999). Soudím, že některé formy chování nestačí jen opomíjet a nerozvíjet, ale je nutno je potlačovat, transformovat a vzdát se jich, jiné se naopak mají pěstovat a rozvíjet. Líbí se mi pojetí Ericsona, který je toho názoru, že při jakékoliv psychoterapii se má vytvořit živná půda pro přeskupení vnitřní síly. Podobná je definice Balcarova, který je toho názoru, že psychoterapie má poskytnout ty výživné ochranné a léčivé duševní látky, energie a informace, které pomáhají aktivovat sebeúdravné procesy. Účinná psychoterapeutická intervence je hodna svého označení jen tehdy, dotkne-li se silně emočně pacienta a vyvolá u něj rozhodnutí a odhodlání změnit něco důležitého na sobě či na svém chování. To však nemůže vyvolat emočně odtahitý terapeut. Teprve tehdy, když se terapeut otevře pro nový pohled na pacienta, získává nemocný možnost vnímat se a rozvíjet v tomto novém pochopení a náhledu (Poněšický, 2004).

Vztah je nositelem změny

Základem jakékoliv terapie, na tom se autoři shodují, je léčebný vztah s pacientem.

Ten je právě zapotřebí ve světě, ve kterém, ač se setkáváme, také se mjííme. Léčebný vztah pacienta s terapeutem je univerzálním médiem psychoterapeutické léčby, ať je prováděna individuálně, ve skupině či v komunitě, ambulantně či v léčebně.

Pacienti bez vztahové zakotvenosti nemají prospěch z naší péče, aplikace nácvikových technik bez vztahového ukotvení může mít jen omezenou účinnost. Empatický a strukturující terapeutický vztah podporuje sebeexploraci, rozšiřování vědomí, konfrontaci s problémem, převzetí odpovědnosti a zralejší alternativy obecně. Základním předpokladem pro vytvoření léčebného vztahu je ze strany pacienta schopnost důvěry a léčebné spolupráce. Podmínkou psychoterapie je, že pacient ji chce a může podstoupit, že je ochoten a schopen komunikovat, navázat terapeutický vztah a je schopen chápat, o čem se komunikuje a je motivován pro program sebepoznání a sebezměny prostřednictvím učení a námahy změnit se.

Ze strany terapeuta je to jeho profesionalita, etika a terapeutická kázeň. Důležité je úsilí o léčebný pokrok, ale také vytrvalost, protože léčebný efekt není plynulý a má své přechodné výkyvy. Důvěra mezi lékařem a pacientem se musí trpělivě budovat, nevzniká okamžitě. Odměna pozitivního chování pacienta může být účinnější než penalizace chování negativního. Prochaska a Norcross (1999) uvádějí terapeutický vztah mezi těmi společnými faktory psychoterapie, které mají největší podíl na změně. Význam tohoto faktoru je podporován tím, že psychoterapie je v podstatě interpersonálním vztahem. Vztah je nositelem změny, shrnuje Deitch (1995). Součástí práce terapeuta je umět navázat, udržet a ukončit terapeutický vztah, resp. jej modifikovat, neboť vztah je součástí a podmínkou dlouhodobého léčebného procesu. Jsou různé nuance léčebného vztahu. Například v Jungově psychoterapii je nutno vztah rozšířit o kolektivní nevědomí a archetypy. Jsou i úskalí v budování terapeutického vztahu: nevědomý boj o moc (Adler), erotika a sexualita (Freud). E. Fromm doporučuje v terapeutickém vztahu posilovat pacientovy sebeúdržavné síly, aby tak nespoléhal a nevyžadoval pomoc zvenčí a stal se postupně svobodnějším a zbavoval se své touhy po podřízenosti, která se projevuje přáním dostat radu, pokyn a program jak žít. H.Sullivan odlehčuje tento problém výrokem, že psychoterapie se uskutečňuje ve vztahu mezi dvěma lidmi, z nichž jeden je úzkostnější než ten druhý. Z toho všeho vyplývá, že i léčebnému vztahu je nutno se učit.

Málo se v literatuře zdůrazňuje, jak je někdy obtížné vytvořit léčebný vztah a jak obtížné je vytvořit skupinu pacientů, která má opravdu léčebný charakter. O obojí se musí usilovat. Vytvořit vztah s pacientem a vytvořit ze skupiny pacientů léčebnou skupinu je obtížné a trvá to dlouho. Pacient vnímá, že mu bereme drogu a nic mu za to hned nedáváme. Odkazujeme se na budoucnost a vyžadujeme, aby se pacient namáhal a podstoupil bolestné sebepoznání, které má nastartovat úsilí o změnu v hodnocení jeho prožívání a chování. Pacient chce uspokojení teď a hned. Terapeutovi nepomáhá jeho charisma a profesionalita, musí na vztahu tvrdě pracovat. Od léčebného vztahu se teprve může odvozovat ochota pacienta se otevírat se svými základními i odvozenými těžkostmi.

V dostupné literatuře jsem nenašel zmínky o tom, že mnohdy se nedaří vztah nevázat a že skupina pacientů náhodně sestavená z nově příchozích není okamžitě terapeutická.

Vytvořit léčebnou skupinu trvá dlouho, neboť u pacientů mj. přetrvává zažitá solidarita závislých, usilování o výhodné mocenské role ve skupině. Ta vzniká a udržuje se během mimoskupinového soužití v léčebně (jídelna, ložnice, setkání při pití kávy a cigaretě, při sportování). V ambulantní péči je vytvoření terapeutické skupiny ještě obtížnější, protože pacienti jsou značnou část svého času ve styku se závislými, kteří se léčit nechtějí a dokonce léčbu ironizují a bagatelizují. Pacienti, kteří byli ve vězení, se také obtížně adaptují v léčebné skupině. Usilují aby nebyli nápadní, aby o sobě řekli co nejméně, jsou opatrní v projevu, nebo naopak jsou vztahovační, hostilní a agresivní.

Problémem je, je-li v otevřené skupině velká fluktuace pacientů. Jsou obavy z porušení anonymity. V nevyzrálých, ad hoc vytvořených skupinách, lze dosti snadno rozpoznat v chování pacientů jejich ochranné fasády a naučené role (frajer, chudák, oběť osudu, oběť chování jiných lidí apod.) Aby skupina byla skutečně léčebná, je nutno pacienty motivovat a citlivě vybírat, aby byla vyvážená. Skupinu uzavřít a zvolit adekvátní model skupinové dynamiky. Pro skupinovou terapii v začátcích je možno volit různé programy, např. tématické, životopisné, interakční, nácvikové nebo vzdělávací. To pomáhá snižovat vyhýbavost, nedůvěřivost a nepřístupnost pacientů. Mnozí pacienti při začátku skupinové práce jsou impulzivní, negativističtí, skeptičtí, pesimističtí, plní nechuti k terapii. Přejí si spíše útěchu, porozumění a soucit, nechtějí se propracovat k pravdivému sebeporozumění, od kterého se má odvozovat úsilí směřující ke změně, hlavně k přijetí zodpovědnosti za svůj život.

