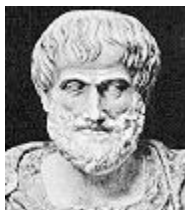


ADAMEC JIŘÍ
FILOSOFICKÝ SEMINÁŘ
KATEDRA TEORIE



DUŠEVNÍ NEMOC
JAKO PŘÍBĚH
Kniha kazuistik

Jiří Adamec

Brno 2016

**DUŠEVNÍ NEMOC
JAKO PŘÍBĚH**
Kniha kazuistik

Jiří Adamec

Brno 2016

© *Jiří Adamec*

Filosofický seminář – katedra teorie

ISBN 978-80-87234-64-8

Evě Fiderické

*Pokud se po zvládnutí tohoto textu stanete vůči okolí
natolik podezíravými, že vám už nebude stačit
čas na vlastní sebereflexi, potom jste tuto
knížku četli špatně...*

Ú V O D

Nebezpečí současnosti spočívá mj. v tom, že jsme dospěli k všeobecné psychologisaci kdejakého normálního způsobu bytí, a to jen proto, že máme jiný názor na život. Vymezovat patologické jevy v rámci individuálního, společenského nebo kulturního jednání si dnes přivlastňuje snad už každý jedinec. Tímto způsobem přístupu k hodnocení osobnosti, lidí kolem nás však dosahujeme pouze toho, že si mezi sebou vytváříme a udržujeme stavy podezíravosti a zástěn, izolací s výrazně chladným přijímáním, nebo spíše nepřijímáním lidského bytí. Odmítnout společnost a dosadit na první místo sebe sama, co by normu všeobecné morální platnosti je prvním krokem k autodestrukci nejen vlastních svobodných určení, ale stejně tak podporovat tímto přístupem (chováním) tytéž postoje v lidech svého okolí. Veškerá existence je výsledkem toho, jak myslí většina. A veškerá většina myslí izolovaně, emotivně, subjektivně – tedy pouze s dosahem ke zcela individuálním zájmům a potřebám. Jestliže nás má – řečeno jazykem skeptiků – něco zahubit, nebudou to jednotlivci s psychopatologickými rysy, ale myšlení většiny. Myšlení neochotné, nepomáhající, povyšující se, nevzdělané a subjektivně naivní i přes všechnu svoji argumentaci, dosazující mělkost názoru jako kritérium všeobecné platnosti. Psychopatologie nejčastěji vzniká tam, kde se dříve člověk nacházel duševně zdráv. Mlýnem okolností se však dostal do soukolí bezvýchodisek a tak se vrhá ke krajním způsobům seberealizace. Naše

okolí je plné psychicky vyrovnaných lidí. Po čase však můžeme pozorovat, jak se známí stávají závislými na psychofarmakách a psychoterapiích. Jejich myšlení dosáhlo stupně potřeby seberekonstrukce. Jsou spouštěny programy nezvladatelných emocí, divoce rozjitřených asociací, naprosto nepřijatelných forem přístupů k jinak běžně zvladatelným způsobům každodenních povinností atp. Tyto obrazy dříve duševně zdravých jedinců nejsou ničím víc, než společenským dopadem vyšponovaných nároků, které není každému dáno zvládnout. První, čeho se těmto lidem, ze strany nejbližších a veřejnosti dostává je nepochopení, pohrdání, zavržení. Takto je podtržena marnost bytí, její „nesnesitelná lehkost“ odmítnou kohokoliv, zvláště, když neneseme (a my přeci nechceme nést) odpovědnost. Tuto odpovědnost ovšem neseme. Neseme ji už tam, kde se mnohdy nestydíme již za to, že nás dokonce napadají „věci“, za které bychom se měli stydět, ovšem my se za ně nestydíme, my je učiníme předmětem realizovaných záměrů. Konečně věta: *Chápu vaše důvody, pro které jste jednal, tak, jak jste jednal*, je větou posvěcující svědomí téměř jakékoliv na venek realizované špatnosti. Psychopatologie zahrnuje však pouze to, co klientovi nebo okolí hrozí poškozením zdraví, nebo jej či okolí ohrožuje na životě. Ony tenké hranice si zde rovněž přiblížíme, abychom pochopili, že psychodiagnostika je odpovědnost, která se nachází na cestě svého dalšího rozvoje a naše nároky jsou vůči ní, tedy psychodiagnostice, vcelku neúměrné. **(AJ)**

§1. JAK JE MOŽNÁ PSYCHODIAGNOSTIKA JAKO ČISTÁ VĚDA?

Způsob, jakým se člověk chová v kontaktu s druhými lidmi, ať už ve svém domácím prostředí, nebo na veřejnosti, či na výletě v jiné zemi, se odvíjí od toho, jaké jsou požadované nebo očekávané normy chování. Takové normy se studují na úrovni etiky a filosofie, případně jako zvykové normy v souvislosti s občansko právními pravidly chování. Otázkou je, kdy se chování člověka stává, nebo by mělo být předmětem zájmu psychiatrů. I tak je zřejmé, že hodnocení způsobů chování je vždy ve velké míře subjektivní. Proto je nesnadné, normy chování objektivizovat.

Psychologie a psychiatrie, tedy odborníci sledující chování jedince na úrovni obecné kvality osobnosti v souhrnu norem, které vychází z vývojových a obecně zdravotnických principů jednání, posuzují člověka předně podle takových hledisek, která sdělují, do jaké míry svým vlivem poškozují své zdraví, či zdraví svého okolí, a nebo je jeho vystupování v těchto kritériích rovněž problematické v souvislosti s otázkami života. Nejkontroverznější částí posuzování klinického sledování chování jedince je potom samozřejmě v interpretaci výhledů a hypotéz, kterými se bude problematické chování ubírat a na základě těchto kritérií stanovovat nejen vhodnost léčby, ale především a zejména přístup k omezovacím prostředkům pro kontakt s okolím subjektu. Hovoříme-li zde o chování v rámci našeho tématu, máme na mysli samozřejmě také emoce a motivy.

Psychodiagnostika je tedy široce strukturovaná vědecká disciplína moderní medicíny. Zahrnuje: biologii, neurofysiologii, genetiku, endokrinologii, anatomii, psychosomati-ku, etiku, hlediska právní, sociologická, kulturní, nábožen-ská, jakož i hlediska existenciálně filosofická. Neznamená to však, že psychodiagnostika je nesourodá a rozvolněná. Naopak, v současné podobě, zejména od vydání americ-kého **Diagnostického a statistického manuálu dušev-ních poruch (DSM-5)**, sama sebe posouvá mnohem blíž k empirickým a exaktně podmíněným směrům v medicíně, než tomu bylo v minulosti.

•

„Každá odborná disciplína, psychiatrii nevyjímaje, má snahu třídit své poznatky a zkušenosti. Výsledkem této tendence je vznik klasifikačních systémů, které slouží různým účelům.

Za první poskytují jazyk všem pracovníkům v oboru, pomocí kterého tito odborníci komunikují.

Za druhé, z důvodů volby efektivní léčby pacienta, je třeba stanovit správnou diagnózu. Stejně jako v jiných oborech bylo prokázáno, že pro určité okruhy obtíží, syn-dromy, nebo nosologické jednotky, ta která léčebná meto-da bývá s určitou pravděpodobností lepší než jiné.

Za třetí konečným cílem klasifikace je přijít na možné příčiny duševních poruch. Znalost etiopatogenese obvykle znamená pokrok v terapeutických metodách. Zde je nutno

přiznat, že naše poznatky v této oblasti jsou u většiny duševních poruch malé.

Konečně názvosloví je důležité i pro edukaci nejen odborníků, ale také pacientů i jejich příbuzných."

