

Kombinace gestalt terapie a psychiatrických léků

Jan Roubal, Elena Křivková

Text je pracovní verzí kapitoly do knihy: Gestalt Therapy in Clinical Practice. From Psychopathology to the Aesthetics of Contact. (Francesetti, Gecele, Roubal, 2013)

1. Úvod

Léčba psychiatrickými léky je součástí léčby psychických obtíží již 60 let. Gestalt terapeuti se ve své praxi mohou relativně často setkávat s pacienty, kteří užívají psychiatrické léky. Téma psychofarmakoterapie a její kombinace s psychoterapií je však v gestalt literatuře opomíjeno, či jen letmo zmíněno v souvislosti s jiným aspektem gestalt terapeutické práce (e.g. Stratford, Brallier, 1979; Harris, 1992a, 1992b; Aviram, Levine Bar-Yoseph, 1995; Resnikoff, 1995; Philippon, 1999, Sabar, 2000; Miller, 2001; Brownell, 2011 and others). Popisovat kombinaci gestalt terapie a psychofarmakoterapie není snadný úkol, protože každý z těchto přístupů je ukotven v jiném paradigmatu, vychází z rozdílného pojetí nemoci a zdraví. Domníváme se ale, že k zodpovědné praxi gestalt terapeuta patří i základní znalost psychiatrických léků a také snaha o vlastní porozumění této problematice, které je kongruentní s gestalt terapeutickým přístupem.

V této kapitole využíváme naší zkušenosti psychiatrů, kteří pracují gestalt terapeutickým přístupem a také mají zkušenost s léčbou pomocí psychofarmak. Zkoušíme nabídnout způsob, jak je možné o psychiatrických lécích uvažovat a přitom neztrácet ze zřetele jedinečnost každého pacienta a dialogickou podstatu psychoterapeutického setkávání. Představujeme náš způsob, jak se snažíme překlenovat dichotomický způsob myšlení „psychoterapie versus léky“. Když pacient užívá léky, může to terapeuta svádět k postoji já-to (Buber, 1996), jako by pacient byl objektem léčení. Terapeut se ale setkává s člověkem s jedinečným příběhem i jedinečnou schopností tvořivého přizpůsobování, léky do tohoto příběhu patří. Terapeut se otevírá lidskému setkání já-ty právě teď a tady s tímto pacientem i s celým kontextem jeho života, včetně léků.

Pacient přichází do terapeutické situace ovlivněn množstvím vnějších vlivů, může být například po probdělé noci, nebo po lahodném obědě, nebo si třeba ráno vzal Prozac. Stejně tak terapeut přichází do terapeutické situace ovlivněn vnějšími vlivy, dopil například silnou kávu nebo se včera večer pohádal s manželkou či právě skončil jiné náročné terapeutické

sezení. Potkávají se dva lidé a psychiatrické léky představují jeden dílek v mozaice celé komplexní situace jejich setkání. Zásadní důležitost lidského setkávání v psychoterapii jsme při psaní této kapitoly měli stále na mysli, i když se dále v textu úmyslně zaměřujeme na užívání léků, abychom pomáhali zvýšit uvědomění související s tímto dílčím aspektem pole.

1.2. Lék jako součást pole terapeutické situace

Pokud pacient užívá psychiatrické léky, ovlivňuje to celou terapeutickou situaci. Lék modifikuje průběh terapie, zasahuje do terapeutického vztahu, ovlivňuje výsledky terapie. Představuje výrazný vnější vliv, který je na psychoterapii a psychoterapeutovi nezávislý. Pro terapeuta to může být složitá situace, ale ne výjimečná. Takových vnějších nezávislých vlivů je v psychoterapii mnoho¹ a léky jsou jen jedním z nich.

Lék může způsobit výrazný posun v tom, jak pacient prožívá sám sebe a své okolí i jak se projevuje v terapeutické situaci. Antidepressivum může například pacientovi pomoci zmobilizovat energii, což významně ovlivní, co se bude v psychoterapeutickém sezení dít. Můžeme si představit, že v takovém případě lék na pacienta působí podobně jako zamilovanost. Ta také dodává pacientovi energii a obchází jeho rozum i uvědomění. Vnější vliv zamilovanosti (bez přímého vztahu k psychoterapii) významně průběh psychoterapie ovlivní. Pacient má najednou možnosti, které do té doby nebyly v psychoterapii dosažitelné, cítí příliv energie, věří svým schopnostem, plánuje změny v životě. Tyto možnosti se objevily bez vlivu a kontroly psychoterapeuta, ale i pacienta. Zamilování otevírá cestu k netušeným osobním potenciálům, ale když pak přestane účinkovat, může se efekt vytrácet. Účinek některých léků se tomu může podobat, i když nenabývá tak dramatické podoby. Jiné léky mohou mít účinky odlišné, např. napomáhají kontrolovat a integrovat prožitky. Je důležité, aby terapeut důkladně prozkoumával a zvědomoval svůj postoj k takovému ovlivnění terapeutické situace nezávislým vnějším vlivem.

Na užívání léku se můžeme dívat jako na nejlepší možný způsob, který pacientovi v danou chvíli pomáhá zvládat obtížnou situaci. Užívání léku souvisí s pacientovou aktuální potřebou, která vyvstává rámci celého pole současných i minulých vztahů k okolí i k sobě samému. Lék interaguje s ostatními subjekty pole různými způsoby: často plní funkci podpory, může ale také zvýrazňovat limity a stigmatizovat, může sloužit k manipulaci okolím a může mít i další úlohy, některé z nich budou popsány v následujícím textu. Podstatné je fenomenologickým způsobem zvědomovat, jak lék vstupuje do psychoterapeutické situace.

¹ Vnější nezávislé vlivy jsou považovány za zodpovědné za 40 procent efektu psychoterapie, naproti tomu specifické intervence (např. gestaltové) pouze za 15 procent efektu psychoterapie (Lambert, 1992).

1.3. Kombinace psychoterapie a farmakoterapie

Názory na kombinaci psychoterapie a farmakoterapie se od 50. let, kdy se objevují první psychofarmaka, postupně proměňovaly. Zpočátku někteří psychoterapeuti kombinaci odmítali z obavy, že léky zastřou důležité pocity a konflikty, které jsou předmětem psychoterapeutické práce (Holub, 2010). Posun nastal, když se pacienti psychoterapie stále častěji stávali lidé se závažnými duševními obtížemi, např. s hraniční poruchou osobnosti či s psychózou. V těchto případech farmakoterapie umožňovala pacientům zvládnout psychoterapeutický proces a mít z něho užitek.

Poslední dvě desetiletí jsou obdobím bouřlivého rozvoje psychofarmak. Objevují se nová psychofarmaka s malými vedlejšími účinky. Tyto léky mohou předepisovat nejen psychiatři, ale i všeobecní lékaři a jiní specialisté. Léky jsou předepisovány pro léčbu širšího spektra psychických stavů a při nižší intenzitě obtíží. V důsledku toho je užívání psychiatrických léků stále rozšířenější a mnohdy nahrazuje psychoterapii i tam, kde bývala metodou první volby. Při rychlé úlevě od symptomů, která nastává díky lékům, mohou pacienti vnímat psychoterapii jako nedostatečně efektivní, či příliš pomalou a drahou.

Léky a psychoterapie se také mohou výhodně doplňovat. Kombinace psychoterapie a farmakoterapie je v klinické praxi velmi častá. Velké množství výzkumů dokládá, že kombinace má větší léčebný účinek než použití jen jedné metody samostatně (Wright, Hollifield, 2006). Není však jasné, do jaké míry se dají tyto výsledky zobecnit. Navíc platí jenom pro tu část pacientů v psychoterapeutické péči, kteří byli diagnostikováni psychiatrickou diagnózou.²

Kombinace psychoterapie a farmakoterapie může mít dvě různá uspořádání. Je to buď integrovaná léčba (psychoterapeut zároveň předepisuje léky), která přináší možnost zkoumat téma léků společně s pacientem, na druhé straně ale zdůrazňuje asymetrii terapeutického vztahu. Nebo jde o paralelní léčbu (jeden specialista poskytuje psychoterapii a druhý předepisuje léky), která přináší přehledné rozdělení rolí a vnější podporu pro psychoterapeuta, klade však značné nároky na spolupráci psychoterapeuta a lékaře.