Obtížné je pokoušet se o terapeutický vztah a psychoterapii s pacientem, který skrytě nebo zcela otevřeně o léčbu nestojí a vyhledal ústavní péči (pokolikáté už?), aby se o něho starali zdravotníci, aby mu umožnili rekonvalescenci z jeho intoxikací a nikterak se netají s tím, že bude nejspíše v toxikomanickém životě pokračovat. Očekává spíše sanatorní péči, nikoliv léčbu, hledá zaopatření. Do péče odborných ambulantních ordinací se často přihlašují osoby závislé na drogách, např. na opiátech, jmenovitě na Subutexu. Zájemci o Subutex se přiznávají, že heroin nikdy nebrali a že ho k tlumení abstinentských obtíží nepotřebují. Zneužívají ho jako poměrně bezpečnou drogu a po léta si ho kupovali u dealerů. Se Subutexem je život pohodlný. Na lékařský předpis je levnější a dostupnější. Nepřejí si ani péči zaměřenou na důstojnější život a lepší sociální podmínky.

To psychoterapeuta frustruje. Jak si s tím poradit? Je asi nutno si uvědomit, že naše paliativní péče pomáhá v takovém případě spíše společnosti snižovat počet hepatitid typu C, kriminalitu a věznění. Tyto pacienty motivuji k přijetí léčby a předepisuji jim malé množství Suboxonu. U některých se časem podaří, že snižují Suboxon nebo nastupují na detoxifikaci a podstoupí i úplnou ústavní léčbu, zaměřenou na sebepoznání a trénink abstinence od všech drog.

U pacientů u kterých se dá očekávat pozitivní přístup k léčbě a spolupráci, je důležité věnovat pozornost třem složkám terapeutického vztahu, což jsou:

1/ přenosy a protipřenosy

2/ reálný vztah dvou lidí

3/ pracovní spojenectví – aliance pro práci s klientovými problémy

Ve skupinovém prostředí je nutno posuzovat terapeutický vztah jinak než v individuální terapii. Ve skupinové psychoterapii podle Kratochvíla (2005) a podle Yaloma (2007) je ekvivalentem léčebného vztahu skupinová koheze. Dodávám, že přílišná skupinová koheze může být také projevem degenerace skupinového terapeutického dění, když skupina pacientů se mění v přátelskou partu, která se vzájemně podporuje. V takové skupině zpětné vazby postrádají terapeutický charakter (význam). I když se psychoterapii nedaří, přesto ji, a to nejen prostřednictvím léčebného režimu, používáme jako obecnou manipulaci k prosociálnímu chování. Účelem je výchova a převýchova a také zážitek léčebného řádu v ústavní péči, který je někdy překvapivě prospěšný. Přijímáme do ústavní léčby i nemotivované pacienty a očekáváme, že se jejich postoj během léčebného pobytu změní. Někdy se to daří. V ambulantní péči je výhodou daří-li se zřídit klub dlouhodobě doléčovaných pacientů. V jedné mé ordinaci se to, ku prospěchu pacientů, daří. Prospěch mají dlouhodobě abstinující i noví začátečníci, kteří se mají od koho učit.

Účinné přístupy

Jeřábek (2006) doporučuje v léčbě závislých tyto účinné přístupy:

1/ Intervenci na zvýšení motivace k léčbě.

2/ Rogerovský přístup.

Jeřábek (2006, 2008) zjistil, že adiktologičtí klienti mají většinou ve své osobnostní výbavě výrazné vztahové deficity a podle terapeutické zkušenosti dobře reagují na empatický a akceptující přístup, který je ovšem nutno kombinovat s důsledným režimem.

3/ Psychodynamickou intervenci.

O té informuje Yalom, že dynamická skupinová terapie pro alkoholické pacienty má špatnou pověst a většina poradců pro léčbu alkoholismu se rozhodla, že nejlepší je ponechat skupinovou léčbu těchto pacientů v rukou hnutí Anonymních alkoholiků. My hodnotíme AA jako doplněk sekulární léčby, je velice potřebný a prospěšný. Také Knobloch a Knoblochová (1999) uvádějí autory, kteří zkoušeli různé typy léčeb u různých skupin pacientů a psychodynamický přístup se jim také neosvědčil, zrovna tak jako individuální terapie. Osvědčila se léčba komunitní. Jednalo se o léčbu neurotiků. Jeřábek uvádí, že z psychodynamických přístupů je účinná suportivně expresivní psychoterapie. Dále doporučuje:

4/ Narativní přístup.

5/ Rodinnou terapii.

6/ Behaviorální a kognitivně behaviorální zaměření na změnu chování prostřednictvím kognitivních procesů.

Další modely léčby závislosti

Jeden model sestává např. z včasné intervence, individuálního přístupu, podpory motivace a prevence relapsu. Mikota (1995) zdůrazňuje, že terapeut má rozumět pacientovi a má pomoci mu najít a udržet integritu. Dle mého soudu však ne toxikomanickou integritu. V daseinanalýze nejde o zvědomění nevědomého, pochopení minulého či naučení se novým mechanismům a způsobům chování a myšlení, ale jde o konkrétní úsilí nalézat, obnovovat a udržovat pravdivost vlastního bytí. U závislého pacienta to znamená zbavit se fasád, obran, lží, polopravd a podvodů, vyhýbavosti. Psychoterapie v gestaltterapii se opírá o víru v lidské možnosti. Já a Ty, tady a teď. Místo přenosu reálný kontakt, místo volných asociací a interpretací dialog a existenciální fokusování. Odpor se naláme, podporuje se sebedopora sestávající ze sebezpoznání a sebeakceptace. Léčení se uskutečňuje v setkání. **Spiritualita je vztahová.** Tak jako ostatní humanistické terapie i gestaltterapie je zaměřena na zvyšování lidského potenciálu. Terapeut učí, jak se má

pacient učit. Cílem není vyřešit problém, důležité je, aby pacient byl směřován ke zrání. Proto musí projít bolestivým procesem růstu. Zralost se projevuje mimo jiné jako přechod od zevní podpory k sebedopodpoře. Zdůrazňuje se, že zážitek je důležitější než interpretace. Stud a vina jsou negativní reakce self. Zahanbený člověk potřebuje lásku a potvrzení. Obecně platí, že pacient má být veden k tomu, aby se učil zodpovědnosti a současně byl k sobě soucitnější a byl schopen si odpouštět. Musí k tomu dozrát, zasloužit si to. Vůdčí autoritou není terapeut či teorie, ale pacientova zkušenost. Psychoterapie je spíš otázkou pravdy než léčení nemoci.

Logoterapie, objevování hodnot a smyslu, je obohacující ale mnohdy k léčbě nestačí. Prožitek smyslu, tedy úkolu který má být splněn, obsahuje už sám o sobě silný uzdravný potenciál (viz Kazuistika 1 v příloze).

