PROTIALKOHOLICKÝ OBZOR

24, 1989, 3, s. 187 – 189

NA POMOC PRAXI

NEINSTITUCIONÁLNÍ DOLÉČOVÁNÍ PACIENTŮ ZÁVISLÝCH NA ALKOHOLU A JINÝCH DROGÁCH

Svépomocné a neinstitucionální rehabilitační programy pro pacienty závislé na alkoholu a jiných drogách obyčejně vznikají, když institucionální péče je nedostupná nebo když neobsahuje patřičné náležitosti dlouhodobé péče. U nás je tomu spíše naopak. Naši závislí pacienti spíše odmítají roli nemocných s povinností se léčit. Neinstitucionální doléčování závislých pacientů, kteří byli dosud ambulantně léčeni v OAT, jak bude popsáno, vzniklo tudíž z jiných pohnutek a důvodů. Subjektivní důvod byl dán tím, že mne někteří pacienti požádali z osobních důvodů o doléčování, když má práce v OAT byla ukončená nástupem nového kolegy, který bude mít větší pracovní úvazek pro OAT. I já jsem si přál nějakou, alespoň residuální formou v práci pokračovat. Pravidla doléčování jsem sobě a pacientům musel určit sám.

Pravidla pro neinstitucionální doléčování

1. Doléčování mimo instituci musí být podmíněno daleko větší aktivitou, pílí a kázní pacientů.
2. Doléčení se uskuteční s vědomím mého nástupce v OAT s tím, že léčbu odmítající nebo trvale selhávající pacient bude předán zpět do OAT. To není ani hrozba ani trest, ale předem domluvený důsledek neúspěchu ambulantní léčby a doléčování.
3. Pacienti budou dojíždět za terapeutem. Léčebná setkání se uskuteční v osobním volnu pacienta i lékaře, nebude nárok na cestovné.
4. Pro terapeuta se akcentuje povinnost pečlivější dokumentace s „monitorováním" léčebného procesu a udržování nezávislosti. To znamená, že jedinou odměnou z práce je možnost v ní pokračovat a získávat další psychoterapeutické zkušenosti.

O doléčováni požádali čtyři pacienti, které jsem i v OAT léčil individuálně a dodatečně další pacient, který byl propuštěn z vězení a přál si být u mne v doléčování bez ohledu na výměrovou léčbu, která sa bude realisovat v jeho novém bydlišti ve spádové OAT Východočeského kraje.

Popis vlastní práce

Pacienti jsou zváni jednou za 14 – 21 dnů do ordinace závodního lékaře po jeho pracovní době. Jedna ordinace trvá 30 – 90 minut. Jeden pacient se cítí v prostorách jakékoliv ordinace stísněně, proto léčebná setkání se uskutočňují v přírodě při procházkách.

K jednotlivým pacientům

1. Pacient V. K., nar. r. 1939, muž. Abstinuje třetí rok od alkoholu v ambulantní léčbě. Krátkou dobu užíval Antabus, nyní je bez medikace. Vždy odmítal skupinovou léčbu a nerad se setkával v OAT s jinými, především delikventními pacienty. Udával pocity existenčního ohrožení z prozrazení, protože vykonává společensky významnější povolání. Na rozdíl od setkání v ordinaci se pacient během procházek v přírodě spontánněji svěřuje se svými prožitky, konflikty, pochybnostmi a stesky. V přírodě prožívá emoční uvolnění a pocity blízkosti s terapeutem (a vice versa). Pacient se doslova „vyprazdňuje" ze svého subjektivního utrpení, pláče a prožívá abreakci, katarsi, i následné pocity odhodlání konstruktivně řešit

navršené problémy. Postupně se u něho dostavuje kritický náhled na svou osobnost a své obtíže. Pacient se pozvolna zbavuje svého trpitelství, pesimismu a rezignace. Do léčby se nedaří zapojit rodinu. Nabízím návštěvu v rodině, ale to pacient odmítá s tím, že by to bylo ještě horší. Pacient uvádí, že ač abstinuje, je neustále prožíván ve vlastní rodině jako „černá ovce". Při nemožnosti rodinné psychoterapie se musí pacient naučit doma se alespoň částečně prosazovat sám. Cvičí autogenní trénink, joginské dýchání, pomáhá mu jogging. Terapie dosud trvá.

