

Esej o přání a úsilí modernizovat léčbu pacientů závislých na drogách v Psychiatrické léčebně Horní Beřkovice



RIESEL, P.

Psychiatrická léčebna Horní Beřkovice

Citace: Riesel, P. (2011). Esej o přání a úsilí modernizovat léčbu pacientů závislých na drogách v Psychiatrické léčebně Horní Beřkovice. *Adiktologie*, 11(2), 115–122.

Motto: Chléb je víc než obilí.

Změny jsou užitečné, umožňují vybočit ze stereotypu a tím jsou podnětné. Jelikož jsem před lety absolvoval ve svém psychoterapeutickém výcviku léčebný režim Skálův i Knoblochův, měl jsem za to, že jsem s léčebným režimem pro závislé pacienty poměrně dobře obeznámen. Mnohé prvky léčebného režimu na oddělení závislostí v Psychiatrické léčebně Horní Beřkovice, kam jsem nastoupil do zaměstnání, mne proto překvapily a znepokojily. Než jsem se adaptoval na místní poměry, byl jsem požádán, abych upozornil na některé „nedotaženosti i přetaženosti“ léčebného režimu. Na některé jsem upozornil oprávněně, na některé, jak se později ukázalo, méně oprávněně. I tak mé poznatky byly zřejmě významné, neboť celému léčebnému týmu bylo doporučeno a umožněno navštívit Psychiatrickou léčebnu v Červeném Dvoře, kde jsme se měli inspirovat i poučit. Mnohé jsme si ujasnili a mnohému jsme se naučili. Mimo jiné jsme si definitivně uvědomili, že našemu pojetí léčby bodový systém nevyhovuje a zůstaneme u přestupků a náprav, které

poskytují více prostoru pro sebepoznání, prožívání a chování našich klientů a pro hodnocení léčbou navozených změn. Rozhodli jsme se také více chválit. Zprávu pro ředitele léčebny z naší jednodenní konzultace formulovala psychologka mužského oddělení pro léčbu závislostí.

Ze zprávy uvádím to podstatné:

„Chceme podporovat individuální přístup k pacientům na základě vyhodnocení jejich aktuální psychosociální situace a zdravotního stavu. Proto většinou zamítáme bodový systém, který má své přednosti, ale i nedostatky. Vedle potlačování individuality pacienta přispívá také k jeho částečné regresi (systém známkování ve škole), podporuje výkonovou orientaci (honba za získáním co největšího počtu bodů) a nahrává možnému zneužívání systému (kupčení s dobrými body). Pacient tak může cítit možnost, že z porušení režimu se může vykoupit.

V našem léčebném řádu sami pacienti evidují svá porušení léčebného řádu (případně na to upozorní personál). Své přestupky nahlašují na velké komunitě, a tak se učí přebírat zodpovědnost za vlastní chyby a učí se současně ře-

Došlo do redakce: 14 / ÚNOR / 2011

Přijato k tisku: 22 / KVĚTEN / 2011

Korespondenční adresa: MUDr. Petr Riesel / riesel.vesela@volny.cz / Psychiatrická léčebna Horní Beřkovice, Podřipská 11, 411 85 Horní Beřkovice

šit konkrétní problém. Pacienti si v závislosti na významu a četnosti přestupků sami volí nápravu v podobě práce či péče o oddělení. Pokud má přestupek hlubší, obecnější význam, nebo se často opakuje, dostává pacient za úkol vypracovat elaborát o svém opakujícím se negativním chování a musí se k němu kriticky vyslovit před celou komunitou. Pacient dostává zpětnou vazbu od celé komunity včetně léčebného týmu.

Stejně tak jsou a ještě více budou zaznamenávány pochvaly, které slouží terapeutickému týmu při celkovém posuzování pacienta a jsou předčítány na velké komunitě, což má také formu rituálu. Tento způsob kontroly dodržování režimu a oceňování pacientů blíže imituje reálný život. Režimová pravidla budou formulována v pozitivnějším a více podporujícím duchu, budou jasně definována s určenými důsledky. Vyslovujeme požadavek, aby se lékaři i zdravotní sestry více účastnili komunitní a případně skupinové psychoterapie.“ Zformulovala to za nás, návštěvníky Červeného Dvora, psycholožka mužského oddělení závislosti PhDr. K. Marklová. Další text se týká rozpracování léčebného programu.

Bez jistých předem dohodnutých sankcí se asi neobejdeme. Bez nich výchova a převýchova není možná. Sankce, jak známo, mimo jiné trénují větší odolnost frustrace, která je navíc prožívána ve střízlivosti. Jednou z hlavních forem psychoterapie, a to nejen v terapeutické komunitě, je snaha umožnit pacientům sebepoznání, aby si uvědomili, že se mají v některých ohledech změnit. Proto se pacienti učí novým dovednostem, které by zlepšily jejich schopnost překonávat závislost. Během naší léčby usilujeme nejen o vyhasínání syndromu závislosti, ale také o změnu pacientova prožívání, hodnocení a chování. Jde tedy o celistvější pojetí léčby, která má blíže k dovychově než k převýchově.

Náš sankční systém, sestávající z definování přestupků a vyžadování náprav, nemá až tak stresující povahu. Ostatně, tresty a trestání, výhrůžky a hrozby mnozí naši pacienti dobře znají ze své, často deformované, výchovy v dětství. Někteří vyrostli v rozpadlých rodinách, v kterých matka pacienta podléhá současnému partnerovi, dalšímu náhradnímu otci, a své dítě nechrání před jeho případnou hostilitou a agresí, když neunesou soužití s nevlastním dítětem, notabene problémovým. Citová deprivace a chyby ve výchově (případně absence výchovy) spolu s trestáním, nevedou k nápravě, ale spíše k negativismu trestaného dítěte, k odporu k autoritám, zatvrzení se a k potlačené hostilitě, která se může projevit v léčbě nevědomým přenosem.