(Viz: **Diagnostický a statistický manuál duševních poruch** – American Psychiatric Association, nakl. Hogrefe, Testcentrum, Praha 2015, **str. XLIII.**, překlad z anglického originálu: J. Raboch et al.)

V této souvislosti je však zapotřebí zdůraznit, že existují psychologicko psychiatrická pracoviště, kde diagnostikování duševních poruch není: **1.** jednak vůbec v náplni souhrnu činností a **2.** s tím také související etická návaznost, která psychodiagnostiku nedovoluje (spadá výhradně do kompetence atestovaných odborníků), neboť na těchto pracovištích jsou aktivity s klienty rozvíjeny nikoliv podle jejich diagnostikovatelných fenoménů, ale naopak, je s nimi „zacházeno“ v plně respektujícím smyslu k jejich osobnosti, například jedná-li se o sociální rehabilitaci, která upřednostňuje postupnou integraci klienta do celospolečenského života. Diagnostické jednotky, s nimiž tito klienti do center, pro práci s duševně nemocnými přichází, slouží pouze k tomu, aby se o ně mohl pracovní personál opřít, zorientovat se a přizpůsobit tak vhodnost aktivit v rámci obsahu daného rehabilitačního zaměření.

Z těchto pozic, chce být předkládaný text pouze přehledem způsobů vnímání demonstrovaných projevů klientů s duševní újmou, které si vynutily pozornost a oporu.

Každá diagnóza je hypotéza svého druhu. Teprve následné, potvrzující faktory mohou vyjasňovat upřesňující závěry. V psychologii a psychiatrii platí, stejně jako v jiných oborech s medicínským podkladem, že pro stanovení diagnostických kritérií musí být něco splněno, aby diagnóza mohla být stanovena. To, co je tímto kritériem pro stanovení diagnózy, má odedávna svůj podklad v klinickém sledování vývoje, či průběhu nemoci, sbírání anamnestických údajů a jejich další, podrobná analýsa.

Prvotní náznaky diagnostikovat ze souhrnu údajů o nemocném v západní medicíně, přibližuje jako nutnost úspěchu lékařského řemesla Hyppokratés: *„Někteří lékaři a badatelé o přírodě však říkají, že kdo neví, co je člověk, nemůže ovládat lékařství, že prý je taková znalost naprosto nezbytná pro toho, kdo hodlá správně léčit lidi.“* (Hyppokratés, Vybrané spisy I., Praha /Oikoymenh/ 2012, str. 379)

U mnoha typů onemocnění klinikovi stačí dávat přednostní důraz při své pozornosti tělesným projevům pacienta, spojeným zejména s postiženým orgánem, nebo jinak místem na těle (např. mechanické poradení), které se má stát předmětem léčby. Psychologie a psychiatrie, tedy projevy chování, emoce a sebereflexe na jedné straně a neurologické symptomy (případně syndromy) na straně druhé, za své přijímají v širší míře komplexnější posuzovací „měření“ (škály), zahrnující rovněž, vedle vlastní psychiky i fungování těla jako celku. Důvodem je poznatek, že du-

ševní nemoc je tak, jako tak, stresovým spouštěčem, stejně jako je tomu z druhé strany např. u onemocnění srdce, nebo jiného orgánu. Psycho-somatické a somato-psychické je tedy tímto zdůvodněno jako vzájemně se provazující téma moderních nauk o zdraví člověka. Téměř na úrovni paradoxu, by se potom dalo říci, že „*stres je spouštěčem stresu*“. Tato akumulace rozšiřujícího se kola zátěží má v individuálním jmenovateli své hranice, nebo naopak provokuje k odbržděnosti, která se jen obtížně smiřuje s opětovným návratem k duševnímu klidu. Takové okolnosti jsou určeny osobní predispozicí, schopnostmi psychické krize zvládat, nebo nezvládat. Konečně psychodiagnostika, ostatně jako všechna lidská snaha po vědění je výsledkem zájmu „*mít okolnosti duševního života pod kontrolou*“ současně s možností léčby a zmírnění, nebo odstranění psychicky rušivých fenoménů, kterým si člověk uvykl říkat *bláznovství, šílenství, demence, hysterie, mentální retardace, schizofrenie, paranoia, deprese, deviace* atd. Vedle odborné terminologie tyto pojmy často dosahují až tam, kde, jak je laická veřejnost v současnosti běžně užívá rovněž i s pejorativním přídomkem, nastává možnost užít jich jako nadávky, pokud je někomu v dané situaci zapotřebí.

Tím, jak je laická veřejnost v přítomnosti z obecně dostupných zdrojů seznamována s odbornými tématy psychologie a psychiatrie a tím, jak si je nejčastěji rovněž laicky „přežvýká“, dosahuje něvědomého průměru (podprůměru) „znalostí“, povyšovaných nad vědeckou práci

samu. Tento laický egoismus nejčastěji odmítá trpělivou práci studia a výzkumu a svými soudy o duševních poruchách dehonestuje kvalitu osobnosti psychiatrického pacienta ve vlastním smyslu viděné úžiny mělkosti názorů. O mnohdy pochybných alternativách, už ani nemluvě. Stejně tak spirituální nadstavby, kterými se ochotně doplňuje Engelova „trojčlenka“, mohou vzbuzovat pochybnost, zda jen kvantita (počet věřících) může být kritériem kvality. Celý ten duchovně – spirituální podnik, se totiž míjí s realitou každodenního života, když hlavní potřebou je, navrátit klientovi důvěru v praktické úkony „dneška“, se vší povinností obyčejného, prostého „starání se“. Pojem „spirituální krize“ chápu, zcela otevřeně, jako vnucený pojem.

V této části pojednání se tedy věnujeme obecným poznámkám k psychodiagnostice, poměrem mezi klinickým a neklinickým přístupem. A zejména onen druhý náhled nás bude zajímat přede vším, i když jej o klinická kritéria budeme konfrontujícím výkladem opírat a ukázkami z terapeutické praxe s klienty, dovozovat.

Co znamená, když budeme v průběhu jednotlivých kazuistik, dávat důraz na slova jako „každodennost“, nebo „projevy chování na veřejnosti“? Předně tím uvedeme na jevo, že se, v případě duševní nemoci jedná o vysoce strukturovaný souhrn okolností, které na klienta působí, a které on sám, vzhledem ke své psychické újmě také specifickým způsobem odráží svým chováním, motivovatelností, emotivitou, sebereflexí, přístupem k druhým lidem, zachá-

zením s věcmi a nebo živočichy. Všechny tyto projevy spolupůsobí rovněž jako neklinické a jejich významným spolupodílníkem je aktuální prostředí v němž se klient právě nachází. Komunikace a celkově vnímaná atmosféra např. v domácím prostředí, mohou klienta vést k akceptaci požadavků, které jsou na něj kladeny, stejně jako jej mohou vést k nespokojenosti a agresivitě, podobně jako u kteréhokoliv duševně zdravého jedince. Psychická porucha se ovšem obecně u všech diagnós vyznačuje výrazně nižší akceptací zátěže a tím tedy také snadnějším pohnutím k apatii na jedné straně, nebo agresivitou na straně druhé. Zde, abychom uvedli věc na správnou míru, onou agresivitou nejčastěji bývá egoistické poukazování na vlastní utrpení bez jakékoliv empatie k aktuálním potřebám okolí.

Vzhledem ke struktuře pacientů, s nimiž je mi umožněno pracovat, musím poukázat ke dvěma faktům: 1. sám nediagnosticsuji a 2. jako laický psycholog s více letou praxí (výuka a terapie) při užívání slova „klient“ mám na mysli rovněž bezpočet svých (našich) „klientek“.

