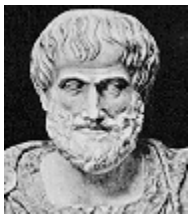
ADAMEC JIŘÍ
FILOSOFICKÝ SEMINÁŘ
KATEDRA TEORIE



PSYCHICKÉ PORUCHY A VZTAHY V RODINÁCH

KOMUNIKACE A PREVENTIVNÍ OPATŘENÍ V RÁMCI SOUŽITÍ

Jiří Adamec

Brno 2019

PSYCHICKÉ PORUCHY A VZTAHY V RODINÁCH

KOMUNIKACE A PREVENTIVNÍ OPATŘENÍ V RÁMCI SOUŽITÍ

Jiří Adamec

Brno 2019

© Adamec Jiří
Filosofický seminář – katedra teorie
ISBN 978-80-87234-80-8

Neosvojená laskavost během života, se jen těžko hledá tam, kde je ji náhle zapotřebí učinit předmětem komunikace

Ú V O D

Psychopatologie v rodinném prostředí představuje nemalou zátěž, která ze strany nemocného dopadá na všechny její členy. Ať už se jedná o přechodné duševní onemocnění nebo jeho trvalý výskyt s různou intenzitou projevů, jsou všichni doma touto skutečností nějak zasaženi. To s čím se nejčastěji při konzultacích setkávám je požadavek na objasnění správné, popřípadě preventivní komunikace s tím, kdo nějakou touto psychickou újmou trpí. V knížce, kterou zde představuji, se budu právě tímto problémem zabývat. Psychoedukace a psychohygiena a to s pozitivním přístupem a zainteresovaností všech ochotných na tomto problému se v rodinném prostředí angažovat, představují významnou pomoc duševně trpícím. Jedním z důležitých kroků věnovat úspěšnou pozornost těmto rodinným vztahům je otevřený přístup, podporovaný rodinnou soudržností, kohezí. Knížka tedy bude plnit úkol manuálu, kterým bude poskytnut rámcový náhled na to, jak a čím se u jednotlivých diagnós zabývat, stejně jako se věnovat vlastní psychohygieně v prevenci proti vyhoření, jestliže tráví členové rodiny s duševně nemocným většinu svého soukromého času. Možnosti pozitivního ovlivňování, například: kvality života lidí s mentálním postižením, schizofrenií, panickými atakami nebo obsedantně-kompulsivní poruchou, poruchou příjmu potravy, depresí nebo fóbiemi v rodinném prostředí, jsou nejčastějšími kategoriemi mezi ostatními psychologicko-psychiatrickými přístupy k duševnímu one-

mocnění. Nejen, že se v současnosti dají poskytovat účinná opatření podporující celkovou výkonnost a integraci pacienta do společenských aktivit, ale stejně tak jsou to rovněž techniky, zásadně měnící i schopnosti osobní sebereflexe, vycházející z konkrétní znalosti dané diagnostiky a jejího využití pro celkovou rekonvalescenci klienta. Knížka, v níž se budu těmto a dalším tématům věnovat, porovná některé tuzemské a zahraniční poznatky v daných přístupech a doplní informační přehled doporučenými technikami, stejně jako potřebnými oddíly, věnujícím se každodenní komunikaci v rodinném zázemí. Touto publikací chce být nastíněn zejména humánní přístup k našim blízkým s duševní újmou a dalšími diagnostickými problémy u všech věkových skupin, stejně jako destigmatisovat jejich postavení ještě stále mnohdy v rozpačitých postojích u celkově nemalého počtu veřejnosti. Knížka je zkráceným zněním jinak celé série celodenních přednášek našeho semináře, a to za poslední léta, kde tato témata byla a jsou pravidelně zahrnována do výkladu. V průběhu dovolené bylo možné zapsat základní text knížky a po návratu domů už jen zkorigovat poslední poznámky a po nutném „uležení" konečně také odevzdat do tisku. Tedy, nechť je její obsah k užitku všem, kdo se obětavě starají a oprávněně věří ve smysluplnost svého odhodlání.

Jiří Adamec
Wien – Zell am See - Paris
červenec / srpen
2019

§1. PŘEDBĚŽNÁ POZNÁMKA K DUŠEVNÍM PORUCHÁM A JEJICH PSYCHODIAGNOSTICE

Slovo psychodiagnostika v podmínkách současného každodenního jazyka již napevno zdomácnělo. Svůj privativní prostor si vydobylo natolik, že psychodiagnostikem je dnes už, kde-kdo. Dokonce slovo diagnostika se chce obcházet a rovnou jsou ti, kdo údajně mají mít nějakou subjektivně, od okolí pociťovanou a tedy snad i „právem přisouzenou" duševní újmu, označováni za psychicky labilní, méněcenné, narušené, blázny, popřípadě psychopaty, schizofreniky, neurotiky, či jinými podobnými cejchy. Populární psychologie tak vzbuzuje dojem, že všichni jejímu oboru plně rozumí a ti, kdo ji popularizují pouze podporují všeobecný sklon nadužívat, zejména, jako psychické invektivy, toto všemožné značkování lidí ve svém okolí. Slovo psychické, nebo psychosomatika, se tak stává verbální zbraní, značně otravující ovzduší jinak normálního bytí.

Osobnost a její zvláštnosti jsou dnes rozpoznávány mnohdy jako nepřijatelné odchylky zejména od těch, kdo vyznávají stádovost. Psychickou nemocí se stává osobitý přístup k realitě, dosahující rychlejšího výsledku v kariéře nebo dovednostech jakéhokoliv typu. Ten, kdo nesplňuje všeobecně ukládanou normu, se jen těžko vyvléká z podezření, že není duševně zdráv. Norma rodiny, vzdělání nebo sebepresentace se stala natolik otřepanou, že jí dnes už málo kdo věří. Naopak singlový způsob existence dosáhl takového nárůstu, že sám určil, co se bude ucházet v psychodiagnostice o prvenství.

Psychologie a psychodiagnostika žijí nyní v paradoxu. Existenciální statusy samy dnes určují normy zdravého způsobu života, neboť jimi jest vždy to, jak se v takovém nastavení cítí člověk sám a nikoliv nějaká tabulka. Takže, zdravým způsobem duševního bytí, pro současného člověka je tedy, žít uchráněn od tlaku okolí. A to je celá podstata přítomné normy. Čím více je společenskými požadavky vytvářen zájem o angažovanost všech, tím více se jednotlivci této situaci brání útěkem do samoty. Navíc, celému problému začíná nepříjemně vládnout oprávněné znechucení neustálým dozorem a pozorováním soukromého života jak kamerovými systémy, tak digitálním terorem, který se však za takový ještě naivně nepovažuje a namlouvá si, že je to moderní způsob života.

Představme si, že jsou ve společnosti jedinci, kteří tento tlak, který jsme zdaleka nevyčerpali, jednoduše neunáší. Jejich psychika se rychleji vyčerpává tolerančními schopnostmi adaptovat se na podobné okolnosti. Duševně stárnou rychleji. Dostavují se u nich zpočátku nejrůzněji odvíjené obranné mechanismy z nichž se nakonec vyvine duševní nemoc. Chování, emoce, sebereflexe a vztahy k druhým lidem dosáhnou u nich na samu hranici tolerance, až ji nakonec překročí. Začne se odvíjet kolo psychických výkyvů. Jejich znakem je časové schéma: krátkodobé, střednědobé, dlouhodobé a trvalé psychické obtíže. S věkovou proměnnou se takový stav pouze zhošuje. A v posledku očekávání, že se něco samo zlepší, vyústí v chronickou

duševní nemoc. Celý problém zhoršují specifické životní situace, které jsou z meziosobních vztahů nejčastěji nevratné. Život je prostě složitý. Tudíž není šance se k celé situaci postavit jinak, než povědomím o tom, že způsob života určuje to, jak se k nám budou chovat druzí lidé, jakmile bude nutné očekávanou pomoc a podporu přijmout a s jakým zájmem my sami budeme ochotni nabídnout útěchu, pakliže se to bude od nás očekávat, právě tak ve stejné situaci směrem k bližnímu.