V každé psychoterapii, i v logoterapii je nutno uvolnit zablokované osobnosti a odreagovat utlumené emoce. Každá situace života je výzvou pro lidské svědomí, které funguje jako indikátor smyslu (Remeš, 2013). Užitečná je životopisná existenciální analýza, téma samoty, viny, naděje, smrti, smyslu života a nutnosti hledání a nacházení vlastní identity. Z dalších použitelných léčebných technik bych zdůraznil asertivitu, relaxaci, desenzibilaci a psychodrama.

Psychoterapie existenciální problematiky nemá ovšem v léčbě závislých převažovat nebo vytlačovat všechny ostatní přístupy a metody používané oprávněně v léčebném procesu.

V tomto textu, který se týká uvádění léčebných metod, soudím, že je užitečné opakovat to známé a ověřené, že při psychoterapii nezáleží až tak na metodě jako na psychoterapeutovi samém. Má myslet na pacienta a ne na sebe, má být schopen a ochoten mobilizovat sám sebe a v léčbě používat celý svůj lidský fond. Zdá se, že je to prosté a jednoduché. Psychoterapeut na své průvodcovské cestě se má pacientovi nabízet jako projekční plátno, na které by pacient mohl umisťovat své emoce, pochybnosti, otázky, existenciální nesnáze, odpory a obrany, své fasády, vše s čím si neví dobře rady na své cestě k vyžívání. Pacient beztak na vše musí přijít sám. K možnosti uzdravy musí vyžrát. Projekční plátno (psychoterapeut) není jen příjemcem, má také odrážet, jakoby probleskovat. Má poskytovat inspirace, odezvy, má informovat, motivovat, zkrátka má odrážet porozumění, podporu a povzbuzení. Intenzita onoho odrážení má být individualizovaná, nesmí oslňovat ani oslepovat (viz Kazuistika 2 v příloze).

Praktická témata v léčbě

V dennodenní terapeutické práci s pacientem se můžeme věnovat praktickým tématům.

Obecně platí, že se má pacient učit sociálními dovednostmi. Je žádoucí pacienty trénovat v ovládnutí impulzivity, posilovat jejich ego tréninkem vůle (do toho patří i všeobecně neoblíbené ranní rozcvičky a např. i 24 hodin mlčení, které je vyváženo bohatším prožíváním, uvedeným následně v deníku). Pacienti potřebují více pracovní terapie, zlepšovat tělesnou kondici, případně se věnovat rukodělné práci, která jim přinese uspokojení. Více pobytu v přírodě by jim prospělo. Pacienti by se měli během léčby vzdělávat, číst hodnotné texty, měli by studovat adiktologii. Důležitý je trénink odolnosti frustrace a snižování puzení k rychlému uspokojení. Důležitou součástí léčby je obrana proti vlastní nuditosti, pacienti se mají poprat se svou nechutí k aktivitě, sklonu k únikům. Mají na konkrétním příkladě trénovat zodpovědné chování, mají se zbavit preference adrenalinových vzrušení. Nemají se prát s abstinencí, mají ji přijmout, pak je snadnější. V paliativní léčbě je tomu s abstinencí jinak, netrvá se na ní. Pokora a Chadima referují o své zkušenosti z použití této metody u některých pacientů závislých na alkoholu. Je nutno říkat pacientům, že život je někdy tvrdý a nespravedlivý, z lidské bolesti a strasti není úniku (Yalom, 2007). Je nutno se stát odolnějším, aktivnějším a převzít zodpovědnost za svůj život. Pacienti se během léčby mají stát lepšími lidmi. Mají se snažit vykonat za týden jeden až dva dobré skutky, které lze doložit.

Režim a psychoterapie

V adiktologii se v současné době uplatňuje nejvíce metoda kognitivně behaviorální.

Je nejvíce použitelná pro režimovou a komunitní léčbu. Obecná nabídka této péče je "Poznej své disfunkční fungování (ať už přímo chování nebo jen přemýšlení), poznej jeho zdroje a rozhodni se je změnit" (Remeš, 2013). Režim je základní vstupenkou do péče, v které psychoterapeutická péče je zaměřena na změnu chování, indukovanou léčbou.

Model ústavní střednědobé léčby pro závislé pacienty u nás vytvořil Jaroslav Skála. Za kauzální metodu léčby závislosti považoval psychoterapii založenou na vztahu a skupinové dynamice (Skála, 1987). Svůj režim neustále aktualizoval a zdokonaloval, aby byl živý, konfrontující, aktivizující a poskytoval obohacující zážitky. Režim nemá

být vlažný. Jedna naše dlouhodobě abstinující pacientka, která se čtvrtý rok doléčuje ambulantně, je toho názoru, že vlažný režim v léčbě není léčba, ale zašívárna. Terapeutická komunita motivuje pacienty k internalizaci norem a hodnot snáze než bodovací systém. Skála na sklonku své terapeutické kariéry údajně sdělil, že jeho léčebný režim sestával z 70% z režimu a z 30% psychoterapie. Dnes by to udělal obráceně.

Významnou součástí a rezervou je rodinná a dokonce i partnerská léčba. Rodiče a partneři našich pacientů mají zábrany či obavy z této péče, chovají se tak, že vzniká dojem, že nám pacienty předali, že si chtějí odpočinout. Během rodinné terapie, a to se týká léčby ústavní i ambulantní, je nutno objasňovat očekávání pacienta i očekávání rodiny či partnera. Rodina či partner si myslí, že pacient po ukončení ústavní léčby je vyléčený, tentýž pocit mají, je-li pacient 1 či 2 roky v ambulantní péči a abstinuje od alkoholu. Přesto mnohdy pokračují ve výčitkách a obviňování, pacientovi nedůvěřují. Je permanentně podezírán, že potají pije alkohol, zvláště dochází-li k nedorozuměním či hádkám. Pacient naopak očekává, že bude chválen či obdivován, že podstoupil ústavní léčbu či je úspěšný v léčbě ambulantní, že bude milován či obdivován, že si zaslouží důvěru a ohledy. Dochází k vzájemné deziluzi, která může narušovat doléčování a soužití. Vysvětlujeme pacientům, že nedůvěra je pochopitelná, vždyť mnohokrát sliboval a mnohokrát selhal. Pacient má dokazovat svou abstinenci, kdykoliv je podezírán že potají pije, má si opatřit detalkohol. Získat důvěru trvá dlouho. Popsaná situace se týká léčby závislých na alkoholu, v léčbě závislých na nealkoholických drogách je situace problematičtější, nehledě na to, že mnozí pacienti postrádají blízkost rodičů či partnera a nemají se kam vracet, hrozí jim bezdomovectví a samota a proto oprávněně hledají další možnosti doléčování v chráněném prostředí (Viz Kazuistika .3 v příloze).

Kalina (2008) zmiňuje jeden ze základů účinné léčby v terapeutické komunitě. Je to víra, že růst a rozvoj jsou neodmyslitelnou částí lidského bytí a že starat se o druhé je měřítkem lidskosti.

