

## O potřebě naplňovat a rozvíjet ambulantní léčbu závislých pacientů



PETR RIESEL

*Začátkem tohoto roku nás, účastníky středních odborných seminářů v pražském Apolináři, vyzval primář MUDr. Popov, abychom nabízeli témata k diskusi. Nabídl jsem uvedené téma, protože mám pocit, že je zanedbáváno. Vyjadřuji přání aktualizovat a zlepšit současnou situaci.*

*Cílem předloženého textu je oživit problematiku ambulantních léčeb a diskutovat jejich různé segmenty – např. ambulantní ochranné léčby, která je spíše uskutečnitelná u pacientů, kterým je ochranná léčba ústavní přeměněna na ambulantní. Přál jsem si diskutovat možnost monitorování hladiny a tedy potřeby množství substituční látky u pacientů závislých na heroinu. Problémem je jak zajistit spoluúčast partnerů či rodičů v léčbě pacientů. Spolupráce odborné ordinace s K centrem a jinými ambulantními zařízeními má rezervy. Lze například posílat streetworkery z K centra za ambulantními pacienty, kteří přestali docházet do OAT. Jejich případné recidivy lze zkrátit, podaří-li se získat tyto pacienty pro pokračování v léčbě. V textu zdůrazňuji potřebu zřízení denních stacionářů. Mnozí pacienti totiž mají obavy, že ztratí zaměstnání, rozhodnou-li se pro tříměsíční ústavní léčbu, a dali by přednost ambulantní péči, při které nepřerušují zaměstnání. V denním stacionáři by se daly realizovat mnohé ověřené léčebné postupy používané v ústavní léčbě. Přál bych si, aby i další problémy byly diskutovány v panelové diskusi.*

*Charakter textu odpovídá mé klinické a generační zkušenosti. Ambulantní péči v PAP a posléze v OAT se zabývám sice dlouho, od roku 1960 dosud, ale pouze na malý vedlejší pracovní úvazek. Mou hlavní pracovní náplní byla práce závodního lékaře na plný úvazek v letech 1959–2001. Text má tedy úroveň pouhého diskusního příspěvku, není svou úrovní vědeckým příspěvkem, který by byl doplněn citací rozsáh-*

*lé literatury. Má erudice není dostatečná. K práci v PAP, kterou jsem si vybral z nabízených nadúvazků, jsem nebyl odborně připraven, spíše lidsky lákán. Pomohly mi zkušenosti z práce praktického lékaře a sociální cit, psychiatrii a příbuzné obory jsem se začal intenzivně učit. Po půlroční práci v PAP Chomutov jsem absolvoval týdenní kurz u MUDr. J. Skály v Praze. V Apolináři jsem se spřátelil s některými dlouholetými abstinujícími pacienty MUDr. Skály a od nich jsem se též učil. Zeptal jsem se MUDr. Skály, v které protialkoholní poradně bych se také mohl učit ambulantní péči. Řekl mi, že o ambulantních poradnách nemá až takový přehled. Seznámení s režimovou léčbou mi k ambulantní péči nestačilo. O tom jsem se přesvědčil, když jsem se pokoušel režimové prvky v poradenské péči uplatnit, ale to se dařilo pouze přechodně u některých pacientů. Proto jsem využil možnost výcviku v psychoterapii a jsem tedy žákem nejen MUDr. Skály, ale i doc. MUDr. Knoblocha a jeho spolupracovníků, a také primáře MUDr. Boše. Věnovat se psychiatrii a atestovat z ní mi bylo znemožněno z politických důvodů. I kandidaturu věd jsem obhájil až po skončení normalizace, tj. o 22 let později.*

*Při pouhé práci v poradně mi hrozila stagnace, které jsem se chtěl ubránit, proto jsem se snažil být aktivní a užitečný i mimo ordinaci. S pomocí Veřejné bezpečnosti jsem založil v Chomutově záchytnou stanici. Poměrně brzy jsem začal publikovat a přednášet. Navrhl jsem model vývoje a léčby alkoholismu typu gama, což měla být pomůcka pro skupinovou psychoterapii. Režimovou péči jsem si zopakoval až v nedávné době, kdy jsem byl dva dny v týdnu po dva roky zaměstnán v psychiatrické léčebně Horní Beřkovic na oddělení léčby závislosti.*

### ● **Zakladatelem léčby závislých u nás je doc. MUDr. Jaroslav Skála, CSc.**

Vytvořil funkční model ústavní léčby, který byl tak ucelený a hodnotný, že poskytoval pravidla jak pečovat o nemocné ambulantně. Ambulantní léčba v 60. letech minulého století byla odvozena od myšlenek a metod léčby ústavní. Neměla zcela vymezená pravidla, což poskytovalo možnost uplatnit invenci. Péče v poradnách byla zaměřena na přípravu pacienta na léčbu ústavní a na doléčování. To byl začátek. V průběhu let došlo ke značnému pokroku a rozvoji ambulantní léčby obecně.

### ● **Režimová léčba je pro léčbu ambulantní neustále inspirativní**

Dosud platným funkčním modelem ústavní léčby je léčebný režim doc. MUDr. J. Skály. Je ovlivněn modelem M. Jonese (Skála nevyvracel fámou, že se inspiroval také u Makarenka. Ptal jsem se na to A. Mařové a ta mi řekla, že to bylo jakési politické krytí, ne inspirace.) Doc. Skála vytvořil systém, o kterém se říkalo, že je přenosný. Bylo to přání, přenosnost byla pouze formální, tedy částečná. To přiznává i Kubiček v Dvořáčkově práci *O skálovském a postskálovských režimech*. Doc. Skála sám uváděl, že nemůže existovat jednotný recept a schéma při vytváření režimu a že každý režim bude odrážet systém hodnot těch, kteří režim vytvářejí a používají. Doc. Skála často svůj režim revidoval a korigoval. Naši mladší spolupracovníci nejspíše nevědí, že terapeutické výsledky skálovského režimu u pacientů, kteří absolvovali celou léčbu, byly zhodnoceny MUDr. L. Kubičkou z Výzkumného ústavu psychiatrického. U pacientů došlo k zjevnému posunu prožívání a chování na ose hedonismus – askeze, anarchie – řád a rezignace – boj s překážkami. Uvedené posuny dokumentují, že prožívání a chování pacientů se může léčbou změnit, i když se nezmění jejich základní struktura osobnosti. To je neustále významné. To je asi první oficiální uznání léčebné metody KBT.

