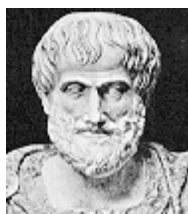


JIŘÍ ADAMEC
FILOSOFICKÝ SEMINÁŘ
KATEDRA TEORIE



PSYCHOFARMAKOLOGIE
V KAZUISTIKÁCH

Jiří Adamec



Brno 2020

PSYCHOFARMAKOLOGIE V KAZUISTIKÁCH

Jiří Adamec

Brno 2020

© Jiří Adamec
Filosofický seminář – katedra teorie
ISBN 978-80-87234-92-1

Předkládaný text nemá redakční úpravu a korekturní zpracování. Tímto se omlouváme za případné tiskové nedostatky, které mohly uniknout naší pozornosti.

O B S A H

- §1.** Antidepresiva a klienti s bipolární poruchou
- §2.** Psychofarmaka a jejich působení v době těhotenství
- §3.** Schizofrenie pod kontrolou?
- §4.** Vedlejší účinky psychofarmak
- §5.** Impulsivita a porucha osobnosti
- §6.** Úzkost, psychofarmaka, nadužívání
- §7.** Psychofarmakologie v seniorském věku
- §8.** Možnosti využití psychofarmakologie u dětí a dospívajících

Než se rozhodnete navštívit psychologa, zamyslete se nad tím, co můžete změnit sami od sebe

Ú V O D

Stejně jako v předešlé knížce o *Psychopatologii a psychosomatice v kazuistikách*, budu se i zde zabývat typickými projevy klientů, kteří v průběhu naší konzultace, zaměřené na verbální podporu v osobní krizi, tentokrát souběžně přijímali i některá z psychofarmak. Je obecně známé, že látky ovlivňující nálady a tím i chování našich klientů, se podílí rovněž na celkovém průběhu jednotlivých sezení. Každá látka, která se uplatňuje na procesním působení psychických (zejména kognitivních a behaviorálních) funkcí, projevuje své vlastnosti značně individualisovaným způsobem. Tím je zvlášť emotivita, a dále také celková dynamika tohoto projevu, stejně jako schopnost sebereflexe a s tím vším dohromady i nějaká míra „objektivita“ v přístupu ke své duševní újmě, či směrem k pozornosti světa ve svém okolí. Posledním tematickým okruhem je u klientů přijímajících psychofarmaka, rovněž problém exekutivních funkcí. Schopnost účelného plánování životních kroků, provázaných s partnerským soužitím, kariérním růstem, nebo péčí o vlastní zdraví a mnohé další. Sestavení tohoto přehledu považuji pro studium praktického poradenství za vhodný podklad k dalšímu promýšlení takových kroků, při práci s klientem, které by tímto mohly poukázat na některá úskalí, jež jsou s daným problémem (psychofarmaka, emotivita a chování, vztah klientů k sobě samým a k druhým lidem) propojená, a rovněž upozornit na jejich vliv směrem k volbě strategií, v rámci konzultačních přístupů poradenského pracovníka.

Jiří Adamec
Brno, květen 2020

§1. ANTIDEPRESIVA A KLIENTI S BIPOLÁRNÍ PORUCHOU

Asi to znáte z písničky jedné české pohádky, kde se zpívá mimo jiné: „...neklesejte na mysl, ona vám to vyčíslí...“. Ano, antidepresiva můžeme chápat jako statisticky účelové přípravky. Počítají čas nástupu, čas působení a čas vysazení. Už toto, je pro nás důležité vědět. Jsou to většinou u nástupu týdny, v případě působení měsíce, až roky, a co se týče vysazování, tak do tří měsíců, podle přípravku. Je však třeba si něco vysvětlit předem. Psychofarmaka jsou vcelku užitečná věc. Ale - - aby jste dosáhli kýženého účinku, tak potom nějakým zásadním ovlivněním nervové soustavy, a to je snížit (zpomalit) její aktivitu, nebo zvýšit (zrychlit) její aktivitu, to je celé. Takže, klienti, kteří užívají antidepresiva jsou v nějaké časové situaci, průběhu léčby, a je důležité vědět, v jaké. Od toho se potom může odvíjet rovněž i naše rozpoznávání specifik, kterými se ve svém chování klienti projevují, popřípadě, lépe předvídat jejich chování, v oblasti emocí. V tomto ohledu se setkávám s klienty na všech úrovních jejich obtíží, spojených s užíváním psychofarmakologických přípravků. Tedy, jak v době akutního nástupu bipolární poruchy, tak potom i v období, kterým pokračují v započaté léčbě, a rovněž, nebo vlastně nejčastěji, během tak zvaného období udržovacího, kdy je klient zalékován a někdy i celoživotně, už dále vzhledem k vážnosti svého psychického stavu, na farmaka vázaný.

Předně je zapotřebí si říci, že bipolární porucha je vážnou psycho-diagnósou. Střídání manio-depresivních stavů je značně vyčerpávající a zahrnuje spoustu variant a pod-variant projevů jak emočních, tak behaviorálních.

Jde o stavy odbržděnosti k aktivitám a emočním projevům, které mohou přerůst, až v agresi nebo autoagresi na jedné straně, stejně jako v depresivní fázi klient projevuje od mánie tak vzdálenou skleslost, že se stejně tak může na opačné linii svého psychického spektra pohybovat na hraně pouze život zachovávajících aktivit, nebo takové projevy smutku, které mu nedovolují jakkoli se zapojovat do, jinak každodenních činností. Psychofarmaka mají za úkol tyto přesmyky nálad stabilizovat a to tzv. thymoprofylaktickým působením, tedy mezi oběma krajnostmi emocí vybalancovat jejich protichůdnost, a to směrem ke středu a dopomáhat jedinci k tomu, aby se v každodenním životě mohl pohybovat bez toho, že mu tyto prudké změny budou komplikovat očekávaný standard sebe-realizace, samozřejmě i s potřebnou dávkou tzv. terapeutické rekonstrukce směrem k poskytnutí takové sebereflexe, která klientovi dopomůže k prokazatelně pociťovanému stavu životní spokojenosti. Inu, to co bylo právě uvedeno, týká se však mnohdy jen ideálu, kterého s klientem, s touto diagnosou dosáhnout, bývá jen výjimečné. Nejčastěji tedy zůstáváme s klienty kdesi těsně pod vrcholem tohoto ideálu „*vyléčenosti*“, a to jen z toho důvodu, že bipolární porucha obsazuje často také vůli, volní schopnosti, nedovolující překročit jistý stupeň rozvolněnosti, či ochoty ke zdravému riskování. Takže u jedné klientky v udržovací době, po více letém příjmu psychofarmak, řešíme několik měsíců pouze rozhodnutí najít si novou práci. Rigidní myšlenky, trvale zaměřené na otázku: *Co když tam, v té nové práci, bude nějaký problém, tady už jsem si zvykla, nedovolovaly, aby se uspokojivěji rozhodovala sama za sebe.* To je ostatně

problém zalékování. V průběhu relapsů, manické odbržděnosti nebo nepřiléhavého smutku v depresivní fázi, klienti pociťují jakous – takous schopnost „mít své pod kontrolou“ a nebo také k daným stavům přistupovat s tím, že je dokonale vytěsní a „problém pro klienta zmizí“, i když je pro okolí víc než jen viditelný, zejména pro partnery a rodinné příslušníky. Na co, tedy chci tady poukázat? V průběhu zalékování, klient „přijde tak zvaně k sobě“. Přestanou jej dál ovládat manio-depresivní stavy. Mnohdy má, na tuto svoji minulost, zpětný náhled. Uvědomuje si, co se s ním dělo, co prožíval a nebo se stydí, pakliže se k celé této reflexi přidá ještě i to, že například někomu ublížil, hádkami, projevovanou agresí, či jiným nevhodným chováním, atp. V druhém sledu pak zůstává problém sebereflexe u zalékových klientů s BP vázán na to: *co když se mi mé stavy vrátí, nemám proto jistotu do budoucna, už nechci dál nikomu ubližovat, jsem asi špatný člověk*, atd. Klientka potřebovala všechny tyto prožívané a stále se jí odtud vracející pochybnosti o sobě samé, zpracovat. Zvolil jsem cestu nejmenšího odporu. Neustále se v našich rozhovorech vyskytovali jedinci, u kterých bylo možné průkazným způsobem poukázat na zlepšení jejich životního stylu, pakliže se odvážili ke změně zaměstnání, nebo odejít od partnera, či zahájit studium na VŠ, docházet do jazykové školy, udělat si ŘP, nebo se pustit i do jednoduššího podnikání (to, už je samozřejmě vyšší level situace). Vůle uskutečnit svůj záměr v sobě podržovala však stále dvě úrovně motivů: dynamicky učinit první krok a melancholicky se tohoto kroku zdržet, pro pohodlí známého a nekonfliktního pracovního prostředí, ovšem jen s minimálním výdělkem.