§2. ORGANICKÉ DUŠEVNÍ PORUCHY A RODINNÉ PROSTŘEDÍ

Charakteristickým znakem organických duševních poruch (dále ODP) je ztráta paměti, zejména novopaměti, apatie, sociální nepřizpůsobivost, podrážděnost a emoční labilita, obecně ztráta kognitivních a exekutivních funkcí, ztráta tělesných schopností, nemoci vnitřních orgánů a snížená imunita. K těmto neduhům se v nějaké míře přidávají sekundární psychické komplikace jako: deprese, sebepoškozování, sebevražedné sklony, schizoidní stavy, problémy spojené s příjmem potravy, hygienou, samoobslužností, orientací místem a časem, vědomím smyslu aktuálního výskytu v situacích. Většina těchto obtíží na sebe těsně nasedá a tvoří průběhový obraz osobnosti pacienta, doprovázený svojí vlastní, specifickou, behaviorální intensitou, projevující se během dne. Tu doprovází rovněž vyšší unavitelnost, podporovaná také psychofarmaky a celkovou neurologickou, dysfunkční zátěží.

ZÁKLADNÍ PŘÍSTUPY V KOMUNIKACI S PACIENTY S ODP V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ

Tak jako u všech dalších duševních onemocnění, které budeme v této knížce komentovat, je i v případě alzheimerismu, parkinsonismu (tedy v nejčastějším výskytu ODP) a jiných ODP nutná primární konzultace s ošetřujícím lékařem. Pokud se dále zajímáme o nové informace spojené s domácím přístupem k rodinným příslušníkům s psychickou zátěží, potom je vhodné zvažovat přijímané „rady" tím způsobem, že oddělujeme čistě osobní zkušenosti od těch, které mnohdy přichází, co by sdělení, dělající si nároky na „kritéria zaručené a nejobecnější platnosti".

Z hlediska vlastního postoje je sice nelehké, ale zato účinné, co nejrychleji se na situaci, že máme doma pacienta s ODP adaptovat a tuto skutečnost prostě přijmout. Znamená to jednak smířit se s faktem, že se jedná o onemocnění nezvratné a tím současně i progredující. Na tuto skutečnost se obtížně zvyká emočně, rozumově jsou momenty takového uvědomění častěji schůdnější.

Jedním z prvních přístupů, který je vhodné si v rámci rodinné péče o duševně nemocného osvojovat je dohled nad pravidelností lékařských kontrol a braní léků, které po konzultaci s ošetřujícím lékařem pacientovi dozorujeme, případně sami v doporučených dávkách podáváme. Už v tomto bodě domácí péče mohou nastávat komplikace, jestliže pacient odmítá spolupracovat a v daný moment projeví odmítavý postoj. Je zapotřebí v klidu od

daného záměru upustit, pacienta nenutit a teprve až po chvíli, kterou vyplníme přátelským popovídáním na nahodilé nekonfrontační téma, situaci opakovat. Tento postoj negativismu pacient zpravidla neprojevuje vždy, i když se čas od času může opakovat. Tyto drobné protesty je zapotřebí chápat jako dílčí fragmenty projevované osobnostní svobody. Konečně významnou součástí úspěchu, neúspěchu naší komunikace s duševně nemocným v domácím prostředí je to, s jakou mírou porozumění se odvíjely naše doposud utvářené, vzájemně celoživotní vztahy.

Dalším přístupovým problémem je celkově poskytované prostředí v němž pacient s ODP žije a vlastně tráví většinu svého času. Doporučovanou zásadou je toto prostředí pokud možno neměnit. A to jak místně, adresou, tak co do vnitřního uspořádání bytu. Pacienti s ODP jako jednu z nejobtížnějších životních situací nezvládají adaptaci na změny, ať už se týkají čehokoliv. Nábytek a dohledatelnost věcí, které zůstávají „na svém místě", poskytují pacientům s ODP potřebnou dávku vnitřního klidu a pocitu osobního bezpečí. To ovšem nijak nebrání tomu, abychom pacientům s ODP poskytovali jednak upevňující informace (fotografie a vybavování vzpomínek) a stejně tak opakovaně aktuální orientaci, např. o prostorovém stavu nejbližšího okolí, společnými vycházkami, nebo rodinnými výlety do nového, zejména přírodního prostředí. Barevné znakování, např. v prostoru kuchyně (červená páska rovná se příbory, modrá páska rovná se talíře,

zelená páska rovná se hrnky a sklenice, bílá páska rovná se hrnce a další nádobí), má svůj neocenitelný význam, zejména prodlužováním samostatnosti v celkové orientaci v tomto pracovním prostoru i z hlediska bezpečnosti. Viditelně by měl být rovněž u sporáku obrázek, připomínající kontrolu jeho zapnutí / vypnutí, podobně jako u vchodových dveří nepřehlédnutelná poznámka o kontrole spotřebičů a svícení v místnostech, stejně jako informace o klíčích do kapsy a zamykání zvenku.

Kromě toho, snažíme se rodinného příslušníka s ODP současně udržovat při vědomí o jeho plnohodnotném začlenění do realizovaných situací, třeba už jen tím, že jej otázkami vybízíme k předkládání vlastního názoru stran souhlasu, či nesouhlasu se společně navrhovanými a realizovanými záměry.

Ve věci hygieny lze buďto nechat okolnosti přirozeně plynout, jestliže se některý člen rodiny stane automaticky takto důvěrnou osobou, nebo se informovat o částečné, zpravidla placené spolupráci s vyškoleným zdravotníkem.

Pacienti, trpící progredující ODP projevují celou řadu psychických změn, na které jsme u nich během života nebyli zvyklí. Toulají se a nemohou trefit domů, padají a zašpiní se, nebo se poraní. Bývají zlostní, nebo si nás a jiné členy rodiny přestávají ostrůvkovitě pamatovat. Každý takový projev tohoto pacienta dostává rodinu do stavu úzkosti, neboť si uvědomuje, ať už otevřeně nebo mlčky, že se duševní stav jejich otce, matky, jiného blízkého patrně opět zhoršil.

Je proto nutné, aby rodina mezi sebou všechny tyto okolnosti komunikovala. Takový přístup totiž dělá to, že snižuje přetlak na jednotlivce a rozpouští jej mezi ostatní členy rodiny. Jako prevence před vyhořením je tento přístup primárně důležitý. Měly by jít stranou všechny výtky, kdo toho kolik pro pacienta udělal, právě naopak, mělo by docházet k „předhánění se" v tom, jak si co nejlépe vzájemně v této péči pomáhat a vyhovět.

SPECIFICKÉ SITUACE V KOMUNIKACI S PACIENTY S ODP V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ

To, co nejčastěji většinu lidí, starajících se o domácí příslušníky s ODP zaskočí, je moment, kdy si tito pacienti jen obtížně nebo po delší čas nejsou vůbec schopni vzpomenout na jméno svých blízkých, popřípadě, když své dcery, syny nebo vnoučata zaměňují a trvají na své verzi přístupu. Jednak je tato skutečnost emočně náročná, protože je pociťována pozvolná ztráta vzájemně vědomého kontaktu a z druhé strany také vyčerpávající hledáním racionálního sebe-napojení, které by tuto skutečnost zvrátilo. Lze konstatovat, že je zapotřebí tuto záležitost, spojenou s postupnou progredací ODP přijmout za takovou, jaká je. V klidném a chápajícím postoji přijímáme tyto záměny a zapomínání s tím, že stále trváme na skutečné verzi situace, kterou průběžně komentujeme, avšak bez emočního výkyvu, a nebo s výčitkou směrem k pacientovi. Jinou cestou, tak jako tak, ničeho nedosáhneme. Pacient se z daného, amnestického výkyvu, nejčastěji do-

stává spontánně a naše komunikace s ním pokračuje bez větších problémů.