● TERAPEUTICKÁ KOMUNITA

Teorii i praxi terapeutické komunity se zabývají mnozí. Například primář MUDr. Jeřábek učí pacienty adekvátně komunikovat s lidmi v terapeutické komunitě a orientovat se v mezilidských vztazích. Ústředním bodem léčby je mimo jiné lepší porozumění sobě samému a světu lidí kolem.

Vlastní emoce mají pacienti používat ve svůj prospěch a přebírat plnou zodpovědnost za své chování a svůj život.

I v naší léčebně je život v terapeutické komunitě určen léčebným programem (režimem). Není to však terapeutické univerzum a mnohé vynořené poruchy osobnosti, projevující se v chování pacientů, léčit neumí, ale může je regulovat a přeučovat. Ve skupinové a komunitní léčbě o sobě pacienti mluví veřejně, přednášejí své žádosti o postup do následných léčebných fází a dostávají od spolupacientů i od léčebného týmu tzv. zpětné vazby – formální a obsahové hodnocení předneseného. Zvláště v kolektivní léčbě je nutno vážit adekvátnost zpětných vazeb. Ty mohou být stimulační, ale i zraňující, a to natolik, že se pacient může uzavřít znovu do svých obran a omezit svou komunikaci. Tím je léčba zbržděna. Potěšitelné je, že u všech našich pacientů i členů terapeutického týmu jsou zpětné vazby terapeuticky významné, neobsahují žádné animozity. Zpětné vazby pacientů nejsou až tak kamarádké, jsou spíše adekvátně spolupacientské, jak k tomu nabádáme.

Nepřijímá-li pacient zpětné vazby z důvodu své nepřipravenosti a nezralosti, může se vrátit ke svému stereotypu a chovat se tak, aby byl oblíben a pozitivně přijat. To je ovšem únik od psychoterapie, který má být rozpoznán. V jeho chování se může objevit stereotyp zatvřelosti a odmítavosti, prožitek osamělosti a neporozumění. Takové prožívání a chování může být, zvláště v komunitě, hodnoceno jako arogance. Jde v podstatě o obranu pacientova já.

Léčebný program (režim) má být náročný a důsledný (Skála). Dvořáček zmiňuje, že léčebný program (režim) nemá být až tak rigorózní, že má mít prostor pro výjimku a nemá až tak „tlačit“, protože vznikají negativní reakce pacientů, které mohou léčbu komplikovat.

Léčebný program (režim) nejen vymezuje pravidla a náležitosti pro život v komunitě, ale vytváří rámec pro uplatnění všech forem léčby a umožňuje také invenci. Je účinným léčebným prostředkem v obecném významu.

Navíc představuje terapeutické společenství jistý model velké rodiny. A to nejen z důvodů různověkosti pacientů. Například dvojice terapeutů na mužském oddělení pro závislosti představuje vyvážený rodičovský pár, který navíc léčí (vychovává) ve stejném duchu, což je obecně následováním vhodné. Různověkost pacientů umožňuje, aby pacienti mohli být navzájem v roli synů, otců, dědečků, bratranců i strýců. Zvláště v léčebném kolektivu žen, jak jsem se přesvědčil, hledají a nacházejí některé mladé ženy náhradní matky a některé dospělé ženy zas dcery. To poskytuje další cenné náměty pro psychoterapii.

Doc. MUDr. Skála nebyl zcela spokojen s léčebným režimem, který používal. Proto ho neustále zdokonaloval a modernizoval. Dnes je již mnohým znám jeho výrok, který vyslovil při zakončení své profesní kariéry, o jeho léčebném systému, jenž sestával ze 70 % z režimových prvků a 30 % z psychoterapie. Řekl, že kdyby mohl navrátit čas, dělal by to opačně.

Jak velký terapeutický význam a moc má terapeutická komunita, ukazuje následující kazuistika. Jeden pacient vulgárním způsobem verbálně urazil staniční sestru. Ze strany terapeutů padl návrh na jeho vyloučení. Hlasy z komunity na jeho ochranu argumentovaly tím, že onen pacient není připraven na propuštění, že nejspíše selže a okamžitě zrecidivuje. Byly podány návrhy na alternativní trest, návrat do první léčebné fáze, zákaz víkendového odjezdu domů a k pozastavení výhod. K následnému rozhodnutí terapeutického týmu přijmout alternativní trest zřejmě přispěla i přítomná staniční sestra, která řekla, že ji pacient až tak neurazil, že je za léta práce s pacienty na leccos zvyklá. Výsledkem bylo, že trest byl zmírněn a změněn, pacient zůstal na oddělení. Pacientská část komunity prosadila svůj dobře míněný návrh. Avšak pacient ho zmařil tím, že v následujících dnech sám požádal o propuštění. Bylo mu vyhověno.

Krátké, pacienty vyžadované pohovory s psychology někdy stačí. To dokazuje následná kazuistika. Jeden z našich současných pacientů trpí kromě závislosti také sebepoškozováním (na předloktích má desítky jizev a škrábane v obličejí). Před nástupem do léčby navštěvoval pacient psychiatra, který ho k nám následně doporučil. Po propuštění by u něho měl v individuální psychoterapii pokračovat.

Léčebným týmem v rámci komunity je pacient kritizován a objevují se rozpaky, co s touto situací dále dělat. Pacient sám podal na jedné z komunit návrh, že, pokud se na oddělení pro léčbu závislosti sebepoškozování netoleruje, požádá o přeložení na jiné oddělení. Tento návrh přijat nebyl. Komunita byla názoru, že i na jiných odděleních je takové chování nepřijatelné, a jelikož se tím tedy nic nezmění, musí se puzení k sebepoškozování sám naučit potlačovat. Na skupině se pak pacient svěřil s tím, že by ocenil individuální terapii, kterou podstupuje u svého psychiatra a která mu pomáhá. (desetiminutové pohovory u psychologů mu prý nepomáhají). Jeho sebepoškozování je odvozeno, jak se sám pacient svěřil, od mučivého psychického stavu, když úzkost a napětí dosáhnou úrovně nesnesitelnosti. Pacient dále udává, že si další individuální psychoterapii u svého psychiatra již nebude moci z finančních důvodů dovolit, a proto usiluje o delší následný terapeutický pobyt v jiném zařízení. Nouze je někdy stimulující. Pacient se nakonec rozhodl více se otevřít psychologovi během pohovoru, z čehož má prospěch. Pohovor u psychologa oceňuje jako významně terapeutický. Dokonce se svěřil, že sebepoškozování, například škrábáním, není odvozeno jen od potřeby snížit úzkost a napětí, ale také od nudy, vzteku a prožitku samoty. Když po intervenci komunity začal pacient hodnotit své sebepoškozování jako nepřijatelný problém a ne jako právo mít chorobný příznak, oživila se jeho motivace k léčbě. Začal aktivně využívat možnosti krátkých intervencí

psychologů a došlo k podstatnému zlepšení, bohužel však krátkodobému.