Teprve po třech měsících mi klientka, vítězoslavně volá, že dokázala napsat a podepsat výpověď, podle našeho společného scénáře (podotýkám, že se jednalo o jeden a půl řádku textu). Čekalo nás ovšem jedno nemilé překvapení. Ošetřující lékař, byť jednal podle psychiatrických pravidel, klientce oznámil, že bude vhodné, po sedmi letech předepisování několika léků, udělat změnu a poskytnout vysazením jednoho z nich prostor na postupné zvykání nového přípravku, který by mohl i ostatní léky následně početně umenšit, což by jistě bylo, po zdravotní stránce, pro klientku jen dobře. Klientka měla moji důvěru a tak jsem jí edukoval tuto situaci poukazem k tomu, že v této chvíli, by to mohlo být kontraproduktivní, neboť jsme nevěděli, jaký emoční dopad by to, byť jen přechodně, na ni mohlo mít a tudíž ještě pár týdnů posečkat, s touto výměnou léků, se jevilo pro klientku přeci jen, vzhledem k očekávanému záměru změny zaměstnání, vhodnější. Doporučil jsem klientce, aby situaci sdělila svému ošetřujícímu lékaři a požádala jej o malé pozdržení této lékové proměny. Vše dopadlo nadmíru dobře. Výměna se konala, až za půl roku a klientka změnila, ke své spokojenosti zaměstnání. Výměna léků sebou na krátkých pár dnů přinesla ten efekt, že došlo k lehkému nárůstu mánie, což ovšem bylo ošetřeno již dříve tím, že dostala neschopenku. Během jedné odpolední vycházky, mne v té době navštívila a viděl jsem před sebou „*nadmíru spokojenou*“ osobu, méně upraveného zevnějšku, která dávala verbálně najevo vděčnost za mé služby. Nijak jsem situaci nekomentoval. Předpoklad, že se do dvou, až tří dnů opět srovná, se potvrdil. Naše spolupráce po té trvala dalších devět let konzultací.

§2. PSYCHOFARMAKA A JEJICH PŮSOBENÍ V DOBĚ TĚHOTENSTVÍ

Dostala jsem se vlastní vinou do problému a teď nevím jak z toho ven. Před pár lety jsem brala drogy, vyléčila jsem se ze závislosti a nějakou dobu jsem měla klid. Po necelém půlroce se mi, ale přitížilo a dostavily se panické ataky. To, ale nebylo všechno, panické stavy odezněly a zůstala mi deprese, se kterou se teď, už čtyři roky peru. Dostávám léky, které dobře zabírají. Ale manžel, když jsem přišla do jiného stavu, kdesi vyštrachal informace o tom, že psychofarmaka mohou poškodit plod a naše dítě se nemusí narodit zdravé. Na potrat je teď, už pozdě a gynekolog říká, že je všechno v pořádku. Ale znáte to, proč bych mu měla věřit, on s tím nic nenadělá, když už jsem v šestém měsíci a já mám deprese, že jsem ublížila ještě nenarozenému dítěti.

To, co víme, tak ano, všechna chemie, kterou těhotná žena přijme, ať v jakékoli podobě, nakonec projde placentou, takže se s ní plod setká a v nějakém množství ji „potravou“ absorbuje. Jsou známy případy, kdy je novorozenec dále ovlivňován během sání mléka v období laktace rovněž chemickými látkami, které příjmem psychofarmak matky někdy musí pobírat, neboť to snižuje např. nebezpečí suicidálního chování, zejména některých prvorodiček v období šestinedělí. Odborníci tak stojí vždy na vahách rozhodování: jak předcházet předepisováním psychofarmak nežádoucímu vlivu například deprese, během těhotenství u matky, atd.? Neléčená deprese nebo chronická či generalisovaná úzkost, zase z druhé strany může zapříčinit, že se těhotná nebude dostatečně o budoucího novorozence, odpovídajícím způsobem starat a

tím mu může způsobit i nevratnou újmu. Ovšem novorozenecká toxicita, vyvolaná tím, že během těhotenství matka brala antidepresiva, nebo dokonce antipsychotika, je známá a většinou nemusí mít na další vývoj dítěte definitivně škodlivý vliv. Může se často jednat o vývojové zbrzdění, které je napravitelné nějakou vhodně zvolenou neuro-rekonvalescencí na úrovni speciálně pedagogického zásahu, či v rámci psychiatrické intervence, zaměřené na děti v raném stádiu vývoje. Tyto poměrně složité etické otázky v oboru dětské psychiatrie a psychiatrie dospělých, se specifickým ohledem k těhotenství, jak vidno, nepostrádají v jakékoli době, na vlastní aktuálnosti. Anti-psychotika mohou např. vyvolat u novorozenců řadu komplikací jako je žloutenka, diabetes, snížená porodní váha i při donošení, atp. Antidepresiva dále silný a dlouhotrvající pláč, dýchací obtíže, přecitlivělost na podněty aj. Nutno však podotknout, a to jsem měl nejednou možnost rovněž pozorovat, že klientky doznaly velké úlevy, když se nakonec ukázalo, že jejich děti, i přes jejich příjem psychofarmak během těhotenství, vůbec žádné z těchto známek poškození nevykazovaly a i po mentální stránce se jim dařilo dobře. Tedy, je nutno v celé věci přiznat, že už u takto malých dětí se projevují dispozice k oslabení, které vlivem psychofarmak užívaných během těhotenství matkou dojdou, až do zdraví poškozující organismus, nebo také nikoli, protože je vyvíjející se plod geneticky před-vybaven silnějšími predispozicemi, s takovými vlivy se utkat bez známek organického nebo mentálního poškození. Pojdme se tedy podívat na to, jaký byl průběh konzultací s klientkou, která hovořila na začátku této kapitoly.

To, co bylo výše uvedeno jsem klientce s důrazem na převažující pozitivitu vývoje jejího plodu několikrát zopakoval. Přijímala tuto informaci s povděkem, i když s oprávněným dílem neskrývaných, ale už mírnějších pochybností. Doporučil jsem, pro její klid, a po její domluvě s ošetřujícím lékařem, aby měla u něj možnost podstoupit během těhotenství např. nadstandardní počet ultrazvukových vyšetření a měla tím svůj klid pod kontrolou. Lékař, když byl následně klientkou blíže s jejími depresivními stavy seznámen a rovněž informován o naší spolupráci, kterou si telefonicky ověřil (příjemný, vstřícný rozhovor), tomuto požadavku vyhověl. Klientka během dalších týdnů gravidity vše zvládala daleko optimálněji, její depresivní stavy, se ve své intenzitě snížily. Ošetřující lékař pro nastávající maminku viděl vše v pozitivních výhledech. V domácnosti měla od partnera a rodiny velkou podporu. Pouze jednou ji emočně silněji rozladila informace o její známé, která porodila dítě se skrytou srdeční vadou, a muselo dojít bezprostředně po narození k náročnější operaci s nejistým výsledkem. Celou záležitost komentovala slovy: *ona byla zdravá a podívejte se, co můžu tedy očekávat potom já?!* V daný moment také vyšlo najevo, že bude vhodné ještě více posilovat integritu klientky s jejím dítětem. Vzhledem k tomu, že se jednalo o chlapce, jehož pohlaví si nechali prozradit, bylo tak možné, tuto integritu konkretizovat. Jednoduše jsme hovořili ve fantasiích o jeho možných vývojových etapách. Klientka se, obecně řečeno, *pročišťovala* ve vztahu ke svému vlastnímu dětství, často poukazovala na neutěšené rodinné situace a vztahy, které jí nakonec dovedly, až k závislosti a depresi. Pozvolna jsme tím ovšem

rozpouštěli mnohé skryté úzkosti spojené s pocity křivd, které klientka musela jako dítě od svých vlastních rodičů snášet. Přitom všem jsem si také uvědomoval, že není na druhé straně dobré vystavovat klientku v těchto souvislostech emočním zátěží, takže jsme dané okolnosti vzpomínkového materiálu vždy konfrontovali s pozitivními výhledy na blízkou budoucnost narození jejího dítěte a všechny dobré možnosti, které mu bude schopná poskytnout k tomu, aby se jeho dětství odehrávalo v daleko příjemnějších souvislostech. Od začátku takto nastavený přístup se ukázal, v rámci spontánní potřeby klientky vyhledávat mých služeb, jako odpovídající celé situaci a záměr nakonec vyústil v klidný průběh porodu. Chlapec se těší plnému zdraví a maminka bezprostředně po jeho narození již dál na konzultace nedocházela. Obdržel jsem pouze děkovný dopis s vyjádřením vděčnosti, za možnost společné konzultace absolvovat a napomoci tím vše zvládnout bezpečněji jak pro ni, tak pro její dítě.

