

Using an Existential Approach to Methamphetamine Addiction Management – A Case Study

ZBORNÍK, T. S

Charles University, First Faculty of Medicine, and General University Hospital in Prague, Department of Addictology, Prague, Czech Republic

Citation | ZBORNÍK, T. S. Využití existenciálně orientovaného přístupu při zvládnání závislosti na metamfetaminu – kazuistika. *Adiktol. prevent. léčeb. praxi.* 2021; **4**(4), 212–218; doi: 10.35198/APLP/2021-004-0002.

Summary | A case report of a 19-year-old female patient addicted to intravenous methamphetamine and THC smoking who sought help on her own initiative. The article describes the course of treatment, the methods used, and the social and legal aspects of the recovery process. During the course of treatment in 2016–2021, the pattern of substance use changed, her psychological and physical state improved, and her social situation stabilised. The aim of the case report

is to show the patient's development over the five-year treatment period and to capture a picture of the patient in its full comprehensiveness. The case study covers the development of the personality and treatment of the patient during a five-year period of early adulthood, in which intensive treatment and support from medical and non-medical professionals resulted in the patient's freedom from stimulant dependence and her stabilisation.

Keywords | Addiction – Methamphetamine – THC – Motivation – Treatment – Therapy

Submitted | 30 October 2021

Accepted | 15 November 2021

Grant affiliation | Institutional support programme Progres No. Q06/LF1. Specific Undergraduate Research, Grant No.: 260500

Correspondence address | Tadeáš Samuel Zborník, Charles University, First Faculty of Medicine, and General University Hospital in Prague, Department of Addictology, Apolinářská 4, 128 00 Prague 2, Czech Republic

t.s.zbornik@gmail.com

Využití existenciálně orientovaného přístupu při zvládání závislosti na metamfetaminu – kazuistika

ZBORNÍK, T. S.

Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Klinika adiktologie

Citace | ZBORNÍK, T. S. Využití existenciálně orientovaného přístupu při zvládání závislosti na metamfetaminu – kazuistika. *Adiktol. prevent. léčeb. praxi.* 2021; **4**(4), 212–218; doi: 10.35198/APLP/2021-004-0002.

Souhrn | Narušené vztahy a komunikační vzorce v rodině mohou v časném dospívání přispívat k rozvoji závislosti. Zhoršující se sociální situace i zhoršující se zdravotní a psychický stav vedl pacientku k vyhledání pomoci. V kazuistice popisují práci s pacientkou v období rané dospělosti, kdy bylo základem navázání

intenzivního proaktivního vztahu a práce s motivací. I přes dlouhodobou léčbu, která změnila vzorec užívaných návykových látek, kdy pacientka dokázala stabilizovat svoji sociální situaci a došlo ke zlepšení fyzického i psychického stavu, se dosažení trvalé abstinence jeví prozatím jako nereálné.

Klíčová slova | Závislost – Pervitin – THC – Terapie – Léčba – Motivace

Došlo do redakce | 30. října 2021

Přijato k tisku | 15. listopadu 2021

Grantová podpora | Institucionální program podpory Progres č. Q06/LF1. Specifický vysokoškolský výzkumu, č. grantu: 260500.

Korespondenční adresa | Mgr. Tadeáš Samuel Zborník, Klinika adiktologie, 1. LF UK a VFN v Praze, Apolinářská 4, 128 00 Praha 2

t.s.zbornik@gmail.com

1 ÚVOD

Daseinsanalytickou psychoterapií je nahlíženo na nemoc, včetně závislostí, jako na privativní fenomén zdraví (Boss, 1955). Cesta k porozumění pacientovi v jeho vždy jedinečné životní situovanosti byla založená na společné řeči, bezpředsudečné otevřenosti vůči všemu, co se ukazuje společně s porozuměním založeným na fenomenologicko-hermeneutickém výkladu existenciálních určení pobytu.

Pacientka v léčbě od 6/2016, kdy sama vyhledává pomoc, žije ve skvotu, je zcela bez prostředků a cítí se osaměle. Chce přestat s nitrožilním užíváním pervitinu, potřebuje někde bydlet (mimo skvot), potřebuje se dostat z vlivu svého okolí. Není schopna soustavné práce, rodina s ní nekomunikuje a odmítá jakoukoliv její podporu. Ústavní léčbu odmítá z důvodu, že ji již absolvovala a nepomohla jí.