Skálův režim byl mnohými lékaři i pacienty pozitivně hodnocen, poskytoval a nabízel pokračování léčby v klubových setkáních, při sportování a jiné společenské činnosti. Měl také své odpůrce. Ne všichni pacienti byli ochotni a schopni se podřídit léčebnému režimu, učit se novému životu, namáhat se překonávat a odstraňovat naučené stereotypy neúčelného chování. Někteří pacienti se této léčbě vyhýbali, jiní nastoupili, ale brzy léčbu opustili, to trvá.

I někteří terapeuti nebyli ochotni se v léčbě angažovat až tak jako doc. Skála a jeho tým a dávat pacientům příklad. Z těch se stali odpůrci Skálovi i jeho režimu.

Pro pacienty, kteří si spíše nárokovali mít terapeuta pro sebe, byla skupinová a komunitní léčba nezvyklou novinkou. V samém začátku léčby je skupinová terapie obtížná. Někteří pacienti cítí trapnost či stud při verbálním sdělování průběhu své závislosti a nedůvěřují členům skupiny, do které byli zařazeni, že zachovají skupinové tajemství. Tr-

vá delší dobu, než se ze skupiny nových pacientů vytvoří kolektiv s významným léčebným potenciálem. Navíc některé své problémy považují pacienti za intimní a privátní, nehodící se k zveřejnění před skupinou cizích lidí, kteří sotva budou kompetentní reagovat hodnotným názorem, dobře myšlenou kritikou či radou. To očekávají, to si přejí, ale často se stává, že skupina mlčí, její členové nevědí jak reagovat. Nicméně skupinová léčba je adekvátní a základní léčebnou metodou. Skupinovou léčbu lze doplňovat terapií individuální či léčbou individualizovanou, což je spíše psychoterapeutická intervence k členu léčebné skupiny. Setkání celé komunity, při kterém je problematika z jednotlivých skupin upozaděna, mívá jinou atmosféru, bývá posilující, solidární.

### ● **Někteří autoři nabízejí změny skálovského režimu**

Například Dvořáček soudí, že jsou dobří a také méně dobří žáci a následníci a navrhuje mnohé změny léčebného režimu. Uvádí, že místo tuhého režimu s mnoha varováními, zákazy a nařízeními jsou důležité obohacující hodnotné zážitky, které by mohly či měly pacienty více oslovit a vyzvat je k úsilí o jejich změnu. Také Dvořáčkovy návrhy mají své oponenty, kteří jsou toho názoru, že hodnotné a obohacující zážitky nevyklučují důsledný režim, mají být jeho součástí.

Psycholožka jednoho odborného oddělení spolu s dalšími kolegy po vyslechnutí Dvořáčkovy přednášky, pronesené před pěti lety v léčebně Červený Dvůr, navrhla a prosadila nepoužívat bodový systém. Ten má své přednosti i nedostatky, protože vede k potlačování individuality pacienta a přispívá také částečně k jeho regresi. Podporuje výkonovou orientaci, totiž honbu za získání co nejvíce dobrých bodů, a nahrává možnému zneužívání systému (kupčení s dobrými body). Pacient cítí možnost, že když poruší režim, může se z toho vykoupit.

Jsem toho názoru, že bychom neměli až tak pozitivně oceňovat, když se pacient dokonale adaptuje na režim a nemá žádné přestupky, protože to může svědčit pouze o schopnosti jeho adaptability, ale dynamika léčby je nehodnotitelná. Některé přestupky jsou dokonce žádoucí, například když pacient nezvládá nějaký problém, konflikt či emoce. Svým reaktivním chováním poskytuje informaci o své osobnosti a je pak zjevné, na co se léčba má zaměřit. Na druhé straně jsem toho názoru, že mnohé konflikty s režimem v samém začátku ústavní léčby mohou být projevem psychického neklidu při přetrvávajících obtížích z odnětí drogy, když byl pobyt v detoxu krátký.

Pro zajímavost uvádím, že primář MUDr. Dvořáček v této přednášce uvedl, že vlastně neví, co pomáhá. To kdysi zmínil i doc. Skála, který se ptal pacientů na totéž. Pamatuji si, že pacienti většinou odpovídali, že největší léčebný vliv na ně má týdenní služba na záchytce, při které musí ošetřovat agresivní a někdy i znečištěné zachycené. Také týdenní pobyt v bohnické léčebně, kde se léčili asociální a deprivova-

ní pacienti s pokročilou deteriorací psychických funkcí, hodnotili pacienti jako terapeuticky významný.

Tak jako Dvořáček navrhuje úlevné změny pro režim, lze i konstatovat, že léčebný režim v některých léčebnách již není realizován jako účelný, důsledný a náročný. Je spíše aplikován jako šetrný a shovívavý. Někteří pacienti sami „žalují“ na léčebný režim a vyčítají mi, že jsem je špatně informoval, když jsem jim říkal a vysvětloval, že celodenní program je pestrý a aktivizující a že se téměř nezastaví. Někteří pacienti udávají, že se dokonce nudili, nebylo co dělat, program měl mezery. Také jim scházela několikahodinová práce. Říkám jim, že byl tedy čas a prostor, aby každý pracoval sám na sobě, tj. soustředěně přehodnocoval svůj bývalý životní styl, návyky a chování, racionálně plánoval budoucnost. Tomu se však pacienti vyhýbali. Po kulturních zážitcích neprahli.