§3. SCHIZOFRENIE POD KONTROLOU ?

Psychotické stavy, bludy a halucinace, psychoterapie, neurologie a psychofarmakologie. Tak, to je skladba o kterou se odborníci zajímají, pakliže se někomu v jeho životě tento duševní koktejl přihodí jako většinou trvalý stav, nebo stav s delšími výkyvy, odstupy (výjimečně jen epizodicky), ale vždy již po první expozici hrozící, svoji existenci vložit do nějaké přítomnosti a uvést se tak opět do chodu. Klientka, mladá bezdětná žena, krátce po nastoupení studia na VŠ musela všeho zanechat a podstoupit zdlouhavou léčbu schizofrenie. Mám před sebou pečlivě upravenou osobu, která se téměř nikdy nepodívá do

očí (v těch jejích pozoruji mírný nástřík), hovoří pomalu a mnohonásobně se mne dotazuje během povídání, zda to, či ono, by mohlo souviset s jinou diagnózou, než-li je ta, která jí byla, asi před rokem na psychiatrii, kam byla na půl roku umístěna, stanovená (schizofrenie s hraniční poruchou osobnosti). Svěřuje se také s tím, že v posledních měsících, než u ní duševní choroba propukla naplno, měla dramatické výstupy se svojí matkou, kterou, jak si uvědomila, vlastně nenávidí. Žily samy ve společné domácnosti, bez otce, který se s klientkou (od jejích čtyř let) a její matkou nevidá, i když žije ve stejném městě. Klientka užívá na stabilizaci svých psychotických stavů několik psychofarmak v kombinaci, která jí „sedla“ až na čtvrtý pokus, tedy, až po šesti měsících stanovení diagnózy. Taková situace bývá častá. Mezi tím mnozí klienti pojmou podezření na neschopnost odborníků, což se nezakládá na pravdě, neboť specifikace schizofrenie je v první řadě v jejím extrémně individuálním průběhu a tím také ve vysoce nárokové specializaci kombinovaného nastavení léků. To, na co si klientka v sebereflexi stěžuje nejvíce, tak je neschopnost něco studovat, zapamatovat si, mít trpělivost. Aby si, alespoň v nějaké míře zachovala přístup k informacím, opisuje z knížek nebo internetových portálů všechno možné, co se jinak týče schizofrenie, nebo i právních opatření, kterými je léčba a ústavní zacházení s pacienty se schizofrenií, zaopatřeno. Tyto „dokumenty“ (všelijak popsané, proškrtané, barevně zvýrazněné) má neustále při sobě, znovu a znovu je prohlíží a přeskládává. Ubezpečuje mne, že až přijde domů, bude si zapisovat všechno, co jsme společně probírali. Psychofarmaka nyní pobírá v ustáleném nastavení

šest měsíců, jinak „se cítí dobře“ a má už plány do budoucna, odstěhovat se od matky a založit si rodinu. Její partner jí sice opustil, ale občas si telefonují a ona cítí, že by se k ní chtěl zase vrátit. Ale *chce jej trochu vytrést, tak mu to prozatím nedovoluje*. Její schizofrenie se projevuje převahou bludů, nevyvratných přesvědčení o tom, že její matka je proti ní, že usiluje o to, se jí zbavit. A není jediná, *vždycky jsou takto kolem ní lidé, kteří vlastně nedělají nic jiného, než že ji pomlouvají, odstraňují a chtějí se jí zbavit. Aby jim to dokázala, tak jim to okamžitě, když do vycítí řekne a když to nepomáhá, tak na ně začne křičet, aby si uvědomili, že to ví*. Za poslední půlrok se žádná z těchto expozic u klientky nevyskytla. Sama to přikládá lékům, které bere. Po té paradoxně dodává, že to také může být tak, že to z důvodu braní léků nevidí, ale: *oni se jí chtějí všichni za jejími zády zbavit tak, jako tak*. Už několikrát uvažovala rovněž o tom, že je přestane brát, aby měla větší jistotu, co si o ní ve skutečnosti druzí myslí, protože: *takhle nad tím nemá vůbec žádnou kontrolu*.

Vyzvedávám klientce stav dosaženého emočního pohodlí, které si uvědomuje hned ve dvou momentech, jednak u ní nedochází, už celé týdny k afektovaným relapsům s matkou, klidněji spí a průběhy dnů jsou pro ni přívetivější i tím, že si občas pustí hudbu, nebo se dodívá v televizi na film, který ji zaujme, popřípadě bez problému u televize usne. Jí pravidelně a chodí na delší procházky, které jí sice unaví, ale to jí nevadí. Psychofarmaka tedy zjevně dělají dobře svoji práci, zejména v oblasti emocí. Co však doposud přetrvává jsou bludné představy o tom, že: *se jí druzí lidé chtějí zbavit a nikde není vítaná*.

Ke klientovi se schizofrenií, doplněnou o hraniční poruchu osobnosti je zapotřebí přistupovat také s tím, že jej, zejména v rámci laického poradenství jeho obtíží nezbavíme, natož vyléčíme. Pokud si nás klient vybral, za svého důvěrníka, je optimální poskytovat mu verbální oporu náslechem jeho obtíží a přístup na konzultace nevolit v přísně časovém harmonogramu, ale pouze doporučením, ve smyslu: *Budete-li mít cestu kolem, nebo si vzpomenete, ozvěte se, a opět se setkáme a můžeme probrat, co vás bude zajímat.* Mnozí klienti s touto diagnózou nechodí na doporučované terapie, všelijak dehonestují jejich průběh i vedení a necítí se celkově na to, aby je absolvovali. Lze počítat dokonce i s tím, že klienti v této psychické pozici mají ještě nejméně jednoho konzultanta, o kterém vás neinformují a porovnávají úhly pohledu na svoji neutěšenou situaci.

Klientka se tedy v tomto půlročním režimu léčby, kdy pobírá psychofarmaka, nachází v její, tak zvané stabilizační fázi a směřuje blízce do fáze udržovací. Znamená to, že se tedy bude měnit emoční postoj klientky k danému průběhu dosavadní situace. Tato změna je vcelku logickým vyústěním. Po půl roce stabilisování svého psychického onemocnění, klientka *nabyde přesvědčení*, že léky už nepotřebuje a, že je v pořádku, když se nyní nasetkává s psychotickými výkyvy v doprovodu emočních relapsů. Afekty bludy zvýrazňují jak v subjektivně prožívané a takto vnímané realitě, stejně jako svým chováním, jímž na sebe upozorňují personální okolí klienta. Po půl roce stabilisování, mnozí klienti „zapomínají“ na předešlé těžkosti, s nimiž se museli potýkat a nejsou příliš ochotni dál vytrvávat v psychofarmakologickém režimu.

Zde musíme rovněž chápat, že příjem léků dává klientům informaci o tom, že jsou psychicky nemocní a tím pádem i limitováni v každodenních aktivitách, popřípadě nemohou docházet do zaměstnání a jejich ekonomický status značně klesá. Sociálně pociťují rovněž újmu, protože možnost, aby byli zaměstnání svobodně kdekoli, schizofrenie často také nedovoluje. Kromě toho, mnozí schizofrenici mají zákaz řízení a do původního zaměstnání už také nastoupit, po relativním vyléčení, nemohou.