Děkuji tímto pracovníkům vsetínského Camina za letitou důvěru a možnost rozvíjet praxi na jejich pracovišti a přispívat tak dobrovolnicky k duševní rovnováze těch, jimž je tato práce určena.

Vzhledem k tomu, že předkládaný text je souhrnem více jak dvaceti šesti let práce s duševně nemocnými klienty, jsou mnohé kazuistiky upraveny prolínáním až tří případů, aby se zamezilo nevhodnému prozrazení osoby.

§2. ORGANICKÉ DUŠEVNÍ PORUCHY (PORUCHY SPOJENÉ SE STÁŘÍM)

Klinické příznaky:

značně zhoršená novopaměť, dezorientace časem a prostorem, dyspraxie, pohybová akinese, oploštělá emotivita, deprese, tendence k delirantním stavům, omezená mluva (konfabulace), zaniká schopnost plánovat si aktivity, možnost halucinací nebo bludů, vegetativní dysfunkce...; dělí se na: mírnou, střední a těžkou formu demence.

Žena – 79 let

V obchodě s pečivem vystojí krátkou frontu; když na ni přijde řada, hovoří potichu a váhavě, prodavačce sděluje, že chce chleba; prodavačka se zákaznice dotazuje, zda chce žitný, pšeničný, celozrnný...; klientka fabuluje: „no, ten co mi dáváte pokaždé“; prodavačka netrpělivě a s posměšným pohledem ke zbytku fronty: „já si, ale nemůžu pamatovat, který chleba si u mne zákazníci kupují?"; klientka se rozhoduje koupit si nějaký „normální“ chleba. Prodavačka tedy podá klientce netrpělivě půlku žitného chleba, ta zaplatí a odchází. Následuje několik nehostinných poznámek ze strany čekajících. Po chvíli se seniorka vrací a jde rovnou dopředu, k prodavačce se slovy: „Ale u vás já chleba nikdy nekupuju, to jste mi neřekla! Já chleba kupuju vždycky naproti, tam mají ten můj a je přeci lepší, než ten váš! Vy to víte, to jste mě udělala schválně! Tak si ho vezměte zpátky a vraťte mě peníze!“ Prodavačka zjevně v obličeji zbrunátní a jen s vypětím sil klientce nechá pecí-

nek vrátit a podá jí peníze. Z fronty se vykloní muž ve středním věku a jízlivou poznámku už si pro sebe nenechá: „Měla by jste se, madam, nechat vyšetřit!“ Seniorka reaguje pouze lakonickým pokrčením ramen a s náznakem vítězství odchází. Před obchodem chvíli postává a nakonec jde opačným směrem, než-li je protější obchod s potravinami, jehož kvalitu chleba ještě před chvílí tak vehementně vychvalovala.

Paní Alena přišla domů a zjistila, že nic nenakoupila, protože vlivem okolností vlastně zapoměla proč šla vůbec ven. Vyšla se tedy na nákup znovu. Jenže tou dobou už měly obchody zavřeno. Začala se ptát kolem-jdoucích kolik je hodin a zda není v okolí obchod, kde by si mohla koupit chleba. Pocitová tíseň ji však dostala do situace v níž postupně ztrácela kontrolu nad průběhem okolností.

Přicházela tma a paní Alena se stále dokola dotazovala kolem-jdoucích, kde sežene chleba a svůj dotaz doprovázela zmateným výčtem vzpomínek, zejm. jak za jejích časů vždycky chleba koupila. Policejní hlídka si při opakované objíždce ulicemi všimla staré žena a následně s přivolanou zdravotní službou celou situaci dořešili několika denní hospitalizací, úpravou kognitivních funkcí a propuštěním domů. O celé záležitosti byla zpravena její rodina, která po vzájemné domluvě s psychiatrem a mezi sebou paní Alenu již střídavě navštěvovali. Její zdravotní, psychický stav se postupně, také vlivem psychofarmakologické léčby stabilizoval, a to natolik, že některé dny mohla zůstat bez fysic-

kého dozoru s pouze opakovanou telefonickou kontrolou, ve smluvený čas. Nic méně, tento vcelku a na první pohled psychicky optimální režim samostatnosti klientky měl rovněž své časové omezení. Po dvou letech se k paní Aleně přestěhovala její vnučka, která tak pomáhala po všech stránkách přicházejících nástrah, které na klientku ještě čekaly, než bylo pro vývoj jejího duševního stavu (progredující Alzheimerismus) přeci jen vhodnější ubytování v příslušném sanatoriu s dvaceti čtyř hodinovou péčí.

Muž – 71 let

Na doporučení bývalé klientky poznávám staršího muže, zjevně v dobré fyzické kondici. Původní zadání znělo, že se posledních pár týdnů cítí údajně ne-sebejistý, mívá náběhy k plačtivosti, doma tráví výrazně více času vysedáváním a nečinností, zavádí rozhovor pouze na vzpomínky, nemůže se soustředit na četbu, všemožně se dotazuje na to, „co má dnes dělat“, z bytu vychází nejraději v doprovodu a než jde spát úpěnlivě překontrolovává opakovaně zamčené dveře. Před několika dny se ve spánku pomočil, za což se rodině neustále omlouvá, neboť se stydí.

Souhrn těchto okolností by mohl naznačovat, že jde o velmi ranou fázi stařecké demence, nebo i náznaky budoucího rozvoje Alzheimerismu. Mým úkolem mělo být, abych si s klientem promluvil a v rámci svých zkušeností následně dceři onoho muže sdělil vlastní názor. Vzhledem k etice věci jsem zásadně zdůraznil, že mohu po konzultaci pouze interpretovat dojmy a nutnost následného, odborného vy-

šetření bude, tak jako tak, na místě podstoupit. Rozhovor s klientem jsem proto vedl více méně formálně. I tak bylo v jeho zájmu dozvědět se něco o tom, jaký by mohl být scénář vývoje, pokud by se potvrdila újma progredující ztráty mentálních schopností, což byl hlavní problém, který klienta zneklidňoval.

„V každém případě k řešení svých obtíží přistupujete zodpovědně a včas. Ať už se jedná o cokoliv, vím s jistotou, že v podobných případech existuje dnes pro seniory celá řada lékařských postupů, umožňujících kvalitu každodenního života uchovat dlouhá léta na požadované úrovni všech schopností. Také máte vynikající rodinné zázemí a spoustu vlastních zkušeností, což jsou dobré vyhlídky pro uchování mentální svěžesti. Stárnutí je samozřejmý proces a součást našeho života a při dobré tělesné kondici lze vcelku s jistotou předpokládat, že bude stačit na fakt, že se v seniorském věku mentální úroveň mění, adaptovat doporučeními, která dále určí ošetřující lékaři.“

Čistě osobní dojem, který jsem si z našeho setkání odnášel spočíval v zjištění, že se klient s největší pravděpodobností vskutku nachází na samém prahu diagnostikovatelných změn, které nyní budou v nějakém dalším režimu pokračovat a charakterizovat jeho další proces stárnutí. Podpora směrem k pozitivním výhledům, která však nejde za práh reality, se rovněž u klienta setkala s pochopením. Jak se dále ukázalo, klient byl diagnostikován na depresivní poruchu, která vzhledem k vyššímu věku ovlivňovala

celkový obraz osobnosti a způsobovala rovněž v nepravděpodobných intervalech tělesné, dysmorfické stavy, kterých bylo ono pomočení v jednom případě také výsledkem. Následná potřeba vyhledávat lékařskou pomoc a nechávat se ujišťovat, že je vše v pořádku, nabývala obsesivním rozvojem na intenzitě.