2. M. V., nar. r. 1945, žena. Pacientka dlouhodobě abstinuje od sedativ, anxiolytik a dalších psychofarmak, přetrvává však depresivní symptomatologie a nespavost. Pacientka píše deník, mluví o svých snech a znovu prožívá v psychoterapii život s otcem a různé traumatizující zážitky z minulosti i z přítomnosti. Užívá antidepresiva. Během doléčování sděluje, že začíná rozumět své povaze, genezi své poruchy a smiřuje se s tím, že je taková, jaká je. Přesto dochází pozvolna k pozitivním změnám. Deprese a dysforie nejsou již tak dlouhé a časté, zlepšuje se spánek a je patrný ústup od paranoidní interpretace reality. Pacientka má větší zájem o rodinu a má úspěchy v práci. Objevuje se optimistické ladění. Léčba potrvá déle.

3. J. N., nar. r. 1950, muž. Pacient abstinuje vždy několik měsíců, pak krátkodobě recidivuje. Recidivu hlásí žena a pacient ji obviňuje, že ho prozradila a že je proti němu zaujata. Je doporučena ústavní léčba, kterou pacient odmítá s tím, že si i nadále přeje být v ambulantní léčbě, a to u mne. Žádá mimořádné setkání, při kterém svěřuje závažný partnerský konflikt, který může udržovat psychické napětí a úzkost. Proto je zavedena manželská terapie a při ní je odhaleno i společné trauma, na které každý z partnerů reaguje jinak. Ukazuje se, že je nutné abstinenci od alkoholu vyžadovat i od ženy. Dochází k úmluvě, že pacient bude hlásit svůj stav sám, ať je jakýkoliv a bude užívat Antabus. Uskutečňuje se partnerská terapie a individuální terapie obou partnerů. Postupně se partnerský vztah stává více funkčním a harmonickým, pacient dosahuje dosud nejdelší doby abstinence. Zlepšuje se jeho fyzický stav, klesají únavnost a dysforické rozlady. Snižuje se jeho egocentrické zaměření a vztah k dítěti a ženě se zlepšuje.

4. J. G., nar. r. 1942, muž. Pacient podstoupil dobrovolnou ústavní protialkoholní léčbu a odmítal se dále dostavovat do OAT. Uvádí, že se nechce setkat v OAT s jinými pacienty, neche být s nimi ztotožňován. Bojí se „prozrazení", které by mohlo ohrozit jeho společensky významné povolání. Během doléčování, které je zaměřeno na důslednou abstinenci a zlepšování psychické a fyzické kondice, je pracovně velmi oceňován, získává ztracenou důvěru i citovou odezvu rodiny. Ordinován je Antabus, který má užívat jako poistku při ohrožení abstinence. Ohrožující situace jsou probrány. Během doby abstinence od alkoholu se neopakují epileptické záchvaty. Pacient zůstává i v těchto vyžádaných, a pro něho, jak sám říká, optimálních podmínkách rezervovaný, nedává terapeutovi možnost hlubšího proniknutí do své osobnosti. Sám žádné psychické obtíže nepociťuje. Ústup hořkého, autoironického humoru však naznačuje, že se psychoterapeuticky přece jen „neco" děje.