Klientka přestala brát léky a *vítězoslavně* mi to přišla po čtrnácti dnech sdělit. Odbrzděným způsobem komentovala, jak se jí ulevilo a „*jak zase vidí věci*“ v jasném světle a děkovala mi za naši spolupráci, ve smyslu, že se *loučíme*.

Měl jsem kontakt a svolení klientky z dřívějšíka, že mohu oslovit, v případě nutnosti, její matku. V telefonu hovořím s klidnou, vyrovnanou ženou s jasnými názory a postoji, které si osvojila v přístupu k nemoci dcery z dřívějšíka, když byla poučená ošetřujícím lékařem, jak se zachovat v situacích jako je tato. Klientka totiž během těch čtrnácti dnů stačila realizovat doma už dva identické výstupy, jako pře rokem. Nebylo tedy zbylí, než vyčkat na další relaps a rychlou záchranou službou klientku převést zpět na psychiatrické oddělení. Tuto možnost matka měla, už při první emoční expozici své dcery, ale chtěla jí dát ještě šanci. Pochopitelné zaváhání přišlo i v druhém případě. Třetí verbální výpady, vůči své matce, klientka realizovala dva dny po naší konzultaci, stále ve stejném duchu: silně excitovaně křičela na matku ze svého dětského pokoje a mezi tím občas něčím hodila o zem. Kolečko léčby se opakovalo a naše konzultace ustaly.

§4. VEDLEJŠÍ ÚČINKY PSYCHOFARMAK

To, že budu v této knížce zmiňovat vedlejší organické nebo psychiatrické účinky psychofarmak, majících tak někdy, ne právě příjemný dopad na tělesné či duševní funkce člověka, je samozřejmě v předpokladu toho, o čem bych se také měl více rozepsat. Nutno přiznat, že s aktuálně působícími vedlejšími účinky těchto preparátů u svých klientů se setkávám jen velmi zřídka. Zpravidla, pokud se vyskytují, tak jsou klienti kontraindikováni v domácím nebo nemocničním prostředí a tudíž se o jejich dobrodružstvích spojených s touto problematikou, dozvídám jaksi zpětně a více méně mimochodem. I tak, mohu vybrat dva příklady za všechny. Byl jsem požádán před lety jednou ze svých posluchaček, zda bych na konzultaci přijal za jejího doprovodu a účasti, otce. Původně mi sdělila v předběžném seznámení s důvody ke konzultaci, že otec (53 let) se necítí dobře, stěžuje si na občasné motání hlavy, nesoustředěnost, výpadky paměti a hlavně, několikrát denně, za poslední půlrok, má potřebu poposedávat, dívat se upřeně před sebe a jen minimálně reagovat na vnější podněty. Je už dva roky nezaměstnaný. Před rokem a půl mu byla diagnostikována schizofrenie, která se projevuje onou ztuhlostí a pasivitou, během níž si po procitnutí vzpomíná jen na to, že se mu před očima míhají barevné skvrny z nichž se některé spojují v obličej a promlouvají k němu; co mu říkají si nikdy nepamatuje, ale není prožitek těchto zrakových halucinací pro něj nijak stresující, prostě halucinační expozice běží, pak odejde a tatínek posluchačky zase během dne funguje dál, jako by se nic nedělo. Není nikdy ve stavu své nemoci agresivní, jen občas nemůže chodit, a má třes.

Po několika dnech, kdy jsem obdržel výše uvedené informace poznávám statného muže, který projevoval dobrou náladu a strach současně. Bylo to vyvoláno obavou, *co že jako s ním budu dělat*. Jeho dcera jej ubezpečovala, že bude všechno v pořádku, ale jak sám dovozoval: *co víte, co se může stát, komu nakonec dneska věřit*. Bylo přijatelné, abych okamžitě začal s klientem pracovat a tím vyrušil veškeré jeho nejistoty a možná i úzkosti, vázané na situaci v pracovně. Pověděl jsem klientovi, co mi sdělila jeho dcera a dotázal se jej, zda je ještě něco, co by chtěl k mým informacím dodat. Jeho popis strachu, problémů se spánkem a tělesné obtíže (*jako bych to ani nebyl já*) mi naznačovaly, že se nebude jednat pouze a jen o okolnosti vyplývající uni-sono ze schizofrenie, neboť vím, že pacienti se schizofreniemi bývají naopak tělesně, v převážné většině, disponovaní. Psychické a kognitivní obtíže byly stavu klienta, dle mého soudu, naopak zase odpovídající. Zeptal jsem se obou, zda s tělesnými obtížemi seznámili ošetřujícího lékaře. Prý doposud nikoli, protože to nepovažovali za nutné a tatínkovy problému tohoto druhu přičítají na vrub léků, které užívá. Edukoval jsem tím, že léky na schizofrenii mají za úkol pouze zamezit průběhu psychotických jevů, což je často charakteristické i některými doprovodnými projevy, jako je pomalá, nebo i setřelá řeč (podobně jako když někdo mluví a je podnapilý), ale aby se takové zpomalení projevovalo, až do tělesné skleslosti, občasným roztřesením rukou, vypadáváním věcí, nebo dokonce neschopností udělat několik kroků plynule za sebou, takové jevy mi do celé klientovy situace prostě nějak nezapa-

daly. Navíc, nástup psychofarmak měl již za sebou, nacházel se v druhé, tedy udržovací fázi a tudíž nemohlo tak jít o nějaké adaptační psychosomatické nesrovnalosti vyvolané zde, snad nějakým zahajovacím působením léků. Oba jsem proto požádal, aby zašli co nejdříve k ošetřujícímu lékaři a vše podrobně sdělili. Dovolil jsem si zdůraznit, pro jejich informovanost, že u některých klientů s rozvíjející se schizofrenií občas dochází k tomu, že se léky v těle kontaktují nikoli jen s těmi centry, která jsou zodpovědná za vyvolávání psychotických stavů, ale jejich potenciál může být důvodem k projevům, které popisují, protože se mohou vázat rovněž na motorické funkce, které mají přímý vztah k té oblasti, již se říká bazální ganglia. Zvlášť není-li optimální dávkování antipsychotik, tedy potom při jejich vyšších koncentracích dochází k dalšímu působení, ovšem již nikoli jen v rámci léčby schizofrenie, ale také nevhodným působením v jiných částech CNS, vyvolávajících, jednoduše řečeno, popisované vedlejší účinky.

Vše se následně odehrálo tak, že léky byly upraveny pouze v míře dávkování a tělesný stav klienta se rychle dostal do vnímané spokojenosti. Třes a úzkosti ustaly. Byl jsem dále požádán, zda bych občas otci naší posluchačky neposkytl opět prostor ke konzultacím. Samozřejmě jsem svolil. Věnovali jsme se jeho barevným vizím. Po nějaké době jsme došli k tomu, že jejich vyvolavatelem byly jakékoli záblesky předmětů v místnostech, kde se zdržoval. Odstranili se doma, pokud možno, všechny věci, které odrážely světlo. Samozřejmě, že i tak se měly, čas od času, halucinační projekce tendenci u klienta exponovat, ale již v daleko menším počtu.

Druhý příklad mohu vybrat z řady nejčastějších vedlejších účinků, kterými se některá psychofarmaka projevují, a tím je zvýšení hmotnosti. Udává se, že běžně s mírnější nadváhou se dá počítat přibližně u jedné třetiny klientů s psychickou poruchou, kteří jsou léčeni psychofarmakologicky. Nejtypičtějšími diagnózami, kde se nadváha v tomto spojení objevuje jsou deprese, schizofrenie, organické duševní poruchu (alzheimerismus), mentální poruchy zejména u genetického podmínění, potom úzkostné poruchy a u klientů se závislostmi. Většina těchto psychiatricky diagnostikovaných jedinců v nějaké míře pobírají antidepresiva nebo antipsychotika v kombinaci s dalšími léky. Tělo na ně potom reaguje vytvářením takových metabolitů, jimiž se brání působení chemie a zásobou tuku má zvládat její nápor. Tudíž celý efekt je potom nesen paradoxem, když klient například s léčenou depresí, co se příjmu potravy týče, není během doby, kdy probíhá terapie a bere psychofarmaka, zrovna při chuti a přesto váhově nabírá. Z antipsychotik uvádí například P. Mohr, jako hormonálně rizikový, při špatném dávkování Klozapin a Olanzapin, z antidepresiv IMAO, u anxiolytik potom ve středním riziku betablokátory, popřípadě u hypnotik Zopiklon, atd. Vždy je i tady nutné počítat s individuální predispozicí k nadváze, k níž může klient inklinovat stejně tak i v době, kdy žádné psychické obtíže nevykazuje a psychofarmaka nepobírá. Dalšími kombinacemi mohou vznikat závislosti, stejně jako rekombinacemi v průběhu již započaté psychofarmakoterapie měnit její nastavování, podle toho, jak reaguje psychika a tělesné funkce, aby bylo dosahováno pokud možno žádných, somaticky negativních dopadů.