Na tomto příkladu zřetelně vidíme, jak se lze, vzhledem k projevům klienta dostat do nelehké situace. Ve vztahu k jeho věku máme tendenci automatisovat své myšlenky směrem k takovým hypotézám, které na první místo staví právě věkem podmíněné a častěji komentované duševní stavy a už méně je brán ohled na to, že klient i přes svůj věk, může prožívat pouze nástup deprese.

V jednom detailu z našeho setkání jsem pro sebe učinil novou zkušenost: nejen že se duševně nemocný domáhá jiným způsobem opětovného získání psychické rovnováhy, ale stejně tak „smluvními podmínkami“, v tomto případě absolutní ochotou podvolit se požadavkům léčby, rovněž omezit veškerou svoji dosavadní aktivitu, což je stav, v němž pacient dobrovolně přistupuje k ponížení. Tento moment je vhodné zachytit a klienta přirozenou cestou ubezpečit, že jeho duševní stav mu nesmí dovolit, aby strádal, jak subjektivně, tak objektivně újmou své osobní důstojnosti. Například pomočení je pouze stav (v tomto případě dočasný) tělesné disability a s inteligencí nemá nic společného. Příkladů z praxe lze doložit bezpočet, nejznámější je např. americký astrofysik, Stephen Howking.

§3. DUŠEVNÍ PORUCHY SPOJENÉ SE ZÁVISLOSTÍ NA SUBSTANCÍCH (ALKOHOL – DROGY)

Klinické příznaky:

zúžení denních aktivit pouze na myšlenky směrem k potřebě příjmu alkoholu nebo drogy; škodlivé užívání, které ovlivňuje kvalitu života v osobní, sociální a pracovní oblasti; nápadná změna osobnostních rysů; tendence k podrážděnosti; poruchy spánku a bizarní sny; úbytek na váze; abstinenční příznaky spojené s tělesnými projevy – pocení, třes končetin nebo celého těla, nevolnost; snížení ekonomické úrovně; sklon k utrácení peněz; lhaní a tendence k přestupování zákonů; obviňování okolí za vlastní nedostatky; neochota ke spolupráci při odvykacím léčení; zhoršení paměti a snížení kognitivních funkcí; neschopnost soustředit se; deprese a stavy derealizace...

Žena – 37 let

Během dvou a půl roku se žena se dvěma dětmi po dramatickém rozchodu, který řešila pitím alkoholu, stala silně závislou. Následná léčba na protialkoholním pracovišti byla úspěšná. Přesto žena pociťuje nutnost ještě „dopracovat“ oblast úzkostí, které ji občasně provází. Ty se projevují mj. také tím, že bývá podrážděná a „utrhuje se na děti“. V kontaktu s přáteli a na pracovišti se cítí stigmatizovaná a má častější pocity studu a zloby. S mužskými protějšky komunikuje afektovaně, svádivě a dělá jí dobře když případné návrhy může odmítat, na čemž, jak sama sděluje „si vždycky dá hodně záležet“. Celkově na sobě však pozoro-

ruje nespokojenost a postrádá schopnost vnímat vlastní, pozitivní perspektivu. V kolektivu, který je pro ni po léčbě nový, působí vyzývavě a většina kolegyň ji nemá ráda. Přitom jakýchkoliv společenských aktivit v práci se neúčastní. Přátele prakticky z důvodu přestěhování do jiného města nemá, což jí, dle vlastních slov „činí alespoň v jednom bodě spokojenou“. Klientka je pro naši spolupráci motivována. Navrhuji řadu relaxačních cvičení, kterými uvolňujeme napětí. Klientka v tomto režimu zjevně ono napětí postupně ztrácí a původní afektovanost se přesouvá, co by druh energie k zájmu o činnosti spejené s realizací vlastních plánů. Evidentně se tu jedná o svého druhu projektované přepracování a přesun sublimačními cestami, až k vytvoření nové úrovně sebevědomí. Navrhuji dále vyhledat podpůrnou skupinu jógy pro rodiče s dětmi. Tento návrh akceptuje a začíná i s touto aktivitou. Celkově se zklidňuje a získává nové přátele. V zaměstnání se změna jejích osobnostních rysů projeví akceptací nadřazených v rámci jejích znalostí a nápadů, dosahuje na interní vedoucí pozici úseku. Celý tento proces trvá rok a půl a je završen otevřením nového, vážně míněného vztahu s partnerem.

Klientku silně motivovaly její dvě děti (synové). Sama byla od svého otce, který zemřel šest let před naším setkáním podporována výchovně v důslednosti práce na sobě samé. Tyto okolnosti její odvaze, čelit dostupnými terapeutickými prostředky své neblahé duševní situaci, vytvořené domácím násilím během rozvodu, byly oporou.

Žena - 24 let

Od svých patnácti let bydlela u kamarádek a poslední rok u přítele. Rodiče měli neurovnaný vztah na bázi jojo systému...; stále se rozcházeli a opět usmiřovali a na dceru neměli čas. Cítila se s nimi izolovaná, nemilovaná, bez zájmu. U svých vrstevníků neměla úspěch, přátele měla pouze v těch, kteří měli nějaké obdobné potíže ve svém soukromí. V hovoru stále něco řešila, nebyla schopná se uvolnit. Její současný přítel byl o jedenáct let starší. Rovněž pocházel z problematické rodiny. Neměl stálou práci a peníze a tak si je zaopatřoval drobnými krádežemi a podomním prodejem. Po několika měsících soužití oba začali brát drogy. Tehdy si klientka uvědomovala, že je něco špatně a chtěla od přítele odejít. Jejich rozchod měl stejný průběh, jako u jejích rodičů, stále nevěděla, zda po odchodu od přítele udělala dobře a tak chodila za ním a ptala se ho, jestli ji má rád. Ten však dával na jevo, že je mu ve skutečnosti její přítomnost lhostejná, hlavně, že mu zaplatila za drogy a víc jej nezajímalo. Opět pobývala u kamarádky, které se podařilo klientku dostat na protidrogové léčení. Po půl roce intenzivní práce na sobě samé se klientka ve 24 letech stala plně samostatnou. Našla si práci, dodělala výuční list a sehnala vlastní podnájem. Začínáme spolupracovat v době, kdy se klientka potýká s úzkostnými stavy. Motivuji ji k aktivitám s lidmi. Začíná spolupracovat v organizacích jako dobrovolnice. Vyrovnává se s úzkostmi rychle. V kolektivech začíná být oblíbená. Za rok se vdává.

§4. SCHIZOFRENIE A SCHIZOIDNÍ STAVY

Klinické příznaky:

manifestace psychotických stavů – bludy (nevývratná přesvědčení např. o své výlučnosti pro práci s tajnými službami, o přítomnosti jiných bytostí, o tom, že v televizi vlastně stále mluví o pacientovi, o tom, že neznámý člověk v blízkosti usiluje o jeho / její život, je odposloucháván/na...) a halucinace (smyslové klamy – sluchové jako hlasy, zvuky; zrakové – prostředí, lidé, věci, živočichové se mění, rozpořybované místnosti...).

Muž – 34 let.

Po autonehodě rodičů, kdy oba přišli o život vyrůstal od 14 let s babičkou, matkou svého otce. Viditelné výkyvy nálad se začaly dostavovat od jeho sedmnácti let. K tomu se dostavilo muvení (somnia kvence) s rodiči během spánku. V rozhovorech převažovala matka, jako „protější“ osoba. Kontakty s lékaři měly kolísavý úspěch. Léky bral pravidelně. Přesto se stačil vyučit automechanikem. Ve 23 letech se oženil. Stavby somnilokvence a výkyvy nálad přetrvávaly s kolísavou intenzitou. Po narození syna má sklony obviňovat okolí, že se snaží v jeho nepřítomnosti synovi ubližovat. Promluvy k rodičům se dostavují také během dne. Přidávají se návaly vzteku, kdy rozbíjí věci kolem sebe – nikdy nikoho fyzicky nenapadl, intenzita agresivního projevu je ovšem značně excelována a přesahuje znatelně míru spouštěcích mechanismů, tedy jsou nekontrolované.