Zkoumejme, proč významná část pacientů odchází z léčby před dokončením nebo z disciplinárních důvodů

Někteří pacienti se nudí a pociťují jak čas pomalu ubíhá, den co den, týden co týden je stejný režimový program bez obohacujících zážitků. Někteří pacienti říkají na skupině, že jim režim již nemá co dát a že je čas odejít. Adekvátnější by bylo, kdyby

pocítili, že sami mají ze sebe více dát – větší úsilí k léčebným změnám, nabízet hodnotné použitelné nápady k obohacení či zpestření léčby. Ti zralejší, kteří byli získáni pro program sebezměny, ke konci léčby naopak ustávají s kritikou léčby a vnímají velkou nejistotu nad svým budoucím životem mimo léčebnu. Oprávněně pociťují, že režimová léčba je pouze základ a že v léčbě je nutno pokračovat. Zařizují si doléčování v komunitách, hlavně když nemají zjevnou možnost ambulantního doléčování, bydlení a práce. Kdyby bylo možno z časových a personálních důvodů obohatit režim o individuální léčbu, možná že bychom tolik pacientů před ukončením léčby neztráceli.

O potřebě individuální terapie.

Individuální psychoterapie byla původně jedinou formou psychoterapeutické péče v psychiatrii. Režimová ústavní péče ji opomíjela a opomíjí. **Přesto je jí třeba**, a to nejen proto, že jsou pacienti a témata, která vyžadují osobní, diskrétní, tedy individuální přístup. Dnes je oprávněnost individuální terapie již připouštěna jako doplněk nebo alternativa, rezerva i v režimové léčbě. Není a ani nesmí být považována za nadstandard. Je součástí léčby.

Vztah terapeuta s pacientem se odlišuje od vztahu ve skupině. V individuálním setkávání je možnost postupně vytvořit s pacientem vztah přátelský, důvěrný a tedy osobní. Je však nutno z obou stran respektovat jistou distanci. Jak jsem se opakovaně přesvědčil, mnohý pacient má potřebu být vnímán terapeutem osobně, nejen jako člen kolektivu (skupiny), ve které se třeba necítí dobře, poněvadž jeho pocit a role ve skupině se vytváří dříve, jak jsem již uvedl (Viz Kazuistika .4 v příloze).

Již během režimové péči závislých pacientů se může začínat s individuálními pohovory s psychologem. To není ještě individuální léčba, ale může jít o její začátek, který by měl pokračovat i po propuštění pacienta z léčebny. Individuální přístup. Který není ani individuálním pohovorem ani začátkem soustavné individuální terapie je možný i během skupinové terapie pacientů na přijímacím oddělení léčebny (viz Kazuistika 5 v příloze). Myslím si, že řídkost či absence individuální psychoterapeutické léčby není dána pouze nedostatkem terapeutů, ale také tím, že asi málokdo z mladých terapeutů takový prožitek a zkušenost z vlastního výcviku nemá.

Během individuální terapie je pacient „ošizen“ o zpětné vazby členů terapeutické skupiny, ale dostává se mu zase důvěrného vztahu s terapeutem, od něhož se může odvíjet změna hodnocení prožívání sebe sama a světa a může dojít k významnému pozitivnímu posunu. Čas věnovaný individuálnímu přístupu, i když jde „pouze“ o opakované pohovory pacienta s psychologem, je cenným vkladem a obohacením celého psychoterapeutického procesu, což nelze vždy tvrdit o skupinové psychoterapii v otevřené a ad hoc vytvořené skupině pacientů navíc nemotivovaných, případně disociálních a jinak handicapovaných či nezpůsobilých.

Individuální terapie není jen osobní pomocí, ale byla v průběhu sekulární psychoterapie i zdrojem vývoje teorií a modelů, které vycházely z osobnostních kazuistik. Břicháček (2011) uvádí, že některé významné psychologické teorie byly založeny nikoliv na nějakých hromadných zkoumáních, ale na případech jediného pozorovaného individua. S.Freud napsal svou studii o hysterii jako kazuistiku Anny O. I.P.Pavlov vytvořil svou teorii podmíněných reflexů na základě studia dvou či tří psů. Kohler na základě sledování jedné opice vybudoval celou teorii gestaltismu. Ani individuální terapie není všemocná a mnozí ji ani nepotřebují, režimová péče jim k úzdavě stačí. Remeš cituje Halíka, který má zkušenosti v léčbě závislých pacientů, že pokud člověk nepromění svůj vztah k životu, pokud proti rezignaci a sebedestrukci nepostaví silnou touhu žít a žít jinak než dosud, pak všechny pokusy o abstinenci stojí na písku. Často musíme čekat, až pacient k léčbě vyzraje a léčit se chce. Vyhýbání se a odkládání léčby je dobou, v které pacient platí ze svého odmítavého postoje daně (zdravotní, sociální, rodinné atd.).

Učitel psychoterapie D.I. Yalom (2003), který však neléčí závislé pacienty, má přesto pro nás několik dobrých rad. Máme být pacientovi oporou, máme pro každého pacienta vytvářet trochu jinou terapii. Nemáme za pacienta rozhodovat. Máme se zabývat pacientovými výročími, např. narozeninami. Máme povzbuzovat sebeodhalení pacienta, čemuž pomáhá když odhalujeme sami sebe. Při léčbě závislých na alkoholu se máme také odpoutat od problému závislosti k základním interpersonálním problémům, které živily, byť částečně, jeho naléhavou potřebu pít. To nejspíše platí obecně.

I když Yalom naši terapeutickou roli nevnímá jen jako roli učitele nebo průvodce, zvýznamňuje potřebu blízkosti, máme být pacientovi spolucestujícím. Yalom má tu zkušenost, že když se odstraní překážky růstu, které nespecifikuje, k zlepšení

pacienta dochází automaticky, je-li živen vnitřními silami sebeaktualizace. I když my odstraníme v léčbě drogu, spíše se setkáváme s pacientovou prázdnotou, s jeho poškozením a neschopností těžit ze svých rezerv, neboť je nemá. Proto ho musíme neustále stimulovat a obohacovat o účelné podněty, poskytovat mu posilující zážitky a manipulovat ho k aktivitě nejen předepsané režimem a programem léčby, včetně splňováním nároků pro zařazování do léčebných stadií.

Je nutno dodat, že cesta k léčbě a úzdavě zvláště závislých na nealkoholických drogách bývá dlouhá a obtížná. Pomoc závislým poskytují hlavně zpočátku streetworkeri, pracovníci K center, Drop-Inu a dalších pomocných léčebných zařízení. Je žádoucí to zmínit a poděkovat jim.

Závěr

V textu je zdůrazněn pozitivní vliv práce se spiritualitou pacienta v léčbě jeho závislosti. Jsou uvedeny údaje z literatury i osobní poznatky.