Klientka, dva roky na antidepresivech, zjevně nespokojená se svým psychickým stavem, mi popisuje zhruba tyto obtíže: *Rozvedla jsem se, bylo to dramatické, manžel mě bil, děti nemáme, všechno šlo papírově hladce, nakonec dostal podmínku, ale občas mi vyhrožoval, věděl, že nebudu mít odvahu jej udávat pořád dokola, tak mě během jednoho roku potom dostihla deprese, ať jsem se bránila sebe víc. Začala jsem chodit do svépomocné skupiny žen, které prošly něčím podobným. Léky jsem musela brát, protože jsem se svěřila, že jsem měla i období, kdy jsem myslela na sebevraždu. Do toho lékaři zjistili, že nemohu mít děti. Tak stojíte na zastávce autobusu, díváte se kolem sebe, cítíte ještě nedávné modřiny a k tomu nebudete už nikdy matkou, alespoň tím normálním způsobem. Je vám 30, tak co teď. Znovu začínat od nuly, kde, jak a hlavně proč?! Do skupiny fňukat už nechodím, moc mi to nepomohlo. Terapie byly dvě, taky se s nimi nesrovnávám. Ale sama na to úplně nestačím. Teď jsem na víc přibrála, to ty léky, o tom jsem si něco i přečetla, ale lékař mi říkal, že je to jen přechodně – no půl roku už mi připadá dlouho a chodíte cvičit s depresí. Komu by se chtělo?! Léky musím brát stále.*

S klientkou probíráme dál všechno možné, akceptuje verbální podporu i moji radu navštívit výživového specialistu a pokusit se ještě jednou při té příležitosti o změnu léků, nebo dávkování. Obojí absolvuje s úspěchem. Váhově se srovnala podle svých představ, začala se víc zajímat, vzhledem k získané spokojenosti se svými tělesnými disproporcemi a sebevědomí také o sport, o vztahy neprojevovala zájem, ale celkově začala být více společenská, i když deprese na své pozici přetrvává, už napořád.

§5. IMPULSIVITA A PORUCHA OSOBNOSTI

Je obecně známé, že někteří klienti s obtížemi, zahrnujícími zejména sklony k impulsivitě, což je v současných manuálech (MKN-10 a DSM-5) duševních poruch pojmenováno jako disruptivní porucha osobnosti s emoční labilitou, jsou vždy, pro zvládnutí praktického poradenství velkou neznámou. Je to z toho důvodu, že tito klienti nebývají právě důslední, co se dodržování časového harmonogramu návštěv týče, velmi často se výmluvami a manipulacemi domáhají pozornosti odklonem od tématu sezení, mají tendenci k tomu, aby práci terapeuta snižovali poukazy na vlastní nespokojenost s průběhem spolupráce, popřípadě vyvolávají verbální přestřelky bez logické argumentace, a tak podobně. Psychofarmakologicky je dnes možné, sklony k impulsivitě u klientů s poruchou osobnosti kontrolovat hned několika přípravky, jako jsou například: Karbamazepin, Lamotrigin, Valproát a další. Avšak v daleko největší míře jsou klienti s poruchou osobnosti náchylní k tomu, psychofarmaka přehlížet i přes zásadní doporučení k jejich užívání, a to vzhledem k problémům, které mohou jinak jejich duševní stav komplikovat na základě sklonů k nekontrolovaným projevům chování. Hrana, na které se u mne klienti s touto diagnózou nejčastěji vyskytovali, zahrnovala tyto charakteristické body: **1.** přemíra potřeby vyložit vlastní problémy jako nepochopení okolí, **2.** vnímání vlastního nevhodného chování jako logického vyústění chyb druhých lidí ve svém okolí a tím tuto osobní impulsivitu jako logický následek „obrany“ nejrůznější, nutné úrovně projevů, často interpretovaných, zejména jako záměrně vyprovokovaných tímto okolím, **3.** vynucování souhlasu se

svojí obhajobou z mé strany, **4.** oscilace přijímání mé osobnosti klientem mezi dvěma krajnostmi, jako jsou: **a)** nedůvěra a nebo **b)** dávání najevo přehnané míry úcty a respektu, zejména, co se týče způsobu „srozumitelné verbalisace“ obtíží klienta (*jsem šťastný, že jste konečně první člověk, který mě opravdu chápe*), a to vše během jednoho sezení, **5.** tendence k zavádění komunikace do rozporů, v nichž klient může projevovat nespokojenost, až zlost. Většinu těchto projevů klienti s poruchou osobnosti u mne manifestují jen v náznacích, neboť jsou zalékováni. U jedné klientky, která měla i soudní problémy s odebráním dítěte, se tato skladba konfliktů navíc ještě komplikovala mírnou přenosovou, negativní fixací ke mně, neboť už na prvním sezení se svěřila s tím, že jí připomínám prvního manžela. Většinu obsahu našich verbalizací poměřovala vzpomínkami na něj. Na tuto skutečnost, jako na nevhodný moment pro pokračování našich dalších konzultací jsem klientku upozornil a nechal ji rozmyslet, zda pokračovat v pravidelných konzultacích, či nikoli. Nakonec jsme pokračovali a bylo i s podivem, že se její vztah k této osobní minulosti časem srovnal uznáním vlastních chyb, díky kterým akceptovala vývoj situace po rozvodu. Míra verbální impulsivity byla už jen minimální, ovšem s tímto uvolněním subjektivně prožívané tísně přicházelo na pořad dne to, že se zase naopak, až v přehnané míře začínala zajímat o navrácení dítěte do vlastní péče, aniž by byla odborně vedená ke zvládnutí své impulsivity. Léky ji sice umožňovaly přijatelnou míru sebereflexe a zdrženlivosti, ale po čtyřech měsících naší spolupráce, to bylo stále málo. Nic méně, podařilo se mi klientku přesvědčit, aby se zajímala

o terapeutické programy, pro jedince s touto problematikou, což zdárně dál absolvovala, už jen s občasnými konzultacemi u mne. Bylo zadostiučiněním, když se jí podařilo zvládnout alespoň tolik, že se mohla se svým synem vídat v kratších časových úsecích a brát si jej i na víkendy. Její bývalý manžel měl ochotu se na tomto zlepšení rodinné situace podílet, což bylo pro klientku rovněž posilující. Po roce a osmi měsících se bavíme o tom, že jí byly vyměněny léky, také snížen jejich počet a rovněž se prodloužila doba příjmu, a to nikoli u všech, nutně na denní dávky. S touto změnou se u klientky výjimečně nedostavily žádné změny ve spektru možné impulsivity. Častěji se jen na přechodnou dobu u ní vyskytla nauzea, která během měsíce odezněla. Nastal ovšem jiný problém. Klientka v sobě zadržovala nevybitou energii. Když například jela na kole, kupovala si vysoce energetické nápoje, které ji znatelně rozrušovaly. Při jednom výletu, když málem srazila vinou nepozornosti na cyklostezce malé dítě, inzultovala její matku. Celá záležitost se odehrála bez toho, aby skončila u soudu. Klientka tohoto výstupu litovala. Důrazně jsem doporučovat začít běhat, plavat a energii řízeným způsobem ze sebe dostávat. A hlavně, neužívat vysoce energetické nápoje, které jsou v kombinaci s jejími léky naprosto nevhodné. Rovněž jsme zahájili také systematická relaxační cvičení. Vcelku rychle se klientka rekonvalescenčním způsobem srovnávala. Se svým synem, se jí dařilo upevňovat vzájemný vztah. Přesto se na scéně objevil zájem, na nějaký čas kouřit. I tato záležitost se nakonec stala jen epizodickou. Po třech letech naše konzultace ustaly. V současné době klientka stále pobírá léky na korekci impulsivity.