Nemusí to být vždy individuální psychoterapie, která je dlouhá a náročná a mnohdy v ní nelze pokračovat po propuštění z léčby. I krátké pohovory s psychology stačí, když pacient je pro léčebnou změnu motivovaný a namáhá se. Tak je tomu i v životě. Člověk má přijímat to, co se mu nabízí. Komunita poskytuje pacientovi zpětnou vazbu, že je laskavější a spokojenější. Myslím si, že pacienti by si neměli zpětné vazby poskytovat pouze sobě navzájem, ale měli by je dávat i nám, terapeutům.

● INDIVIDUÁLNÍ PSYCHOTERAPIE

Moderní psychoterapie představuje mnohvrstevnatý útvar, který odpovídá rozmanitosti do léčby vstupujících pacientů (Jung). Do léčby proto patří také individuální psychoterapie, která je kvalitativně odlišná od krátkých vyžádaných rozhovorů pacienta s psychologem, které ale mnohdy postačují. Individuální léčba má být součástí péče, není nadstandardem, i když není nutná pro všechny pacienty. Někteří ani nejsou schopni a ochotni ji podstoupit.

Individuální psychoterapii potřebují hlavně ti pacienti, kteří nemohou či nechtějí svěřit své těžkosti, konflikty a problémy, a nemohou tak ani zužitkovat naši léčbu. Důvodem může být pocit trapnosti a studu, zábrany i obrany. Ani individuální psychoterapie není zárukou léčebného úspěchu. Je dlouhodobá a je užitečné s ní alespoň začít, aby po propuštění, najde-li pacient terapeuta, mohla pokračovat ambulantně. Při individuální psychoterapii je sice méně zpětných vazeb, ale je větší předpoklad vzniku léčebného vztahu, který umožní pacientovi například sdělit své traumatické a deformující zážitky, za které se stydí, a je mu trapné o nich mluvit veřejně na skupině a komunitě. Individuální i kolektivní léčba mají přece jen v jistém ohledu podobnost. V individuální léčbě je nutno vážit interpretaci ze stejných důvodů jako v kolektivní léčbě zpětné vazby.

Na oddělení je často slyšet argument, že na individuální psychoterapii není čas. V případě nutnosti je však možno volit kompromis a prodloužit pohovor s psychologem na 30 až 40 minut, což by se opakovalo každých 10 až 14 dnů. Doporučuji, aby byl pohovor s psychologem součástí léčby i u těch pacientů, kteří to nenárokuje. K tomu již dochází a je to dokonce podmínkou postupu do druhé léčebné fáze.

Je-li pacient propuštěn z léčby a nemá-li zajištěnou následnou péči, je to zlé. Z tohoto hlediska je dobře, že pacient po propuštění z léčby usiluje o možnost dlouhodobého doléčování ještě v jiné léčebné instituci. Individuální psychoterapie bez dalšího zajištění pacienta také není samospasitelná. Závažnou obecnou otázkou je, jak psychoterapeuti sami hodnotí význam a prospěšnost individuální terapie. Naši terapeuti jsou velice empaticí a zachovávají potřebnou distanc. Mají předpoklady k poskytování individuální psychoterapie, i když pravděpodobně sami tréninkovou individu-

ální psychoterapií neprošli. V současné době se preferuje kognitivně behaviorální přístup, který má velký rozsah použití. Není to ale metoda jediná, nehodí se pro léčbu existenciálních potřeb a problémů, např. naděje, smyslu, viny a odpuštění.

Zřejmou potřebu individuální psychoterapie ukazuje následující kazuistika. Mám na mysli pacienta, který formálně uspěl v léčbě, splnil požadavky léčebných fází, měl vypracovaný krizový scénář na dobu po propuštění a komunitě se jevil jako dobře připravený pro praktický život po propuštění z léčebny. Rituálu propuštění jsem nebyl přítomen, prý byl ze strany propouštěného pacienta prožíván disharmonicky, takže u komunity přetrvávalo jakési rozladění. Pacient bezprostředně po propuštění během několika hodin či dnů recidivoval a až po 30 dnech permanentního abúzu alkoholu požádal o nové přijetí. Bylo mu vyhověno. Svoji recidivu vysvětlil, dle mého názoru, spíše zástupným důvodem – nevytrvalostí a nechutí odolat abúzu alkoholu, odvozeného údajně od frustrace nad horší úroveň zařízeního bydlení, než předpokládal. V jeho zdůvodnění před komunitou zaniklo to podstatnější. Pacient uvedl tíseň samoty a prostředí bez lásky. I když v komunitě nemohl prožívat lásku (přijímanou nebo poskytovanou), měl v komunitě respekt, který po propuštění zřejmě postrádal. Pociťuji, že se pacient nemůže „dostat sám k sobě, nebo nad sebe“, že bolestně prožívá své selhání. Sdílel, že se spoléhá na to, že čas zhojí jeho prožitá traumata s rodiči, ale otevřít tuto problematiku se zřejmě bojí. Jeho recidivu vnímám jako sebedestrukci a bezmocnou autoagresi, která může mít blízko k suicidálnímu pokusu. Rozhodně to není typická recidiva daná drogovou závislostí, tedy nutkáním, svodem, lákadlem a touhou použít drogu. Individuální terapie by byla žádoucí, ale také není zárukou uzdravy. Pacient o ni ani nestojí, zdá se, že truceje a trpí. Otázkou je, zdali psychoterapie může nasycit pacientovu potřebu smyslu života, potřebu lásky (dávané i přijímané), zda může významně nastartovat naději, sebeúctu a vůli k aktivnímu životu. Dle mého názoru se to může a má dařit.