2 CÍL

Předložit kazuistiku pacientky, která návykovou látku využívala ke zvládnutí svých nepříjemných psychických stavů, k obraně své zranitelnosti a vlivem psychoaktivních látek nahrazovala nedostatečně rozvinuté schopnosti zvládat běžné zátěžové emocionální situace. Pomocí individuální psychoterapie a pomocí mnoha odborníků se pacientce povedlo rozvrhovat se jiným, lepším, konstruktivnějším způsobem a lépe uskutečňovat vlastní možnosti, seberealizovat se. Došlo k úpravě jejího vnímání, prožívání a jednání natolik, že se můžeme bavit o lepší organizaci osobnosti a léčbu považovat za smysluplnou, užitečnou a úspěšnou.

3 ZDROJE DAT

Při zpracování kazuistiky jsem vycházel z kazuistiky pacientky, odborných zpráv psychiatra, klinického psychologa a z osobních setkávání s pacientkou a jejím prarodičem (babičkou), která pomohla k objasnění okolností, jež si pacientka v dětském věku nedokázala uvědomit.

4 ETICKÁ KLAUZULE

Pacientka vyslovila svůj souhlas s využitím osobních dat a informací pro účely odborné prezentace. Informace, které by vedly ke ztotožnění pacientky, byly pozměněny, aby nebylo možné její osobu identifikovat.

5 KAZUISTIKA

Kazuistika je vytvořena ze zkrácených autentických záznamů dokumentace, které byly mírně upraveny z důvodu anonymizace pacientky.

Při přijetí do péče se jednalo o 19letou pacientku, která užívala šest let THC a pět let pervitinu. Vazby s rodinou byly zcela zpřetrhány, žila v komunitě, kde užívání bylo běžné. Prostředky si obstarávala krádežemi, případně potřebné dávky pervitinu směňovala za pohlavní akt nebo za převoz návykové látky z místa na místo. Několik pokusů o abstinenci bez odborné pomoci vždy selhalo.

5.1 Osobní anamnéza

V době narození pacientky bylo matce 22 let, otci 24 let. Početí nastalo po tříměsíční známosti. Rozvod rodičů proběhl v necelých třech letech pacientky, byla svěřena do péče matky. Oba rodiče následně vytvořili nové rodiny. Do deseti let věku běžný vývoj dítěte, zcela v normě, bez excesů a patologií. Předčasný nástup puberty z důvodu zaměření rodiny na o šest let mladšího sourozence – bratra. Výchova převážně restriktivní. Ve 13 letech nespécifikovaná porucha příjmu potravy (NPPP) bez povšimnutí rodičů, což mělo za následek příklon ke skupině mladistvých užívajících drogy. První užití návykové látky pacientkou ve 13 letech – THC. Během roku přechází na pervitin, který užívá do dospělosti.

2000–2008: Pacientka uvádí vzpomínky, které jsou navázány především na babičku a manžela matky. O matce hovoří jako o ženě, která vždy dosáhla toho, co chtěla. Zaměřuje se hlavně na mladšího bratra, protože je menší. Pacientka začíná se sebepoškozováním formou řezání a vrypů do kůže.

2008–2009: Pacientka uvádí, že ji matka začala více trestat. Fyzické bití, psychické týrání (*Jak můžu mít já takhle tlustou dceru... Jdi do svého pokoje a neukazuj se mi...*). Otčím atakům přihlížel, odmítl pacientku fyzicky trestat, nikdy však nezakročil. Dostávala více povinností v rodině, které vnímala jako trest. Objevují se poruchy příjmu potravy, které se projevují zpočátku zvracením, později odmítáním příjmu potravy. Rodina nezaznamenává, bez léčení.

2010–2013: Pacientka vnímá větší napětí v rodině, matka vyhledává jiné partnery, klade vysoké nároky na obě děti. U syna na vrcholový sport, u dcery na pomoc v domácnosti. V rodině neustálý křik a hádky, matka začíná nadměrně užívat alkohol. 2010 prostřednictvím kamarádky první kontakt s THC, které od té doby užívá. Poruchy příjmu potravy s užíváním THC ustupují. 2011 první kontakt s pervitinem. Kombinuje obě látky, po roce užívání pervitinu přechází na nitrožilní aplikace. Celkově se při užívání cítí psychicky lépe, křik matky už snáší s nadhledem, upravila se i obezita, cítí se normálněji.