Když se v koupelně v záchvatu vzteku jednou pořezal ve tváři, byla neprodleně přivolána rychlá záchranná služba a klient byl převezen na psychiatrické oddělení (jeho manželka jej doprovázela). Další intenzivní léčba psychofarmaky a psychoterapií měla opět kolísavý úspěch. Po propuštění do domácího léčení následovalo ještě několik měsíců, kdy bylo nutné vždy na pár dnů pacienta ponechat v ústavní péči. Rodina se ke klientovým obtížím chovala příkladně ohleduplně a s podporující spoluúčastí. V současnosti jsou klientovy bludy a halucinace bez zjevných výkyvů, utlumené léky.

Scházíme se na žádost manželky k občasným rozhovorům. Klient projevuje živý zájem o filosoficko teologická témata. Snažím se jej podporovat k rozšiřování zájmu o encyklopedický přehled, aby nevznikala tendence některé z témat osobně dogmatizovat. Tento zájem se zpočátku daří a klient se cítí dobře. V pozdějším čase naší spolupráce u něj však začínají převládat potřeby zaměřené na spirituální oblast. Psychoedukace s filosofickým zaměřením pozvolna končí. Klient pravidelně navštěvuje bohoslužby a chodí do kostela v podstatě kdykoliv může; tráví tam v sedě dlouhé hodiny, nebo obchází obrazy svatých a s mimořádným zálibením si je prohlíží, nebo o nich něco sděluje dalším návštěvníkům. Nebývalo výjimkou, že byl v kostele po zavírací době zamčen, protože se záměrně schoval. Jeho žena po poradě s psychiatrem přistupuje na celoroční ústavní péči, se svými pravidelnými návštěvami sanatoria.

Žena – 40 let.

Všichni členové rodiny užívají farmakum na nějaký druh duševního onemocnění. Ve dvanácti letech „k ní přicházeli ve spánku pohádkové bytosti a hráli si s ní“. Od čtrnácti let je vídala ve své blízkosti také během dne. Jak sama říkala: „Pokud tam byly, cítila se v bezpečí.“

Rodiče se o ní starali, deficit péče nebyl. Klientka trpěla tedy zjevnou schizofrenní predispozicí realitu nahrazovat a dosazovat si do ní psychotické fenomény. Když se hlasy a vidiny delší čas nedostavovaly, bývala vzteklá, zmateně pobíhala po místnosti, vyhazovala věci z okna a nahlas křičela: „Běžte si třeba do prdele, když o mě nestojíte, já o vás taky ne, a až přijdete, tak uvidíte!“ Jakmile se postavy a hlasy dostavily, klientka se ihned zklidnila. Ústavní péče, farmaka a psychoterapie se měnili. V dospělosti pohádkové bytosti vystřídaly postavy z filmů pro pamětníky, které jí rodiče doma pouštěli v domění, že přijde na jiné myšlenky. Měla pouze jednu kamarádku, která trpěla depresemi. Nevdala se, dítě nemá. Klinická prognóza: chronicky setrvalý stav, lze pouze mírnit dopady na chování a komunikaci s okolím. Od asi třiceti let se začala více uzavírat. Manifestace infantilních sklonů přetrvávala (někdy mluvila šiřlavě, dávala příměry z pohádkových příběhů, oblékala se jako princezna nebo svůj pokoj vyzdobila na „královskou hostinu“...; vyžadovala od členů rodiny, aby ji oslovovali „vaše jasnosti“ nebo „slečno princezno“). Při domácích konzultacích porovnáváme život v pohádkách s realitou.

§5. AFEKTIVNÍ PORUCHY (MÁNIE – DEPRESE – BIPOLÁRNÍ PORUCHY)

Klinické příznaky:

mánie (hypománie) – zvýšená aktivita (motorický neklid), porucha soustředění, poruchy spánku, zvýšené libido, pocity omnipotence, riskující chování (křižovatky, vlaky, utrácení peněz – investice), snížená empatie; deprese – trvalý pocit smutku, snížená aktivita během dne, únava, plačtivost, ztráta potřeby kontaktu s okolím, zaobírání se smyslem života, emočně nepřiléhavě zvýšená „empatie“... bipolární porucha – střídání manických a depresivních stavů v časově odstupňovaném režimu, často s latentními sklony k agresivitě a autodestruktivnímu chování.

Žena 44 let

Jednoho jarního dne poznávám osobně ženu s evidentně utrápeným obličejem. Během telefonické objednávky mi sděluje pouze tolik, že se o mé práci dozvěděla od svého kolegy v práci (právní kancelář) a tak se nakonec rozhodla oslovit mě, protože se jí v posledních dvou letech úplně zhroutil život a je jí jasné, že už to takhle, kam to došlo, sama nezvládne (na mysli měla především své výkyvy nálad a z toho plynoucí psychickou nepohodu).

Dosedá na židli s úlevným povzdechem a dívá se na mě způsobem, kterým dává na vědomí, abych tedy začal očekávanou terapii. Oslovuji ji paní Blanko, což jí evidentně dělá dobře, ale na druhé straně je výrazně citlivá na

každé mé slovo, pohyb a reakci, když mi sděluje svůj příběh. Začíná s tím, že se o vlastní vůli před dvěma lety rozešla s manželem, nyní žije se dvěma dětmi, které spolu mají, sama. Důvod jejich rozchodu byl vcelku banální, po vzájemné neshodě o tom, co každý očekával od života. Více jsem se na prvním setkání nedozvěděl. Za to ovšem těmto událostem předcházely další, které mne zaujaly mnohem víc. Paní Blanka měla za sebou kriminogenní minulost. Jako šestnácti letá s partou svých vrstevníků ukradla z obchodu ve městě nějaký alkohol a opili se. Policie měla vcelku rychle popis pachatelů a tak došlo k celé řadě právních, rodinných a sociálních eskapád. V té době již začínala pocítovat změny ve způsobech prožívání každodenní reality, kdy se jí nálada během dne střídala s přesně stanoveným časovým odstupem. Dopoledne skleslost a nechuť do života, odpoledne energie a veselost, na večer opět stavy beznaděje... Z počátku tyto výkyvy nebyly nijak dramatické a tak jim nevěnovala žádnou pozornost. Když se ovšem dostavovala nechuť vůbec vyjít ven, na ulici pro nákup nebo do práce, měla již sama podezření, že se děje něco špatného. Navštívila tedy alternativní skupinu zaměřenou na seberozvojové techniky práce s tělem, které jí dočasně pomohly uklidnit se a pozornost z raního smutku (pesima) a odpolední nadnesenosti (maniakální sklony) relativně upravit. V takto nastaveném režimu práce na sobě samé vydržela šest let. Potom začala více vyhledávat možnosti k seznámení a vdala se.

Její manžel ji během jejich soužití dvakrát podvedl, na což „má důkazy“, jak sama dovozovala a to jí opět odbrzdilo výkyvy nálad. Její muž své chování komentoval jako výsledek nespokojenosti v sexuálním životě s klientkou. Sama si na absenci nebo jakkoliv jinak na intimní soužití s manželem nestěžovala. Jejich děti, dcery vyrůstaly dle paní Blanky v poměrně klidném prostředí, pouze občas musely snášet její nálady, ale až do nedávna si vždy zavčas dokázala uvědomit, že se musí ovládnout, a tak se také snažila.