Je zdůrazněna a zdůvodněna potřeba větší účasti individuálního přístupu a individuální léčby v léčbě pacientů závislých na drogách. Je-li přírodovědný (např. farmakologický) a KB přístup obohacen o různé formy existenciální psychoterapie, léčba se tím bezpochyby humanizuje.

V příloze jsou uvedeny kazuistiky 1-5, které se vztahují k jednotlivým tématům.

Klíčová slova

Režimová léčba závislých, individuální léčba závislých, význam spirituality v léčbě závislých, rodinná léčba při doléčování.

Literatura

Andrlová, J. (2005). Současné směry v české psychoterapii. Str. 192-207. Praha: Triton.

Břicháček V. (Praha 2011). Setkání, vzpomínky, stopy, str.74, 114-115, vyd. Junák , Praha

Cvekl J. (1966). Etika a alkoholismus. Protialkoholní obzor, č. 6/1966, str. 200 – 202.

Deitch D.A. (1995). Léčení drogových závislostí v terapeutické komunitě. In: Marádová, E. [Ed.], Problematika zneužívání návykových látek. Sborník. Praha: Pedagogická fakulta UK.

Doležalová, P. (2005). Spiritualita a zdraví při léčbě závislostí. Adiktologie, vybrané příspěvky, str. 250 – 253, 2005/5.

- Dvořáček, J. (2008). Neurobiologie závislosti. In: Kalina, K., a kol., 2008, Základy klinické adiktologie. Kapitola 2. Praha: Grada Publishing.
- Frankl, V.E. (1996). Lékařská péče o duši. Základy logoterapie a existenciální analýzy. Brno: Nakladatelství Cesta.
- Grof S. (1993) Dobrodružství sebeobjevování. Str. 188-189. Praha: Gemma89.
- Hořejší, J. (2010). Křeslo pro Fausta. Str. 172. Praha: Galén.
- Jeřábek, P. (2003). Imanentní problémy toxikomanovy duše. Adiktologie (3), 2, str. 38-42.
- Jeřábek, P. (2006). Osobnostní dispozice k drogové závislosti. Klinický pohled. Adiktologie 6 (4), str. 493-502.
- Jeřábek, P. (2008). Psychopatologie závislosti. In: Kalina, K., a kol., 2008, Základy klinické adiktologie. Kapitola 4. Praha: Grada Publishing.
- Jung C.G. (1992). Analytická psychologie, její teorie a praxe. Str. 121, 137, 139-141, 170-174 (Tavistocké přednášky). Praha: Academia.
- Kalina, K. (2008). Terapeutická komunita – obecný model a jeho uplatnění v léčbě závislostí. Str. 51, 55, 85, 121, 137, 139, 140 – 141. Praha: Grada Publishing.
- Kalina K. (2012). Bio-psycho-sociální model a jeho úskalí v teorii i v praxi. Přednáška pro Společnost pro návykové nemoci, březen 2012, Praha.
- Kalina K. a kol. (2003). Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup. Str.25-28, 36-51, 77-83, 97-109, 149-153, 173-178, 198-200. Praha: NMS/Úřad vlády ČR.
- Kooyman, M. (2005). Terapeutická komunita pro závislé. In: Nevšímal, P. [Ed.] Terapeutická komunita pro drogově závislé I.- Vznik a vývoj. Praha: Krajský úřad Středočeského kraje/o.p.s.Magdaléna.
- Knobloch, F., Knoblochová, J. (1999). Integrovaná psychoterapie v praxi. Str. 180-182. Praha: Grada Publishing.
- Kudrle, S. (2010). Psychosociální krize ve vztahu k adiktologii. Přednáška pro Společnost pro návykové choroby, Praha.
- Laengle, A. (2001). Osobnostní existenciální analýza (PEA) jako terapeutický přístup. Str. 1-18. Český překlad K.Balcar. Praha: SLEA.
- Laengle, S., Sulc, M. [Eds.] (2007). Žít svůj vlastní život, úvod do existenciální analýzy. Str. 25 – 53, 65-77, 85-97. Praha: Portál, edice Spektrum.
- Mikota, V. (1995). O ovlivňování duševních chorob. Praha: Psychoanalytické nakladatelství J.Kocourek.
- Miovský, M., Bartošíková, I. (2003). Hlavní psychoterapeutické přístupy k léčbě závislostí. In: Kalina a kol. Drogy a drogové závislosti. Kapitola 6/5, str. 36 – 43. Praha: NMS/Úřad vlády ČR.
- Nevšímal P. [Ed.] (2007). Terapeutická komunita pro drogově závislé II – česká praxe. Str. 88-90, 108-216. vydal Středočeský kraj a Magistrát HLMP, Praha
- Páleníček, T. (2012). Neurobiologie drogových závislostí. Přednáška pro Společnost pro návykové choroby, březen 2012, Praha.
- Pokora, J., Chadima, Z. (2010). Radikální a paliativní léčba v adiktologii. Adiktologie str. 1-9.

- Poněšický, J. (1975). Fenomenologie alkoholismu, str. 1-8, přednáška na Psychiatrické společnosti JEP 1975, Praha
- Poněšický, J. (2004). Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie. Str. 17-29 + doslov. Praha: Triton.
- Prochaska J.E., Norcross J.C. (1999). Psychoterapeutické systémy – průřez teoriemi. Str. 14-189, 218-285. Praha: Grada Publishing.
- Rektor, J. (2008). Gestalt psychoterapie. Gestalt on-line, 1/1/2008, str. 5-11.
- Remeš, P. (2013). Přednáška pro společenství Rafael, Praha. Nepublikováno.
- Růžička, J. [Ed.] (2011). Komunitní a skupinová psychoterapie v české perspektivě. Str. 237 – 243, 251 – 258, 260-301. Praha: Triton.
- Růžička, J. (2010). Ego-analýza – kritická studie. Str. 9-12, 247-257. Praha: Triton.
- Skála, J., a kol. (1987). Závislost na alkoholu a jiných látkách. Praha: Avicenum.
- Vybíral, Z., Roubal, J. [Eds.] (2010). Současná psychoterapie. Str. 625-629, 633-635. Praha: Portál.
- Walsh, R., Vaughanová, F. [Eds.] (2011) Cesty přesažení ega: transpersonální vize. Str. 199 – 219, 231 – 247, 362, 368. Praha: Triton.
- Yalom, I. D., Leszcz, M. (2007). Teorie a praxe skupinové psychoterapie. Praha: Portál.
- Yalom, I.D. (2003) Chvála psychoterapie. Str. 14-15, 34, 38, 46-86, 173, 206. Praha: Portál.
- Yontef, G. M. (2009). Gestalt terapie – uvědomování, dialog a proces. Str. 35-36, 44, 637. Praha: Triton.
- Zeig, J.K. (2005). Umění psychoterapie. Str. 35-36, 44, 637. Praha: Portál.

PŘÍLOHY

Kasuistika 1

Kazuistika vztahující se k logoterapii.