Léčebný režim v rezidenční léčbě poskytuje hlavní rámec léčby, který mnohým pacientům k sebepoznání a ke změně stačí, zvláště když se pak ambulantně doléčují. Mnozí však režim narušují a kazí. To jsou ti, kteří usilují dostat se do léčebny, ale nepřejí si uzdravu. Přejí si rekonvalescenci ze svých intoxikací a povšechné zabezpečení základních potřeb. Když je léčba „tísni“, žádají propuštění a zkouší se *za nějaký čas* dostat do jiné léčebny, což se jim daří. Snad bychom měli v ambulanci zájemce o léčbu zavazovat k nějakému slibnému terapeutickému úsilí, které by naznačovalo, že to s uzdravou myslí vážně. Pacientů se ptám: Co čekáš od léčby a co čekáš od sebe? Mnohdy záleží na tom, za jakých okolností se dostane pacient do léčebny. Léčebny přijímají i pacienty bez doporučení, když například rozložení otcové přivezou do léčebny své syny. Léčba je vnímaná jako trest, motivace k uzdravě není. Z léčby však předčasně odcházejí i ti, které informujeme o léčbě a připravujeme je na ni. Přesvědčil jsem se, že někteří pacienti neporozuměli významu režimové léčby, když jim nikdo v léčebně zřejmě nevysvětlil, že veškeré terapeutické „tlaky“ vyžadování plnění povinností, zákazy, nařízení a případné sankce jsou součástí terapie a směřují k uzdravě pacientů. Léčebný režim nemá připomínat ani polepšovnu, ani sanatorium, ale školu života.

Ústavní a režimová léčba poskytuje dostatek léčebných impulsů, zážitků a učení a poskytuje tak dostatečnou nabídku pro možnost uzdravy.

Léčba se však může také zcela vědomě zneužít a zmařit, jak ukazuje následná kazuistika:

Pacientka závislá na alkoholu a pervitinu, 35letá matka dvou dětí, které byly soudem přičteny jejich otci, jenž se s nimi odstěhoval ke své matce. Nezaměstnaná pacientka dále žila sama se svým otcem, který finančně zabezpečoval ji a celou její rodinu, protože otec dětí sice pracoval, ale splácel dluhy z neúspěšného podnikání. Pacientka byla celkem třikrát ústavně léčena. O ústavní léčbu žádala vždy sama, v OAT jsme o ní nevěděli. Po

propuštění z léčebny chodila do ordinace a pochvaloval si režimovou léčbu, jak byla vlídná, jak se dobře cítila a jak se s ostatními pacientkami nasmála. Ústavní léčba ji vůbec neoslovila a neovlivnila. Zneužila ji jednak jako alibi, že se sebou „něco dělá“, jak k tomu byla vyzvána otcem i přítelem, ale ústavní léčba byla pro ni zřejmě únikem z rozpadající se rodiny. Příčinou rozpadu byla její závislost na drogách. Po třetí ústavní léčbě jsem jí nabídl, že jí zařídím v místě jejího vzdáleného bydliště pravidelné kontroly moči u praktického lékaře, aby pod kontrolou abstinovala a mohla po čase požádat soud o navrácení dětí nebo zpočátku spíše o povolení častějších návštěv dětí. To bylo v době, kdy mi řekla, že přestala pít, ale vrátila se k pervitinu. Při další návštěvě mi řekla, že kontrola moči na pervitin není třeba, že s pervitinem přestala a vrátila se k alkoholu. Když jsem nabídl kontrolu dechu na alkohol u praktického lékaře, přestala chodit do ordinace. Za několik dní mi volala policie, že ji zatkl pro přepadení staré ženy, které ukradla kabelku. Ptali se mě, zda zatčená může užívat antidepressiva, která u ní našli, zda to negativně neovlivní kvalitu výsledku. S pacientkou jsem se již nesetkal, došlechl jsem se, že je ve vězení.

### ● Ambulantní léčba závislých pacientů

Mnozí pacienti závislí na alkoholu si přáli a dosud přejí léčbu ambulantní. K ambulantní léčbě jsou vhodní pacienti s nepříliš pokročilou závislostí na alkoholu, jsou-li ochotni a schopni pravidelných návštěv a jsou-li motivováni podstoupit námahu učít se pravdivému sebepoznání, které má vést k schopnosti postupně měnit svá hodnocení, prožívání a chování. Duální diagnóza nevádí, vadí závažné poruchy osobnosti, akutně probíhající psychóza, těžká deteriorace (závažný organický psychosyndrom) a asocialita.

Ambulantní léčba nabízí individuální i skupinovou terapii, farmakoterapii, rodinnou i partnerskou terapii, a to i gamblerům a nealkoholickým toxikomanům v rámci doléčování po propuštění z ústavní léčby.

Někteří pacienti v ambulantní léčbě uspěli. Například 70letá pacientka závislá na alkoholu je v léčbě 17 let, z toho 15 let trvale a důsledně abstinuje. Svou ústavní léčbu prožila opakovaně na interním oddělení nemocnice pro selhávání jater. K nám do OAT ji vozili na nemocničním vozíku, protože v době své hospitalizace nebyla schopna chůze. Pacientka v naší ordinaci měla soustavou individuální péči a dlouhodobě chodí pravidelně na skupinová setkání, kde požívá respekt a obdiv. Důsledně abstinuje, je aktivní a pomáhá v léčbě začínajících abstinujících. Co pacientce asi nejvíce pomáhalo? Asi strach ze smrti, nechtěla zemřít. Na interním oddělení poznala, jak dlouho se na játra umírá. S abstinencí od alkoholu se postupně zlepšoval její somatický stav a po-

stupně si začala vážit života a také sama sebe. Pacientka je vdova, žije sama a měla kanárka Filípka, na kterého se upnula. Často na něho v ordinaci „žalovala“, že ji klove do předloktí. Říkal jsem jí, že je to důkaz že ji má rád, což pacientku vždy potěšilo.