U pacienta došlo k následující změně. Na posledním komunitním setkání přednesl svůj dodatek k elaborátu na téma „Co čekám od léčby a od sebe“. Od kolektivu pacientů i od terapeutů dostal oprávněně kritické zpětné vazby, že je to sice formálně krásně napsané, ale bezobsažné, nic neříkající. Během následné skupinové terapie pacient mlčel, byl zatvrzelý a nepřístupný. Ve skupině došlo k velkému emočnímu napětí. Dotázal jsem se ho, proč na komunitě řekl, že se potřebuje „dát dohromady“, ale neočekává, že k tomu dojde zde na oddělení. Zvýšeným hlasem řekl, že se nemůže otevírat terapeutům, protože bolestně vnímá jejich kritičnost a bylo mu dokonce sděleno, že může být z léčby vyloučen či přeložen na přijímací oddělení, což by pro něho bylo ponižující. Není-li to pouze obrana ad hoc, pak je zřejmé, že

individuální pohovor má poskytovat psychoterapeut a výrok o případném přeložení má sdělit pracovník nezabývající se psychoterapií, v tomto případě např. přednosta oddělení během setkání celé komunity nebo při primářské vizitě. Dále pacient zmínil, že i já jsem k němu kritický a tvrdý. Vysvětlil jsem mu, že má „tvrdost“ je odvozena od toho, že jsem sám nespokojen, že mu neumím a neumíme pomoci, když vnímám (nevím, zda správně), že je zoufalý sám v sobě a se sebou a že naléhavě potřebuje pomoc, kterou mu neumíme poskytnout a kterou on ani neumí přijmout. Emoční napětí ve skupině a také mezi mnou a pacientem se vystupňovalo a já, vědom si toho, že to není asi psychoterapeuticky správné, jsem „agoval“, vstal a šel pacienta otcovsky obejmout, což bylo doprovázeno naprostým tichem skupiny. Vnímám, že pacient to přijal se zavřenými očima a trochu se přitulil. Došlo k překvapivé změně. Emoční napětí opadlo, pacient se začal jakoby vnitřně prohřívát či usmívat, zatvřelost a uzavřenost ustoupila. Zdá se to být velice prosté. Pacient potřebuje lidskou lásku (alespoň terapeutickou), od které se může zřejmě odvíjet naděje, odvaha, sebeúcta, chuť bojovat se sebou samým a překonávat obtíže. Otázkou je, zda tento zážitek objetí bude rozhodující pro jeho další postoj k léčbě, nebo bude-li jenom chvilkovou emocí, která bude nahrazena a překonána sumou emocí negativních

● VNÍMÁM NESPORNÁ POSITIVA, KE KTERÝM V LÉČBĚ V POSLEDNÍ DOBĚ DOŠLO

Nebyla zmíněna důležitost léčebného vztahu. Pozitivně vnímám, že v naší komunitní péči vznikají i individuální léčebné vztahy pacientů s terapeutem. Pacientům se po dohodě vyká křestním jménem. Je to zavedené a nikomu to nevadí. Je to jedna z účinných cest k prožitku vzájemné blízkosti v komunitě, při zachování důslednosti a náročnosti léčebného programu.

Léčebná atmosféra se v dobrém slova smyslu zlepšila, je přirozenější a laskavější. Dokonce na přijímacím oddělení, během setkání celé komunity, jeden recidivující pacient řekl, že proti minulé době, kdy se také léčil na přijímacím oddělení, došlo ke zlepšení. Již tam není ta permanentní nuda, protože byl zaveden léčebný program, byť mírnější než na režimovém oddělení.

Nejvíce mne těší, že si pacientky na ženském oddělení pochvalovaly na skupině sestřičky, které se jim ochotně a se zájmem věnují i během svých odpoledních, večerních a víkendových směn, když není léčebný program. Pacientky dokonce řekly, že sestřičky jim více pomáhají pochopit a řešit jejich rodinné problémy a vztahy s dětmi než mladí, bezdětní psychologové. Zvláště byla míněna jedna mladá psychologička z jiné léčebny, která, místo aby se zamyslela nad těžkostmi pacientky a snažila se jí pomoci, jí dala vyplnit nějaký test a jejími těžkostmi se nezabývala. Na mužském oddělení pacienti o zdravotních sestřích nemluví.

Vnímám, že náš současný léčebný program je důsledný i přátelský, srozumitelný a hodně dávající. Máme rezervy,

kteří lze realizovat při větším počtu terapeutů při současném snížení administrativy. Lépe se daří pacientům i personálu. Jedné člence terapeutického týmu při práci v komunitě dokonce vyklouzlo autenticky: „Chlapi, vždyť já vás mám ráda.“

● I PŘES KONSTATOVANÉ ZLEPŠENÍ PŘETRVAJÍ NĚKTERÉ OBECNÉ PROBLÉMY

Obecně je kritizovaná malá úspěšnost léčby měřená trváním důsledné abstinence od všech drog a změnou chování pacientů. Důvodů je mnoho. Pacienti vyhledávají léčbu a uvádějí, že se chtějí uzdravit. Představují si, že léčba je jakýsi krátkodobý, časově omezený kurz, nevědí, a ani nechtějí vědět, že léčba je dlouhodobým procesem, který má své zákonitosti. Totéž si myslí i členové jejich rodin a partneri, zvláště ti, kteří s námi v léčbě nespolupracují. Někteří z nich se dokonce domnívají, že když byl pacient v léčbě, má být vyléčen, nemá brát žádné léky a nemá již dále navštěvovat doléčovací zařízení. Léčba není záruka, je to pro pacienta spíše šance, kterou by měl využít. Je to pouze začátek dlouhodobého léčebného procesu.