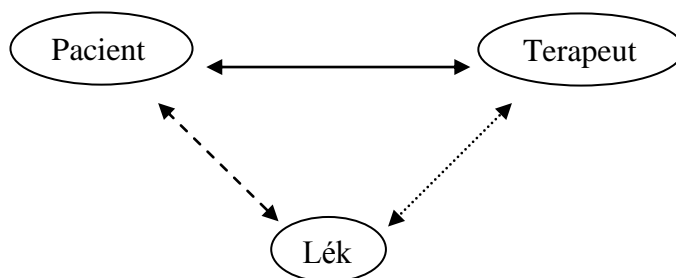
Psychofarmaka mohou být významnou podporou procesu psychoterapie, v případě že sníží příliš velkou, ochromující úzkost a depresivní prožívání. Mohou také pomoci překlenout přerušení psychoterapie. Další výhodou kombinace je, že psychoterapie umožňuje

² Existují také studie, který tento převládající názor nepotvrzují. Holub (2010) uvádí 3 studie, kdy přidání benzodiazepinů k psychoterapii u panické poruchy, agorafobie a posttraumatické stresové poruchy zhoršovalo prognózu onemocnění v porovnání se samotnou psychoterapií (Marks et al., 1993; Westra, Stewart, Conrad, 2002; in Holub, 2010).

zvědomování pacientova postoje k lékům i prožitků při jejich užívání. Omezující při kombinované terapii je, že léky mohou udržovat pacienta v pasivnějším postoji a umožňovat mu nepřebírat zodpovědnost za svůj stav a proces psychoterapie (Holub, 2010). Medikace může být pro některé pacienty nezbytná, avšak její užívání je limitováno rizikem závislosti, snížením motivace pacientů k psychoterapeutické práci a nevybudováním vlastních dovedností potřebných ke zvládnání obtíží (Williams, Levitt, 2007). Pro gestalt terapeuta je důležité přínosy i limity kombinace zvědomovat v dialogu s pacientem a vidět je v kontextu celé psychoterapeutické situace.

1.4. Vztahy s lékem

Lék je součástí širšího pole terapeutické situace stejně jako jiné vnější vlivy působící na pacienta, jako je například jeho zaměstnání nebo tělesné nemoci. Lék je prvkem pole, který je, stejně jako každý jiný prvek, potenciálně důležitý v procesu terapie. Když je pacient díky léku více uvolněný nebo třeba ospalý, proměňuje to celou terapeutickou situaci a lék tak ovlivňuje jak proces terapie, tak i terapeuta samotného. Lék se tak podílí na aktuální organizaci vztahového pole. Působí jak svým přímým farmakologickým vlivem na pacienta, tak psychologickým vlivem na pacienta i terapeuta. V dalším textu budeme zkoumat různé možné vztahy v triádě terapeut-pacient-lék.



1.4.1. Jak léky ovlivňují pacienta a proces psychoterapie

Psychofarmaka mění fungování organismu na biologické úrovni a tím způsobují změnu psychických funkcí. Kromě toho léky (stejně jako psychoterapie) působí i pomocí placebo efektu³. V dalším textu se zaměříme na biologické působení psychofarmak. Gestalt terapeut může využít svoji dovednost fenomenologického pozorování k tomu, aby bez hodnocení popsal, jak lék ovlivňuje pacientovo fungování i celou psychoterapeutickou situaci. Může si přitom pomoci například modely kontaktních stylů (deflection, retroflection, projection,

³ Placebo může také spouštět autosanační pochody. Změny v mozku po podání placebo zjistitelné moderními zobrazovacími metodami jsou podobné těm po podání účinných léků nebo psychoterapie (DOPLNIT CITACI)

confluence etc.) či kontaktního cyklu (withdrawal → recognition → mobilisation → action → contact → assimilation → withdrawal →). To mu umožní sledovat v které fázi a jak lék ovlivňuje psychotherapeutický proces. Podle způsobu jejich vlivu můžeme rozdělit nejběžnější léky⁴ na dvě hlavní skupiny:

1. rychlé a krátkodobé (benzodiazepinová anxiolytika)
2. pomalé a dlouhodobé (antidepresiva, antipsychotika, stabilizátory nálady)

1.4.1.1. Rychlé a dočasné léky: benzodiazepinová anxiolytika

Benzodiazepiny způsobují rychlou úlevu od úzkosti, která provází téměř všechny psychické obtíže. Psychotherapeut by měl být s těmito léky dobře obeznámen, protože jsou mezi pacienty velmi populární a také proto, že v určitých situacích mohou být pro psychotherapii cenným pomocníkem. Jedná se zvláště o krátkodobější situace, kdy pacient zažívá velmi vystupňované napětí a úzkost (posttraumatické a krizové stavy). Nevýhodou je, že při dlouhodobém a pravidelném užívání se organismus na úrovni biologického fungování může stát na těchto léčích závislým. Z hlediska psychotherapeutického procesu tyto léky mohou pro některé pacienty představovat pohodlnou „zkratku“ při zvládnání vlastních potíží a umožňovat jim spoléhat se na expertní vnější pomoc.

Benzodiazepinová anxiolytika - psychiatrické využití

Charakteristika:

Anxiolytika jsou léky, které zmírňují až rozpouštějí psychickou úzkost i tělesné napětí. Mají široké spektrum účinnosti, protože úzkost, psychická tenze, vnitřní napětí, neklid až agrese jsou součástí mnoha psychiatrických diagnóz. Benzodiazepiny jsou nejvíce rozšířenou skupinou anxiolytik⁵. Benzodiazepiny působí na symptomy razantně a rychle, jejich efekt je dočasný a relativně krátkodobý.

Působení a indikace:

Anxiolytický účinek: Zmírňují úzkost ve všech podobách.

Hypnosedativní účinek: Pomáhají při usínání a udržení spánku; tlumí neklid a agresi (včetně psychických a fyzických odvykacích stavů při závislosti na alkoholu a na jiných psychoaktivních látkách).

Myorelaxační účinek a antikonvulzivní účinek: Uvolňují svalová stažení a křeče různého původu.

Někteří známí představitelé:

alprazolam (Xanax), bromazepam (Lexaurin), clonazepam (Rivotril), diazepam (Valium).

Použití v praxi:

⁴ Věnujeme se zde pouze skupinám léků nejčastěji užívaných pacienty, kteří docházejí na psychotherapii. Nepopisujeme zde další skupiny léků jako jsou hypnotika (navozují spánek), kognitiva (zlepšují kognitivní funkce) a psychostimulancia (zvyšují vigilitu).

⁵ Méně často se používají i nebenzodiazepinová anxiolytika. Patří sem Buspirone (BuSpar) a Hydroxyzine (Atarax) a také antidepresiva a antipsychotika. Tyto léky nevyvolávají závislost a jejich působení je dlouhodobější. Účinek ale nenastává tak rychle a jednoznačně jako u benzodiazepinů.

S ohledem na nežádoucí účinky a návykový potenciál jsou benzodiazepiny určeny jenom k dočasnému nebo nepravidelnému užívání. Při dlouhodobém a pravidelném užívání existuje značné riziko závislosti (v průběhu užívání vzniká tolerance; k dosažení stejného efektu je postupně nutné dávku navyšovat; po náhlém vysazení hrozí fyzický odvykací stav i rychlý návrat symptomů, pro které byly nasazeny). Jako prevence vzniku závislosti se doporučuje užívání léku jenom po dobu akutních potíží; postupné snižování dávky co nejdříve po zklidnění, nebo když začíná působit současně nasazený nenávykový lék (např. antidepresivum); v subakutních stavech a v krizích užívání nejmenší ještě účinné dávky, co možná nejméně pravidelně.