**V ambulantní léčbě se více poskytuje individuální terapie.** Má svá úskalí a rizika. Terapeut při utváření léčebného vztahu musí být opatrný. Při poskytování anamnézy pacient vyžaduje porozumění terapeuta pro svou verzi výkladu vzniku a průběhu závislosti. Usiluje také o sympatii, soucit a konkrétní pomoc v řešení sociální a rodinné situace. To vše terapeut v rozumné míře poskytuje, ale postupně nabízí a vyžaduje víc. Vede pacienta ke změně chování a snaží se, aby přijímal odpovědnost za svůj stav. Neustále platí, že abstinence od drog poskytuje optimální možnost úzdravy. Jedno úskalí je zvláště nebezpečné. U terapeuta je to přání dosáhnout rychlého terapeutického úspěchu, u pacienta jde o nebezpečí záměny závislosti z drogy na terapeuta. Těch úskalí je více.

**Někteří autoři individuální terapii u závislých odmítají.** Například Kooyman v Kalinově práci *Terapeutická komunita pro drogově závislé, 1. díl*, píše, že závislí pacienti jsou nevhodní pro individuální terapii. Někteří naši autoři individuální terapii připouštějí jako alternativu nebo doplněk léčby režimové. Doc. Skála doporučoval a připouštěl individuální terapii jako podpůrnou a poradenskou. Sám ji neocenoval a málokdy ji na požádání poskytoval, platilo se za ni obyčejně zkrácením vycházky. Z našich autorů poskytují a připouštějí individuální péči např. Kalina, Nevšimal, Chalupová a Miovský a četní další, které neznám. MUDr. Kasková v soukromé korespondenci vyjadřuje názor, že kdo z terapeutů nepoužívá také individuální přístup, pravděpodobně nemá pacienty dlouhodobě úspěšné.

### ● Skupinové terapie se až tak nedaří

To platí hlavně o nealkoholických toxikomanech. I zcela mladí pacienti se nechtějí drog vzdát a usilují o paliativní léčbu (harm reduction) své závislosti na opiátech, která jim umožňuje sociálně fungovat a pokračovat přitom v konzumaci substitučních drog, které si dokonce mnozí pacienti aplikují intravenózně. Paliativní léčba by měla být poskytována pouze závislým osobám v pokročilejším stadiu, které jsou již vyprázdněné, opotřebované a drogami natolik poškozené, že nemají sílu k lepší formě úzdravy v podmínkách abstinence od drog.

Někteří pacienti z řad nealkoholických toxikomanů mě žádají, abych jim nenabízel skupinovou léčbu, protože téměř všechny účastníky znají už od školy, fetovali s nimi, znají jejich lži a obrany a v jejich přítomnosti dostávají chuť na drogy. Žádají mne, abych jim poskytl alespoň 10 minut sám sebe, to že je pro ně významná pomoc, žádají tedy individuální terapii.

Spíše se daří skupinové léčbě pacientů závislých na alkoholu, když abstinují. Ta má také svá úskalí. Trvá-li příliš dlouho a nepřicházejí-li noví pacienti, stává se během času spíše klubem.

Musíme se neustále učit vyšetřovat pacienty a vnímat význam jejich verbálně poskytovaných informací. Při vyšetřování pacienta si máme uvědomit, že i po vyšetření a poskytnutí anamnézy ho vlastně vůbec neznáme. Víme jen to, co nám řekne a to často nemůžeme ověřit. Neznáme pacienta ani zvenku ani zevnitř, nejsme totiž jeho blízcí průvodci a neumíme posoudit jeho prožitky intoxikací, nájezdů, stihů, dysforií, kocovin, abstinčních příznaků, cravingu atd. Často se stává, že pacienti nepřiznávají negativní psychologické obsahy, kterých si snad ani nejsou vědomi, nevnímají je. Jde například o prožitky nudy, prázdnoty, vyprahlosti, opotřebovanosti, snížení vitality, emoční plochosti, atd. Tím bychom se měli postupně také zabývat. Pokud zanedbáváme přístup „tehdy a kdysi“ ve prospěch pouze přístupu „tady a teď“, poškozujeme pacienta, protože mu neumožňujeme prožít některé emoce znovu v terapeutické situaci, v které je umožněno odreagovat alespoň částečně pocity viny a prožít pocity blízké katarzi. Neměli bychom s pacientem mluvit příliš „adiktologicky“ a měli bychom se jím zabývat jako člověkem v existenciální krizi. To zdůrazňují například D. Yalom a S. Grof, naši autoři Samková a Dolejš mluví spíše o existenciální neuróze. Při léčbě musíme brát zřetel i na duální diagnózy, na somatický stav a sociální potřeby.

Psychoterapii se můžeme učit nejen v kurzech a odborné literatuře nebo v sebezkušenostním skupinovém výcviku, ale také v psychoterapeutické beletrii, například v pracích D. Yaloma. I pro Yaloma je jednoznačná definice psychoterapie obtížná a uchyluje se k metafoře. Uvádí, že psychoterapie je založena na lidském terapeutickém vztahu, který dává příležitost pro posílání vln po zčeřené hladině. To je asi odvozeno z individuální terapie, v které léčebný vztah je nepostradatelný. V režimové léčbě je léčebný vztah s pacientem méně významný. Pacienti by si měli vytvářet pozitivní vztah k celému prostředí léčebny, k léčebné komunitě a k terapeutům jako celku a k sobě navzájem ve skupinové a komunitní terapii. Vztah k léčebně může být posilován i okolní přírodou, což zdůrazňují např. Dvořáček a Jeřábek. V ambulantní léčbě si pacienti mají vytvořit pozitivní vztah k ordinaci jako celku.