Pacienti se mají v léčbě namáhat, překonávat v ní nesnáze a učit se novým způsobům prožívání a chování. Té námaha v léčbě příliš není. Adaptuje-li se pacient na režim oddělení a je-li schopen postupovat v léčbě dle kritérií léčebných fází, může prožívat jisté pohodlí a také nudu, stereotypii a ponorkovou situaci. Při vstupu pacienta do léčby nepoznáme, že mnozí si přicházejí spíše odpočinout a zlepšit své zdraví po intoxikacích alkoholem a drogami, mnozí se připravují na pokračování užívání drog či alkoholu mírnějším, opatrnějším způsobem. Někteří pacienti na prahu bezdomovectví hledají azyl, jiní se podrobují léčbě pasivně, na nátlak rodičů nebo partnerů, vlastní motivace jim chybí. Při vstupu do léčby o tom všem nevíme, a když to v průběhu léčby poznáme, spoléháme na to, že se jejich postoj k léčbě může změnit. Někdy k tomu skutečně dojde.

Námaha nastává až při propuštění z ústavní léčby a to i u těch, kteří mají kam jít a ke komu se vracet, protože si pacienti zvykli na v podstatě bezstarostný život v léčebné komunitě, v které měli zázemí, oporu a existenční zajištění. Mají se dlouhodobě ambulantně doléčovat, což ke své škodě nečiní. Potřebují další péči, povzbuzení, posílení a připomínání si všeho, co se v léčbě naučili nebo naučit měli.

V léčbě usilujeme hlavně o to, aby se pacient více a objektivněji poznal. Od tohoto sebepoznání by se pacient měl odrazit k úsilí se změnit. Chybí zřejmě jakýsi střední článek této „operace“. U mnohých pacientů se nám to nedaří ani přes všechny motivační pohovory a motivační skupiny. Naše léčebné úsilí nebrzdí až tak problematika syndromu závislosti, ale spíše základní osobnost pacienta, na kterou závislost nasedá. S léčbou anomální osobnosti či osobnosti s mnohočetnou poruchou si mnohdy nevíme rady. Někteří to umí, například PhDr. Frouzová a prof. Praško, který na-

víc doporučuje farmakoterapii u hraničních poruch osobnosti.

Na jiném mém pracovišti jsem se setkal s pacientem, který nedokončil léčbu na oddělení závislosti v Bohnicích. Když jsem mu to vyčítal, řekl mi, že to, co potřeboval, dostal. Pokračuje doma ve cvičení jógy a v autogenním tréninku. Tím má zaplněn volný čas a abstinuje bez obtíží. Je otázkou, jak dlouho pacientovi jóga a autogenní trénink vystačí k zachování trvalé a důsledné abstinence.

Nemáme žádný univerzální lék, jako mají diabetologové (inzulín). I při kauzální farmakoterapii se musí diabetologové opírat o psychoterapeutické vedení pacienta. Taktéž se i my budeme muset neustále učit umění jak pacienty adekvátně léčit, aby došlo k uzdravě, k vyvráždění postižených osobností a k převzetí zodpovědnosti za svůj život. Nemůžeme se pacientů totálně zmocňovat, ale můžeme je více obohacovat o naše pojetí života. Otázkou je, zdali jsou pacienti schopni či ochotni to přijmout a identifikovat se s našimi hodnotami a životním stylem. Pokud to nepřijmou, měli by být alespoň schopni dospět k optimální verzi vlastního života. Měli by se přiblížit k možnosti dosažení svého „ideálního“ já. Mohou v léčbě dojít i dále, ale není to nezbytné.

● NĚKTERÉ DALŠÍ NÁPADY A MOŽNÉ DOPLŇKY LÉČBY

Rodinná terapie. Nemá být realizována pouze na požádání pacienta, má být samozřejmou součástí léčby. Právě ti pacienti, kteří tvrdí, že rodinná léčba v jejich případě není nutná, často skrývají neřešené konflikty v rodině či partnerství. Neřešení těchto konfliktů přináší možné rozlady pacientům, kteří se z léčby vracejí domů. Problémem je, že nemáme lůžka pro členy rodiny, kteří by setrvali déle a případně se účastnili i režimu. Proto by např. sociální sestra měla zvat členy rodiny na terapii individuálně, na základě dopravních možností, do dislokované léčebny. I když nejspíš krátký čas věnovaný rodinné psychoterapii nevyřeší všechny dlouhodobě existující problémy, může být dán aspoň začátek jejich vyjasňování.

Ambulantní dlouhodobé doléčování. Pacienty je nutno již během ústavní léčby orientovat na nezbytné ambulantní dlouhodobé doléčování. Mnozí pacienti se domnívají, že mají ve všem jasno, že jsou silní a že jsou vyléčeni nebo téměř vyléčeni. To si myslí i rodiny. Pacienti po propuštění zapomínají, že zůstávají pacienti a nevyhledávají u nás pomoc v době, kdy ji potřebují. Dávají přednost relapsu a recidivě a vymlouvají se pak, že jim nebylo dobře, že měli úzkost nebo nutkání. Včasnou pomoc nevyhledali.

Závislý pacient se také musí vymanit z komunikace s jinými závislými. Může se přechodně cítit osamělý. Také proto má vyhledávat kontakt či přátelství s jinými, v léčbě úspěšnými, pacienty. Ani to nestačí. Musí pěstovat záliby a koníčky a seznamovat se s lidmi, kteří drogy nikdy nebrali

a neberou. Bude-li pacient tlumit svůj egoismus a bude-li prospěšný jiným lidem, může si začít odpouštět své životní chyby (prožívané jako viny). Může se mít víc rád a prožívat nastartovaný pocit sebeúcty. Konečným cílem léčby je, aby pacient rozpoznal své pozitivní potencionální možnosti, schopnosti, rozvíjel je a byl tedy také lepším člověkem.