Účinky benzodiazepinů nastupují i odeznívají rychle a jsou do značné míry podobné účinkům alkoholu. Pokud si pacient krátce před psychoterapeutickým sezením vzal benzodiazepinové anxiolytikum, může se pak na terapii cítit uvolněnější, pomalejší a smířenější, než bez léku. Benzodiazepiny, podobně jako alkohol, usnadňují stahování se z kontaktu a „ředění prožitku“, tedy přispívají k deflektování od nepříjemného prožitku: „*Je mi to jedno... teď to nemusím řešit...*“. Tím mohou dočasně umožňovat vyhýbání se existenciálnímu setkání s druhými, se sebou samým i s životními výzvami. Terapeut může s pacientem zažívat pocit „pseudokontaktu“, jak ho známe u pacientů závislých na alkoholu (Carlock et. al., 1992). Proces kontaktování může probíhat na první pohled hladce a plynule, avšak nemusí docházet k plnému kontaktu.

Můžeme se na užívání benzodiazepinů dívat jako na nejlepší možný způsob kreativního přizpůsobování, který má pacient v danou chvíli k dispozici. Pokud fenomenologicky sledujeme působení benzodiazepinů, můžeme pozorovat, že zpomalují cyklus kontaktu a dělají ho plynulejším. Působí pouze na krátkou dobu, mohou tím však přerušit bludný kruh úzkosti a aktivovat vlastní ozdravné síly pacienta. Uvádíme několik příkladů takového působení:

- Některé vjemy mohou být natolik silné, že vedou k masivní úzkosti, která zablokuje uvědomování. Pokud benzodiazepiny zmírní vnímání intenzitu vjemů, mohou pacientovi usnadnit uvědomování a alespoň částečnou kontrolu nad situací⁶.
- Zmírní naléhavost situace a zpomalí mobilizaci energie (např. hyperventilaci při prožitku silné úzkosti) a tím mohou pacientovi usnadnit výběr přiměřené akce.
- Snižují celkovou nastraženost (k útoku nebo útěku) organismu a pomáhají tak zastavovat další a další mobilizování energie. Tím mohou pacientovi usnadňovat ukončování

⁶ Benzodiazepiny mohou působit i psychologickým mechanismem a pomáhat předcházet záchvatům paniky. Pacientům s panickými záchvaty, kteří se výrazně obávají návratu nové ataky úzkosti, se doporučuje nosit vždy u sebe malou dávku benzodiazepinů, která by jim pomohla, když by se objevila panická ataka. Tato pojistka jim umožní deflektovat od obav, že by mohl přijít nový panický záchvat. Tím se zmírňuje strach z možné panické ataky, snižuje se celková míra úzkosti a panická ataka vůbec nemusí přijít. „*Jenom si představím, že si ten Diazepam vezmu, a už se mi uleví...*“.

cyklu kontaktu a stáhnout se (např. ve formě spánku). Zároveň tím i přispívají k oddálení vjemu nové potřeby a začátku dalšího cyklu kontaktu.

Opodstatněné je krátkodobé užívání benzodiazepinů v akutní krizi. Zde způsobí zklidnění, při kterém se mohou aktivovat samoúdržavné procesy organismu v takové míře, že delší užívání léků nemusí být nutné. Užitečné je v psychoterapii budovat dovednosti, které postupně nahradí působení potenciálně návykového léku (například různé formy relaxace či funkčního deflektování). Psychoterapeutická podpora tak má významnou úlohu v období snižování či vysazování benzodiazepinů.

1.4.1.2. Pomalé a dlouhodobé léky: antidepresiva, antipsychotika a stabilizátory nálady

Oproti rychle působícím benzodiazepinům se plné vyjádření účinků těchto léků vyvíjí delší časové období (dny, týdny až měsíce)⁷.

1.4.1.2.1. Antidepresiva

Antidepresiva – psychiatrické využití

Charakteristika:
Upravují koncentraci neurotransmiterů (serotoninu, noradrenalinu, dopaminu aj.) na nervových spojích v mozku a složitým mechanismem způsobují takové změny v činnosti mozku, které vedou ke zmírnění či odstranění nejen depresivních prožitků, ale i dalších obtíží spojených s dysregulací neurotransmiterového systému (úzkost, impulzivita, agresivita, suicidalita). Nejrozšířenější skupinou antidepresiv jsou SSRI ovlivňující regulaci serotoninu.
Indikace:
Deprese, úzkostné poruchy (panická porucha, generalizovaná úzkostná porucha), fobické poruchy (sociální fobie, agorafobie), obsedantně-kompulzivní porucha, posttraumatická stresová porucha a úzkostně-depresivní reakce na stres, poruchy příjmu potravy: mentální anorexie, mentální bulimie, poruchy osobnosti (zejména serotonin má účinek na emoční instabilitu, impulzivitu, agresivitu a suicidalitu).
Někteří známí představitelé: ⁸
citalopram (Seropram), fluoxetine (Prozac), fluvoxamine (Fevarin), milnacipran (Ixel), mirtazapine (Remeron), paroxetine (Seroxat), sertraline (Zoloft), venlafaxine (Efexor).
Použití v praxi:
SSRI a další nová antidepresiva jsou dobře snášena a mají velmi málo vedlejších účinků. Jsou běžně předepisována psychiatry, neurology i praktickými lékaři. Není u nich riziko závislosti. Efekt antidepresiv se dostavuje až po několika dnech, k plnému vyjádření účinku dochází až za několik týdnů. Než nastoupí antidepresivní či anxiolytický efekt antidepresiv, je výhodné dočasně užívat i rychle působící benzodiazepiny.

⁷ K navození efektu je potřeba celého řetězce změn na nitrobuněčné úrovni až na úrovni genomu. Tento mechanismus účinku způsobí, že změna má trvalejší charakter.

⁸ Uvádíme zde pouze antidepresiva 3. a 4. generace, která jsou v současnosti nejvíce používána.

Prevení návratu obtíží je dostatečná délka podávání antidepresiv v dostatečné dávce. Např. po 1. atace deprese se doporučuje užívat antidepresiva 6-9 měsíců od zlepšení, po 2. atace 2 roky, po 3. atace se doporučuje dlouhodobé užívání, minimálně 5 let. (uvést zdroj doporučení)

Antidepresivum může působit jako dlouhodobý tlumič prožitků. Pacienti, kteří užívají antidepresiva, popisují, jako by k nim prožitky přicházely z větší dálky, s menší intenzitou a pronikavostí. Proto nemusí být vhodné automatické užívání antidepresiva například v případě smutku po úmrtí blízkého člověka. Antidepresivum by zde mohlo nejen oddalovat, ale někdy i zastavovat přirozený proces truchlení.

V případě deprese antidepresiva mohou podporovat funkční desensitizaci. Pocity zoufalství a beznaděje nemusí pak pacient vnímat jako tak drásavé. Toto otupění intenzity zraňujících prožitků paradoxně umožňuje s nimi pracovat. Pacient to může pomoci takto „obalené“ prožitky sdílet s terapeutem a nezůstávat s nimi v izolaci. Tím se v terapii narušuje fixovaný gestalt deprese (see Chapter about Depression).

Antidepresiva mohou přispívat nejen k funkční desensitizaci, ale i k mobilizaci energie. U těžších depresí antidepresivum může pomoci postupně obnovovat zdroje energie, kterou pak pacient mobilizuje do potřebné akce. „*Já jsem těm antidepresivům nevěřila... Ale tak po dvou měsících jsem cítila, že se pomalu zase začínám radovat z obyčejných věcí. Že i začínám být trochu aktivnější...*“

Antidepresiva také zmírňují úzkost. Na rozdíl od benzodiazepinů jejich anxiolytický efekt nastupuje postupně, pomaleji a méně nápadně, trvá delší dobu a není zde riziko závislosti.