5. J. H., nar. 1941, muž. Po věznění, ke kterému došlo pro narušování ambulantní léčby, nařízené soudem, si vyžádal doléčování, přestože bydlí ve vzdáleném okrese Východočeského kraje, kde se také bude realizovat ambulantní ochranná léčba. Pacient si přeje mít možnost občasné návštěvy a časté korespondence. Nemá nikoho a cítí se být sám. Udává abstinenci od alkoholu, tu však nelze ověřit. Pacient je osobou s mnohými psychoastenickými rysy. V jeho projevu neustále dominuje sklíčenost a hostilní výčitky vůči společnosti a „osudu". Pacient se chová účelově tak, aby vzbudil lítost, má potřebu přímo azylové závislosti. Jsou naznačeny rysy depravace. Pacient trpí sexuální dysfunkcí a jsou mu ordinovány léky, které mu přinášejí jisté zlepšení. Psychoterapeutické „nastavování zrcadla" a důraz na nutnost zbavit se ve výkladu svého života magicky používaných pojmů jako je „osud", nebo „věčný smolař" se děje velmi pomalu, postupně a nenásilně. Současně objevujeme existenci dobrých vlastností, které rozvíjíme. Z hlediska dlouhodobého psychoterapeutického vedení se jeví tento pacient být nejproblematičtější už jen proto, že nemá žádné zázemí. Žije sám v ubytovně podniku, kde je zaměstnán na zkoušku. Není vyloučeno, že bude zapotřebí navázat spolupráci s lékařem spádové OAT. I tato léčba se jeví být dlouhodobou.

Rozprava

Je popsáno neinstitucionální doléčování pacientů závislých na alkoholu a jiných drogách psychoterapií, která je pojímána v obecném slova smyslu jako metoda závislá na léčebném vztahu. Při uvedeném doléčování je dosti spravedlivě naplňována rovnováha pravidla „ber a

dávej". Pacient dává svůj volný čas, platí si jízdné a plní individuální úkoly. Od terapeuta dostává jeho čas a jeho plnou účast a úsilí. Toto doléčování není nijak snadné. I když se zdá, že se pacienti v léčebném setkání mimo instituci chovají uvolněněji a lépe se zbavují svých zábran a obranných postojů, ve skutečnosti se spíše chovají podle své povahy a naléhavosti svých obtíží. Jsou přece jen aktivnější, šetří svůj volný čas a snad i zdánlivá drobnost, jako je hrazení si jízdného, hraje svou roli. Přesto má doléčování svá úskalí, hlušší místa a občas i stagnuje. Nepodléháme panice, nic nelze uspěchat, abstinenci od alkoholu však vyžaduji. Protože dochází i k „mrtvému bodu léčby" i když výjimečně, využil jsem možnosti supervize léčených případů v Bálintově skupině, a to s užitkem. Možnost zlepšení a zefektivnění léčby je dána mj. kvalitou léčebného vztahu, který podléhá vývoji. Léčebný vztah se zlepšuje, když pacient mluví a teraput naslouchá. Tak terapeut více slyší a „porozumí" a jeho empatie se může postupně rozšiřovat na nově objevené rysy pacientovy osobnosti a jeho chování. Narůstající pacientova důvěra a terapeutova empatie zkvalitňují a doslova „oživují" motivací obou partnerů pokračovat v léčbě a překonávat obtíže s tím spojené, což psychicky obohacuje oba partnery. Když pacient má v léčbě možnost „vyprázdnit, odžít nebo odreagovat" svůj nefunkční a patologický stereotyp prožívání a chování a nahlédne-li, že jej již nepotřebuje, může se do jisté míry jeho chování a prožívání změnit. Uvolňuje se prostor pro učení se novým způsobům chování a prožívání, což je nutné posilovat a trénovat. Neinstitucionální doléčování pacientů trvá zatím přibližně jeden rok. Není smluvena doba péče. Sám mám nerad ultimata a definitiva, a proto ponechávám této otázce otevřený průběh. Nevylučuji, že se v budoucnosti forma i obsah setkání pozmění.

Závěr

Je popsáno jednoroční neinstitucionální doléčování dosud ambulantně léčených pacientů závislých na alkoholu a jiných drogách, převážně individuální psychoterapií, poskytovanou odborným alkohologem (a praktickým lékařem) s psychoterapeutickým výcvikem a téměř třicetiletou ambulantní praxí lékaře OAT (i když v pouhém nadúvazku 0,2 LM pro potřeby OAT v okresním měřítku), který v současné době nemá možnost pracovat v oboru AT problematiky institucionálně.

Uvedené sdělení není popisem „vyzrálé a definitivní" léčebné metody. Je to spíše příspěvek k možnosti rozšířit doléčování motivovaných závislých pacientů o nezvyklé a netradiční formy.

MUDr. P. Riesel
NsP Vlašim