Před dvěma lety svoji starší, patnácti letou dceru poprvé udeřila políčkem na tvář. Jejich vztah od té doby naznal vcelku ostrých změn. Dcera se s ní jednoduše nebaví. Tato událost klientku značně znepokojuje, vyčítá si ji. K mladší deři (10 let) se od té doby chová zase naopak s nápadnou přepečlivostí a něžností, protože má strach, aby neudělala něco podobného, neboť má obavu, „aby nepřišla také o ni“. Tento dramaticky přeceňovaný dovětek je typickým výrazem přecitlivělosti depresivních matek. Je v něm obsažena rezignace na to, řešit jinak vcelku zvladatelnou situaci stran políčku, který matky občas ušetří svému dítěti a současně také jistá demotivovatelnost řešit cokoli s potřebnou dávkou energie a nadhledu. Její život se stal ovšem nadto značně jednostranný. Nikam nechodila, s přáteli se již nestýká, dokonce některé od sebe odehnala tím, že je pomlouvala, což ví, ale s tím už se prý nedá nic dělat. Jednou už myslela i na sebevraždu.

V další sérii konzultací pracujeme podle přijatelného rámce cestou komentovaných vzpomínek z dětství, vztahem k rodičům, výkladem snů, aktivitami ve škole, prvními intimními zkušenostmi. Všude klientka interpretuje výrazně negativistické postoje typu: „byla jsem vždycky pro okolí víc komplikovaná a hůř přijatelná, já vím“. Ve vztahu ke své primární rodině, kde vyrůstala se nechala slyšet také stran pochybnosti, zda byla vůbec chtěným dítětem. Sourozence neměla, což opět dovozovala větou: „Mamka vždycky říkala, že jedno děcko je až dost!“ Paní Blanka, dle mého soudu žila v jistém vakuu, co se vlastního „Já“ týče. I když měla zajištěný veškerý servis a komfort pro šťastný a zejména bezpečný, zdravý vývoj, nebyl jí dopřán přísun motivačních impulsů. To způsobovalo výkyvy nálad, neschopnost umět být spokojená jen tak, se sebou samou, pro každodennost vůbec; vyhledávala stále nějakou oporu (zprostředkování pro nalezení spokojenosti - zážitky), která by za ni dodávala jejímu pocitu „nicoty“ naplnění a směr ke smyslu života.

Tyto okolnosti si postupem sérií našich konzultací klientka uvědomovala. Dle mého postřehu, který jsem paní Blance nikdy nesdělil se u ní jednalo o druh mírné dystimní deprese se sklonem k bipolaritě, která se však vlivem vytěšňovacího mechanismu u ní nikdy neprosadila víc než na okraj několikátýdenní nepohody, jež měla možnost spontánně odeznít, i když sklony ke smutku stále přetrvávaly. Po roce a půl jsme sezení ukončili, klienta se cítila lépe.

§6. PORUCHY NEUROTICKÉ A PORUCHY VYVOLANÉ STRESEM

Klinické příznaky:

neuróza – obtíže vyrovnávání se s novými, neznámými situacemi a z nich plynoucí psychickou nebo tělesnou zátěží, přizpůsobovat se, tendence k podrážděnosti, pocity a komplexy méněcennosti, poruchy spánku, bizarní sny; fóbie – náhlé stavy ohrožení vyvolávané na konkrétní podnět (věc, živočich, prostředí, myšlenky – panické ataky); obsedantně-kompulsivní poruchy – nutkavost zabývat se myšlenkami a činnostmi, jejich realizací, nad rámec aktuální potřeby...

Muž – 30 let

Honza se věnuje celý život extrémním sportům. Sklon vyhledávat riziko měl už jako dítě. Horolezectví, potápění, skoky do vody z výšek, překonávání překážek sériemi sportovních výkonů během jediného dne na organizovaných sportovištích. Pro okolí vždy působil jako optimistický a pro své osobní vlastnosti vyhledávaný jedinec. Jak s humornou nadsázkou podotýkal: „Zůstat v klidu, to by byla moje smrt“.

Ve dvacetišesti letech se seznámil s partnerkou s níž zamýšleli rozvinou svůj vztah tzv. na vážno, tedy vzít se a mít rodinu. Tato idea v jejich soužití přetrvávala až do oněch třiceti let klienta, kdy se pro nepohyblivost situace rozešli, protože se jeho přítelkyně rozhodla tuto nejistotu ukončit. Necelý rok před rozchodem však Honza prožil

první panickou ataku, která byla charakteristická svým náhlým příchodem v podvečerních hodinách (dušnost, zásadně zvýšený tlak zrychlenou srdeční činností, sucho v krku, obtíže s polykáním, pocení, motání hlavy, nauzea, extrémní pocity úzkosti z toho, že snad i zemře).

Celá situace se odehrála asi dva dny po tom, co si s partnerkou vyměnili v prudké hádce své názory stran jejich vidění společné budoucnosti. Honza se uklidnil ale nastoupily další obtíže spojené se strachem, že se poraní o nůž, nebo vidličku, které leželi volně v kuchyni, nebo na prostřeném stole. Řekli si s partnerkou, že vše zvládnou sami, bez cizí pomoci a tak vytvářeli všelijaká opatření, která měla podobným stresujícím situacím zabraňovat. Na několik týdnů se Honza více zajímal o jejich společný rodinný život, ale po čase opět vyhledával více extrémní aktivity a doma býval jen navečer. Veškerá snaha partnerky nakonec vyšla na prázdno.

Po rozchodu Honza podobné panické ataky prožil ještě několikrát. Rozhodl se tedy pro jejich odstranění něco udělat. Jako první jsem mu doporučil návštěvu psychiatra a po vyšetření, že se jej tedy případně ujmu. Po třech týdnech začínáme s pravidelnými konzultacemi.

Během čtyř sezení zvládáme vcelku přehledně verbalizovat jeho životní příběh. Honza je komunikativní, ale nemá potřebu se slovně předvádět, což dává naši spolupráci dobrý spád. Nápadná jsou zejm. místa, kde se stále vrací k potřebě vyvíjet nějakou extrémní, nebezpečnou aktivitu.

Mezi tím se rovněž zmiňuje o své matce a bratrovi. Maminka již dvě desetiletí bere léky na deprese a bratr je neustále zaměstnáván někde v zahraničí, hlavně aby nebyl doma. Otec funguje v rámci rozvodu rodičů v místě bydliště pouze svými návštěvami, má novou přítelkyni, o několik let mladší, což maminka nese poměrně špatně, i když se snaží „dělat, jako že nic“.

Po čtyřech měsících si Honza začíná vcelku dobře celou situaci zvědomovat. Jeho stavy úzkosti jsou vyprovokovány tzv. psychickou infekcí doprovázenou latentní nenávisť otce. Dusná domácí atmosféra, která jej od dětství v soukromí provází zavedla příčinu k tomu, aby se jí začal nějak vzpírat. Nachází proto útěchu v oněch extrémních aktivitách. S tím nakonec souvisí celý obsah jeho obtíží. Je to způsob vytěsnění pocitů marnosti, kdy nemůže utrpení matky pomoci je zmírnit nebo odstranit. Dále je jeho extrémní sportovní činnost současně nahrazením potřeby uznání, kterého se mu ze strany otce, vlivem jeho absence v rodině nikdy nedostávalo. K tomu všemu byl na něj vyvíjen požadavek, mít vlastní rodinu, což zavedlo opět příčinu k novému rozvinutí obranného mechanismu, neboť celkový model rodinného soužití byl posunut u klienta do roviny stresu. Bez obav lze rovněž říci, že všechny sportovně extrémní činnosti měly charakter obsedantně-kompulsivního jednání, majícího za úkol vymazat pocity tísně, přenášené z dětství do dospělosti stran výše popsaných událostí. Po šesti měsících se Honza cítí dobře a chápe nutnost změn.