Náměty pro ambulantní doléčování. Jedním ze způsobů, jak již během rezidenční léčby orientovat pacienta po propuštění na doléčování, jsou např. tematické a samořídící skupiny, které nemají stálý program a jejichž náplň je improvizovaná. Pro tyto skupiny, jež jsou součástí léčby, nabízím náměty, které se týkají možných problémů po návratu domů.

Příklady námětů:

- Muž bez party. Co lze očekávat od rodiny při návratu z léčby? Co s volným časem, jak se bránit nudě a prázdnotě?
- Co může prožívat žena ve zralém věku, když se vrátí domů, kde ji nemilující muž zahrne prací a dospělé děti žijí mimo domov? V takové situaci bývají i zralí muži po propuštění z léčby. Jak čelit takovému zklamání, jak se obrnit, jak to přečkat? Pacient si má každý den několikrát připomenout, čemu se naučil nebo naučit měl během léčby, hlavně hospodařit sám se sebou, se svými emocemi.
- Proč zrovna závislí by měli být ochuzeni o ideály a hodnoty skautingu? Schází nám všem. Jde o pravdomlupnost, čestnost, zdvořilost, ochranu přírody a cenných lidských výtvorů. Prožitky u případného táboráku bych rád směřoval k pohledu do ohně, k meditaci a k fiktivnímu odhazování svých špatných vlastností a negativních emocí do ohně, aby byly spáleny, aby se od nich očistil a odpoutal. Pouhé opékání buřtů odvádí od cennějších prožitků. Je velké množství námětů, které lze formulovat pro léčbu a doléčování jak terapeutickým týmem, tak samotnými pacienty.

Péče o tělesnou kondici. Při psychoterapii se příliš sedí. U mnohých pacientů to posiluje pasivitu. Při intenzivním pohybu, terénní chůzi či sportování se snižuje hostilita, paranoidita a úzkostnost. Tvorba endorfinů přináší dobrou náladu. Péči o tělesnou kondici by mohl posilovat tzv. kruhový trénink, který sestává z řady sportovních disciplín. Ty jsou realizované v uzavřeném kruhu, takže je možno účastníky pozorovat, fandit jim a podporovat jejich soutěživost. Tělesnou kondici snižuje někdy přílišná farmakoterapie, například podávání léků při občasných potížích s usínáním a spánkem. V chorobopisu pacientů jsou pokyny pro sestry, aby byl při neklidu ordinován Tiapridal. Večer si může pacient vyžádat hypnotikum. Tyto pokyny jsou v chorobopisu z důvodu, aby sestra nemusela volat službu majícího lékaře. Právě při obtížném usínání, ve tmě a klidu, pacient může a má prožívat sám sebe (být sám sebou v sobě). Má k tomu klid.

Život v kolektivu by měl mít i okénka pro soukromí, tj. pro možnost jít do parku léčebny a užít trochu osvobozující samoty. Doporučuji pacientům pro trénink vůle i bobříka mlčení, taktéž odvozený ze skautingu. 24 hodin mlčet při plné terapeutické účasti je velice obtížné, pacient se na to musí soustředit a terapeutický tým a komunita mají být dopředu informováni. Muži mají možnost cvičení v posilovně a ženy by měly mít možnost též nějakého tělesného cvičení, např. aerobiku. Pro ranní program doporučuji trénink koncentrace na určitý úkol vztahující se k aktuálnímu dni, s použitím autosugesce a fetiše. Relaxace se mi zdá příhodná až během pozdního odpoledne.

Je žádoucí snižovat u pacientů orientaci na hédonistické prožitky a cíle a vést je k ocenění nemateriálních hodnot. Doporučuji léčebný program více zduchovnit. Problém je, že se necháváme pacienty příliš vtahovat do jejich sociálních a rodinných problémů, které je aktuálně nejvíce bolí. My v nich však nejsme kompetentními odborníky. Tak se nám vzdaluje a vytrácí terapeutický úkol věnovat se také neřešené existenciální problematice pacientů a jejich duchovním potřebám, byť neuvědomovaným. Nejde pouze o smysl života, víru, naději, vinu, odpouštění a smíření, ale o souhrn všech duchovních náležitostí, jejichž absence nebo nenasycenost (neuspokojenost) zakládají tzv. psychospirituální krizi (Jung, Grof). U mnohých našich pacientů vnímáme jejich nevědomé nenaplněné duchovní potřeby jako přetrvávající pocity nudy a prázdnoty. Od některých pacientů se dovídáme: „Rodiče mě nechtěli, má existence je následkem jejich sexuální nehody. Těhotenství nebylo chtěné. Mám pocit zbytečnosti, že tady nejsem k ničemu a že tady vlastně ani nemusím být.“ To je typický příklad existenciální frustrace, která je léčitelná, ale ne každým a ne vždy.

Častým projevem absence životního smyslu je pasivní přístup k životu s apatickoabulickým syndromem provázeným úzkostí a depresí. Tento syndrom může mít však i jinou příčinu. Pacientům je souhrnný pojem **psychospirituální krize** cizí. Neumí svůj stav zhodnotit v celé své závažnosti a argumentují obranně. Například: „Jakápak krize, kdybych zaplatil dluh, nedal ženě facku a nerozmlátil židli, nebyl bych označen, že jsem závislý na alkoholu či jiných drogách a nebyl bych tlačěn k tomu, abych se léčil a byl tady zavřen.“ Naši ateističtí pacienti nejenom že odmítají reflektovat a uvědomit si své duchovní potřeby, ale odmítají i nabídku sekulárních řešení. I my máme rozpaky nad těmito tématy, neumíme je terapeuticky uchopit. Přitom je to jedna z významných forem a rezerv léčby.