Součástí mé práce lékaře OAT ve Vlašimi byla péče o mladistvé, kteří žili v křesťanském zařízení Exodus, kam byli přijímáni mladiství kteří neměli domov. Šlo o jedince, kteří byli propuštěni z vězení nebo z psychiatrické léčby, většinou byli abuzeři drog a potřebovali doléčování. Pamatuji, že jeden z pacientů byl 25letý invalidní důchodce schizofrenik, který zapálil chalupu své babičky, s kterou bydlel. Rodiče ztratil následkem autohavárie. Výchovnou péči v Exodu poskytovali laici, většinou věřící osamělé ženy, členky křesťanské církve. Docházející farář vyučoval náboženství.

Jedna ze starších žen mne navštívila v ordinaci a požádala o mne pomoc. Vypravovala o smrti svého syna. Ten trpěl pocitů méněcennosti již od školních let, byl obětí šikany, špatně prospíval. Nevyučil se a často se opíjel. Hostil své vrstevníky v naději, že si získá jejich oblibu. Byl zklamán a trápil se, protože oblibu u vrstevníků

nezískal a byl neustále vysmíván. Se smrtí syna se paní smířila, ale trápilo ji, že kněz posoudil smrt syna jako sebevraždu a proto jej odmítl pohřbít. To ženu ponižovalo, protože byla silně věřící. Syn totiž v opilosti vylezl na sloup elektrického vedení, dotkl se drátů a spadl. Zabil se. Nebylo jasné zda šlo o nehodu či sebevraždu. Této ženě jsem nabídl, že to vše dohromady dává smysl, že bůh se již nechtěl dívat na chlapcovo pozemské utrpení a povolal ho k sobě, aby již netrpěl. Žena to přijala, přišla znovu za 14 dní poděkovat mi a říci, že se bude stěhovat a že tedy již nepřijde.

Dodnes cítím upokojení z toho, že jako sekulární Žid jsem pomohl věřící křesťance. (Psychotherapie nemá mít hranice.)

Kazuistika 2

Pečuji dlouhodobě o jednoho pacienta závislého na opiátech, pervitinu, který současně zneužívá marihuanu a benzodiazepiny. Byl opakovaně léčen ústavně. Vypěstoval si závislost na substituční látce a odmítal jakoukoli péči, vyžadoval pouze substituci. Po dlouhý čas mne zahrnoval svými racionalizacemi, negativismem, žalováním na osud, ironií, polopravdami i zjevnými nepravdami. Když byl matkou vyhozen z domova a neměl peníze na substituci, vyhledal sám záchranu ústavní péče. Během jeho ústavní péče jsem s ním komunikoval v léčebně, kde jsem byl toho času zaměstnán na minimální úvazek. Pacient se změnil v prožívání a chování, zjevně přestal lhát sobě i ostatním a v léčbě k mému překvapení dobře spolupracoval. Řekl jsem mu, že mě to těší a náš vztah se zlepšil. Řekl mi, že ho to těší že hodnotím pozitivně jeho změnu, že jsem si toho všiml. Po propuštění z léčby ke mně pacient opět dojížděl na ambulantní doléčování, bez farmak a substituce. Na tom si zakládal a já ho v tom podporoval a oceňoval. Jednou přijel a svěřil se, že sice nemá nutkání vzít drogu, ale že se cítí nějak nejistý a slabý, jako kdyby se blížila recidiva, které se chce ubránit. Po psychotherapeutické intervenci jsem mu předepsal Quentiax na spaní a Neurol na úlevu s tím, že je návykový a vlastně kontraindikovaný, což pacient věděl. Řekl jsem mu, že si Neurol může vzít pouze několik dnů, než překoná onu slabost a nejistotu. Zavázal jsem ho, aby mi za několik dnů napsal, jak se cítí. S mou vlastní ordinací jsem nebyl spokojen. Připadala mi následně formální, nepropracovaná a příliš konvenční, navíc zapadající do toxikomanického modelu, že účinná pomoc má přijít z venku a pomocí psychoaktivní látky. Pacient se brzo ozval. Napsal mi, že mu Neurol opravdu ulevil, pomohl snížit napětí, obavy a nejistotu, ale že ho současně oslabil o ten pocit, který předtím měl, že se naučil nevyhledávat pohodlí léku, ale bojovat sám se sebou, což mu zvyšovalo sebeúctu. Doslova napsal: „Neurol vám vrátím. Přináší sice pohodlí ale já se chci prát. Konečně vím co chci, nechám si pouze ten Quentiax na spaní. Dny s Neurolem byly sice bez vzruchu a v utlumení, ale zároveň to byla nuda a prázdnota, kterou jsem potřeboval změnit. Začal jsem mít depky sám ze sebe. Došlo mi, že ten pocit s něčím se prát a vítězit sám nad sebou mi chybí, že ten klid po Neurolu mi to bere. A ten krok, přiznat si to a namísto toho vám psát že Neurol je fajn a že ho chci dál brát, nebyl lehký, ale stojí zato.“

Co se v člověku děje, jak k takovým změnám dochází? Žádná konkrétní terapeutická situace neovlivnila pacienta tak, jako nejspíše dlouhodobý proces, i když se zdál neúčinný. Pacient doslova píše: „Už vím, že jsem dostal během všech léčeb nasměrování a ochutnávku sebepoznání. Ale nejcennější je až prožitek chuti žít.“ Tento pocit byl zřejmě posílen, když pacient během léčby hepatitidy C poprvé ve střízlivosti prožíval nejrůznější obtíže, spojené s léčbou Interferonem a antivirotyky.

Pacient dostal strach že obtíže nevydrží, že se může zbláznit nebo umřít. To prožíval v době, kdy v déletrvajících střízlivosti se k životu teprve začínal probouzet. Bylo mu tak zle, že přestal ke mně dojíždět, ale přál si se mnou dále komunikovat prostřednictvím e-mailu.

Píše, že změnil náhled sám na sebe, že stresem nic nevyřeší a že se chce soustředit na věci které dělají radost. Nechce myslet na to, že den bude těžký, protože by jistě těžkým pak byl. chce být sám sobě lékem. Táže se sám sebe, jak se může mít rád, když je sám sobě soupeřem. Bude tedy sám sobě přítelem a oporou. Bude vděčný za to, co má a nehledat to, co nemá.

V dalším dopise napsal, jak je při léčbě Interferonem psychicky a fyzicky vyčerpán. Píše, že zhubl o 10 kg, začaly mu vypadávat vlasy a na těle se mu udělala lupénka. Má pocit že zestárnul o 10 let. Pak se jeho stav zlepšil a svěřil se, že ho těší, že unikl drogám a alkoholu. Interferon ho donutil přestat kouřit. V dalším dopise vzpomíná na svou mámu, která mu před třemi lety pomohla tím, že ho nechala napospas ulici a musel začít s toxikomanií opravdu bojovat. Vžívá se do pocitů matky, která musela sama trpět, ale dělala to, aby ho zachránila. Předtím ho lítovala a dávala mu peníze, aby mohl fetovat. Píše dále, že ze špatného stavu se nehroučí, ale bere to jako příležitost najít nový způsob a cestu k zvládnání překážek.