Nejednou se stává, že dojde ze strany pacienta vinou zapomínání k tomu, že nemůže dohledat nějakou věc. Je schopen potom obviňovat své nejbližší z jejich nekalých úmyslů. Tyto situce patrně vyvolávají nemalé rozhořčení, které do rodiny může vnášet napětí. Opět i zde trpělivě spolupracujeme např. na aktivním hledání předmětu. Mnohdy celé situaci pomůže, když jde pacient odpoledne spát. Po probuzení si většinou na dříve vyvolaný problém „ztráty" nebo dokonce „okradení" nevzpomene. Pokud jsou tyto situace doprovázeny otevřenou agresivitou, překračující pouze verbální útoky směrem k věcem, živočichům nebo dokonce rodinným příslušníkům, je nutná lékařská intervence a podávání příslušných psychofarmak, která tyto stavy výbušnosti značně omezí a zkorigují na přijatelnou míru soužití.

Pacienti s ODP rovněž často upadají do apatie, netečnosti. To se projevuje tím, že daný jedinec např. pouze sedí, leží nebo stojí, dívá se před sebe a jen sporadicky reaguje na vnější i tělové podněty. V takové chvíli, pokud ji zaznamenáme je vhodné být s pacientem v jedné místnosti. Nikoliv však blízko, stačí se jen vyskytovat na dohled pacienta. Jednak potřebujeme kontrolovat v takových situacích samovolnou inkontinenci nebo defekaci, stejně jako se v podobných stavech netečnosti mohou dostavit náhlé záškuby (pseudoepilepsie), které rychle odezní, dušnost, nebo u stojících pacientů pád na

zem. Klienty, kteří v době netečnosti mají tendeci v jejím průběhu stát, se snažíme, z hlediska jejich bezpečí tak, jako tak, usadit.

Další věcí v komunikaci a přístupech je, nezaobírat se příliš vlastním smutkem a citovou pohnutostí z celé situace, ale spíše každodenními drobnostmi, kterými můžeme pacienta potěšit. Jeho podprahové vnímání je nedotčené, tudíž mu můžeme poskytnout pozitivní naladění např. i tím, že jej oblékáme do čistého, má po ruce vždy dostatek tekutin (čaj, limonádu), občas s rozumem i nějakou tu sladkost. Respektujeme samozřejmě u těchto pacientů jinak veškeré dietní potřeby.

Nastane-li situace pro nutnost s dalšími rodinnými příslušníky se o něčem poradit a téma by bylo pro našeho pacienta nesrozumitelné, nebo jakkoliv nedůležité, komunikujeme potom raději bez jeho přítomnosti. Stejně tak možné hádky, či jiná napětí vyvolaná spory v komunikaci vedeme tak, abychom klienta uchránili od stresujících dopadů.

Samostatnou složkou je také v komunikaci s pacientem s ODP v domácím prostředí i humor. Anekdoty, nejrůznější paradoxy, filmové grotesky, záměrné sebezesměšňování v mezích humanity, to všechno může tento pacient zvládat s potřebnou dávkou smíchu a uvolnění. Vždy nám takové momenty nakonec pomáhají sdělovat, jak na tom pacient s rozumovým chápáním reality je. Humor lze považovat za jeden z důležitých indikátorů inteligence, nebo také průběhu mentální funkčnosti vázané na situační problematiku v rámci vývoje ODP.

V neposlední řadě je důležité v péči se střídat a umět relaxovat. Nemít přesvědčení, že druhý dospělý z rodiny, to bez nás nezvládne, jestliže jsme se už o správnosti jeho přístupu mnohkrát v minulosti přesvědčili. V případě placené služby samozřejmě nejméně první dvě návštěvy postup pomocníka dozorujeme a rovněž si všímáme optimalizace navazování jeho pozitivního vztahu s pacientem.

Seznamujeme se s komunikačními technikami a celkovým přístupem k duševně nemocným s ODP v domácím prostředí. Nelze i tak zapomínat na pohybovou aktivitu a kontakty s vrstevníky pacienta. Oboje u něj formuje postoj k situaci jako sdílenou a tedy v řádu okolností nikoliv jako osamocení nebo vyčlenění. Do těchto aktivit může náležet rovněž provozování nějakého koníčku, výtvarné tvorby, a tak podobně.

Postupný rozvoj demence je nezvratný, jestliže se jednoho dne jeho symptomy začnou přihlašovat s jasně zřetelnými znaky (viz začátek tohoto odílu), pro odborné posouzení a stanovení této diagnósy. Není to však vždy jen stáří, které sebou tuto problematiku u vybraných pacientů nese. Mohou být různé důvody organického poškození centrální nervové soustavy, které k takovému psychickému stavu přispívají ještě dávno před očekávanou věkovou kategorií (65 a výše), jako jsou autohavárie, poškození autoimunitního systému, případně alkoholismus, nebo jiné. Dětství, dospívání, raná, střední a pozdní dospělost, stáří a senium, to jsou věkové kategorie nutné pro znalost vývoje osobnosti. Po-

kud se v jejich obsahu demence z důvodů, které zde uvádíme dostaví, potom má její průběh vždy nějaký specifický potenciál projevu odpovídající této věkové kategorii. Specifita komunikace je potom této věkové katogorii plně podřízená.

Je třeba chápat, že ne vždy a ve všech rodinách je možné shora uvedené body zvládnout nebo pacientům s ODP v domácím prostředí vůbec nabídnout. Lze ovšem z toho, co zde bylo popsáno, vybrat vždy jakési optimální torzo, a to v daných podmínkách rodinného soužití s pacientem s ODP aplikovat, případně i dále, s vývojem pacientovy situace, přizpůsobovat.

●

Ještě dvě poznámky k této kapitole závěrem. Za prvé: měli bychom se zdráhat používat slovo „infantilní" vůči našim blízkým s ODP. Vyvolává to dojem předem odsouzeného subjektu do kategorie, která z nás má snímat odpovědnost za jeho další dny života. Pacient s ODP je plnohodnotná osobnost a jako k takové je zapotřebí k němu (k ní) přistupovat. Jde o naši odpovědnost, ať už soukromou, nebo občanskou. Za druhé: většina z toho, co zde doposud zaznělo, se bude mít tendenci modifikovat při popisu dalších diagnós k nimž budou nasedat další detaily, pro zvládání komunikace. Proto je vhodné toto předchozí pojednání si dobře osvojit, neboť nám poslouží jako výchozí informační materiál, pro další techniky osobního přístupu.

§2. PACIENT SE ZÁVISLOSTÍ A JEHO PSYCHIKA V KONFRONTACI S DOMÁCÍM PROSTŘEDÍM

Tím, že jsme v názvu této kapitoly použili slovo „konfrontace", tedy již dopředu dáváme upozornění na to, že téma psychické poruchy a závislost (alkohol, droga) je v rodinném prostředí vždy věcí extrémního emočního rázu a meziosobních postojů. Nebudeme si nalhávat, že by se jednalo o vždy schůdnou cestu soužití, která je s tímto problémem spojená. U předešlých pacientů s ODP, se přeci jen častěji setkáváme s tím, že mají ochotu spolupracovat. Ovšem u alkoholové nebo drogové závislosti převládá snaha veškeré nabídky o kooperaci v rodinném prostředí, ze strany pacienta bojkotovat. Jejich sklon k hrubé nepřízpůsobivosti je tedy hlavním tématem v komunikaci a celkově očekávanému zlepšení jejich přístupu k sobě samým. Z psychologického hlediska tento problém sytí jednak nezkrotné, neovladatelné bažení po dané substanci (alkohol, droga), stejně jako porucha vůle (neschopnost odepřít si z očekávaného pocitu slasti danou látku), dále na to nasedané somatické jevy, zejména v období, kdy z těla tato vyprchává a přichází nutkání její opětné aplikace, následně také v odvykacím období, prochází-li pacient léčbou. To, že při dlouhodobé závislosti dochází také k celkové změně obrazu osobnosti, je rovněž dalším problémem. Pacient se projevuje množstvím povahových, nestálých barev emocí, nálad a chování, nespolehlivostí, podrážděností, až kriminogenními sklony.