1.4.1.2.2. Stabilizátory nálady

Stabilizátory nálady – psychiatrické využití

Charakteristika:

Vyrovnávají a stabilizují výkyvy nálady, snižují frekvenci a intenzitu manických, depresivních a smíšených epizod poruch nálady. Efekt je plně vyjádřený až po několika týdnech až měsících užívání.

Indikace:

Bipolární afektivní porucha, schizoafektivní porucha.

Účinky využívané i u pacientů s jinou diagnózou: zmírnění agresivity; zmírnění sebevražedných tendencí; zmírnění emoční nestability a úzkosti. Tento efekt se využívá při léčbě emoční nestability u pacientů s poruchou osobnosti

Někteří známí představitelé:

carbamazepine (Biston, Tegretol), lamotrigine (Lamictal), lithium carbonate, valproic acid (Depakine, Convulex).

Použití v praxi:

V případě bipolární poruchy se nasazují nejpozději při 3. fázi onemocnění (mánie nebo deprese) a jsou určeny k dlouhodobému až celoživotnímu užívání.

Stabilizátory nálady jsou léky, které mohou pomáhat uzemňovat. Snižují intenzitu a zpomalují „horní fáze“ kontaktního cyklu (mobilizace energie a akce), naopak posilují „dolní fáze“ kontaktního cyklu (uvědomování vjemů, integraci prožitku a stažení). Snižují přílišnou intenzitu prožitku a tím umožňují přiměřenější akci a zážitek kontaktu. Výhody takového působení jsou zřejmé při mírnění právě probíhající manické či depresivní epizody. V období mezi epizodami, kdy pacient může fungovat naprosto zdravě, bývá někdy útlum mobilizace energie a aktivity vnímán nepříjemně. Dlouhodobé užívání léku je však většinou nezbytné pro předcházení těžkým mániím či depresím. Psychoterapie umožňuje smíření se s limity, které nemoc i léky přinášejí, a zaměřuje se na podporu funkčních oblastí pacientova života. U pacientů s nestabilním emočním prožíváním (při diagnóze poruchy osobnosti) mohou stabilizátory nálady působit jako „vnitřní výztuž“ či „kostra“, která umožní prožitek strukturovat a snášet bez nutnosti snižovat nesnesitelné napětí impulzivní akcí. Psychoterapie má v těchto případech podobnou úlohu a může eventuelně léky i nahradit.

1.4.1.2.3. Antipsychotika

Antipsychotika – psychiatrické využití

Charakteristika:

Léky určené k léčbě psychotických příznaků u různých psychiatrických onemocnění, zejména u schizofrenie a schizoafektivní poruchy. Působí také antimanicky, antidepresivně, stabilizují náladu a mají pozitivní vliv na osobnostní integraci a schopnost seberegulace.

Indikace:

Kromě schizofrenie a dalších psychotických poruch se také používají u bipolární afektivní poruchy, u poruch chování, včetně agresivity různé etiologie (poruchy osobnosti, mentální retardace, demence, sexuální deviace).

Někteří známí představitelé:

amisulpride (Solian), aripiprazole (Abilify), clozapine (Leponex), olanzapine (Zyprexa), paliperidone (Invega), quetiapine (Seroquel), risperidone (Risperdal), sulpiride (Dogmatil).

Použití v praxi:

Lékem první volby jsou dnes antipsychotika 2. generace, která jsou oproti starším lékům⁹ lépe snášena a méně stigmatizující. Mají také účinek antidepresivní a anxiolytický. Zlepšují aktivitu, sociabilitu, emoční oploštění a kognitivní poškození u pacientů se schizofrenií.

⁹ Starší antipsychotika 1. generace jsou účinná, ale mají více významných vedlejších účinků a mohou přispívat k sekundární stigmatizaci nemocných s psychózou. Představitelé: chlorprothixene, chlorpromazine, haloperidol, levopromazine, perfenazine.

Na antipsychotika je možné nahlížet jako na léky, které pomáhají vyjasňovat a zpevňovat hranici mezi organizmem a prostředím. Člověk v akutní fázi psychózy neprožívá self jako zřetelně odlišené od okolí, v psychologickém smyslu „nemá kůži“ (Spagnuolo Lobb, 2002, p. 264). Zažívá bezprostřední ohrožení událostmi, které s ním přímo nesouvisí, a pociťuje, že jeho vnitřní prožitky mají moc ovlivňovat okolí. Žije ve stavu neustálého ohrožení a psychotické příznaky představují tvořivé přizpůsobení, které mu v takovém obtížném upořádání pole umožňují přežít (blíže viz. kapitola o psychózách). Antipsychotika snižují zahlcující množství podnětů a pomáhají vytvářet funkční rozlišení mezi prožitky pocházejícími z vnějšího a vnitřního prostředí, přispívají k integraci. Lze si představit, že antipsychotika dělají „hroší kůži“ (Rahn, Mahnkopf, 2000, p. 204 a 214). Tato jejich funkce je užitečná, když pacient prožívá akutně psychotický stav. Po jeho odeznění však často pacienti nepříznivě vnímají celkový útlum a prožitkovou ztuhlost, které užívání antipsychotik může provázet. Dlouhodobé užívání léků je u chronických schizofrenních onemocnění důležitou prevencí, která snižuje frekvenci a intenzitu dalších psychotických atak. Psychoterapie může vhodně doplňovat účinky léků a pomáhá k vytvoření pocitu dlouhodobě bezpečného, vlídného zázemí a prožitku stabilních vztahů (Spagnuolo Lobb, 2003), který umožní bezpečné vymezení vlastního self a jeho potřeb.

U pacientů s hraniční poruchou osobnosti mají antipsychotika stabilizující roli, snižují impulzivitu a zvyšují schopnost seberegulace. Umožňují strukturovat a integrovat intenzivní a chaotický prožitek. V terapii lze pak snadněji pracovat na uvědomování a kontrole impulzů. Může se lépe dařit vědomě zpomalovat mobilizaci energie a smysluplně zacílit akci. Taková akce pak již nemusí vyústit naléhavé opakování fixovaného gestaltu, který dočasně zmírňuje nesnesitelné napětí, ale místo toho může dojít k plnějšímu prožitku kontaktu. Tento efekt antipsychotik bývá užitečný zejména v období dekompenzace, která může dosáhnout až psychotického prožitku. Mimo tato období je nenahraditelná psychoterapie, která směřuje podobným směrem, k budování vlastních dovedností a kompetencí ke zvládnání velmi intenzivních prožitků a impulzivních akcí.

1.4.1. Jak se pacient vztahuje k léku

Lék je v psychoterapii přítomen, i když po většinu času spíše v pozadí. V období krize či uzlových obdobích může lék vystoupit do popředí. Pacient například v krizi potřebuje více léků a mluví o tom v terapii. Nebo se cítí lépe a uvažuje o tom, že už léky tolik nepotřebuje. V takových obdobích se užívání léků stává figurou. Vztah, který má pacient ke svým lékům,

ovlivňuje celé pole. Proto je potřeba, aby terapeut pomáhal nehodnotícím, fenomenologickým způsobem zvědomovat, jak lék ovlivňuje pacienta, ale také jakým způsobem se pacient vztahuje k lékům.

Pacient může vůči léku zaujmout dva extrémní postoje, či se pohybovat mezi nimi. Na jedné straně může být pacient přesvědčený, že za žádnou cenu lék nechce a musí mu stačit psychoterapie. Pacient se může obávat, že „*když začnu brát léky, už je to se mnou opravdu zlé, jsem blázen*“. Může být ovládán introjekty „*musím to zvládat sám, nemůže to za mne udělat chemie*“ nebo „*nemůžu si to jenom tak ulehčovat*“. Takovéto introjekty mohou ukazovat na to, že pro pacienta je obtížné přijímat podporu z okolí. Nabídka léku v průběhu terapeutické práce, nebo jenom zmínka o této možnosti, může pak být pro pacienta velmi znejišťující a zahanbující. Takováto situace se může ukázat jako obtížné téma i pro terapeuta, protože gestalt přístup byl ve své historii přetížen požadavkem na sebedoporu. Aby terapeut mohl provázet pacienta k svobodné volbě zdroje podpory, je důležité, aby i terapeut sám měl jasno, jestli je ochoten se nechat podpořit od okolí (například právě formou spolupráce s psychiatrem). Pro některé pacienty může být zásadní a nová zkušenost vědomě se spolehnout na pomoc zvenčí v podobě léku, připustit si vlastní slabost a dovolit si přijmout tuto formu podpory z okolí.