§7. SOMATOFORNÍ PORUCHY

Klinické příznaky:

poruchy příjmu potravy – anorexie, bulimie (záměrné hladovění a vyhublost, záměrné přejídání a nekontrolované přibírání na váze); poruchy spojené se sexuálním životem (bolestivý koitus, předčasná ejakulace...); poruchy spánku (insomnie – obtíže s usínáním, včasné probouzení; parasomnie – bizarní sny, somnambulismus, noční děsy – jako pavor nocturnus, aj.).

Muž – 21 let

ve svých patnácti letech byl pro svůj taneční talent přijat na konzervatoř a svůj obor vystudoval jako premiant. Všechny dosavadní ukazatele jeho kvalit naznačovaly, že má před sebou skvělou kariéru. Po skončení školy, ale již během ní zvládal náročné role v divadelních souborech. Vždy o něm hovořili jako o vzácném talentu. Po škole v tuzemsku odešel studovat balet do zahraničí. Po dvou letech se vrátil zpět. Pro svůj menší vzrůst však již jen s obtížemi dostával role, které očekával. Zklamán touto situací začíná přemýšlet o založení vlastní taneční školy. Současně se u něj začínají projevovat známky úzkostí, doprovázené zvrácením a postupným úbytkem na váze i výkonnosti během tréninků na zkušebně; jednou nedokončil ani představení, kde měl hlavní roli. Hledáme pro klienta motivační zaměření, jímž by se vyrovnal deficit, který vznikl postupným neobsazováním do velkých rolí. Taneční škola se nakonec

ukazuje jako neoptimálnější způsob zaměření. Klientova psychosomatická situace se uklidňuje stabilizováním. V práci nachází dostatek motivovatelnosti.

Žena – 29 let (neurotická hypersexualita)

Do třinácti let vyrůstala s oběma rodiči, kteří se po té rozvedli a byla u každého vždy po čase v režimu tzv. střídavé péče. I tak situace probíhala poměrně klidně. Klientka si nemůže stěžovat na nic určitého, snad až na to, že jí bylo líto, že rodina není pohromadě. Její první intimní zkušenosti se rovněž nenesly v nijak negativním duchu. Sexuálně začala žít v šestnácti letech. Partneri přiměřené věkové skupiny se však u klientky začínali poměrně rychle střídat. S tím šel ruku v ruce pozvolna také zájem vyzkoušet nějaké doposud nepoznané praktiky, což klientku přivedlo ve dvaceti letech až k bisexualitě. Partner, s nímž se v té době seznámila měl obdobné zájmy a tak to vypadalo na shodu. Po nedlouhé době se však u partnera objevily sklony k masochistickým praktikám, což klientka nebyla ochotná akceptovat. Při jedné společenské aktivitě u nich doma, když si pozvali známé se stejnou orientací, byla v podstatě do programu večera vtažena proti své vůli. Druhý den od partnera odešla. Následující vztah byl špatný, protože klientka pociťovala při intimitách nezájem a dokonce nauzeu. Začala se partnerovi vyhýbat až se rozešli. Klientka trpěla absencí sexuální stimulace. Sex se jí protivil. Dřívější aktivity byly jen náhradou za chybějící něžnosti, kterých se jí nedostávalo ze strany rodičů.

§8. PORUCHY OSOBNOSTI

Klinické příznaky:

přecitlivělost na většinu podnětů, které přichází (nedůvěra, nastraženost, záměrné provokativní chování, snadné pohnutí k agresivitě, manipulativní jednání v kontaktu s druhými, sklon ke kriminogennímu jednání, snaha dosahovat životních úspěchů zkratkovitým jednáním, povrchní šarm, plochá emotivita a zhoršená empatie, patologický egoismus, patologická žárlivost, poruchy v oblasti sexuality, vztahovačnost, podezíravost, příživnický životní styl...)

Muž – 31 let

Pan Josef měl za sebou již několik kontaktů s psychologem a psychiatry. Před časem se oženil a jak říkal: „Na tom vztahu mi tentokrát opravdu záleží, chci se dát do pořádku. Manželka neví, že jsem si vás vyhledal, protože zatím spolu žijeme v klidu, ale znáte to, ono se to může změnit. V minulosti, co ode mne partnerky odcházely, všechny si stěžovaly na to, že jsem pro vztah nezralý, že mají doma jen takové děcko, což mě kolikrát i naštvalo, takže se rozchod neobešel bez toho, abych jim nedal třeba i facku. Ti různí cvokaři, co jsem u nich byl, mi zatím nepomohli, protože to byli asi až moc velcí profíci a já si s nimi nerozuměl. U vás nějak cítím, že bychom to mohli vyřešit“.

V prvním okamžiku jsem měl sto chutí okamžitě klienta nepřijmout „pro naplněnost stavu“ (vzhledem k vysokému očekávání, které do mne vkládal), ale nakonec jsem si to

rozmyslel a nechal jej volně pokračovat v našem úvodním sezení. Stále dával na jevo, že je rád v mé přítomnosti a že už teď se cítí lépe. Bylo nutné položit otázku: „V jakém smyslu se cítíte lépe, doposud jsme si nesdělili, proč jste vlastně přišel, s jakým aktuálním duševním stavem chcete pomoci?“ Klient pokračuje: „Víte, mě se zdá, že mi druzí lidé nerozumí, hlavně pro to, že mám jiný názor. Když chci někomu něco vysvětlit, pořád se mnou nesouhlasí“. Odpovídám otázkou: „Mohl by jste mi uvést nějaký příklad?“ Klient navazuje: „Tak třeba tuhle, když jsme byli s manželkou na výletě po Vysočině – říkám jí, že sbírat houby je hned několik příjemných aktivit současně, procházka lesem, na čerstvém vzduchu a v klidném prostředí, houbaření samo je taková zábava a kromě toho, když se pak jdeme najíst do nějaké restaurace, také to není špatné.“ „Jak na to vaše paní reagovala?“ „No... nejdřív nic neříkala a pak najednou, že jí to nebaví, protože špatně vidí a houby se jí jen obtížně hledají. Tak jsem jí začal vysvětlovat, ještě jednou, co je na houbaření pěkného, Ona zase s tím svým špatným viděním. Tak já na to, že si to možná jenom namlouvá a že stačí se přeci trochu snažit, už i kvůli mně, ne? Jenže ona pořád že když hůř vidí a v té trávě jí to všechno splývá, tak to prostě nejde a hotovo. Já jí na to, dobře, tak řekněme, že hůř vidíš a houby sbírat proto nechceš, ale to ještě neznamená, že by ti mělo být v lese se mnou nějak hlůř. Ale tady nejde o tebe, říká mi, tady jde o to, že jenom když v lese hůř vidím, nemám z toho

ten správný požitek. Vzal jsem ji za ruku, tak úplně normálně a prý že jí to bolí, a okamžitě jsme se vraceli k autu, jo a to jsem jí ještě po cestě řekl, že když o mě nejde, tak o ní teda taky ne, a jeli jsme domů; já šel do hospody a ona fňukala doma; a pak že jsem já udělal něco špatně, když mi řekne, že o mě vlastně nejde, tak co si mám nakonec myslet, když se jí v neděli snažím být nablízku, vymyslím výlet a pak najednou tohle! No..., co by jste dělal vy v takové situaci?"

Přecitlivělost k vlastnímu Já a nízká akceptace potřeb svého protějšku se z předložené verbalizace klienta nedala přehlédnout. K tomu všemu, jak bylo uvedeno výše, měl jsem se stát, dle vysokého očekávání klienta osobou, která jednou pro vždy prokletí všech jeho partnerských či jiných nedorozumění zlomí. Bylo tak zřejmé, že mám před sebou člověka přinejmenším s několika znaky poruch osobnosti: narcistní, hystriónská (dříve hysterická), mírně paranoidní, hraniční.