Všeobecně platí názor, že psychoanalýza je pro závislé pacienty nevhodná a neproveditelná. Zřejmě nic neplatí absolutně. Zajímavé je sdělení na str. 795 knihy I. Stonea *Vášně mysli*, což je životopis S. Freuda. S. Freud psychoanalýzou pomohl ženě svého psychoanalytického kolegy, která byla závislá na morfinu. Ta během psychoanalýzy snížila spotřebu morfinu na čtvrtinu denní dávky. Dnes bychom to označili za úspěšnou harm reduction terapii. Z uvedené citace spíše vnímám, že psychoanalýza, jakkoliv neusiluje o léčebný vztah a terapeut je pasivní a spíše neúčastný, po-

skytuje jistou pravděpodobnost vzniku léčebného vztahu, i když o něj není usilováno. Lidská blízkost empatického terapeuta je významná a poskytuje podporu pacientovi jaksi mimoděk.

A co se stane, když k léčebnému vztahu mezi pacientem a terapeutem nedojde? Pacient a terapeut se při svém setkávání terapeutickému vztahu nemohou vyhnout. Léčebný vztah může být měnlivý: ambivalentní, přátelský, nebo i negativní, hněvivý, plný výčitek a obviňování a samozřejmě zatížený přenosem. S tím vším lze pracovat. To vše se může a má změnit, proto terapie má pokračovat. Pokud nejde nebo vážně psychoterapie, odmysleme si to psycho, zůstane terapie, ta poskytuje mnoho možností. Sociální problematika u našich pacientů neustále potřebuje naši intervenci. Je mnoho pacientů ohrožených bezdomovectvím.

Před časem jsem pracoval i na přijímacím oddělení léčebny pro závislé a měl jsem vést v psychoterapeutickém duchu skupinu totálně nemotivovaných pacientů, arogantních a negativistických. Neznal jsem ani dokumentaci, ani farmakoterapii nikoho z nich. Bylo ticho a mrazivo. Zeptal jsem se jednoho pacienta, proč je v léčebně. Pacient vypadal velice sebevědomě, měl jsem dojem, že ve skupině dominuje. Zřejmě se cítil potěšen, že byl osobně osloven a řekl, že zde není z donucení od soudu jako ostatní a začal vypravovat svou osobní verzi. Zeptal jsem se, jak se cítí nejen v léčebně, ale na světě obecně. Zdali se má rád, jaké má naděje a očekávání, v co věří a v co doufá. Pacient se zjevně rozrušil. 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, ani rodinu, ani bydlení, ani práci. Má pouze dluhy a trpí beznadějí. Atmosféra ve skupině, jak jsem si všiml, se změnila. Mnozí zjihli a někteří se zřejmě zamysleli i nad sebou. Řekl jsem, že i těžký život je životem, který není samozřejmostí. Řekl jsem pacientovi, aby vnímal a ocenil, že na rozdíl od mnohých lidí má své ruce a nohy, může dýchat, vidí a cítí, může se dívat na oblohu a vnímat příkladnou vitalitu přírody, má svobodu svých fantazií a může začít nový život bez drog, s nezaplacenou zkušeností, že život je jednodušší, přehlednější a snazší, když se pacient naučí abstinovat a dobře „hospodařit“ se svým já a přijme-li zodpovědnost za své chování a svůj život. Může se naučit mít radost z maličkostí a postupně mít rád i sám sebe. Všichni členové skupiny se zdáli být osloveni. Na konci skupiny, kdy pacientům podávám ruku a dívám se jim do očí, oslovený pacient poděkoval za péči. I pro mne bylo setkání zážitkem a vzpomněl jsem si na tohoto pacienta 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 své pří-

tomnosti na oddělení jsem se musel věnovat již jiné skupině pacientů, a proto jsem zmíněného pacienta vyhledal na chodbě. Řekl jsem mu o svých pocitech, které jsem na koncertě měl. Poněkud zjihnul a řekl, že ho to moc těší, že si ho pamatuju a že si uvědomuje, jak moc potřeboval takový zážitek, že se cítí mnohem lépe. Než jsem od něho odešel, připomněl jsem mu, že má dluh sám k sobě. Zdálo se mi, že porozuměl.

To nebyla ani individuální léčba ani individuální pohovor, byla to vymezená ojedinelá psychoterapeutická intervence k jedné osobě v rámci skupinové terapie.

### ● Současný stav adiktologie u nás

Adiktologie je vědeckým oborem s výukovým, výzkumným i klinickým programem. Účastní se tvorby koncepce protidrogové politiky a účastní se i mezinárodní spolupráce v této oblasti. Skončený projekt NETAD předložil koncepci vzdělávání i vědy a výzkumu v adiktologii, dále koncepci sítě péče. Vzněl požadavek na zvýšení naší profesionality a dodržování formálních pravidel etiky. Zmínil úspěchy i nedostatky které by měly být postupně odstraňovány (Miovský). Celostátní 21. konference v červnu 2015 se účastnilo 130 osob a bylo předneseno 68 odborných příspěvků a předloženo dalších 9 vývěškových sdělení. Přednesené příspěvky byly z oblasti ústavní i ambulantní léčby. Ambulantní léčba má předepsané standardy odborné způsobilosti adiktologických služeb. Výkonnost a odbornost pracovníků je zvyšována i supervizí. Celá pracoviště podstupují akreditační řízení. Ambulantní léčba se za poslední léta neobyčejně rozvinula.

Kolegové, kteří jsou nositeli pokroku v ambulantní a ústavní péči i tvůrci koncepcí, zaslouží být zmíněni. Z nich znám pouze některé, protože se ze zdravotních důvodů už nezúčastňuji konferencí a dalších setkání. Významnými ambulantními pracovníky jsou dle mého názoru M. Frouzová, D. Adameček, J. Minařík, D. Randák, P. Nevšímal, O. Kasková, S. Kudrle. Zmínění zaslouží i penzionovaný J. Profous a zesnulý K. Hampl. Koncepční pracovníci jsou bezpochyby K. Kalina, M. Miovský, P. Popov, M. Těmínová, K. Nešpor, P. Jeřábek, J. Pokora, J. Dvořáček, J. Růžička a jejich týmy.