Druhý extrémní postoj může zaujmout pacient, který po léku touží a užíváním léků snižuje nepříjemné prožitky v psychoterapii nebo se jim vyhýbá. Může resignovat na zodpovědnost za svůj stav a na snahu o celkovou změnu. Sám sebe může vnímat jako bezmocný objekt: „*potíže způsobuje ta deprese, to ten nedostatek serotoninu*“. Pokud se jeho prožitek změní a uleví se mu, může říct: „*Ten Prozac, který teď užívám, je výborný, úplně mne změnil a zvládám to, na co jsem dřív nestačil*.“ Své vlastní schopnosti a odpovědnost za změnu v takovém případě projikuje na lék. Může si pak zvyknout na zmírňování nepříjemných prožitků pomocí léků, zejména bezprostředně působících benzodiazepinů, při každém dyskomfortu a tím nevyužívat potenciál situací, ve kterých by mohl objevovat možné vlastní zdroje sebedopory.

Psychoterapii je možné vnímat jako proces, ve kterém se buduje schopnost vyvažovat v každém okamžiku využití zdrojů sebedopory a přijímání podpory zvenčí. Pacient i terapeut si během psychoterapie budují realistický, introjekty nezatížený postoj k tomu, jakým konkrétním způsobem lék ovlivňuje jejich spolupráci. Oba dva se tak mohou učit přijímat lék jako jeden z vnějších zdrojů podpory zde a nyní. V období zvýšené zátěže, nedostupnosti psychoterapie či při zhoršení stavu pak má pacient možnost nechat se podpořit lékem. Může vědomě a svobodně tuto možnost zvažovat a kompetentně se rozhodovat.

1.4.2. Jak se psychoterapeut vztahuje k léku

Během psychoterapie, do které vstoupila psychofarmaka, mohou terapeuta napadat otázky: Jaký vliv mají psychofarmaka právě teď na proces psychoterapie: urychlují ho, nebo ho spíše zpomalují? Jakou funkci plní lék v terapeutickém vztahu a v celém poli terapeutické situace? Co to znamená pro pacienta, pro terapeuta a pro jejich vztah, když jsou psychofarmaka v průběhu psychoterapie navyšována, snižována, vysazována nebo nově doporučována? Aby mohli psychoterapeut i pacient odpovědi na takové otázky svobodně zkoumat, je důležité terapeutovo uvědomění, jaký je jeho osobní vztah k psychiatrickým lékům, které pacient do pole psychoterapeutické situace přináší. Psychoterapeut, který nereflektuje a odehrává (is acting out) svoji zarputilou skepsi a averzi vůči lékům, poškozují své pacienty stejnou měrou jako lékař, který se u komplexních prožitkových stavů zaměřuje pouze na psychopatologické symptomy, unáhleně předepisuje lék u každého dyskomfortu a tím brání přirozenému plynutí psychoterapeutického procesu (Fain et al., 2008; in Holub, 2010).

Postoj k psychiatrickým lékům se u jednotlivých psychoterapeutů liší a také postupně vyvíjí, velmi záleží na tom, v jakém kontextu a s jakými pacienty pracují. Pro terapeuta může být důležité ujasnit si, jaký vztah má ke konkrétnímu léku konkrétního pacienta. Může si sám pro sebe udělat takovýto experiment: posadí si lék na prázdnou židli a mluví k němu. Může třeba říct: „*Léku, jsem rád, že se navzájem doplňujeme ve své práci. Díky tobě se o pacienta nemusím tolik bát.*“ Nebo může říct: „*Léku, já tě nemám rád, že mi do té terapie zasahuješ. Pacient je na tobě závislý, já bych tě nejradši z terapie vyhodil. Ale nemůžu, protože on tě chce. Připadám si bezmocný, štveš mně. Tebe má radši než mne. Díky tobě se mu vede lépe.*“ Možná terapeut zjistí, že o léku nic neví, že si potřebuje zjistit informace o jeho vlastnostech, seznámit se s ním a pak pokračovat ve zkoumání svého vztahu k němu.

Terapeut potřebuje prozkoumat i svůj vztah k lékům obecně. Může být například ovládnán introjektem: „*Důkazem dobře prováděné psychoterapie je, že pacient již nepotřebuje léky.*“ Může mít dojem, že lék devalvuje jeho práci i jeho samotného v terapeutické roli. „*Když pacient musí brát léky, znamená to, že pro něj nejsem dost dobrý terapeut.*“ Takové soupeřivé nastavení terapeuta nutně ovlivňuje i proces terapie.

Zkoumání vztahu k lékům pravděpodobně otevře téma terapeutova postoje k medicínskému systému, k diagnózám, k psychiatrům. Terapeut si potřebuje zvědomovat, jak jeho postoj v těchto obecných otázkách ovlivňuje jeho práci s konkrétním pacientem. Jinak by hrozilo, že si například svůj odmítavý postoj vůči medicínskému systému bude projíkovat na léky, které pacient užívá. Svůj postoj nemusí pacientovi sdělovat, ale je potřeba, aby si byl vědom toho,

jak tento postoj ovlivňuje jeho terapeutické intervence a celou terapeutickou situaci. Pro terapeuta může být užitečné položit si otázky: Co si myslím o psychiatrických lécích a o psychiatrickém systému obecně? Mám já nebo někdo mně blízký osobní zkušenost s psychiatrickými léky? Jaká to je zkušenost a jak ovlivňuje můj postoj k psychiatrickým lékům? Odpovědi na tyto otázky mapují předporozumění terapeuta, které je potřeba zvědomovat a uzávorkovat, aby neblokovaly přirozené plynutí kontaktu s pacientem.

1.5. Lék jako opora na cestě

Osvědčilo se nám popisovat užívání léků v psychoterapii pomocí metafory. Může být důležité, aby si každý terapeut našel vlastní metafory, které mu budou sloužit jako kognitivní mapy. Terapeut si může například představit, že lék slouží pacientům jako bunda v zimě. Někdo potřebuje bundu tenčí, někdo silnější. Někdo by bez bundy v zimě nepřežil, někomu stačí ji mít uvázanou kolem pasu, aby byla po ruce.

My zde chceme čtenářům nabídnout jinou metaforu, která nám dobře slouží. Je to metafora, která vykresluje psychoterapii jako výpravu: Pacient je na cestě a terapeut ho provází. Když pacientovi dobře neslouží nohy, potřebuje se opírat o berli. Takovou úlohu hrají léky.

Člověka, který je v hluboké depresi, antidepressivum podepře, aby mohl dál hledat cestu. Léky neukáží cestu, ale usnadní chůzi při jejím hledání. Takto se můžeme podívat i na kombinaci psychofarmaka a psychoterapie. Pacientovi může lék sloužit jako berle a psychoterapie jako rehabilitační cvičení¹⁰.

Berle může označovat člověka, který nemůže chodit bez vnější podpory, jako hendikepovaného. Můžeme se také na to ale dívat tak, že berle umožňuje hendikepovanému člověku využívat jeho zbývající potenciál k pohybu. Je zde důležitý tento myšlenkový posun: berle neznamena jenom, že je pacient hendikepovaný, že kulhá. Znamená také, že jeho možnosti jsou s berlí větší než bez ní. Berle umožňuje pacientovi využívat potenciál, který mu zůstal - může chodit do práce, nakupovat apod. Když pacient užívá léky a psychoterapeut s nimi nechce soupeřit, musí být schopen udělat právě tento myšlenkový posun. Vnímat léky jako vnější podporu umožňující pacientovi realizovat své možnosti, které bez berle nebylo možné využít.