Kvalita života a obraz osobnosi závislých pacientů doznávají často extrémních změn i v těch případech, kdy se vzdávají rodinného zázemí, stávají se bezdomovci, nebo v nějaké minimální míře něčeho, co ještě lze nazvat soužitím, vyhledávají jedince, partnery se stejným zaměřením a v nuzných podmínkách „žijí" s pocitem vítězství nad mnohdy komentovanými vlivy, které na nich napáchal, kdekdo a tím vlastně zapříčinil stav, ve kterém teď tráví svoji neutěšenou situaci. Těch skutečně založenými konflikty z dětství a primární rodinou ovlivněných osudů ze špatné výchovy, tedy jedinců, kteří takto „končí" na ulici odevzdáni osudu závislosti je přibližně polovina. Ostatní jsou jen prostředím strženi k dání protestu, postavit se proti tlaku rodiny jít nějakou smysluplnou a racionálně utvářenou životní cestou, mladí lidé vykořenění pocitem marnosti, jestliže i dobře fungující rodina tento svůj požadavek na dítě předkládá jen s příliš velkým důrazem (výhružky, tresty a tak podobně).

Psychické poruchy spojené se závislostí, tak jako tak, vždy vyvolávají u pacientů latentní potřebu tuto skutečnost, zejména před svým nejbližším okolím „schovávat". Vědomí, že „dělají něco špatného" mají zpravidla plně zachováno. Fakt, že jejich počínání může být, zejména v počátcích rozvoje závislosti prozrazeno, je činí značně ostražitými. S tím jdou, ruku v ruce: podrážděnost, lhaní, separace a rádoby racionalisované postoje, nejčastěji také s náhlými, radikálními změnami v názorech nejrůznějšího druhu. Přerušení docházky do školy,

studia, zaměstnání, utrácení vetších částek peněz, stejně jako vysoká zadluženost, náhlá nespolehlivost v partnerských vztazích spojená s promiskuitou nebo, i do té doby nezvyklou experimentací v intimním životě - tak to jsou obtíže jimiž pacient se závislostí nejčastěji demonstruje celou situaci.

Co se dalších zdravotních obtíží týče, tak ty jsou už spojené se specifikou dané závislosti: alkohol, drogy, jiné látky nebo jejich kombinace. V každém případě závislost odbržďuje tendenci k agresivitě, schizoidním stavům, stavu obluzeného vědomí (intoxikační problematika), také vede ke změnám kognitivních funkcí a sebenáhledu. V souvislosti s těmito faktory je potom zásadně ovlivňovaná funkce CNS, vnitřní orgány a oběhový systém. Kvalita životě tedy není u závislostí snížená pouze samotným braním substance, ale stejně tak i tělesnými dopady. Poškození: jater, plic, srdce, žaludku a významných okruhů CNS, popřípadě svalové křeče, které se mohou dostavovat i několik měsíců po jinak úspěšné léčbě, mnohdy představuje základní oblast problémů, s nimiž se při tzv. diferenciální diagnostice u závislých odborníci setkávají. Tak zvaná kognitivně-behaviorální terapie, i když není samoúčelná, přeci jen doposud přináší nejlepší výsledky v základním léčebném přístupu k závislým. Pomáhá měnit obraz myšlení, sebereflexi a chování v životních situacích takovým způsobem, že dává pacientovi jasnou informaci o jeho psychickém zdravotním stavu, možnostech východisek a seberozvoje v optimálnějších souvislostech existence.

KOMUNIKAČNÍ MOŽNOSTI SE ZÁVISLÝMI V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ

To, co charakterisuje ve vnějších projevech závislé pacienty je morální a emoční rozvolněnost. Psychoterapie v tzv. adiktologickém nastavení má za úkol pacientovi „posbírat" hodnotový systém a poskládat opět do takového tvaru, díky němuž bude dále schopen existovat bez potřeby být závislý. Jakkoli se tento požadavek zdá být jednoduchý, opak je pravdou. Ne všichni závislí pacienti se stoprocentně ze svého stavu vyléčí. Rodinné zázemí v tom často hraje zásadní roli. Mnohdy jsou totiž meziosobní vztahy před nástupem léčby tak neutěšené, že si rodina jejich urovnání umí jen stěží představit. Obava, že se nic nezměnilo a pacient se bude chovat po návratu (např. po půl roce ústavní léčby) z terapie identickým způsobem je predikována často klientovi již dopředu, čímž vzniká atmosféra nedůvěry a neochoty o jakoukoli změnu se vůbec snažit. Navíc, se často dozvídám, jak je pacientovi po návratu domů podsouváno pouze jediné: „Tak se ukaž, co tam s tebou udělali?!" Takový přístup je naprosto nevhodný. Tlak pozorování, stigmatisace nepolepšitelnosti, apriorní nedůvěra a naprosté svalování viny na pacienta, vede nakonec jen k dalším komplikacím, o obnově závislosti ani nemluvě. Hledání východisek, tedy není nijak snadný úkol. Pojďme se podívat na možnosti pozitivního ovlivňování komunikace se závislými v rodinném prostředí tak, abychom dokázali empaticky zaujmout postavení, které bude oběma stranám pro-

spěšné. (Změny mohou totiž v těchto případech značně pozitivně ovlivnit všechny členy rodiny.)

Jako první se zřetelně nutí potřeba „vytváření řádu". Jak k takovému úkolu přistupovat? V každém případě dohodami. Řád rodinného soužití není o jednostranném diktátu potřeb většiny nebo jedince. Jedná se pozvolnou cestu utváření reforem, kde mají výsledky dlouhodobější nástup svého dosažení. Oboustranná trpělivost je tedy na místě. Je proto vhodné začínat dotazy směrem k pacientovi, co by chtěl na obsahu rodinného soužití změnit. Tímto dáním na jevo vlastní otevřenost, stíráme ze situace pro pacienta myšlenky o jednostrannosti přístupu a ve skutečnosti se stavíme na první místo těchto změn. Dále, výměnou můžeme žádat naopak sami změny, které budeme v rámci chování a jednání očekávat my, ze strany pacienta. Menší požadavky, jako je včasná docházka domů, telefonické sebepřipomínání a pozdravy během dne, výpomoc v domácnosti atp., můžeme hodnotit ve smyslu zlepšení, nebo nezlepšení komunikace, přibližně po měsíci stanovení podobných dohod. Větší požadavky, jako je např. sklon vztekat se, mluvit hrubě, urážet se, vypadávat z role dohod celkově opětnými náznaky sebeizolace, takové projevy většinou hodnotíme po třech měsících, až půl roce. Samostatnou kapitolou je dále např. opětné zahájení studia, samostatnost při hledání zaměstnání, snaha udržet si práci a nebo se kariérně i posouvat dál. V těchto bodech hodnotíme pacientovi změny, až v ročních intervalech. Partnerské vztahy, které jsou

citlivou životní záležitostí, také u většiny *nezávislé* společnosti, jsou soukromou věcí klienta.

Mnohdy celou komunikační situaci kazí rodinná přecitlivělost. Pacient se závislostí, který se pozvolna „vrací" do normálního života, nebývá vždy identickou osobností jako tomu bylo před léčbou. Něco se v jeho (jejím) životě událo. Tím zásadním je především nemalá psychická zátěž. Ta na sebe strhává mnohé pochybnosti v rámci sebevědomí, pacient si nemusí být vždy jistý sám sebou. Přechodné série stavů úzkosti, jsou potom překonávány prostřednictvím rychleji se měnících postojů, kterými se zpravidla jen tzv. „hledá". V různé míře toto sebehledání máme všichni a občas se potřebujeme také poradit. Ne vždy jsme si jisti, rádoby pevnými rozhodnutími. Dávat pacientovi pobídky k otevřenosti a konstruktivnímu dialogu a sami takový požadavek zvládat přijatelným způsobem, to je nejednou velká chemie komunikačních dovedností. Stojí však proti nám mohutný protivník. Je jím staré známé nevědomí, které si osobuje nároky na to, aby s libidem celou naší i pacientovu snahu značně zbržďovali. I tak sleduji v celé věci jeden průvodní jev. Pacienti po úspěšné léčbě závislosti, se už nejsou mnohdy schopni zbavit jisté emoční plochosti. Rodinní příslušníci mi sdělují, že jejich blízký jim připadá, „jako kdyby občas pobýval jinde". Mnohdy jsou všichni z této situace značně roztrpčení a dovozují, že mají pocit, jako by je neměl rád (ráda). V užších partnerských vztazích je toto potom obzvlášť citlivým místem. Odpovídám zpravidla tak,

že se snažím vysvětlit věc po stránce neurologické, nic méně edukuji i tím směrem, že klient vskutku mohl dosáhnout nezvratné změny ve svých projevech emocí, ovšem z hlediska osobního prožitku a přijímání blízkých, nemusí ze strany pacienta docházet dlouhodoběji k žádným výrazně dramatickým odchylkám. Vybudovat si na tomto podkladu nový, stejně kvalitní, citově a osobnostně propojující vztah, je vždycky možné.