V dalších sezeních, asi pěti, klient pokračuje výčtem všemožných situací, poskládaných z různých koutů své biografie, kdy se setkal rovněž s podobným „neporozuměním“ svých jinak dobře míněných snah. Všechny jsou jen jinou obdobou toho, které jsme četli výše.

Když při jednom setkání podotkl, že doposud žádnou změnu nespozoroval a já se mu jevím, jako bych nechápal o co mu jde, a že se jeho situace doma mezitím zhoršila, pochopil jsem nesnadnost své pozice. Začala klasická ar-

gumentace s výčtem mých nedostatků, které jsem odrážel jen s největším vypětím klidu a hlavně sebezapřením. Klient neustále pociťoval, že celý svět, tedy i moje maličkost jsme proti němu. Nezbylo, než mu sdělit následující: „Celou dobu, co vás poslouchám, hledám ta nejvhodnější slova k tomu, abychom se pochopili, prozatím jste hovořil jen vy, což považuji za dobré znamení vaší odhodlanosti své problémy řešit pozitivním náhledem, tedy rozhovorem. Pokud máte výhrady k mému způsobu přístupu, tedy zdrženlivost v závěrech, vyplývá to patrně jen z toho, že klientem jste vy a mým úkolem je sbírat informace, které vám následně shrnu k vaší vlastní úvaze. Tak tedy – je nesporné, že ve vaší komunikaci jsou rušivé prvky, kterými na své okolí působíte. Prvním je to, že dáváte přílišný důraz na vlastní osobu. Druhým je, že neposkytujete protějšku možnost, aby odpovídal na vaše otázky, kterými by jste projevil zájem o jeho problémy, např. – chceš si promluvit o tom, co tě trápí? Třetím je, že když není pozornost upřena na vás, cítíte to jako by okolí vůči vám v tu chvíli zaujímal nepřátelský postoj. A čtvrtým bodem je, že projevujete skvělou inteligenci, schopnost verbalizace, tak proč to nevyužít ve prospěch partnerky, např. tím, že budete hledat nějakou společnou zálibu, která by trvaleji, vám oběma, poskytla pohodlí v trávení volného času? Cítit se uražen za to, že mi partnerka neposkytuje dostatek souhlasu, nebo dokonce obdivu je u dospělého člověka, uvažte, přeci jen poněkud dětinské.“

Tento výčet ode mne slyší klient poprvé v takto koncentrované podobě po několika, z mé strany téměř pasívních setkáních, kdy narůstalo jeho sebevědomí v předkládaných „důvodech“, pro které měl být chápán, snad, jako oběť svého neblahého osudu. „Konečně...“ pokračuji „...kde je psáno, že ve všem a vždy vás vaše okolí musí chápat, co kdyby jste se více snažil pochopit vy je?“ To už bylo na klienta příliš. „Nevím, co máte za problém, ale po mě se tedy vozit nebudete...!“ Klient odchází, asi čtrnáct dnů se nevidíme, žádný kontakt. Po té se dostaví právě ve chvíli, kdy mám konzultaci s jiným klientem. Domáhá se okamžitého slyšení. Úporně, ale s rozvahou trvám na tom, že až probíhající konzultace skončí! Nakonec uposlechne. Po půl hodině klienta přijímám. „V první chvíli jsem si říkal, že zase odejdu, ale to by jste byl opět na koni, jak jsem to nezvládl, jako minule, že? Ale víte co, něco jsem si uvědomil, možná, že máte trochu v něčem pravdu, štve mě, když se mnou lidi nesouhlasí, ale oni stejně většinou později souhlasí. Já to vím. Ani mi to nemusí říkat. Prostě to tak je. A to jsem vám chtěl říct. A také to, že už k vám chodit nebudu, jste, jak vidím, všichni stejný!“ Doporučuji klientovi skupinové sezení, toho se údajně nikdy neúčastnil. Krátce jej edukuji o tom, co to skupinová psychoterapie vlastně je. Evidentně jej to zaujalo. Poskytuji mu několik kontaktů s přáním dobrých výsledků a doporečením na zvládnání krizových situací dechovým cvičením. Klient toto kupodivu akceptuje. Již nikdy jsme se, po té, nesetkali.

D O D A T E K

PSYCHO – FARMAKOLOGIE
maximální výběr: aktuální stav - 2016

SSRI - ANTIDEPRESIVA

Fluvoxamin

Fluoxetin

Paroxetin

Sertralin

Citalopram

Escitalopram

TRICYKlickÁ ANTIDEPRESIVA

Amitriptylin

Imipramin

Dosulepin

Klomipramin

Dibenzepin

Maprotilin

Venlafaxin

Duloxetin

Milnacipram

Mirtazapin

Reboxetin

Bupropion

Tradozon

IMAO – Trynylcypromin

RIMA – Moklobemid

Tianeptin

Mianserin

Třezalka

Agomelatin

ANTIPSYCHOTIKA

Flufenazin dekanóát + depotní

Flupentixol dekanóát + depotní

Fluspirilen

Haloperidol dekanóát

Oxyprotepin dekanóát

Risperidon dekanóát

Zuklopentixol dekanóát

Chlórpromazin

Levomepromazin

Chlorprotixen
Zuklopentixol
Amisulprid
Aripiprazol
Klozapin
Olanzapin
Paliperidon
Quetiapin
Risperidon
Sertindol
Sulpirid
Ziprasidon
Zotepin

ANXIOLYTIKA

Alprazolam
Bromazepam
Diazepam
Chlordiazepoxid
Klobazam
Oxazepam
Tofizopam
Pregabalin
Guaifenezin

HYPNOTIKA

Flunitrazepam
Nitrazepam
Oxazepam
Diazepam
Klonazepam
Flurazepam
Triazolam
Klometiazol
Midazolam
Cinolazepam
Zaleplon
Zolpidem
Zopiklon
Amitriptylin
Trazodon
Mirtazapin

Gabapentin

KOGNITIVA

Donepezil

Rivistagmin

Galantamin

Memantin

Lythium - stabilizátory nálady u (BiP) Bipolárních poruch

Valproát

Karbamazepin

Lamotrigin

PSYCHO - STIMULANCIA

Amfetamin

Amfetaminil

Efedrin

Fenmetrazin

Mazindol

Mezokarb

Metylfeniád

Pemolin

Nalmefen

*To, co každá duševní nemoc na svém nositeli mění, jsou
jeho: vnímání, myšlení, řeč, emotivita,
motivace a výsledné chování*

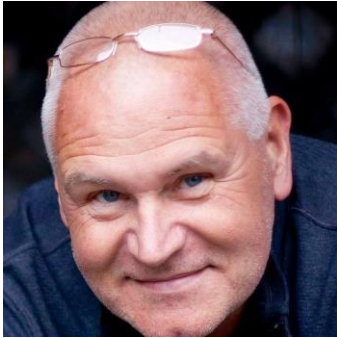
© Adamec Jiří

DUŠEVNÍ NEMOC
JAKO PŘÍBĚH
Kniha kazuistik

Adamec Jiří - Filosofický seminář - Katedra teorie
Neprodejný výtisk.

2016

A6, 150 výtisků



Jiří Adamec (1957) Pracuje bez akademického zastoupení. V roce 1990 založil *Filosofický seminář – katedru teorie* v Brně, kde vyučuje *psychologii v poradenství*. Je rovněž zakladatelem *Malé university dobrovolníků* a výukového pracoviště zaměřeného na *Vztahovou terapii rodičů s dětmi*. Pravidelně publikuje.