Psycholog PhDr. M. Vančura zdůraznil, že potřeba duchovnosti je jednou z nejdůležitějších lidských potřeb. Duchovní přístup k léčení psychických poruch, jak je známo, připomněl jako jeden z prvních C. G. Jung svou metaforou, že na spiritus (alkoholismus) je adekvátní léčebnou metodou spiritus (zájem o duchovní potřeby pacientů). Před

mnoha lety filozof Cvekl ve své práci o etice a alkoholismu (1969) uvedl, že alkoholismus není jen nemoc v běžném klinickém slova smyslu, ale že jde zároveň o poruchu, která nám leccos říká k základnímu filozofickému problému, čímž je vlastně člověk jako subjektivita nucen jednat a žít ve světě, do něhož se zrodil. V tomto smyslu může být tato nemoc pojímána nejenom syndromologicky nebo nosologicky, ale také jako příběh úpadku a případného vzmachu. Samozřejmě se to vztahuje na všechny druhy závislostí. Důležitost existenciální problematiky je možno odvodit od výroku „*primum vivere, deinde philosophare*“. U našich pacientů to platí asi obráceně. Kdyby včas promýšleli svůj život a jeho směřování, lépe by žili. Naši pacienti nejsou ve svém chování nikterak originální. Jsou odrazem našich negativních společenských hodnot a zvyků. Pohrdavý ateismus utlumil výchovu k morálním a duchovním hodnotám. Má-li přece jen někdo z pacientů náboženskou víru, nikomu ji nevymlouváme a nekritizujeme, dokonce ji oceňujeme, působí-li jako podpora a útěcha pacientům. Je to něco navíc, co každý nemá.

Jeden z pacientů na skupině uvedl, že se oddal náboženské víře, vše pochopil, vše má vyřešené a dokonale porozuměl své minulosti. Dostal zpětnou vazbu, že je velice nejisté, jak ho to posílí do budoucna. Pacient chtěl ukončit léčbu, ale celá skupina mu radila, aby setrval, dále těžil z léčby a posílil se do budoucna ještě jiným modelem (léčebným) než pouze náboženskou vírou. Do konce léčby mu zbývalo asi 14 dní a za tu dobu mohl pacient více posílit svoji odolnost vůči svodu, lákání a nutkání vrátit se k zneužívání drog. Pacient se navíc neskrýval s tím, že i když se léčí ze závislosti na opiátech, má velice pozitivní vztah k alkoholu. To zakládá nebezpečí vzniku jiné závislosti či recidivy závislosti na opiátech. Další zpětná vazba od členů léčebné skupiny spočívala v tom, že překotně vzniklá náboženská víra může být náhradou za nedostatek motivace k léčbě. Pacient tuto zpětnou vazbu nepřijal, ale ukázala se jako pravdivá. Pacient podepsal revers, že žádá propuštění z léčby proti radě lékaře. Byl propuštěn a následně spatřen, jak si kupuje láhev alkoholu.

Velice oceňuji, že do léčebny začala docházet farářka z blízkého okolí. Na našem oddělení bude určitě vítána, někteří pacienti za ní dochází do kaple. V naší léčbě, žel, není příliš probíráno dvanáct kroků AA (anonymních alkoholiků). Odkaz na boha, od kterého čekám pomoc, tlumočím našim pacientům jako sílu, která se ve mně teprve rodí.

Náboženskou víru nijak nepodceňujeme ani neodsuzujeme, avšak nabízíme množství sekulárních podnětů jako např. umění, kulturu, sport, studium ale i manuální činnost. Radíme k dobročinné činnosti, pěstování přátelství a ke konání dobrých skutků, začínáme s tím již v léčbě. O nutnosti stimulovat výchovu k morálním hodnotám mluví i profesor MUDr. Höschl, který dokonce doporučuje osvojit si skautské desatero. Docent PhDr. Preiss si dal práci a přeložil z angličtiny objemné dílo o ctnostech, které je součástí tzv. pozitivní psychologie. Nejpodstatnější vlastnosti

či ctností, ke které by měli dospět naši pacienti, je zodpovědnost za své jednání a chování.

Seznámení pacientů se základy adiktologie. Pacienti nemají v rámci sebepoznávání rozpoznat pouze svou osobnost, ale mají více porozumět svému chorobnému stavu, tedy závislosti na drogách. Pro výuku je neustále užitečné Skálovo „Až na dno“, optimou je výuka textů prim. MUDr. P. Jeřábka a také prim. MUDr. Dvořáčka, které jsou sice obtížné, ale lze je reprodukovat pacientům srozumitelně. Neustále hodnotná je také práce PhDr. E. Urbana „Toxikomanie“ a Skálova a Matějčkova práce „O dětech alkoholických rodičů“. Taktéž práce MUDr. Vojtůka a PhDr. Břicháčka na toto téma. Poučení je možné nalézt i v textech primáře MUDr. Nešpora. Přínosný je text herečky E. Holubové, která trvale usiluje o zachování své abstinence a umí si nacházet pomoc. Text jsem poskytl pacientům na obou odděleních léčby závislostí.

Pacienti by měli podstoupit test, v kterém by dokumentovali, jak látku pochopili, a mohli by se vyjádřit i k tomu, zdali jí věří a zdali z ní budou čerpat. Diskuse na toto téma již probíhá.

Další možné obohacení léčby. Z vnuceného a dlouhotrvajícího života v kolektivu je nutno mít změnu. Během volna by pacienti neměli pouze kouřit, pít kávu a tlachat, ale měli by užívat možnosti samoty v zahradě, meditovat a třeba i vnímat totem oddělení s použitím imaginace.

Do léčby také patří arteterapie, která se u nás provádí, rezervu máme v muzikoterapii a tréninku asertivity. Pacienti přirovnávají svou léčbu zaměřenou na trénink abstinence k návratu k černobílé televizi, který, pokud již došlo k návyku vnímat televizi barevnou (obecně psychický stav ovlivněný drogami), je velmi obtížný. Není nutno se vracet k černobílé televizi. Je spíš vhodné začít číst hodnotné knihy a přemýšlet o nich. S tím lze začít již během ústavní léčby.

Odborné názvy bychom měli vyjadřovat česky. Pacienti nemusí rozumět tomu, co je frustrace, reflexe a co jsou emoce.

Žádoucí je zadávat pacientům úkol, provést třeba dva nebo tři dny za sebou nějaký doložitelný dobrý skutek. Vymyslet si ho může pacient sám.