Máme tedy záruku rozvoje všech oblastí adiktologie. Omlouvám se všem, které neznám a na které jsem zapomněl. Pracovníky Drop in, K center, léčebných komunit, psychology, supervizory a pracovníky dalších léčebných zařízení a odborných oddělení neznám ani podle jména.

### ● Můj vlastní diskusní příspěvek k panelové zprávě

**Mnoho věcí by se mělo zlepšit a změnit. A to ze strany společnosti i z naší strany.**

Pokora a Chadima na str. 2 své práce *Radikální a paliativní léčba v adiktologii* se domnívají, že nejdůležitější

změnou v oblasti organizace zdravotnictví je posílení významu ambulantní péče. To je přehnaně optimistický názor. Na politiku rozvoje ambulantní péče teprve čekáme. K jistému pokroku dochází v rámci adiktologie, která je daleko vrstevnatější a poskytuje více léčebných a pečovatelských možností.

Stát dluží naší společnosti lepší finanční ohodnocení personálu a investice do péče. Péče v adiktologii obecně neláká. Úvazky jsou malé, mnozí terapeuti nemohou považovat svou práci v adiktologii za dostatečně zajišťující existenci. V minulých dobách byl malý úvazek v PAP a později v OAT podmínkou pro získání pracovní smlouvy psychiatra. Ani zdravotní sestry nemají zájem o práci v ambulancích, mimo jiné pro nespolečenské chování některých závislých pacientů. Personální nadějí pro poskytování hlavně ambulantní péče jsou také mladí vystudovaní adiktologové, avšak není jisté, budou-li pro ně finanční prostředky. Strádají i mnohá K centra, Drop-in a další podobná zařízení, která, jak se čas od času dozvídám, bojují o své přežití. Podrobnější zpráva o sužování psychiatrie nedostatkem peněz byla publikována v Lidových novinách 28. června 2014. V článku se uvádí, že v Česku stát dává na psychiatrickou péči oproti jiným zemím daleko méně peněz. Proč nemáme sponzory?

**1/ Opakuji, že ambulantní péči by zlepšily a zefektivnily denní stacionáře.** Mnozí pacienti, kteří se obávají rezidenční léčby m.j. i proto, že by mohli ztratit zaměstnání, by v denním stacionáři po své detoxifikaci mohli absolvovat některé léčebné programy, které se používají v režimové léčbě ústavní. Do denního stacionáře by mohli pacienti docházet mimo svou pracovní dobu. Také doléčování po ústavní léčbě by bylo dostupnější a přístupnější.

**2/ Vracím se k námitkám primáře MUDr. Nešpora,** který před lety negativně komentoval zrušení nucených léčeb z doporučení odborných ambulancí prostřednictvím okresních odborů zdravotnictví. MUDr. Nešpor si tehdy přál nějaké kompromisní řešení, protože odmítání léčebné péče mnohými závislými, kteří ale nepáchají trestnou činnost, je pro společnost velice nebezpečné. Je žádoucí, aby se společnost k tomuto problému vrátila a hledala nějaké řešení. Šetřil bych soudními rozsudky k výkonu ambulantní ochranné léčby závislých, protože jsou většinou neproveditelné. Mnohé osoby jsou nezvěstné. Někteří ambulantní léčbu zdánlivě přijímají, vnímají ji pouze tak, že mají povinnost docházky, kterou formálně dodržují. K vlastní léčbě nedochází, pacienti ji odmítají. Jsme odkázáni na to, co nám o sobě referují, objektivizovat to nemůžeme. Jsme v rozpacích jak odpovídat na žádosti soudu, který se dotazuje, jak léčba probíhá a má-li pokračovat. Odpovídám soudům pravdivě, že pacient se sice dostavuje, ale k léčbě nedošlo. Kontrola moči na drogy nebo dechu na alkohol jednou za čas, když pacient přijde do ordinace, nedává spolehlivý obraz o stavu pacienta. Dle mého soudu je účelné nařizovat ambu-

lantní ochrannou léčbu pouze při přeměně léčby ústavní v léčbu ambulantní.

Podmíněně odsouzeným osobám soudy ukládají podstoupit v OAT protidrogově zaměřené konzultace. Po stránce právní je to formulováno velice vágně, ale kupodivu to funguje, když to kontroluje mediační a probační služba. Mnozí rodiče dětí, kteří jsou závislí na drogách, pravidelně chodí do OAT, je jim kontrolována moč a hladina alkoholu v dechu, a abstinují, zvláště jsou-li ohroženi, že jim děti budou odebrány nebo nebudou vráceny z náhradní výchovy.

**3/ V rámci plánování posílení ambulantní léčby v psychiatrii obecně** by měla být organizována spolupráce OAT s Drop-in, K Centry a dalšími léčebnými institucemi. Ideální to bylo, když jsem ordinoval v OAT Benešov. Má ordinace a K centrum byly na jedné chodbě nemocnice a pracovníci K centra mi přiváděli některé své klienty k vyšetření a případné léčbě.

### ● Co můžeme změnit sami v rámci resortu?

**1/ U závislých na opiátech, žádajících paliativní léčbu se substitucí,** je nutno testovat kolik substituce potřebují, tak jak je tomu při poskytování substituce metadonem. To lze v detoxu či v krátké rezidenční léčbě. Zatím jsme odkázáni na subjektivní údaje potřeby. Pacienti udávají větší potřebu substituční látky, aby měli zásobu pro své toxikomanické přátele, pro i.v. aplikaci a pro prodej. Tak se udržuje černý trh.