§6. ÚZKOST, PSYCHOFARMAKA, NADUŽÍVÁNÍ

Patrně úzkostné poruchy jak ve své diagnostikovatelné, tak i pre-diagnostikovatelné podobě, představují nejrozšířenější oblast komplikací, které jsou masově „léčeny“ psychofarmakologicky. Úzkostná porucha může být přechodná, dlouhodobá nebo trvalá. Zdaleka nejčastěji je úzkostnost také vyléčitelná bez návratu. Psychofarmaka, jako jsou benzodiazepiny, SSRI a další, pomáhají snížit úzkostný stav klienta a navodit jistou možnost úlevy, až psychické rovnováhy. Úzkostmi může být stav neklidu, přepracovanosti, syndrom vyhoření, doprovodné somatické jevy (bolesti hlavy nebo nauzea – pseudomigréna, únava, nesoustředěnost a jiné). Psychofarmaka lze užívat buďto jen příležitostně nebo pár týdnů, ale i s menšími přestávkami celoživotně. Závislost na anxiolytikách je sporná. Co vyvolává závislost? Chemické složení léků, nebo pocity úlevy z napětí, které svým účinkem danému subjektu způsobují? Je ovšem známou pravdou, že když např. benzodiazepiny tak zvaně zabírají od třiceti do šedesáti minut po podání, je to podobné, jako když si na bolest hlavy nebo zubu vezmeme utišující prostředek a efekt je stejný. Jednak, rychlostí nástupu pocitu úlevy a stejně tak, relativní dostupností psychofarmaka předpisem, prakticky na požádání lékaře, člověk dosahuje snadno k tomu, aby své psychické a možná již chronisující obtíže neřešil psychoterapeuticky, ale pouze aplikací léku. I přesto se mnohdy dostavuje pro některé klienty jeden efekt, který mu může, celou situaci přehlížení vážnosti situace přeci jen, značně znepríjemnit, či zkomplikovat. Jedná se o určitou adaptaci nervové soustavy na tyto přípravky, což znamená nekontrolované zvyšování

jejich dávek bez potřebného účinku. Přesmyk do deprese je zde potom na prvním místě hrozby zhoršení psychického stavu a značné prodloužení následné terapie, která už je vlastně nevyhnutelnou součástí, jestliže se klient chce vskutku, systematicky z takové situace vyvázat a začít znovu fungovat v optimálnější duševní nastavení, nejlépe samozřejmě v úplné psychické kondici.

Půl roku, nepravidelně beru léky na úzkosti, myslím, že nějaká anxiolytika. Během té doby se mi nijak zvlášť neulevilo, poslední dobou mám ten svůj neklid častěji, ale nechci být na těch lécích závislá. V práci je všechno jakž takž, mám deset zaměstnanců, ale kolikrát přijdu domů (manžel a dvě děti) a už nestačím na to, abych na ně byla nějak zvlášť milá, sice zastanu domácí povinnosti, jak se co ode mne očekává, ale bůh ví, že mne to netěší. Já vím, že mám změnit styl života, ale to nejde, moje práce nás živý, manžel je teď dva měsíce bez příjmů, jeho firma, kde byl, zkrachovala, tak jsme na tom prostě takhle.

Samozřejmě, anxiolytika sice upravují stav napětí do stavu jisté mírnosti takového pocitu, či prožívání dne, ale nosíte-li v hlavě problém, potom je vždy účinek onoho léku téměř nulový. Existenční nároky jsou stále přítomné a s nimi i trvale se zhoršující schopnost jim odolávat bez dalších vlivů, jako je narůstající pocit nespokojenosti.

Klientka mi dál popisuje, jak se její stavy nespokojenosti projevují. Mívá vztek sama na sebe, nemůže dlouho usnout, lehce ji rozčílí kdejaká maličkost a není trpělivá, má-li v práci někomu vysvětlovat, když dělá něco jinak, než bylo popsáno jejím zadáním. Do toho proskočily věty o tom, že ví, co se děje, ví co by měla udělat, ale nejde

to. Tento častý závěr výkladu vlastní „*racionalisace*“ po pravdě ukazuje na aktuální neschopnost vzdát se zaběhnutých rituálů a životních klišé, které usnadňují průběh každodennosti v tom smyslu, že tak nejsou překonávány překážky a dosahováno posunu v širším spektru aktivit a tím i osobní spokojenosti. Možnosti, jak s klienty v podobné životní pozici pracovat je vcelku hodně. Vzhledem k tomu, že si anxiolytika klientka ordinuje dávkováním více méně sama, doporučil jsem na chvíli je tedy vůbec neužívat a pokusit se v naší spolupráci dosáhnout na stupeň takové změny, která by dovolovala, aby se klientka cítila lépe. Proto jsme hned na prvním sezení udělali relaxační cvičení, které mohla, už dále sama, během týdne aplikovat. Tuto možnost vcelku ocenila a po týdnu dávala najevo, že jí dané cvičení pomáhá. Vyzval jsem klientku k tomu, aby mne seznámila s podrobným obsahem týdenních aktivit. Hledali jsme prostor k možným změnám, jak ve vztahu k rodině, tak ve vztahu k sobě samé. Klientka měla ochotu toto „*popostrčení*“ k seberealizaci, za žádoucí a pozitivní podnět. Někdy vskutku poradenská práce zahrnuje i takové aktivity, kterými ve skutečnosti upravujete s klienty jejich životní styl, jenž v očích někoho jiného může spočívat v téměř malicherných hodnotách, ovšem pro některé klienty, zabřednutím do povinností a vyvázáním z praktického každodenního života se jejich existence natolik zúží do traumatických pozic, že podobné přístupy, potom i nadále vítají, téměř jako příchod čerstvého vzduchu. Po dvou měsících spolupráce klientka kvitovala, že si na psychofarmaka ani nevzpomněla, celkově se jí během dne zvládají pracovní nároky lépe a hlavně získala odvahu změnit zaběhnuté způsoby.

Jiná klientka mi hned po příchodu do pracovny neurocistně ukazuje asi pět krabiček léků, které komentuje slovy: *Podívejte se na to, tak to dneska s váma udělají psychiatři, už jsem byla u dvou, každý mi předepíše něco jinýho, ale aby se mě zeptali, jak se mi daří, to ne!*

Mám před sebou tedy zjevně rozhozenou neurotičku, která je poněkud zoufalá z množství léků, které jí byly předepsány.

Nebojte se, já je všechny беру, tak jak mi řekli, to zase ne, abych tam chodila jen tak z bůhdarma.

Dotazuji se klientky na to, jak jí léky zabírají, co je důvodem jejich předpisu. Odpovídá, že se sice po nich cítí lépe, *ty stavy úzkosti nejsou potom už tak hrozné*, ale nedělá jí dobře brát tolik chemie. Byla jí diagnostikována generalisovaná úzkost, kterou mi přečetla z lístku, uloženém pečlivě v peněžence. Pochopil jsem, že má klientka obtíže s pamětí a soustředěním, což u této diagnózy a množství pobíraných preparátů není nic neobvyklého. Stejně tak bylo zřejmé, že pokoušet se o nějakou hloubkovou práci nebude se zde setkávat s přílišným úspěchem. Navrhl jsem, vskutku jen onu verbální oporu, tedy, občasné docházky, dle jinak pocítované potřeby klientky, aby měla možnost komunikovat své stavy a odlehčit vnitřnímu napětí. Snaha odpoutat ji od příjmu tolika psychofarmak trvalo asi dva měsíce, ale podařilo se. Klientka užívala pouze léky na krevní tlak, jedno psychofarmakum a občas jeden na spaní. Nedávné nadužívání se ovšem u ní reálně projevovalo dozvukem se srdečními obtížemi, které do té doby neměla. Občasná palpitace si tak vynutila vyšetření, které však nepotvrdilo žádný problém, kromě přechodné arytmie. Následky bývají časté.