Další dopis je optimistický a informuje mne, že od té doby, co nastoupil cestu sebepoznání, pravd a přijmutí toho, že všechno v přírodě, co roste, také bolí. Od té doby vidí sám sebe i celý svět úplně jinak. S tím Interferonem si sáhl na dno a naučil se vnímat, že jediný důležitý okamžik je ten, co žijeme teď. Pociťoval směr pocitů svobody, ale i tíhu vlastní odpovědnosti za své chování. Píše dále, že čím víc dozrává, tím víc si připadá sám, nemá nikoho s kým by si o pocitech dozrávání povídal. Dále píše: „strašně jsem roky toužil po obdivu a do hlavy jsem si promítal, že mě lidé obdivují a vlastně jsem je k tomu se snažil svým chováním zmanipulovat. Vracelo se to však ke mně zpátky ve formě vysokých nároků sama na sebe. Že mne někdo neustále pozoruje a že musím obstát. Toho jsem se zbavil. A tak netvořím sobě do cesty tolik překážek ve formě strachu, pocitu nejistoty a tak podobně.“ Pak se zase vrací k obtížím, které má při léčbě interferonem a antivirotiky a píše „že má víru, až to skončí, že z toho vyjde jak čerstvý motýl, co se vyklubal z larvy, či jak se říká, že i diamanty vznikají pod tlakem.“

V dalším dopise mne informuje, že doktorka z jaterní ordinace ho poslala k nejbližšímu psychiatrovi, který mu předepsal antidepresiva, které se asi nesnesly s Interferonem. Dostavily se stavy úplného vyčerpání, omdlával a měl strach ze smrti. Bylo to tak nesnesitelné, že vysadil léky a raději se spoléhal sám na sebe. Více vzduchu, vitamínů, lepší stravu a vyvarovat se stresu. A za pár dní se tělo srovnalo. „Místo léků jsem víc pečoval o tělo a ducha, jak vyhovuje mně a ne jak mi říkal psychiatr.“ Poslal mi své básně, o kterých bych jako terapeut řekl, že mají velkou vypovídací hodnotu. Píše, že se naučil postavit se strachům, protože když před nimi uteče, budou příště silnější.“Když nějakou zkoušku, nějaké obtíže zvládnou, budou ty příští lehčí.“ Píše, že se naučil si sám svého života vážit a ne honit doktory, až když je pozdě. Stará se o svou duši hned a ne až zítra. Byl u doktorky v jaterní poradně a ta mu řekla, že hodnoty viru hepatitidy jsou nulové a že by mohl léčbu Interferonem skončit. Léčbu ale ponechala, aby nemoc nerecidivovala. „To mě nakoplo a povzbudilo. Nemoci vyřizuju své osobní: zmiz z mého života, uvědomuji si že to byl můj nejtěžší rok, daleko těžší než nějaké sebelitostné abstáky z heroinu v minulosti. Nebo přestávání kouřit a pít. To vidím jako brnkačku, kterou si člověk dramatizuje obtíže jen ve své hlavě, aby si mohl zase šlehnout nebo zapálit. Neutekl jsem před

tím a před sebou samým a od té doby co se rvu sám se sebou se cítím sebevědomější a sebejistější. Vážím si sám sebe. Je to vítězství sama nad sebou, jaké jsem tento rok prožil.“ To byl poslední dopis z 1.ledna 2013.

Pak se pacient odmlčel, až jsem mu 8.února sám napsal a dotázel se, jak se mu daří. Odpověděl okamžitě, jak ho těší můj zájem, že je možná významnější než všechny léky a libuje si, že se naučil být zodpovědný sám za sebe a že nenapsal z důvodu, že sám sebe už tolik neřeší. Navázal sám se sebou neuvěřitelně pevný vztah a v těžkých chvílích se naučil sám sebe duševně pohladit a podpořit se.

Během doby, kdy jsem o pacienta pečoval v ambulanci či v léčebně a pokračoval v e-mailové komunikaci, jsem si uvědomil, jak mi bylo dobře, když jsem odhodil všechny teorie a poučky a prožíval to s ním. Uvědomuji si, že nic zvláštního psychoterapeutického jsem nevykonal, pouze poskytl sám sebe, trochu pochopení a podpory. Případ pacienta ukazuje na to, že pacient, ač nám nabízí svou odmítavou, ironizující a bagatelizující tvář, může mít velké lidské rezervy. Plyne z toho poučení, že terapeut nemá pacienta „odepsat“, když pacient odmítá léčbu nebo když není schopen či ochoten našim představám vyhovět. Je-li terapeut vytrvalý, nespěchá-li, může být velice příjemně překvapen a prožívat jistou gratifikaci.

Kazuisitka 3

Uvádím případ, jak psychoterapie může zlepšit následky nehod a chyb, ke kterým došlo v rodinné výchově. Jedná se o psychoterapii pacienta během skupinové léčby na přijímacím odd. léčebny.

Měl jsem ve skupině pacientů, kteří podstupovali skupinovou psychoterapii, čtyřicetiletého pacienta závislého na alkoholu. Potřeboval rodinnou terapii. Jeho aktuální problém byla obava ze setkání s otcem, který byl jeho jediným příbuzným. Pacient uváděl, že z toho setkání má strach, protože se s otcem nikdy nepohodl, každá diskuse končila hádkou, bál se, že to setkání psychicky nezvládne. Stěžoval si na to, že ať udělal cokoliv, vždy mu otec vynadal, vyčítal a obviňoval ho. V dětství ho často bil a matka se ho nezastala, naopak vyhrožovala mu: „Počkej až přijde táta, ten ti to vysvětlí.“ Pacient připustil že hodně zlobil. Zahráli jsme to předpokládané setkání s otcem, jako by bylo autentické. Pacient hrál sám sebe a „zlobil“, já jsem hrál otce. Ostatní to pozorovali a prožívali i svoji situaci, byla-li podobná. Když chování pacienta dospělo do jisté již obtížné meze, vzal jsem jej v roli otce kolem ramen a zcela tichým hlasem jsem mu řekl: „Podívej synku, snaž se být hodnějším, umožni nám, abychom tě měli rádi, aby byl doma klid. Abychom tě mohli také pochválit a být na tebe hrdí.“ Všichni účastníci léčebné skupiny ztuhli, hra se změnila v něco autentického a významného. Onen čtyřicetiletý pacient se rozplakal a řekl: “Kdyby táta se mnou jednou takhle promluvil a vzal mne kolem ramen, celý můj život byl by mohl být jiný. Vždyť já vlastně začal chlastat také z trucu, když jsem se od rodičů odvrátil, protože jsem cítil, že nejsem milován, že překážím.“ Pacient byl instruován, aby se při setkání s otcem snažil chovat laskavě a otevřeně, jako kdyby jejich vzájemný vztah byl výborný. Pacient se s otcem v léčebně setkal, jejich kontakt proběhl za přítomnosti jiného informovaného terapeuta, který s profesionální účastí dbal na to, aby nedošlo při setkání k hádce. Otec odjížděl domů spokojen, jak jsme se následně dozvěděli. Pacient cítil velkou úlevu a řekl, že si s otcem poprvé rozuměl, že se s ním sblížil a že mu spadl kámen ze srdce. Na tomto případě je smutné to, že k psychoterapii jejich vztahu došlo tak pozdě, až v dospělosti

v psychiatrické léčbě. Bez psychotherapeutické intervence by pacient dále prožíval svou dlouhodobou psychickou bolest a nejspíš by pokračoval ve své závislosti.