Naše míra laskavosti by měla jít ruku v ruce společně se spravedlivým přístupem. Odměna by měla být citelná a její opak by neměl být trestem, ale vyjádřením postoje, vůči pacientem nesplněné dohodě, či dohodám. V tomto ohledu, se jedná o skutečnou, komunikačně přístupovou strategii. Při stanovování dohod předpokládat jak reagovat pozitivně. Pochvala může zahrnovat nekonečně mnoho podob, od jednoduchého verbálního, kladného vyzdvižení, až po odměňování nějakou společnou činností: *mám radost že jsi…*; *chtěla bych dnes oslavit první měsíc, kdy jsi nepil* (kino, divadlo, malý společný výlet na pacientovo oblíbené místo, aj.), případně další způsob osobního poděkování typu: *tak jsem si dnes mohl (mohla) konečně, díky tvé snaze v klidu posedět v parku na lavičce*, a tak podobně. V případě nutnosti vyjádřit záporný postoj; tedy jen výše uvedenou pozititu, lze uvést v negativním znění. Odvození dalších variant, pro oba typy komunikace je z předešlého na snadě a podléhá celkově specifické rodinné situaci a všem předešlým zkušenostem, které s pacientem doposud máme.

O vlastní závislosti (alkohol, droga) je s pacientem zapotřebí hovořit. Mnozí totiž prochází různými výkyvy subjektivně pociťované touhy látku si opětně aplikovat (napít se, píchnout do žíly). Je to normální fysiologický proces doznívající závislosti. Jeho i přesto že, takto nikoliv silná intensita, by měla postupně slábnout, až vymizet. Pokud v takových momentech, kdy se nám pacient svěřuje, například: *„Dneska jsem šla kolem restaurace a pocítila jsem touhu zase posedět u dvou deci…*", reagujeme emočně, ustrašeně: *„No, obávám se, aby se to nakonec nestalo*", ve skutečnosti pacientovi podsouváme stále přetrvávající nedůvěru stran zlepšení jeho (její) léčby, nebo poctivého odhodlání, závislost zvládnout vlastními silami. Předešlé výroky o tom, že našemu rodinnému příslušníku důvěřujeme, tímto postojem ve skutečnosti vymazáváme. Děje se to v zásadě při jakémkoli strachu, který podobným způsobem dáváme pacientovi na jevo. Věta, kterou můžeme naopak svoji podporu svému blízkému utvrdit může znít následujícím způsobem: *„Těším se, až to všechno budeme mít za sebou, ty se budeš cítit lépe a budeme mít více volnosti, pro společný život.*"

Opět zde nevyčerpáváme celý komunikační prostor, tentokrát tedy v tématu: *závislost a rodina*. Znovu je zapotřebí podotknout, že specifika komunikace i zde vyplývají z celkového fungování té, či oné rodiny, z její historie a nastavení cílů, které si klade. Závislost v rodině může všechny tyto okolnosti „překopat" směrem i ke zcela novým výzvám.

§3. SCHIZOFRENIE V PODMÍNKÁCH KOMUNIKACE V RODINĚ

V rámci komunikace v rodinném prostředí je pro mnohé laiky téměř nepředstavitelné vést smysluplný dialog s pacientem, který trpí psychotickými symptomy (bludy a halucinacemi), tedy schizofrenií. Veřejnost není vždy, až tak dobře informována o tom, že ne každá schizofrenie musí probíhat s agresivitou a totálním vypojení nemocného z kontaktu se vší realitou (paranoidní schizofrenie). Druh schizofrenie, terapie, léky a podpora rodiny dnes vrací pacienty do zaměstnání, také ke studiu, umožňují jim rozvíjet partnerské vztahy, mít vlastní rodinu a kariérní růst. V tomto případě: terapie, psychofarmaka a rodinné zázemí mohou nabízet zcela viditelná zlepšení psychického stavu pacienta. V některých případech jsou léky rozhodujícím faktorem. A dokonce nemusí být vždy problémem jejich celoživotní užívání.

Bludy a halucinace tedy představují u pacienta se schizofrenií zásadní problém. Klient se řídí buďto podle hlubokých a zcela nevývratných, vnitřních přesvědčení (jsem agent tajné organisace, jsem pronásledován mimozemšťany, sousedé jsou bytosti usilující o můj život), tedy bludy, nebo halucinacemi (hlasy blízkých, kteří už nežijí, vnímáním světla, co by nebeských poselství, rozmlouváním se zvířaty – tělesnými anděli, sebeomezováním návštěvami jakýchkoliv budouv, neboť *na každé vidím* její pohyb a katastrofický pád). To jsou jen některé z celé řady subjektivně vnímaných problematik,

kterými se pacienti se schizofrenií mohou demonstrovat. Ty projevy, které byly výše uvedeny mají mimo jiné jednoho společného jmenovatele, kterými je aktivita, nebo někdy i určitější potřeba behaviorálního dynamismu. Ve výsledku se jedná o chování, které zdaleka není v souladu s realitou (místně a časově) a vzhledem k požadavkům právě probíhajících okolností. Pacient se tedy chová způsobem, kterému jsme si navykli říkat: *podivínské*. Například stojí kdesi v místnosti a volá do okolí: *Opusťte budovu, právě zbývají jen vteřiny do jejího zřícení*. Nebo: při chůzi městem se dotýká lidí a „předává jim nebeské poselství", protože byl (byla) k tomuto úkolu právě předurčen. Chování i myšlení schizofrenika jsou tedy tak zvaně *bizarní*. Buďto ze své psychotické role vypadávají, nebo v ní mají tendenci uvíznout přetrtvávající čas během dne. Pokud by se jednalo výhradně jen o tyto psychotické fenomény, tedy bludy a halucinace, patrně by léčba terapií a psychofarmaky přehledným způsobem umožňovala poměrně rychlé výhledy na zlepšení zdravotního stavu. Nebyla by to tedy, na druhé straně schizofrenie, kdyby se k těmto psychotickým stavům nepřidávaly, samovolně ještě další komplikace. Jednak je to tendence v době psychotického stavu, jeho průběhu, projevovat se verbálně značně nesrozumitelným způsobem, až vyhraněně konfrontačně, stereotypií (opakováním slov, témat nebo v tělesném vyjádření například kymácením se, chůzí z místa na místo, rozhazováním rukama), nebo i mutismem (oněměním), apatií,

stuporozitou. Náladovost a podrážděnost s výbušností dále u neléčených schizofrenií mohou být na denním pořádku. Přidá-li se k tomuto obrazu ještě, byť přechodně hraniční porucha osobnosti s naprostou neochotou „ke spolupráci", ať už s ošetřujícím lékařem a personálem, nebo s rodinou, je problém završen. Tím, že se jedná o dlouhodobý rozvoj duševního onemocnění, nejčastěji až s pozdním zachycením, je cesta k „úspěšnému návratu" zpět do reality přeci jen komplikovaná. Post-schizofrenní deprese, emoční oploštělost (viz předešlá kapitola o závislostech), ztráta smyslu existence, násobí dále negativní sebereflexi a významně potom zbržďují úspěch léčby jakož i rodinnou komunikaci.