Je to podobné, jako s jinými druhy podpory. Pokud pacient nemá dost sebepodpory, potřebuje více podpory vnější. To se týká nejen léků, ale i například strukturovanějšího a aktivnějšího přístupu terapeuta. Pacient obvykle na začátku terapie přichází s větší potřebou vnější

¹⁰ Jsme si vědomi limitů této metafory, která se zaměřuje na fungování pacienta jako jednotlivce a opomíjí kontext.

podpory. Postupně si pak buduje vlastní zdroje, na které se čím dál více může spoléhat a které vyvažují zdroje vnější podpory. Léky mohou mít u výrazných psychických obtíží významnou stabilizující úlohu především zpočátku psychotherapeutického procesu. Díky svému biologickému působení mohou zvyšovat vlastní kompetenci pacienta a aktivovat jeho vlastní potenciál. Např. antidepressivum může umožnit depresivnímu pacientovi mobilizovat energii, vystupovat z izolace a navazovat vztahy. Lék je pak někdy možné postupně snižovat či vysazovat, ale kompetence pacienta zůstává, pokud je asimilována a posilována v psychotherapii. Důležité je, aby pacient v průběhu psychotherapie dokázal přijmout, že lék mu nedodává něco nového navíc, ale že mu pomáhá probudit vlastní potenciál¹¹.

Terapeut společně s klientem tedy zvědomují nejen o to, jakou roli lék hraje v životě pacienta a v procesu psychotherapie. Zkoumají také, jaké nové možnosti pacientovi lék otevírá v jeho životě i jaké možnosti nabízí pro psychotherapeutickou práci. Pacient například zažívá intenzivní strach z vlastních agresivních tendencí. Tento strach ho natolik ochromuje, že o nich není schopen v terapii mluvit. Jediný způsob, kterým dokáže strach zvládat, jsou kompulzivní rituály. Léky strach zmírní, zmenší ho, takže pacientovi nezakrývá celý obzor. Vedle strachu pak pacient může zahlédnout i podporujícího terapeuta, který sedí naproti němu a naslouchá mu.

Psychotherapii můžeme vidět jako rehabilitační cvičení. Když se pacient jen opírá o berli a nerehabilituje, nepřipravuje se na chůzi bez berle a může na ní zůstat odkázaný, může zůstat hendikepovaný. Anebo berli po nějaké době i bez rehabilitace odloží, ale má potom daleko větší potíže s chůzí, než když před odložením berle také rehabilitoval a na odložení berle se připravoval. Když pacient rehabilituje a potom odloží berli, je lépe připraven být bez ní. Pacient může dokonce díky rehabilitaci získat nové povědomí o svém těle, může se s ním učit lépe zacházet, může získat pohybové dovednosti a vztah k tělu, o kterém předtím neměl ani tušení.

Pacient může například zvládnout depresi jen s léky. Když k tomu ještě pracuje psychotherapeuticky, nepřekonává jen svoje aktuální obtíže spojené s depresí. Díky psychotherapii rozšiřuje spektrum svých možností. Učí se rozpoznávat a zvládat varovné příznaky nastupující deprese, učí se využívat vnější i vlastní zdroje podpory a možná zaslechne existenciální poselství obsažené v jeho depresivním prožitku.

Jako gestalt terapeuti se v naší práci s pacienty zaměřujeme více na rozšiřování spektra možností formou psychotherapie, tedy na rehabilitaci, cvičení zbylých funkčních svalů. Takový

¹¹ Je to tak i na biologické úrovni: Antidepressivum nedodává žádný nový serotonin, pouze umožňuje využít ten, který už pacient má.

přístup vystupuje do popředí naší práce. Zároveň ale je potřeba, abychom si byli vědomi, že pacient užívá léky, které mu slouží jako berle. Léky jsou v takovém případě vždy přítomné v pozadí naší terapeutické práce.

Léky mohou mít v životě pacienta i v procesu psychoterapie různou úlohu. Schematicky zde rozlišujeme dvě úlohy léku: lék slouží jako dočasná berle nebo jako trvalá protéza. Toto rozdělení je velmi zjednodušující, ukazuje se nám ale užitečné pro základní orientaci terapeuta jako hrubé vymezení rozdílného směřování takové psychoterapeutické práce, kde je v pozadí užívání léku.

1.5.1. Lék jako dočasná berle

S některými pacienty si úlohu psychoterapie si můžeme představit jako rehabilitační cvičení u člověka po úrazu nohy. Lék pak můžeme vidět jako berli, kterou je možné časem odložit.

Použití takovéto metafory může být užitečné, když pacient užívá léky, rád by ale časem fungoval bez nich a tato možnost je reálná. Pacient sám přichází s myšlenkou léky vysazovat a je ochotný snášet dyskomfort, který to může přinést. Chce se aktivně podílet na psychoterapeutické práci, je ochoten zvědomovat a měnit své postoje a dělat změny ve svém životě. Možnosti, které lék pacientovi přináší (např. zmírňuje ochromující úzkost při jízdě nacpaným autobusem) se pacient postupně učí využívat i bez léku (např. se v případě nastupující úzkosti učí pracovat s dechem a tělesným ukotvením).

Pro terapeuta i pacienta může být pak lék dočasným spojencem v procesu psychoterapie. Mohou vědomě a pragmaticky využívat spojení s lékem a pracovat s ním jako s jinými zdroji vnější podpory jako jsou např. stabilní zaměstnání pacienta či jeho rodinné zázemí. Terapeut pomáhá pacientovi zvažovat dobrý okamžik, kdy začít s vysazováním léku, okamžik kdy má pacient k dispozici již dostatek jak sebepodpory tak jiných zdrojů vnější podpory. Také pomáhá pacientovi zkoumat, zda jeho vlastní potenciál, který mu lék umožňoval využívat, je již dosažitelný i bez léku.

Může nastat situace, kdy pacient s postiženou hybností by již zvládl další pohyb jen s pomocí rehabilitace, ale on si na berli již zvykl. Funkce léku se změnila, slouží nyní jako berle, které se pacient nechce vzdát. Lék již neslouží tolik jako vnější podpora a místo toho začíná pacienta omezovat v hledání nových tvořivých způsobů přizpůsobování.

Důležité je, aby terapeut v tu chvíli netlačil na změnu. Užívání léku je pro pacienta formou kreativního přizpůsobení, lék má pro pacienta určitou důležitou funkci, slouží například jako ochrana. Terapeut respektuje funkci, kterou lék pro pacienta plní, a pomáhá pacientovi zvědomovat, co užívání léku pacientovi přináší a v čem ho omezuje. Lék může pacientovi

zajišťovat bezpečí, chránit ho před příliš silným stresem v náročných životních situacích. Může ale také zároveň tlumit pacientovu schopnost prožívat a být v kontaktu s druhými lidmi. Terapeut může s lékem jako s ochrannou strategií pracovat diferencovaně – oceňovat ji, konfrontovat, obcházet. Pomáhá klientovi zvědomovat a přijímat zodpovědnost za to, jaký je zrovna poměr mezi přijímáním vnější podpory a spoléháním se na vlastní zdroje.

Michaela dlouhodobě zažívá úzkosti spojené se sociálně stresujícími situacemi. Úzkosti jsou někdy tak silné, že jí znemožňují vycházet z domu. Její praktický lékař ji odeslal k psychiatrickému vyšetření, kde jí byla diagnostikována sociální fobie. Psychiatr jí předepsal Neurol (alprazolam – lék rozpouštějící úzkost, potenciálně návykový), který má užívat v případě vystupňované úzkosti. Také jí předepsal Seropram (citalopram – antidepresivum s dobrým anxiolytickým účinkem) k dlouhodobému užívání a doporučil jí psychoterapii. Michaele se velmi osvědčilo vzít si při úzkosti Neurol, obávala se ale, že si vypěstuje závislost na léku. Uklidňuje ji, když ho nosí sebou jako první pomoc, ale neužívá ho. Seropram Michaela užívá dlouhodobě jednou denně. Kromě toho dochází pravidelně na psychoterapii. Nedokáže si ale představit své fungování bez Seropramu. Lék ji chrání před úzkostí a umožňuje jí žít život tak, jak byla zvyklá. V terapii přichází na to, že jí lék umožňuje, aby sama nemusela nic měnit. Bojí se změny a s ní spojené zodpovědnosti. Lék Michaele slouží jako ochrana, nedokáže si představit svůj současný život bez něj.