**2/ Musíme více vyžadovat léčebnou spolupráci rodičů a partnerů pacientů.** Důležitost rodinné a partnerské léčby je nepochybná. Potřebujeme mimo jiné objektivní informace, léčebnou koalici. Blízkým pacientů musíme vysvětlovat, že ústavní léčba není zárukou úplné uzdravení. Musíme vysvětlovat, že po ústavní léčbě je nutné doléčování a musíme rodinu informovat, že pacient je pouze podmíněně uzdraven, když abstinuje a že to úsilí je namáhavé a stav uzdravení je křehký led. Pacient potřebuje podporu a „suché“ domácí prostředí. Během ambulantní léčby či po propuštění z léčby ústavní pacient očekává obdiv a pochvalu a mnohdy se setkává spíše s podezíráním, že stejně potají pije alkohol či užívá drogy nebo že k tomu brzy dojde. Nedůvěra zraňuje a pacienti se mohou osočení bránit dechovou zkouškou na alkohol a negativním nálezem drog v moči, ale nečiní tak. Získat důvěru rodiny a partnerů trvá dlouho. Případné relapsy mají být zveřejněny a pacient má být podpořen, aby znovu začal abstinovat. Více se věnovat důvodům recidiv a jejich objasnění je naše terapeutická rezerva. Je otázkou, zda recidivy bývají výsledkem závislosti (cravingu) nebo spíše výsledkem psychické nestability v rámci poruch osobnosti. Je otázka, nakolik je relaps výsledkem svobodné volby pacienta. Recidivám málo rozumíme. Spokojujeme se s tím, že závislost je chronická nemoc a že recidivy jsou časté. Nevíme, proč pacient vzdal svou roli pacienta, nevyhledá naši pomoc v nouzi a relabuje. Díval se do svého krizového

nebo katastrofického scénáře, na jehož obsahu se účastnil v léčebně?

Do širokého obecného povědomí by se měla dostat informace, že děti s handicapem by neměly pít alkohol a neměly by používat i jiné drogy, ani marihuanu. Rodiče by měli děti informovat, jaké jsou to handicap. Pokud to rodiče nevědí, a to předpokládám, měli by je informovat učitelé jejich dětí, např. na rodičovském sdružení a podobných setkáních. Informace o handicapech, které činí děti ve vztahu k drogám a alkoholu více zranitelné, by samozřejmě měli lékaři a výchovní poradci tlumočit rodičům. Podle mého názoru mohou být takovým handicapem již prenatální problémy, poruchy zdravotního stavu matky i stresy v těhotenství, dále problémy porodní a poporodní. I dlouhý porod, porod kleštěmi, nízká porodní váha či předčasný porod mohou působit jako handicap. Za jistý handicap považují hyperaktivitu dětí již v předškolním věku, zranitelnější ve vztahu k alkoholu a drogám jsou také dyslektici, dysgrafici a děti s lehkou mozkovou dysfunkcí, zvláště je-li jejich vývoj disharmonický. Přímoú kontraindikací je užití alkoholu a drog u dětí, které mají v anamnéze epileptický záchvat nebo prodělaly-li zánět mozkových blan a komoce. Samozřejmě kontraindikací je cukrovka 1. typu, stavy po hepatitidě, i když funkce jater odpovídá normě, a další somatické nemoci např. z oblasti kardiologie a neurologie.

**3/ Měli bychom sami sobě vyvracet,** že nevhodnější čas k léčbě je, když pacient dopadne na své „dno“. Je jisté pro každého jiné, je to relativní fenomén. Dopadne-li pacient na své dno, není jisté, zda bude mít sílu se odrazit, zvláště nebude-li mít možnost se někoho zachytit.

**4/ Praktičtí lékaři** smejí předepisovat substituci pacientům závislým na opiátech. Pacienti, kteří odmítají psychoterapii, to vítají. Chodí si ochotně pro příděl substituce tak, jako navštěvovali dealery. To ale není adekvátní péče o závislé. Ošetřující lékaři, kteří jsou ochotni předepisovat substituci, by měli být odborně proškoleni. Vždyť péče o závislé znamená mimo jiné i péči o duální diagnózu. Pacienti by napřed měli být vyšetřeni u odborníka v OAT, který by se mimo jiné postaral i o testování výše potřeby substituce a pak by pacient mohl v místě bydliště chodit k ošetřujícímu lékaři pro recept na substituční látku, přičemž pravidelné kontroly v OAT by zůstaly nutností.

**5/ V současné době všeobecného používání počítačů** by alespoň léčebny měly mít databáze pacientů z posledních let, které by byly vzájemně propojeny. Léčebny by mohly odmítnout pacienty, kteří v jedné léčebně podepíší negativní revers a žádají propuštění a vzápětí žádají o přijetí k léčbě v jiné léčebně.

### ● V čem potřebujeme podporu úřadů?

Obce neinformují své občany, zvláště na venkově, že v každém nebo téměř každém okrese je ordinace pro prevenci a léčbu návykových chorob. Mnohdy to nevědí ani lékaři.

Mnozí noví pacienti, kteří si přejí naši péči, se o nás dozvědí spíše náhodou od léčených pacientů. Média dostatečně nepodporují a neocenují naši práci. Dokumentární filmy o katastrofách některých závislých pacientů nestačí. Námětů na zlepšení je mnoho a měly by zaznít v diskusi, která by se měla uskutečnit. Tato diskuse by měla být rozšířena i na další aspekty léčby, protože léčba potřebuje nové impulsy. Zdá se, že psychologické, psychotherapeutické a sociálně rehabilitační přístupy neposkytují již mnoho rezerv. Máme mnoho neuzdravitelných pacientů, byť opakovaně léčených. Musíme dále zkoumat a poznávat. Je farmakoterapie závislostí terapeutickou rezervou?