SCHIZOFRENIE, RODINA A KOMUNIKAČNÍ STRATEGIE

Jak už jsme naznačili u pacienta se schizofrenií dbáme na to, abychom se nenechali vtáhnout do přesvědčovacího modelu komunikace. Sama potřeba, projevovat se v souvislosti s probíhajícím psychotickým stavem tak, že nikdo a nic nejsou v daný moment pacientem respektováni, tak průběh tohoto stavu (až na vyjímky otevřené agresivity) necháváme volně běžet. V případě, že se pacient přeci jen samovolně spuštěným programem agresivity začne projevovat, zaujímáme místo mimo jeho dosah a voláme rychlou záchrannou službu, popíšeme situaci a vyčkáme dostatečné chráněni jejího příjezdu, popřípadě také za asistence policie. U ošetřujícího lékaře se informujeme o možnosti zá-

znamového sešitu, nebo jiné obdobné metody, kam lze zapisovat klientovy psychotické stavy a jejich „sytost" (mírná, střední, těžká). Se středně-dobým horizontem toto pacientovi se schizofrenií, rodině i ošetřujícímu lékaři dává dobré informace o stabilizaci, zlepšení, nebo zhoršení jeho psychického, popřípadě v rámci spojení s diferenciální diagnostikou i jiného onemocnění a o celkovém zdravotním stavu jako takovém. Tento časový monitoring, zejména jeho odstupy, ale i délky trvání, poskytují lepší volbu psychofarmaka, jejich více odpovídající dávkování a terapeutický přístup, jako celek.

Většina schizofrenních pacientů se svých psychotických stavů bojí. Po jejich odeznění mívají částečný nebo úplný dohled nad jejich průběhem. Tím, že sami pociťují neovladatelnost bludných myšlenek a smyslových klamů, které je nutí jednat způsobem, kdy nejsou nijak schopni svým záměrům, vyplývajícím z jejich aktuálního (psychotického) působení zabránit a po jejich odeznění jsou schopni je monitorovat jako jakousi osobní minulost, která se může dostavit, kdykoli se jí zachce (denní, průběhové spouštěče jsou stále velkou neznámou u schizofreniků), dostavuje se i změna nálady (úzkost, deprese, vystrašenost, popřípadě náznaky panických atak, stereotypie, až obsedantně-kompulsivní jednání a další psychické komplikace). Z tohoto důvodu je jednoznačným pomocníkem o všech psychotických stavech s pacientem hovořit, učinit je běžnou součástí komunikace. Už v minulosti byly u nás i v zahraničí jednoznačně prokázá-

ny jako důvody vzniku schizofrenie zejména vývojová, patologická izolace a nebo nízká, popřípadě extrémní nekomunikovatelnost s dítětem. Sebeuzavírání se do vlastního světa představ je patrně nejsnadnější cestou do některého, nebo obou psychotických stavů, samozřejmě, má-li k tomu daný jedinec předpoklady (psychické, neurofysiologické). O ostatních spouštěčích, se lze snadno dočíst v odborné literatuře, i když jejich popis, se bude vždy chápat spíše hypoteticky. Je tomu tak patrně proto, že stále platí známé pořekadlo, a sice: *schofrenií je tolik druhů, kolik je schizofreniků*. A to samozřejmě klasifikaci spouštěčů značně komplikuje, alespoň co do hledání nějakého jednoznašně obecně vykazatelného rámce, platného pro všechny schizofreniky.

Naznačili jsme, že primárním psychickým prožitkem schizofreniků je strach. Přehlušit jej lze mnohdy jen tím způsobem, že vůči nějaké skutečnosti, kterou považujeme za sebeohrožující zaujmeme buďto postoj **1.** rezistentní, tedy tak zvaně děláme, jako že se nás to netýká a pro okolí se začneme projevovat značně netypicky, např. stále se všemu smějeme, žádná situace není námi brána vážně, nebo úplně od reality ustoupíme stáhnutím se do sebe a nějakou mírnější bludnou nebo smyslovou projekcí si vytváříme svoji vlastní realitu, dále **2.** v dalším případě, se ale můžeme projevovat dynamicky, kdy si jednoznačně vynucujeme vytvoření vlastní reality a jakýkoliv pokus, aby nám ta objektivně existující realita, kolem nás, nezastřela tu, která se nám zrodila v hlevě, radikálně potlaču-

jeme a dáváme to okolí také jasně na jevo: křikem, bušením rukama do věcí kolem sebe, popřípadě s náznakem sebepoškozování (kousáním si nehtů do krve, stejně tak škrabáním pseudosvědivých pocitů po celém těle – tzv. parestezie, až do poranění kůže, či mlácením hlavou do zdi), nebo jednáním, které může být okolí i jinak nebezpečné (např. chtít někoho fysicky napadnout a k tomu se ozbrojovat noži, střelnými zbraněmi, jedy). Všechny uvedené psychotismy z druhé skupiny by měly být předmětem ústavní léčby. Tudíž, nám přísluší věnovat se v rámci komunikačních dovedností se schizofrenikem v domácím prostředí zejména zaměřením na obtíže, projevované v první skupině symptomů. Nejednou se však stává, že chování některých schizofreniků, zejména těch mladších, asi do 35 let, probíhá tak, že komplikace uvedené v druhé skupině jsou těsně na hranici svého rozvoje a demonstrace. To je to, čemu jsme už dříve dali název „schizofrenie a hraniční porucha osobnosti", a to podle současných psychodiagnostických kritérií, v rámci kódovacího systímu DSM-5 a uváděné symptomatologie.

Otevíráním témat, která z psychotických variant pacienta se schizofrenií *v hlavě zaměstnává*, pomáháme snižovat obavy z pociťované vnitřní samoty. Jako metoda přístupu se mi nejčastěji pro otevření a ochotu ke komunikaci se schizofrenikem v domácím prostředí u rodinných příslušníků potvrdilo, když nepřistupovali hned s nabídkou: *Pojď si klidně povykládat, co tě trápí*, ale když začali pravidelně, u snídaně, během dne, na vycházce, atp.

hovořit o vlastních snech a vyzívali své blízké nemocné se schizofrenií ke spolupráci na rozkličování jejich obsahu. Tato zprostředkovávající zaangažovanost na *problémech* druhých umožňuje, aby ten, koho chceme pohnout ke sdílnosti stran vlastních psychických obtíží, zpočátku jen srovnávacím způsobem začal v primární sebereflexi např. *kontrolovat*, monitorovat *vlastní* analogické pohnutky. Psychoedukace rodinných příslušníků v rámci Freudova tématu o výkladech snů se mi nesčetněkrát ukázala jako schůdná, právě pro otevírání komunikace se schizofrenikem v domácím prostředí. Tím, že téma snů je velmi osobního rázu, napomáhá to rovněž k posilování rodinné soudržnosti, mezi jednotlivými členy, neboť je to téma, jak někdy s klienty říkáme: *spiklenecké*. Jde totiž o to, že v případech, kdy pracujeme se sny, dochází u klientů (rodinných příslušníků se schizofrenikem) k tomu, že mají své společné tajemství. To je jedna věc. V druhém sledu však, téma snů a schizofrenie v rámci rodinné komunikace umožňuje u pacientů s tímto duševním onemocněním rozpouštět již dříve výše jmenovaný strach, podělit se o jeho sytost a tím snížit to, co jako nepříjemná emoce sebou nese, tedy: obavy. V rodinách, kde tímto způsobem lze pracovat, se dostavují výsledky na zlepšení vzájemných vztahů daleko rychleji, než v rodinách, nebo například u dvojic, manželských párů, kde ochota, nebo jiné důvody, nedovolují takovou metodu uplatnit. Zpočátku všem zainterovaným stranám s tímto přístupem pomáhám a po osvojení, kontrolami upravuji.