Terapeut pomáhá Michaele uvědomit si, jakou funkci pro ni lék má. Michaela říká, že lék je pro ni „jako peřina“, která jí umožňuje, aby nebyla tak zraňovaná. Lék zpomaluje proces terapie, protože při jeho užívání necítí velkou potřebu něco měnit. Na druhou stranu jí lék umožňuje v terapii vůbec pokračovat, protože bez léku by pravděpodobně nebyla schopna ani vycházet z domu. Užívání léku je tedy formou kreativního přizpůsobení. Lék funguje jako retardér změny i jako prevence zhroucení.

Seropram slouží jako „peřina“, kterou pacientka potřebuje jako ochranu. Bez něj by byla jako nahá, rozdrásaná. Bez léku nemá dostatečnou podporu z okolí. Lék jí dodává podporu a zvyšuje její kompetence. Umožňuje jí docházet do práce a na terapii. Michaela se s lékem cítí lépe a lépe funguje ve svém životě.

Michaela vidí Seropram jako činitel změny. Projikuje na lék svůj potenciál ke změně, svoje schopnosti. Schopnosti, které nepatří do jejího sebepojetí. Užíváním léku Michaela zvyšuje svoji kompetenci, ale nevnímá to jako svoji práci, ale jako zásluhu léku.

Terapeut jí pomáhá, aby si přivlastnila schopnosti, které projikuje na lék. Michaela si postupně uvědomuje, že ona je činitelem změny a lék i psychoterapie jsou zdroje podpory,

kteří jí předtím v životě chyběly. Její postoj: „Za to, že se cítím lépe, může lék,“ se postupně mění na: „Lék mi pomáhá hledat, jak žít opět život podle svého.“

Antidepressiva typu SSRI bývají prospěšná i pacientům s mírnější depresí. Zde příliš nesedí metafora léku jako berle. Lidé s mírnější depresí nepotřebují berli, jsou schopni chodit. Ovšem jejich chůze je podobná tomu, jak chodila Andersenova „Malá mořská víla“. Ta při každém kroku cítila bolest, jak kdyby došlápla na čepel nože. S takovouto zvýšenou bolestivostí mohou lidé s mírnější depresí vnímat své prožitky. Antidepressiva pomohou utlumit jejich vnímání této bolesti, jako kdyby „Malá mořská víla“ chodila v botách s tlustou podrážkou. To jim umožní vnímat i jiné věci, než jen bolest v chodidlech, dívat se kolem sebe a navazovat kontakt.

1.5.2. Lék jako trvalá protéza

Závažné psychiatrické onemocnění významně pacienta limituje a může omezit některé jeho schopnosti dlouhodobě nebo i doživotně. Léky v takových případech plní funkci trvalé vnější podpory, bez které se pacient neobejde. Metaforicky je možné vyjádřit, že lék zde neslouží jako berle, kterou by bylo možné časem odložit. Lék lze nyní spíše přirovnat k protéze, která nahrazuje chybějící končetinu a umožňuje pohyb. Funkci protézy mají léky zejména v případech, kdy pacient trpí onemocněními jako je schizofrenie, schizoafektivní porucha, bipolární porucha, rekurentní depresivní porucha s endogenními rysy.

Z hlediska terapeuta je velice důležité diagnostické posouzení, zda by se působení léků dalo spíše přirovnat k funkci dočasné protézy nebo trvalé berle¹². Realistické posouzení situace umožňuje smířit se s lékem a zbavuje terapeuta přílišného nároku na sebe i na pacienta. Pokud je s lékem smířený terapeut, pomáhá i pacientovi se s ním smířit. A v duchu paradoxní teorie změny se tím v psychoterapii otevírá prostor pro nové možnosti. Pokud by měl terapeut velké nároky („*Terapie by měla směřovat k vysazení léku*“), bude sám sebe limitovat v terapii s pacienty s vážnějšími psychiatrickými obtížemi a může až podléhat terapeutickému nihilismu, že psychoterapie pro tyto pacienty nemá význam.

Typickým příkladem mohou být pacienti v akutním psychotickém stavu. Jejich prožitek sebe sama není dostatečně odlišen od okolí (Spagnuolo Lobb, 2003). Lidé v tomto stavu jsou zahlceni obrovským množstvím informací a proto nejsou schopni rozlišovat, jestli informace přichází z vnějšího prostředí či jsou jejich vlastním psychickým výtvořem. Léky

¹² Takovéto posouzení je potřeba dělat v dialogu s pacientem a lékařem, který léky předepisuje. Je potřeba si uvědomovat, že takovéto diagnostické posouzení je vždy pouze provizorní a může se časem změnit. I v situaci, kdy se léky zdály jako nezbytná protéza, se po dlouhé terapii či působením jiných extraterapeutických faktorů může stát, že pacient časem dokáže fungovat bez léků. Terapeuti nejsou proroci, jen průvodci.

(antipsychotika) zmenší množství informací (snížením dopaminu, který informace přenáší), sníží zahlcení a pomáhají pacientovi informace utřídit.

Psychoterapie má významnou úlohu i v léčbě těchto vážně psychicky nemocných pacientů.

Když se vrátíme k naší metafoře, i pro člověka s protézou má rehabilitace význam. Díky protéze nemůže zbytek těla fungovat normálně, protéza vytváří v těle různé disproporce, jsou zatěžované jiné svalové skupiny. Rehabilitace může tato pokřivení a dopady nerovnováhy alespoň částečně korigovat a udržovat zbylé údy funkční po delší dobu než bez ní. U pacientů s chronickou schizofrenií tak terapeut například doplňuje léčbu antipsychotiky tím, že pracuje s pozadím prožitku pacienta (což umožňuje vytvoření figury), věnuje se vnímání času a místa jako faktorů umožňujících rytmus a pomáhá pacientovi s vyváženým vymezením self včetně zřetelného vnímání vlastních potřeb (Spagnuolo Lobb, 2003, **více viz. kapitola o psychózách**)

Jana je 35-letá matka dvou malých dětí. Po skončení mateřské dovolené se vrátila nedávno zpět do zaměstnání. Má náročnou práci asistentky, při které jedná s mnoha kolegy i zákazníky, často řeší i konfliktní situace. Je oceňovaná pro svou spolehlivost a zodpovědnost, jen bývá dost často v pracovní neschopnosti kvůli problémům se zády. Nikdo z kolegů netuší, že je to důsledek sebevražedného pokusu skokem ze střechy domu, po kterém následovala hospitalizace na psychiatrii. Jana se třináct let léčí pro psychózu a byla již čtyřikrát hospitalizovaná v akutním psychotickém stavu, kdy její vnímání okolí i chování bylo výrazně změněno paranoidními bludy. Mívá pocity, že je vyvolená a zachráni naši zemi před zkázou. Celých třináct let užívá antipsychotika, občas i antidepressiva a anxiolytika. Dochází na individuální a skupinovou psychoterapii. Dvakrát se pokusila léky vysadit kvůli nežádoucím účinkům a těhotenství, ale její stav se zhoršil natolik, že musela být hospitalizovaná. Zvykla si na užívání Zyprexy, přestože je po ní unavená, má větší chuť k jídlu a připadá si emočně oploštělá. V poslední době byla přetížená, vyčerpaná z dlouhodobého stresu. Opět měla pocit, že si o ní kolegyně v práci za jejími zády povídají, a vytvářela si složité představy možného spiknutí. Musela si zvýšit léky. Psychoterapie jí pomohla ujasnit si situaci a rozhodnout se pro částečný invalidní důchod, kterému se dlouho bránila. Nyní je ráda, protože bude v práci kratší dobu a lépe zvládne domácnost i děti, v čemž jí také pomáhá vstřícný manžel.