### ● Naše rezervy

Právě v současné době, kdy se již natolik nezabýváme problematikou abstinence (např. u pacientů závislých na opiátech, kteří jsou v programu substituce), se otevřel prostor a čas, abychom léčbu (ještě více) zaměřili celistvěji a tím ji humanizovali. Celistvostí je míněno zaměření na vyšší integraci všech složek osobnosti, tj. biologické, psychické, sociální a spirituální. Nejde jenom o logoterapii, kterou doporučují zařadit do ústavní léčby Samková a Dolejš (proč ne také do ambulantní léčby?), ale také o diskusi o životních možnostech pacienta, o smyslu života a také jeho konečnosti, o možnosti vzdělání nebo osvojení si nějaké dovednosti. Žádoucí je nabízet aktivní formu života, hodnotné záliby a vymanění se ze subkultury závislých. Pacient má usilovat o sebeporozumění a sebezměnu. Tomu může napomoci také umění, kultura a náboženství. Důležitá je péče o vlastní osobnost i o tělesnou kondici. Důležité je i mluvit o lásce a soucitu, o poctivosti a zodpovědnosti. Pacient má se zbavit převládajícího egoismu. Uzdravit pacienta tedy znamená, že naše péče má směřovat k celistvosti pacienta. S takovou cestou k úzdavě souhlasí i Marek Orko Vácha (ústní sdělení), který není psychiatr, ale biolog, teolog a etik. (Celistvost má i jiné významy, např. úsilí o dosažení větší mravnosti společnosti.) Pacienti při poskytování anamnézy neradi mluví o vývoji závislosti, spíše nabízejí svoji verzi životního příběhu. Přejí si porozumění, oceňují naši empatii, přejí si získat sympatii a mnohdy terapeutickou lásku. Někdy se pacienti chovají suverénně, arogantně, ale i úzkostně. Naším úkolem je ve vhodný čas otevřít problém viny, ke kterému se pacienti mnohdy přiznávají, mají-li k terapeutovi důvěru. Osvojil jsem si recept: udělejte něco mimořádně dobrého, to vám zvýší sebeúctu, budete mít právo si začínat odpouštět, mít se rád. To je také cesta k lidem. Úsilí o celistvější péči je možno uplatnit i v ambulantních podmínkách, v denním stacionáři by to snad šlo lépe.

Úsilí o celistvější péči a léčbu se odvolává na poselství J. E. Purkyně, který nám připomíná (rok 1823) že „úkolem lékařovým (tedy terapeutovým obecně) je život ne pouze obnovovati a na krátkou dobu udržeti, ale od porušení chrániti

a k vrcholu obdivuhodné dokonalosti a krásy přiváděti. “Tyto věci nesmějí být zanedbány a ponechány náhodě.

MUDr. Petr Riesel, CSc.  
OAT Kutná Hora a Mělník

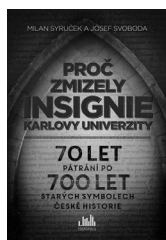
*Text se zabývá problematikou ambulantní léčby pacientů závislých na drogách z pohledu adiktologa pracujícího v OAT a potřebou diskutovat a aktualizovat problematiku léčby obecně.*

## POUŽITÁ LITERATURA

- Bartošková I., Miovský M. (2003). Hlavní psychotherapeutické přístupy v léčbě závislosti. In *Kalina a kol. Drogy a drogové závislosti, díl 2*, Úřad vlády ČR, Praha, str. 36–37.
- Dvořáček J. (2001). *Neurobiologie závislosti*. Přednáška v psychiatrické léčebně Červený Dvůr, květen 2001.
- Jeřábek P. (2010). *Obecné nefarmakologické léčebné postupy v adiktologii*. Přednáška ve Společnosti pro návykové choroby CLS JEP, Praha - Apolinář, 2. 12. 2010.
- Jung CG. (1992). *Analytická psychologie, její teorie a praxe*, Academia, Praha.
- Kalina K. a kol. (2003) *Drogy a drogové závislosti 1. díl, Mezioborový přístup*. Úřad vlády ČR, Praha.
- Pokora J., Chadima Z. (2014). Radikální a paliativní léčba v adiktologii. In *Alkoholismus a drogové závislosti*, 49(2), 81–88.
- Prochaska JO., Norcross JC. (1999). *Psychotherapeutické systémy*. Grada, Praha.
- Riesel P. (1963). *Metodika práce v PAP s kazuistikou*. Zápisy z Apolináře, Praha, str. 23–27.
- Riesel P., Měsková H. (1967). Koncepte režimové léčby v PAP. In *Protialkoholní zpravodaj*, 4, 104–106.
- Riesel P. O *celistvosti člověka*. Nepublikovaný text.
- Růžička J. (2010). *Komunitní a skupinová daseinanalytická terapie*. Pražská vysoká škola psychosociálních studií, Praha.
- Samková D., Dolejš M. (2014). Smysl života u závislých na alkoholu a jejich osobnostní charakteristiky. *Adiktologie*, 14(3), 158–166.
- Stone I. (2010). *Vášeň myslí*. Jota s.r.o., Brno.
- Walsh R., Vaughanová F. (2011). *Cesty přesažení ega*. Triton, Praha.
- Yalom D. (2008). *Pohled do slunce*. Portál, Praha.

## PROČ ZMIZELY INSIGNIE KARLOVY UNIVERZITY 70 LET PÁTRÁNÍ PO 700 LET STARÝCH SYMBOLECH ČESKÉ HISTORIE

## KNIHY



### Syruček Milan, Svoboda Josef

Již sedmdesát let probíhá pátrání po ztracených nebo ukradených insigniích Karlovy univerzity. Univerzitní žezla, medaile, zakládací listiny a archiválie zmizely na konci druhé světové války. Dosud se ani nepodařilo zjistit, jestli jsou sedm set let staré symboly, neodmyslitelně patřící k imatrikulacím nebo promocím, ještě na světě.

Grada Publishing, a. s., 15×21 cm | 200 stran | 978-80-247-5723-0 | Katalog. č.: 70034

Publikaci si můžete objednat na stránkách [www.adiktologie.cz](http://www.adiktologie.cz) (časopis Adiktologie, online objednávka).

Redakce časopisu Adiktologie, Klinika adiktologie, 1. LF UK v Praze,  
Apolinářská 4, 128 00 Praha 2 / e-mail: [journal@adiktologie.cz](mailto:journal@adiktologie.cz) / [www.adiktologie.cz](http://www.adiktologie.cz)