SNY JAKO VÝCHODISKO KE KOMUNIKACI SE SCHIZOFRENIKEM A JEHO RIZIKA

Pojďme se tedy podívat na vlastní možnosti způsobů, jak téma snů v komunikaci v domácím prostředí správně nastavit, aby se dostavovaly potřebné a očekávané výsledky, stran posilování vzájemných vztahů rodiny s pacientem. Techniky výkladu snů, se tedy mohou stát, jak jsme uvedli, základním východiskem, pro vlastní komunikaci se schizofrenním pacientem, který je členem rodiny. A vskutku nám zde dostačuje jisté maximum, které k tomuto zaměření vymezil Sigmund Freud. Schizofrenní, psychotické ataky, stejně jako snové obrazy a emoce s největší pravděpodobností mají svůj původ v nevědomí. Toto jejich umístění doposud nebylo vyvráceno a je nutno přiznat, že nebylo ani jednoznačně potvrzeno. Nic méně, jako hypotésa, která se úspěšně uvedla a praktikuje se v klinické léčbě v rámci psychoanalýsy, má nesporně úspěch stran porozumění založeným konfliktům neurotiků, schizofreniků, depresivních pacientů a u mnoha dalších diagnós. Pro navozování komunikačního prostředí lze odtud tedy použít hned několik variant. Jednak začínáme popisem vlastních snů a v prvém sledu neočekáváme příliš aktivní pacientovo zapojení. Zkušenost ukazuje že pacienti se schizofrenií jsou nedůvěřiví, a tak se do komunikace zvlášť nehrnou. Spíše nás nečekaně překvapí rozvazováním popisu vlastních vnitřních obrazů, bez toho, aniž bychom v danou chvíli takovou reakci očekávali, nebo plánovali. Navíc, pacient se

schizofrenií své vnitřní projekce nebude interpretovat v souvislém „příběhu", ale zpravidla v kusých odstupech. Toto zachytávání, tedy podobně jako u klasického průběhu výkladů snů, pacientových psychotických stavů je zapotřebí následně k sobě přiřazovat, slepovat, kombinovat, asi jako při oblíbené hře puzzle. Sešitové záznamy, které stačí vypracovávat pouze heslovitě, se mohou v tomto případě stát neocenitelným pomocníkem. Daleko častěji než u kohokoliv jiného, tak právě u pacientů se schizofrenií, se projevuje tento pro ně charakteristický znak, jímž nám vydávají svá tajemství. Rozkličovat, co je z hlediska pacientem předkládaných „obrazů" ještě stále jeho subjektivní obsah, a co je už, nebo ještě skutečnost sama, není zpočátku zcela snadné. Rodinná znalost osobnosti pacienta se schizofrenií, však mnohdy celou tuto situaci ulehčuje a zpřehledňuje. Někdy, a není to výjimečné, schizofrenici dávají do jedné souvislosti, do jedné řady, své psychotické obrazy, současně s reálně prožitou skutečností. Příklad: *„Dnes jsem se setkal s Pavlem a zase jsme chytali ryby. Ale on mi pořád něco vyčítal, tak jsem se sebral a šel jsem domů*". Pacient se skutečně zná s Pavlem. Nikdy spolu ryby nechytali. Je to však kamarád z dětství, kterého už dvacet let neviděl. Skutečně se jako děti neustále o něco přeli a náš pacient často nazlobený, chodíval od jejich společných her domů. Toto nebyl sen, ale psychotická projekce. Sigmund Freud by možná takovou vizi prohlásil za: *extrémní případ denního snu, současně se snovou deformací*. Celou projekci

doprovázelo, pro okolí, rovněž nápadné zhoršení nálady. Fakt, že se pacient takto své matce otevřel, byl současně výsledkem její schopnosti o vlastních snech před svým synem hovořit. Po dvou měsících naší spolupráce, se tak začínala odbržďovat celá řada klientem interpretovaných psychotických vizí.

Často se rodinní příslušníci dotazují na to, co v případě, že pacient odmítá spolupracovat, dělat? V tomto ohledu je i pro zkušeného psychiatra každá rada drahá. Mnohdy zbývá jen dvojí: zvýšit dávky psychofarmak a zůstávat trpělivý. Jedná-li se o pacienta s pasívním průběhem schizofrenie, je vzájemné soužití i za těchto okolností vždy schůdnější. Aktivní průběh spojený s autoagresí, nebo s tendencemi její projekce do okolí, nejčastěji zahrnuje střídavě, vynucované pobyty v nemocničních zařízeních a další psychiatrické intervence.

Naše téma výkladů snů v souvislosti se schizofreniky v rodinách, tak zahrnuje jednak „pozitivně strategický nátlak" na otevření pacienta, postupným sycením atmosféry směrem k chápání a přijetí, že vnitřně osobní, psychotická témata mohou být dostupná svému okolí, které je přijme naprosto přirozeně, bez toho, aby se za ně pacient styděl, nebo musel v jejich souvislosti snášet výtky, ústrky, či dokonce posměch. Dá se, totiž vysledovat tímto přístupem, že tu lze uplatnit většinu Freudem navrhovaných kroků: chybné úkony a jejich potlačení, přesunutí, nahrazení, libidinósní charakteristiky, oidipský konflikt a vztahy Já / Nad-Já / Ono. Pokud jsou rodinné vztahy špatné nebo, ať už

z jakéhokoli důvodu neumožňují výše navrhovanou rodinnou spolupráci s pacientem, ujímám se se jí a je v tom případě mým jediným přáním, aby klient docházel na smluvené konzultace ve stanovený čas, pravidelně a dostatečně dlouho (nejméně šest měsíců).

§4. DEPRESE A KOMUNIKACE V RODINNÉM PROSTŘEDÍ

Náročnost soužití s duševně nemocnými v rodinách je sice známá, ale ne už tolik komentovaná, co by běžné téma na veřejnosti. Jednoduše se rodiny k této skutečnosti nevyslovují z toho důvodu, protože mít v soukromí někoho s touto diagnósou, znamená údajně poukazovat na společenský hendikep. Tím se na druhé straně roztáčí kolo problémů s dostupností informací. Nejčastěji to sleduji během našich přednášek a seminářů. Posluchačka vznáší dotaz s poukazem na to, že má v sousedství rodinu, která se potýká s tím, jak komunikovat s psychicky nemocným dospívajícím, jeho matkou a dalšími. O přestávce za mnou potom přijde a přiznává se, že se ve skutečnosti jedná o její mladší sestru, které před nedávnem diagnostikovali bipolární poruchu.

Deprese (nápadný, často až fysicky pociťovaný, na hrudi svíravý smutek, rigidní zaobírání se smyslem života s dvojsmyslovými odkazy na jeho ukončení, nízké sebevědomí, přecitlivělost na kritiku, zásadní snížení vůle, zapojovat se do meziosobních a sociálních kontaktů, psychosomatické obtíže vázané na diferenciální diagnostiku nebo přídatná kri-

téria, podle dalších klasifikačních, psychodiagnistických manuálů. To jsou tedy, v základním přehledu hlavní body, tohoto psychického onemocnění. Podle nich také probíhá vlastní komunikace v rodinách s těmito pacienty. Důležitou položkou je smutek nebo nápadná odbrzděnost k žoviálnosti a rozvolněnosti chování (maniodepresivita, čili, bipolární porucha).

Nejčastějším fenoménem je, že klient se uzavírá do sebe, všechny poctivé nabídky k pomoci odmítá a vytrvale vyjadřuje, např. i plačtivostí a přecitlivělostí různého druhu naprostou neadaptabilitu na nově přicházející, pozitivní situace a jiné, takto nastavené podněty. V základním rozvoji: deprese způsobuje pacientovi nemalé existenční komplikace, když zcela odmítá vycházet z domu, do školy, do zaměstnání, nebo když sotva stačí, vlivem náročnosti onemocnění, ráno vypravit děti a během dne pak už jen polehává, čímž jsou další aktivity spojené s rodinným životem zanedbávány, až k viditelné újmě (hygiena, jídlo, péče o zdraví). Muži s rozvíjející se depresí se projevují spíše tak, že selhávají v zaměstnání, mají tendenci k závislostem, rychleji spějí k syndromu vyhoření a z pocitu marnosti mají vyšší sklon k sebevražednosti.

Upravit komunikaci v rodinách s depresivním pacientem tak, aby bylo dosaženo optimálního nastoupení cesty ke zlepšení, zejména subjektivně prožívaného pocitu existenciální marnosti, se zvýšenou přecitlivělostí na cokoliv, co se nějak týká pacienta samotného, musí být nějaký čas sledová-

no vytvářením hypotéz a zkoušením jejich platnosti. Tím je myšleno zejména to, že už jen fakt, „že se rodina snaží" svému nemocnému rodinnému příslušníku „pomáhat", může v něm vyvolávat naopak dramatické prohloubení deprese, jako takové. Tento fenomén je ostatně součástí všech domácích přístupů. Mnohdy je jeho podněcovatelem to, co nejčastěji nazýváme „ponorkovou nemocí". Během života, jak už bylo zmíněno výše v obdobné souvislosti s ODP, závislostmi nebo schizofrenií, vzniknou určité mantinely, které, pokud mají být najednou měněny, tak vyvolávají jednoduše nedůvěru. Pacienti s depresí to následně komentují slovy: *„Do teď ti to bylo jedno, tak nedělej, že o mě máš najednou takovou starost"!* Nutno říct, že mnohdy mohou mít pacienti s depresí v tomto případě pravdu, i když by se jednalo pouze o pacientův, dílčí pocit zanedbání, ze strany rodiče, nebo partnera. Depresivní klienti mají totiž sklon svoji újmu často zveličovat ce celoexistenciálních měřítek, s do široka komentovanými a zobecňujícími závěry. Tento problém nejčastěji sleduji u tak zvaného ***„syndromu odvrženého dítěte"***, který bude modelem pro tuto část našeho pojednání.