Do třetice, přijímám klientku s nadváhou, která před měsícem začala pobírat SSRI (serotoninová tricyklicka) na zmírnění deprese. Dochází rovněž souběžně s našimi konzultacemi na skupinu do psychiatrického zařízení, ale má pocit, že by chtěla pracovat víc intenzivně, proto si vyhledala ještě možnost také naší spolupráce. Rozebíráme jak témata, která řeší na skupině, tak na ně nasedající asociace, které se dále klientce vybavují a považuje za důležité se o nich zmiňovat. Nemohu, v tomto případě s klientkou vést vlastní terapii, lze pouze za její účasti monitorovat to, co probírali na skupině a korigovat její výsledky vyvozování, které z toho dále, pro sebe uzavírá. Popravdě, vcelku zajímavá spolupráce. V jedné věci se však začínám o klientčin stav zajímat víc. Všímám si, že během našich konzultací, přibližně do deseti minut po příchodu zčervená v obličeji a vykazuje známky neklidu poposedáváním, utírá si vlhké ruce (dlaně) do kapesníku a občas má potřebu se zhluboka nadechnout.

Ptám se jí, zda si těchto jevů všímá, jsou-li pro ni takto nové, nebo je to vzhledem k její nadváze (hovoříme otevřeně) normální stav. Odpovídá, že: *s příchodem a prohloubením deprese si těchto obtíží začala všímát víc, neboť se zvýraznily, což jí ovšem nevadí, protože ta deprese si samozřejmě, než bude zase všechno v pořádku, vybírá i svoji somatickou daň.* Klientka byla sice od svého lékaře poučená, aby s jakoukoli změnou přišla a informovala jej, ale prozatím jí to nijak víc neobtěžuje, tak to nepovažuje za nutné. Kromě toho, všechny tyto její tělesné projevy, už se u ní na přechodnou dobu v minulosti manifestovaly (v době rozvodu, v době studia na VŠ, během těhotenství). Nedalo mi to a vyhledal jsem

si informace o působení serotoninu na klienty s nadváhou a predispozičními znaky hypertense.

Všechny podklady se shodovaly v tom, že dávkování serotoninu těmto klientům musí být pečlivěji monitorováno právě vzhledem k těm znakům, které se u klientky projevovaly. Jejich společným jmenovatelem byl vysoký tlak, k němuž klientka, svými tělesnými disproporcemi zřetelně inklinovala. Léky na vysoký KT doposud nepobírala. Požádal jsem klientku, aby vše uvedla svému lékaři. Zvýšený tlak jí ve výkyvech sice byl již v minulosti zjištěn, ale s výsledkem, kdy nebylo požadováno přikročit k lékové podpoře jeho úpravy, pouze dostávala dietologická a rekonvalescenční (lázeňská) doporučení, na která v zásadě nereagovala. Deprese samozřejmě celou tuto její organickou dysbalanci zvýraznila a nebylo již vyhnutí podstoupit vyšetření, zalékování i v této oblasti i s korekcí psychofarmak, která jí byla vyměněna z SSRI, a to, na IMAO. Ještě stále jsme však nebyli u konce. Klientka všem dobrým snahám, které jí byly poskytnuty pro to, aby se cítila lépe zase, až tolik nevěřila (to deprese vsutku někdy dělává), tak si každé ráno a večer brávala „preventivně“ acylpyrin, protože slyšela, že je to dobré na předcházení infarktu. Ovšem v jejím případě to mělo za efekt pouze to, že se její organismus udržoval v lehkém teplotním nadstandardu a samozřejmě to odnášela zvýrazněním právě těch tělesných jevů, které byly výše popsány. Nakonec se nechala přesvědčit, aby od této samoléčby upustila, což se pro ni neslo dál v znatelné pohodě, díky které se celkově stabilizovala a po třech měsících, tohoto srovnání, už využívala psychoterapie na skupinách, bez mých dalších služeb.

§7. PSYCHOFARMAKOLOGIE V SENIORSKÉM VĚKU

V kontaktu s klienty, kteří již pro pokročilé stáří a s ním spojené často nejrůznější psychické obtíže, užívají psychofarmaka, si všímám tří úrovní projevů: **1.** agitovanost doprovázená hypománií, **2.** skleslost (někdy, až na úroveň obluzení), **3.** relativní vyrovnanost, avšak doprovázenou vyšší unavitelností a s horšími známkami v oblasti soustředění. Takto „rozdělené“, co do jejich behaviorálních projevů, tedy vídám, mnohé klienty v seniorském věku na svých přednáškách, nebo cvičeních jako je rytmoterapie, popřípadě edukačních soutěží, které pro ně dobrovolnicky pořádám, ve spolupráci s jednotlivými organizacemi.

Všechny uvedené body bývají často souhrnem působení jednak přirozeného dynamického nastavení klienta, také v souvislosti s alzheimerismem, nebo i parkinsonismem, odbrzdující tak zábrany sebekontroly a působením rovněž podávaných psychofarmak, zaměřujících se nejčastěji, na důležitou podporu zejm. kognitivních funkcí, tzv. acetylcholinergní antagonisté, nebo, stejně tak v druhé řadě přípravky NMDA a jemu podobné, jakož i některá antipsychotika. Doprovodnými, zejména psychosomatickými jevy bývají u některých seniorů zhoršené senzitivní funkce, tudíž převládá náchylnost ke snížené vnímavosti tepla, chladu, nebo bolesti, zachytávaných vnějšími tělovými receptory. Tyto faktory se mohou podílet na zhoršení v každodenní orientaci takovým způsobem, že může docházet, až ke zdraví poškozujícímu jednání, nejčastěji neschopností klienta, tyto fenomény zachytávat a účelně na ně reagovat.

Z těchto důvodů, rovněž u většiny klientů ve vyšším věku dochází ke změnám v osobním projevu a v denním režimu. Jsou to zejména podrážděnost a potřeba během dne cyklicky odpočívat. Proto jsou také veškeré aktivity v těchto zařízeních, pořádány nejdříve mezi desátou až dvanáctou hodinou, a po té zhruba mezi pátou, až sedmou odpoledne. Seniorům je zdůrazňován pitný režim, neboť psychofarmaka, která zaměstnávají játra na sebe vážou vodu. Tudíž, není-li zajištěn dostatek tekutin, klient může omdlévat, nebo mít palpitaci či jiné obtíže oběhové, nebo také vaskulární, popřípadě hypertenzní.

Klient mi, při pravidelných návštěvách domova seniorů vždy rád sděluje, co všechno během doby, kdy jsme se neviděli dělal, s kým z rodiny se setkal a, co všechno přečetl, nebo viděl v televizi. První přibližně rok byla jeho celková orientace v naprostém pořádku. Sám projevoval uspokojení z toho, *jak mu to ještě pořád myslí*. Po té se u něj začínaly objevovat výpadky paměti. Byly mu předepsány anticholinergní psychofarmaka, aby se snížení kognitivních funkcí příliš nerozvíhalo a k tomu také léky, které mu měly dopomoci k tomu, aby se paměť měla možnost udržovat na nějakém, stále přijatelném standardu aktivity. Přesto, svým zachytáváním těchto „nedostatků“ klient procházel ještě dostatečně vědomým způsobem, což jej poměrně zneklidňovalo. Vztah ke mně se z jeho strany rovněž změnil. Už mne s takovým nadšením nevyhledával, protože se za vzniklé obtíže styděl. Po dalším půl roce, se naše komunikace opět „zproblematizovala“, když při jednom posezení a nezávazné konverzaci podrážděně prohodil, že: *mu ty otázky dávám proto, abych viděl, že si nic nepamatuje a zesměšňuji ho*.

Do dvou let tento klient průběžně zapomínal na naše setkávání, a když jsme se vídali, tak vždy jen prohodil něco ve smyslu: *ale tebe já myslím že znám*. Klientova podrážděnost, jak jsem se doslechl od personálu, občas měla tendenci překročit jistou míru akceptovatelnosti, neboť se projevoval i agresivně, házením věcí ze stolu, popřípadě křikem na sestřičku a tak podobně. Další zalékování klienta sice stabilizovalo, ovšem do stavu apatie a pouze základní samoobslužnosti, kdy už mne nepoznával. Během další týdnů bylo rozhodnuto o jeho přemístění do LDN, neboť kognitivní funkce klienta, stejně jako míra hygieny se natolik zhoršily, že si to situace již přirozeně vyžadovala.