Do cvičení vůle by se mohlo zařadit i úsilí pacientů nedopustit se přestupku, což je oceňováno. Pacient, který se po celou léčbu nebo po podstatnou její část nedopustí žádného přestupku, dokumentuje pouze svou adaptabilitu k požadavkům léčebného programu, ale posoudit dynamiku léčebných změn je téměř nemožné. Takový pacient je také ochuzen o trénink prožití frustračních pocitů ve střízlivosti a je ochuzen o zpětné vazby spolupacientů a terapeutů. Není to tedy vždy vhodný způsob k tréninku vůle. Větší množství přestupků pacientů nás na druhé straně informuje o nekázni a nepřipravenosti k léčbě.

Recidiva. Na našem oddělení pro léčbu závislosti často slychávám, že prožitek recidivy patří do léčby a že má pozitivní význam. To je snad pravdou u některých pacientů, ale jiní pacienti to prožívají jako dramatické selhání a nemají sílu se znovu přimět k léčbě a abstinenci. Opakovaně jsem to slyšel od některých pacientek na ženském oddělení. „Pád na dno“ není zárukou, že pacient bude mít sílu se zvednout, zvláště ne tehdy, když nemá možnost se o něco nebo o někomu opřít, či se přidržet. Je to individuální.

Nepodařilo se nám zatím vymyslet rituály, které by posilovaly pacienty v léčbě. Ženské oddělení však již má svou hymnu a pokřiky stimulující odhodlání. Posilující je také sborový zpěv. Muži se tomu brání, ženy zpívají rády.

Doléčovací týdenní pobyt. I při nedostatku místa a personálu je žádoucí zvát na doléčovací týdenní pobyt úspěšné pacienty, tzn. ty, kteří se doléčují a abstinují. Ti by od nás měli dostat diplomy za abstinenci, vůli a vytrvalost. V mnohých jiných léčebnách pacienti diplomy dostávají. Velmi si toho váží a pozitivně to oceňují, někdy se tím dokonce chlubí. Přejeme si, aby pacienti prožili během léčby pozitivní a radostné emoce, aby léčba byla zážitkem. Aby mohli pojmát svůj život ne jako improvizaci svého bytí ze dne na den, ale jako neopakovatelný dar (prof. Říhová).

Snad i v léčbě platí, že příklady táhnou a diskuse je užitečná. Podařilo se, za přítomnosti téměř 70 pacientů (odd. 7A a 7B a některých pacientů z příjmového odd. 2), demonstrovat pacienty z kutnohorské ordinace, kteří déle abstinují od alkoholu. Z pěti pacientů dva dokonce abstinují přes deset let a neustále oceňují doléčování v terapeutické skupině, která má již částečně charakter klubu.

Pracuji dlouhá léta v ambulanci OAT. Když pacientům doporučuji ústavní léčbu, mnozí se ptají, která léčebna je

lepší, která je mírnější. Odpovídám následovně: „Ptej se spíše sám sebe, jak mnoho se chceš namáhat a učit se překonávat svoji chorobu, jak moc budeš aktivní a spolupracovat s terapeutem“.

Nejsem znalec režimové léčby a nejsem ani zatížen návykem pojmát stávající léčebný program jako daný neměnný stav. Vnímám proto potřebu změn výrazněji. Mé kritické poznámky k léčebnému programu i mé nápady a návrhy jsou obecné, vyplývají z přání, aby se léčebný program neustále zlepšoval za příznivějších personálních podmínek.

Všichni, kteří se účastníme těchto změn, děkujeme všem, kteří naše úsilí podporují a uskutečňují.

● ZÁVĚR

Máme rezervy. Potřebujeme mužský i ženský detox, lůžka pro rodinnou terapii a abstinující pacienty. Potřebujeme více odborného personálu. Všechny naše změny a nápady k zlepšení a obohacení léčby jsou prozatímni současnou vývojovou variantou stávajícího léčebného programu. Odbornou veřejnost prosíme o diskusi.

Platí obecně, že „Život, to je kázeň, práce a vážné hledání pravdy“ (Karel Čapek).

MUDr. Dvořáček nabízí optimistický slogan, který by měl určovat životní pocit: „Já jsem dobrej, svět je dobrej“.

Sestra Maťová má pro terapeutů významný vzkaz: „Ať je déšť nebo mlha, terapeuti mají svítit pacientům na cestu“.

Prof. MUDr. Praško hodnotí pomáhající profesi jako práci nebezpečnou, náročnou a deformující, která může pomáhajícímu přinést velká zklamání a může vést až k somatické či psychické poruše.

Rád bych ho doplnil, že jde také o práci, která terapeutu posiluje, obohacuje a povznáší.

ZPRÁVY

CENA GRADY 2010

Prestížním titulem Cena Grady jsou oceňovány publikace, které svým odborným přínosem i čtenářským ohlasem získaly nezastupitelné místo v celkové produkci českých nakladatelství. Redakční rada nakladatelství GRADA udělila Cenu Grady za rok 2010 mj. následujícím titulům:

Redakce psychiatrie a psychologie:
Sexuologie
(Prof. PhDr. Petr Weiss, Ph.D., a kolektiv)

Redakce zdravotnické literatury:
Hepatologie
(Prof. MUDr. Jiří Ehrmann, CSc., prof. MUDr. Petr Hůlek, CSc., a kolektiv)

U příležitosti 20. výročí působení nakladatelství GRADA Publishing na českém knižním trhu vedení společnosti uděluje svým nejvýznamnějším dlouholetým autorům **Ocenění za významný přínos k rozvoji odborného knižního fondu:**

v oblasti zdravotnické literatury
prof. MUDr. Radomíru Čihákovi, DrSc.,
v oblasti psychologické literatury
prof. PhDr. Janu Vymětalovi.

Ceny Grady 2010 a Ocenění za významný přínos k rozvoji odborného knižního fondu byly autorům slavnostně předány 30. května 2011 v prostorách barokního refektáře kláštera sv. Jiljí v Praze.