Depresi a zejména tu, která prohlubuje pocit existenciální tísně, můžeme nahlížet nejrůznějšími způsoby. A to, jednak podle klinicky stanovených diagnostických kritérií, dále podle k těm přiřazovaných individuálních projevů v rámci psychosomatiky, nebo podle doposud neznámých, ale přesto depresí vyvolaných projevů, vázaných např. na pro-

středí v němž se pacient pohybuje. Dalším přístupem může být i ten, kterým sledujeme nejčastěji subjektivně prožívané utrpení pacienta s depresí, vycházející obecně z pocitu osamocení, nepochopení, odvržení. Nemalý počet klientů s depresí celý život „zápasí" s tím, že nebyli rodinou, nebo někým z ní zcela přijati. Tuto emoci za léta postupně přepracovali, převrstvili k nepoznání. Tudíž původ své újmy, už nejsou v dospělosti mnohdy schopni sami ani rozpoznat. Pocit, že nebyli dostatečně akceptováni, zejména v dětství a dospívání však přetrval a vlivem životních, neutěšených okolností, se zveličil do deprese. Markantním se potom stal zvláštní přístup k nejrůznějším pacientovým okolnostem, přístup, který má za společného jmenovatele zájem vzdávat se ryzik odmítnutí, hledáním vždy „dobrých důvodů" pro to, něco nerealizovat, o něco neusilovat. Silnou položkou potom, nejen ve vlastní psychoterapii depresivních pacientů je, stejně jako pro komunikaci v rodinách, s těmito klienty, motivovatelnost k tomu, takto zaběhnuté, přístupové vzorce chování opustit a nahradit je výhodnější dynamickou pozicí, která dopřeje, danému jedinci více životních úspěchů a spokojenosti. Modifikace těchto depresivních pozic jsou nevyčerpatelné. Pacienti k nim mají přístup prostřednictvím pseudoracionálních komentářů. Zpravidla se, potom tyto vzorce chování přizpůsobují životním okolnostem ve své každodennosti, mají tedy, svoji psychickou plasticitu a tvoří jejich neodmyslitelnou součást. Hlavní psychické úsilí depresivní pacient směřuje

zejména k tomu, aby zvládl všechny předpoklady, jak obstát v těchto duševních podmínkách vlastního bytí. Pacient s depresí také na základě toho, co bylo výše uvedeno, často mění svá rozhodnutí, bojí se z pocitu a komplexu méněcennosti mnohdy jednat osobně, nebo jednoduše selhává v nejrůzněji jinak běžně zvládaných povinnostech (dodržování času sjednávaných schůzek v meziosobním kontaktu, nebo výrazná nespolehlivost v dohodách a důležitých předsevzetí, jinými slovy: nápadná selhávání ve vytrvalosti a vůli pro dosahování cílů).

Už tím, co v rámci komunikace v rodinách s depresivním pacientem předesíláme je zřejmé, že se jedná o nikoliv snadný úkol. Vést pacienta takovým způsobem, aby se stal nezávislým na vlastním pocitu existenciální marnosti a neměl potřebu personální, nebo myšlenkové fixace, je potom vlastním cílem celé spolupráce.

Hlavní body pro komunikaci s depresivním pacientem v rodinách, lze shrnout asi následujícím způsobem:

1. Chováme se přirozeně a nepřebíráme nálady, kterými se pacient má tendenci projevovat.
2. Nevnucujeme se emoční exhaltovaností, zůstáváme střízlivě na pozici klidu a rozvážnosti.
3. Zapojujeme pacienta do drobných denních aktivit tak, jak to odpovídá celkovým možnostem rodinného soužití.

4. Neděláme velká, nebo zásadní rozhodnutí, kterými bychom se chtěli pacientovi zalíbit, zejména s nebezpečím, že by taková rozhodnutí ani nemusela být splněná.
5. Utváříme průběžně dohody stran toho, aby si pacient určil vlastní hranice pro komunikaci.
6. Pokud pacient žádá, nebo dá najevo zájem o konakt – objetí, popovídání a situace to dovoluje, bezprostředně pacientovi vyhovíme.
7. Nevyčítáme pacientovi jeho potřebu být sám.
8. Zásadně nemoralizujeme a nevyhrožujeme, popřípadě nepoukazujeme negativně anticipačním způsobem na cokoli budoucí.
9. Pomáháme pacientovi s realizací zájmů a jsme mu v tom oporou.
10. Pochvalou a zejm. vyzvedáváním pozitivních schopností, podporujeme pacientovo sebevědomí.
11. Vyhýbáme se větám typu: *Vím jak se cítíš…, Já být na tvém místě…, Určitě nedělej…, Vždycky si uvědom, že…, Však ono to přebolí…,* a tak podobně.
12. Věnovat se klientovi ve věcech péče o zdraví do té míry, jak to dovoluje jeho psychický stav a jak se na této spolupráci domluvíte.
13. Upevnit nebo vytvořit svět společných aktivit (sport, vycházky, svátky, přátelé…).

14. Nepoukazovat vyčítavě, že vás pacientovo trápení vyčerpává.
15. Po edukaci s očetřujícím lékařem se nebát hovořit o tématech smrt a sebevražda.
16. Nedramatisovat žádnou situaci, která je v rodině prožívána.
17. Pokud přichází verbální spory, mít stále na paměti, že se jedná pouze o výměnu názorů s emočním obsahem a jeho naladěním.
18. Pracovat s nadsázkou a humorem.
19. Dělat si drobné radosti, například nákupem.
20. Malými úsluhami svému pacientovi poskytovat pohodlí v rámci společného soužití.

Výčet jednotlivých bodů lze doplnit o individuální zkušenosti a přizpůsobit, či upřesnit dle vlastních potřeb. Nezapomínejme na to důležité, co už zde bylo výše rovněž naznačeno. S příchodem situace, kdy jsme postaveni před úkol pomoci svému rodinnému příslušníku s vyrovnáním se s psychickou újmou, můžeme mnoho získat sami už tím, že budeme v rámci sebereflexe proměňovat vlastní vzorce chování a upevníme osobní vůli zejména v tom smyslu, že komunikace tohoto druhu, se většinou z hlediska všeho vynaloženého úsilí nemusí plně shodovat s výsledkem, kterého budeme, s naším blízkým dosahovat. Jsou to momenty velké životní zkušenosti, odhodlání, ale také upadání do pocitů strát, nebo vizí bezvýchodiskovosti s opětným návratem k pokusům v komunikaci pokračovat.

Z toho, co bylo v jednotlivých bodech nastíněno, dále plyne i to, že druhem rodinné komunikace s depresívním pacientem je, poskytnout mu vědomí o plné akceptaci osobnosti, kde sledujeme pozvolné vymazávání pocitu opuštěnosti a naopak navazujeme na nejelementárnější znaky toho nejlepšího, co může poskytnout vytvoření, nebo znovuobnovení základní meziosobní vazby.

----- ----- -----

----- -----

Život je o trpělivosti, detailech, každodenní všednosti a smíření

© Adamec Jiří

PSYCHICKÉ PORUCHY A VZTAHY V RODINÁCH

KOMUNIKACE A PREVENTIVNÍ OPATŘENÍ V RÁMCI SOUŽITÍ

Adamec Jiří - Filosofický seminář - Katedra teorie

Neprodejný výtisk.
2019
A6, 100 výtisků