Přimlouvám se za včasné a spíše častější použití psychoterapie u problémových dětí a mladistvých. Může pomoci k lepšímu vyžívání osobnosti. Psychoterapie není však všelékem, mnohdy je pouze součástí pomoci. Někteří pacienti dokonce psychoterapii odmítají, nebo ji z nejrůznějších důvodů nejsou schopni přijmout a těžit z ní.

Kazuistika 4

Uvádím výňatek z individuální léčby pacientky závislé na drogách.

Pacientka závislá na drogách, aktuálně na pervitinu, odmítla ústavní léčbu a preferuje ambulantní péči. Krátkodobě od pervitinu abstinuje. Na jedno terapeutické sezení přišla v čistých džínách, ale s velkou dírou na koleni. Ptám se, proč máte tu díru na koleni? Pacientka dlouze vysvětluje současné postoje mladé generace, ke které patří, která je proti „kravaťákům“, od kterých se chce odlišit. Zeptal jsem se, má-li také jinou díru, například na duši. Pacientce se změnil výraz tváře, objevil se náznak pláče a svěřila se: Mám díru na duši a nechtěla jsem vám ji nikdy svěřit. Šel jste mi původně na nervy s nabídkou a popisem ústavní léčby, ale během vaší péče jsem si uvědomila, že by se v ústavní léčbě se mnou nikdo tak nezabýval, jako vy. Poznala jsem, že jste na mé straně, ale přesto jsem neměla odvahu vám to svěřit, styděla jsem se. V mládí jsem byla znásilněna a od té doby jsem začala brát drogy, abych to otupila. Moc mě to trápilo a dodnes tísň. Teď je to venku, snad se mi uleví. Řekl jsem jí: Pro mě jste plnohodnotný člověk, trochu zbrklý a neopatrný, také lehkomyšlný, prostě nezralý. Setrváte-li v péči a zbavíte-li se drog, zvýší se vám sebeúcta a budete spokojená sama se sebou. Já budu i nadále na vaší straně. Došlo k utírání obličeje, následoval malý osvobozující úsměv. Dodal jsem, že se k tomu nebudeme vracet, budeme pracovat na současnosti a budoucnosti. Od té doby je pacientka vlídnější, otevřenější, úsměvnější spontánnější a upřímnější. Dále abstinuje.

Jak by taková péče probíhala ve skupině a v komunitě? Asi bychom si všimli, že pacientka nemá přestupky, že se přizpůsobila režimu. Dále by bylo zjevné, že je uzavřená, málo komunikuje, v kolektivu pacientů by nebyla oblíbená. Nikdo by jí moc nerozuměl a nikdo by se s ní moc nezabýval. Asi by trochu trpěla nespavostí, špatnou náladou, pasivitou, případný pokrok v léčbě by byl nehodnotitelný.

Ono to v individuální léčbě přeci jen lze lépe vnímat, cítit a reflektovat, že téměř každý pacient má v sobě něco neočekávaného, případně tajemného, i když obtížně srozumitelného, co ale lze uchopit a pracovat s tím. Prázdnota, nuda a nekomunikace je zevní fasáda chování a projevů, kterými se pacient brání především sám sobě uvědomit si a přiznat si, že je nutno se v léčbě namáhat a aktivně spolupracovat.

Kazuistika 5

Individuální přístup, který není ani individuálním pohovorem ani začátkem soustavné individuální terapie, je možný i během skupinové terapie na přijímacím oddělení léčebny.

Ve skupině, v které jsem neznal pacienty ani jménem, neznal jejich anamnézu a současný stav, dokumentaci a farmakoterapii, jsem se zeptal jednoho pacienta, proč je v léčbě. S jakými obtížemi. Pacient vypadal velice sebevědomě, ve skupině nejspíše dominoval. Zřejmě se cítil potěšen, že byl osobně osloven a sdělil, že zde není z donucení soudu a začal vypravovat svou osobní verzi. Orientoval jsem ho na přístup tady a teď a on postupně sděloval vše, co ostatní znali a co bylo i veřejně uvedeno písemně při obhajobě prvního stadia léčby. S tím jsem se nespokojil, bylo to příliš formální. Optal jsem se ho, jak se vlastně cítí nejen v léčbě, ale na světě obecně, zdali se má rád, jaké má naděje, v co věří, v co doufá. Pacient byl zjevně rozrušen, vypadl zřejmě ze své role, kterou ve skupině zaujímal. Vegetativní projevy rozrušení byly patrné a pacient se daleko tišším hlasem svěřil, že je vlastně nešťastný a že považuje svůj život v podstatě za ukončený. Nemá nikoho, nemá rodinu ani bydlení a práci, pouze dluhy a beznaděj. Vnímání skupiny, jak jsem si všiml, se změnilo, mnozí se zřejmě zamysleli i nad sebou.

Pokračoval jsem, že i těžký život je životem, který není samozřejmostí. Nabídl jsem pacientovi, aby vnímal a ocenil, že má na rozdíl od mnohých lidí své ruce a nohy, může dýchat, vidí a cítí, může se dávat na oblohu, vnímat vitalitu přírody, má svobodu svých fantazií a může začít nový život bez drog s nezaplacenou zkušeností že život je hodnotnější, je-li doprovázen skromností a pokorou, zodpovědností za sebe. Že se může naučit mít radost z maličkostí a z toho, že může být užitečný a nápomocný. Musí se naučit zacházet sám se sebou a **oceňovat lidské bytí jako takové**. Mnozí lidé zbavení zraku, nehybní, umírající v bolestech, by mu záviděli. Všichni členové skupiny se zdáli být osloveni.

Na konci skupiny, kdy si podáváme ruce a díváme se jeden druhému do očí, oslovený pacient poděkoval za péči. I pro mne bylo setkání zážitkem a vzpomněl jsem si na něho na koncertě, když jsem se zaposlouchal do symfonické básně Šeherezáda od Rimského-Korsakova. Řekl jsem si, že ta hudba by ho mohla probudit k životu. Při další mé přítomnosti na oddělení jsem měl již jinou skupinu a proto jsem zmíněného pacienta vyhledal na chodbě a řekl jsem mu o svých pocitech, které jsem na koncertě měl. On poněkud zjhl, řekl že ho to moc těší že si ho pamatuju a že si uvědomuje, jak moc potřeboval takový zážitek, že se cítí mnohem lépe.