Na tomto příkladu jsem měl možnost vidět, jak si příroda v souvislosti s organickým nastavením vynucovala, i proti psychofarmakologickým zájmům, zlepšit klientův stav a prodloužit jeho kvalitu života, stále svoji převahu a potlačit vliv užívaných přípravků stůj, co stůj. Proces stárnutí byl v tomto ohledu nesmlouvavý.

§8. MOŽNOSTI VYUŽITÍ PSYCHOFARMAKOLOGIE U DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH

V souvislosti s dětskou psychiatrií se léčba duševních a nebo kognitivních poruch setkává rovněž s bezpočtem nejrůznějších překážek, na které musí být kladen ohled. Tou zásadní je fakt, že nervová soustava, na kterou psychofarmaka mají působit je stále ještě ve vývoji a tudíž lze očekávat mnoho proměnných, které se mohou dostavovat ve dvou důležitých oblastech: jednak v úrovni očekávaného vlivu, tedy zda vůbec bude podáváný lék něco ovlivňovat a za druhé, pokud bude něco ovlivňovat, potom tedy v jaké kvalitě. Prvnímu účinku se odborně říká

farmakokinetika a tomu druhému potom farmakodynamika. Právě proto, že pediatrická psychofarmakologie se setkává s vývojově proměnnými v rámci dětské neurologie, nervové soustavy dětí a dospívajících, je o to náročnější celková monitorace všech farmakokinetických a farmakodynamických dopadů a vlivů těchto dopadů na dětský organismus v nejširším spektru jejich možné působnosti. To často zapříčiňuje zvláště vysokou míru nespokojenosti rodičů, jestliže po podání léku, dítě začne projevovat tendence k únavě, nauzeu, nechutenství, podrážděnost, a podobné příznaky vedlejších účinků, jestliže je zpočátku u dětského pacienta nutné teprve vysledovat vůbec jeho snášenlivost na tyto přípravky, stejně jako doladit správné dávkování.

Vždy nejživěji diskutovaným tématem v oblasti dětské psychofarmakologie je léčba ADHD a přidružených komplikací. Celosvětově se nejčastěji používají psychostimulancia, která upravují subjektivně prožívanou nespokojenost, impulsivitu a nepozornost. Dávkování musí být vždy upraveno věku odpovídajícím způsobem.

Přichází ke mně maminka s osmi letým chlapcem. Pro vstup do mé pracovny musel zvládnout krátké zaváhání, které se následně neslo v duchu odporu, vůči mé osobě tím způsobem, že chlapec prvních dvacet minut stál vedle matky a „vytrvale“ jí kladl otázku, *kdy už půjdou ven*. Hned na začátku jsem tedy opodál usadil loutku, Dominika a nechal jej bez jakéhokoli sdělení na místě. Chlapec se občas na Dominika podíval, ale nepřibližoval se k němu, pouze dával najevo, že má poblíž jakousi neidentifikovatelnou konkurenci, protože jsem občas v rozhovoru s maminkou, směrem k Dominikovi něco prohodil,

popřípadě zavedl na jeho „pracovní pozici“ řeč. Po té se chlapec posadil na matčin klín a byl zcela bez projevu. Jeho ADHD obtíže začaly, už asi ve čtyřech letech. Docházeli na specialisované pracoviště, kde se dozvěděli o co jde, možnou míru rozsahu problému a začali pracovat na zlepšení kognitivních funkcí. Na přechodnou dobu se chlapec údajně zlepšil, už nebyl tak výbušný, projevoval samovolně zájem o to, dívat se do knížek, poslouchat pohádky, nebo si hrát na školu. Jakmile ovšem začal do skutečné školy chodit, ADHD obtíže se téměř ze dne na den zvýraznily. Matka vcelku často v řeči zdůrazňovala, že: *kluka přeci nedám v šanc nějaké chemii* a nabízenou psychofarmakologickou výpomoc odmítala. Chlapec se po asi desetiminutovém zklidnění začínal opět zajímat o Dominika. Nejdříve si jej prohlédl a potom jej dal matce, a na jeho místo si sednul sám. Tuto samostatnost a sebevědomí jsem ocenil vyslovením pochvaly, přibližně v tom znění, že: *je od něj hezké, že nenechá Dominika o samotě a že si umí sám zvolit místo na sezení*. Všechno, co jsem chlapci pověděl, tak naprosto ignoroval. Vzal jsem Dominika, fixu a dal svoji ruku do připraveného otvoru loutky a namaloval kruh a trojúhelník, jen tak a položil Dominika i s fixou na druhou židli vedle chlapce. Dál jsme si povídali s matkou. Doma se někdy choval rozmrzele, do školy se nějak zvlášť netěšil, ale nikdy se docházce nebránil. Dělat domácí úkoly šlo jen s nejvyšší trpělivostí, někdy popsat jen polovinu stránky zadanými písmeny mu trvalo, až pět hodin. Kamarády neměl, protože si nehrál, ale jen a jen se s nimi hádal, o cokoli, a neustále. S otcem si rozuměli, nejraději s ním hrál fotbal a nebo, spravoval motorku.

Po chvíli chlapec bere Dominika, neobratně a s trochou netrpělivosti, se pokouší dát ruku do otvoru a opakovat to, co jsem s ním před nějakým časem předvedl. S maminkou, které jsem naznačil neutrální postoj k tomuto výkonu chlapce, jsme si toho, jakoby nevšimli. Bylo však zjevné, že chlapec měl zvědavého ducha a rád podstupoval různé „výzvy“. To byl dobrý výchozí bod pro naši spolupráci. Poukázal jsem na tento fakt v rozhovoru s maminkou a doporučit věnovat se chlapci více tímto směrem. Kromě toho, když začal opět, tentokrát asi po čtyřiceti minutách, na matku naléhat, aby už konečně šli ven a výrazně přidávat na hlase a projevech nespokojenosti. Uznal jsem, že bude vhodné toto setkání již ukončit. Jako poslední věc mi nedalo, abych matku informoval o neškodnosti psychostimulancia a na přechodnou dobu jej, po poradě s lékařem, aplikovali.

Na příštím setkání, po čtrnácti dnech chlapec přichází s tím, že má pro mne několik obrázků Dominika a byly opravdu povedené. Usadil se okamžitě vedle něj a „malovali spolu“. Chlapcovy výkyvy nálad a impulsivita byly pryč. Maminka mi děkovala za podnět, nebát se do lékové podpory jít. Naše spolupráce se odehrávala kolem toho, co a jak bude dál. Se speciálním pedagogem z fakulty se učili, co bylo zapotřebí do školy, tento student VŠ se ukázal jako velmi schopný. Naše spolupráce se zaměřila na to, jak chlapci upevňovat pocit bezpečí ze získávaných úspěchů, dále, jak zmírňovat nejrůznější druhy napětí a s tím vším v brzké době rovněž mít možnost postupně psychofarmaka opět vysazovat. Za přibližně dva roky chlapec dosáhl naprosté bezkonfliktnosti a ve škole prospíval na dvojky, s tím, že měl i několik kamarádů.



Dominik v rámci výcviku v našem semináři

*Psychoterapie je pouze systematické vedení,
rozhodnout se ke změně, musíte sami*

POUŽITÁ A DOPORUČENÁ LITERATURA

- **Pavel Mohr**, Klinická psychofarmakologie, Praha 2017.
- **Eric Nestler**, Molekulárna neuropsychofarmakológia, Trenčín 2012.
- **Jan Dreher**, Psychofarmakoterapie, Praha 2017.
- **Ján Pečeňák**, Psychofarmakológia, Bratislava 2016.
- **Ján Praško**, Psychiatrie v primární péči, Praha 2013.
- **Gerd Rudolf**, Psychoterapeutická medicína a psychosomatika, Bratislava, 2018.
- **Karel Dušek**, Diagnostika a terapie duševních poruch, Praha 2015.
- **Anton Heretík**, Klinická psychológia, Nové Zámky 2018.
- **Susan Ayers**, Psychologie v medicíně, Praha 2015.
- **Kamil Kalina**, Klinická adiktologie, Praha 2015.
- **Oxford Handbook of Psychiatry**, Oxford 2016.

© Jiří Adamec

PSYCHOFARMAKOLOGIE V KAZUISTIKÁCH

Adamec Jiří - Filosofický seminář - Katedra teorie
Neprodejný výtisk.

2020

A6, 100 výtisků

ISBN 978-80-87234-92-1