Složitější může být situace v případě bipolární poruchy, kdy pacient po odeznění epizody mánie nebo deprese může se může domnívat, že léky aktuálně nepotřebuje. Navíc může mít pocit, že užívaná tymoprofylaktika oplošťují jeho emocionalitu a znemožňují mu prožívat sebe a vztahy s lidmi naplno. Vysazení tymoprofylaktika však vede k dekompenzaci, k manické nebo depresivní epizodě, které mohly léky zabránit, nebo ji alespoň oddálit či

zmírnit. Terapeutickým úkolem je v tomto případě pomáhat pacientovi zvědomovat a přijímat limit, který pro něj představuje jak nemoc, tak psychiatrické léky. Podobná situace může nastat v případě pacientů s rekurentní depresivní poruchou. Tam, kde pacient ve své historii zažíval opakovaně těžké depresivní propady, zejména v závislosti na ročním období a bez zřejmého vnějšího podnětu, je nutné mít na paměti, že antidepresiva pro něj plní roli protězy, i když její nutnost není v období mezi jednotlivými fázemi deprese zjevná.

Pacient může vnímat nepříjemné nežádoucí účinky léků (např. útlum, zpomalení, emoční oploštění, nadváhu, fyzickou ztuhlost), které pak mohou vést k izolaci a stigmatizaci pacienta. Zároveň ale nemůže léky vysadit, aniž by hrozilo velké riziko závažného zhoršení psychického stavu. Terapeut rozumí pacientovým obtížím způsobeným léky a zároveň realisticky vidí důvody pro nutnost jejich užívání. Přijímá lék jako limit, který zmenšuje rozsah možností tvořivého přizpůsobování jak v pacientově životě, tak přímo v psychoterapeutické práci. Terapeut pracuje s lékem vědomě jako s nevyhnutelným limitem terapie, podobně jako pracuje s jinými limity psychoterapie (např. nepodpůrné zázemí, nedostatek financí nebo nižší intelektová kapacita). Přizpůsobuje tomu terapeutický styl a pomáhá zvědomovat úlohu limitu v životě pacienta i v terapeutickém vztahu. Pomáhá pacientovi přijmout omezení a vedle toho objevovat a rozvíjet schopnosti, které má k dispozici.

1.6. Závěr

Užitečnost opodstatněné kombinace psychoterapie s farmakoterapií je podpořena výzkumem genetického a biologického působení psychoterapie, který překonává dualistické oddělování mysli a těla (Wright, Hollifield, 2006). Také Williams a Levitt (2007) ve svém výzkumu dospívají k holistickému přístupu a opouštějí dichotomii biologie versus psychologie. Klíčovým pojmem je pro ně pacientovo „zapojení“ („agency“), tedy jeho schopnost aktivně se účastnit psychoterapeutického procesu a činit vlastní rozhodnutí v životě. Psychoterapie pomáhá pacientovi zvyšovat jeho schopnost mobilizovat svoje zapojení („agency“) a používat terapeutovy intervence k tomu, aby se léčil sám. Medikace je užitečná v případě, pokud pomáhá pacientovi zvyšovat jeho zapojení („agency“) a zapojovat se do psychoterapeutického procesu (např. tím, že se díky užívání léků pacientovi stabilizuje nálada a zlepšuje se jeho schopnost reflexe). Není naopak užitečná v případě, že pacientovo zapojení („agency“) snižuje (Williams a Levitt, 2007). Jako gestalt terapeuti dodáváme, že léky jsou užitečné také v případě, že usnadňují kontakt pacienta a terapeuta.

Léky mohou být užitečné v procesu psychoterapie, pokud jako jeden ze zdrojů podpory pomáhají snižovat znehybnující míru úzkosti (see also the chapter *Fundamentals and development of Gestalt Therapy in the contemporary context*). Energie původně uvězněná v nadměrné úzkosti je pak pacientovi k dispozici jako vzrušení („excitement“) umožňující spontánní a smysluplný kontakt s okolím. Terapeut je v takovou chvíli přítomný jako partner ochotný vstupovat do pracovního vztahu a otevírat se lidskému setkání.

References:

1. Aviram O. and Levine Bar-Yoseph T. (1995), „Phenomenology of Sloop: Gestalt Therapy and Insomnia“, *The British Gestalt Journal*, 4, 1: 23-30.
2. Buber, M. (1996): *Ja a ty [I and Thou]*. Votobia, Olomouc. (Original work published 1923.)
3. Brownell P. (2011), *Gestalt Therapy for Addictive and Self-Medicating Behaviors*, Springer
4. Carlock C. J., Glaus K. H. and Shaw C. A. (1992), „The Alcoholic: A Gestalt View“. In Nevis E.C., ed.: *Gestalt Therapy – Perspectives and Applications*. Gardner Press, New York.
5. Fain D. S., Sharon A., Moscovici L. and Schreiber S. (2008), „Psychotropic medication from an object relations theory perspective: An analysis of vignettes from group psychotherapy“, *International Journal of Group Psychotherapy*, 58, 3: 303–327.
6. Harris C.O. (1992), „Gestalt Work with Psychotics“. In: Nevis E.C., ed., *Gestalt Therapy: Perspectives and Applications*. Gestalt Institute of Cleveland Press, Gardner Press, New York, 239-261.
7. Holub D. (2010), „Kombinace psychoterapie a farmakoterapie [Combination of psychotherapy and pharmacotherapy]“. In: Vybiral Z. and Roubal J., eds., *Soucasna psychoterapie [Current Psychotherapy]*. Portal, Praha, 494-504.
8. Lambert M. J. (1992), „Psychotherapy Outcome Research: Implications for Integrative and Eclectic Therapists“. In: Norcross J. C. and Goldfried M. R., eds., *Handbook of Psychotherapy Integration*, New York, Basic Books.
9. Marks I. M. et al. (1993), „Alprazolam and exposure alone and combined in panic disorder with agoraphobia. A controlled study in London and Toronto“, *British Journal of Psychiatry*, 162: 776–787.
10. Miller M.V. (2001), „The Speaking Body“, *The Gestalt Journal*, 24, 2: 11-30.
11. Philippson P. (1999), „A Process Focus and the Here and Now in Brief Gestalt Therapy“, *The British Gestalt Journal*, 8, 1: 4-6.
12. Rahn E. and Mahnkopf A. (2000), *Psychiatrie – Učebnice pro studium i praxi [Psychiatry- Handbook for study and practice]*, Praha, Grada, 2000.
13. Resnikoff R. (1995), „Gestalt Family Therapy“, *Gestalt Journal*, 18, 2: 55-76.
14. Sabar S. (2000), „Bereavement, Grief, and Mourning. A Gestalt Perspective“, *Gestalt Review*, 4, 2: 152–168.
15. Spagnuolo Lobb M. (2003), „Creative Adjustment in Madness: A Gestalt Therapy Model for Seriously Disturbed Patients“. In: Spagnuolo Lobb M. and Amendt-Lyon N., eds., *Creative Licence, The Art of Gestalt Therapy*, Wien, Springer-Verlag. 261-277.
16. Stratford C.D. and Brallier L.W. (1979), „Gestalt Therapy with Profoundly Disturbed Persons“, *The Gestalt Journal*, 2, 1: 90-104.

17. Westra H. A, Stewart S. H. and Conrad B. E. (2002), „Naturalistic manner of benzodiazepine use and cognitive behaviour therapy outcome in panic disorder with agoraphobia“, *Journal of Anxiety Disorders*, 16: 233–246.
18. Williams D.C. and Levitt H.M. (2007), „Principles for facilitating agency in psychotherapy“, *Psychotherapy Research*, 17, 1: 66-82.
19. Wright J. H. and Hollifield M. (2006), „Combining Pharmacotherapy and Psychotherapy“, *Psychiatric Annals*, 36, 5: 302–305.