5.2 Rodinná anamnéza

MATKA (46): Nepracující, vysokoškolsky vzdělaná (Bc.), profitující pouze z příjmů partnera, jehož k získání finančních prostředků a osobních profitů vydírá pro-

střednictvím společného syna. S manželem velký věkový rozdíl – 21 let. Závislá na alkoholu, závislost však popírá. Bere jako běžnou normu vypítí dvou lahví vína a neshledává na tom nic špatného. Příležitostná konzumace drog – kokain, avšak i toto popírá. Nyní kombinuje alkohol s antidepresivy, údajně z důvodů léčby. Nevyzrálá osobnost, zaměřující se především na vzhled. Nedokáže přijmout věkový posun, vyhledává aktivity, které odpovídají mladým dospělým. S manželem intimně devět let nežije. Ve společném domě však nachází zázemí, do kterého se vrací. Velmi často (cca 3–4x ročně) se spolu se svým synem stěhuje k novým partnerům. Vyhledává si mladší muže, kteří jsou finančně zajištěni, avšak po čase se vždy vrací k manželovi. V současné době probíhající rozvodové řízení. Matka je afektovaná, nevyzrálá osobnost se sklony k hysterii, dle názoru její matky a manžela. Sama plánuje vyhledat odbornou pomoc.

OTEC (48): Pracující v pozici zaměstnance stavební firmy, bez vzdělání, původně vrcholový sportovec. Bez dlouhodobého zájmu o svou dceru. Po rozvodu s matkou pacientky založil novou rodinu, kde se mu narodila další dcera, která je o šest let mladší nežli pacientka. Před třemi roky se rozvedl i s druhou manželkou, s dcerou z tohoto manželství se pravidelně vidá. Velmi agresivní a prchlivý, napadl několikrát obě své manželky i dcery.

BABIČKA (72): Matka matky. Jako jediná z rodiny pacientku podporuje. V průběhu života pacientky se o ni několikrát starala. V rodině funguje jako hlava rodiny, která zprostředkovává kontakt mezi širokou rodinou. Potřeba velké rodiny zahrnuje i bývalé partnery svých dětí. Pochází z manželství Čecha a Rusky, do deseti let žila s rodiči a dvěma sourozenci v SSSR, odkud se rodina přestěhovala do Československa. Podruhé vdaná – již 25 let, v důchodu. Manžel alkoholik, léčen v Beřkovicích, bez efektu.

5.3 Sociální anamnéza

Pacientka je zcela bez prostředků, občas příležitostná brigáda. Není schopna soustavně docházet do zaměstnání. Pacientka žije v rodině svého aktuálního přítele. Úřad práce jí odmítl přiznat příspěvky – trvá vyživovací povinnost rodičů z důvodu soustavné přípravy na výkon budoucího povolání. Pacientka podala návrh k soudu, aby jí bylo výživné od rodičů hrazeno, ti odmítají z důvodu rozporu s dobrými mravy, protože užívala drogy. Dalším argumentem je dospělost dcery, tedy možnost pracovat.

5.4 Adiktologická anamnéza

V rodině nebyla zjištěna žádná závislostní nebo psychiatrická zátěž ve smyslu léčby. Manžel babičky, který se léčil s alkoholovou závislostí, není biologickým příbuzným pacientky. U obou rodičů se objevuje rizikové pití alkoholu, u otce příležitostné kouření marihuany, u matky příležitostné užívání kokainu. Pacientka od svých třinácti let

kouří cigarety v počtu cca 15 cigaret denně a marihuanu. Alkohol popíjí příležitostně, pokud je k dispozici. Po roce pravidelného užívání THC začíná sniffem pervitinu. Po roce přechází na intravenózní aplikaci pervitinu, který si aplikuje 4–5x týdně. Ostatní návykové látky neguje.

5.4 Průběh léčby

2014–2016: Pacientka popisuje období jako odklon od rodiny, uvědomování si, že může žít vlastní život podle svých představ. Součástí života je i užívání psychotropních látek. V roce 2014 přichází matka na to, že užívá drogy, po dlouhé době se zaměří na dceru a ta přiznává užívání drog. Přerušuje studium na osmiletém gymnáziu po ukončení šestého ročníku a následuje detoxikační léčba a komunita, ze které uteče v období vánočních svátků. Následující tři měsíce prožije s tehdejším partnerem v bytě, kde dochází k výrobě drog. Poté odchází a spojuje se s babičkou. Následuje další přijetí do jiné léčebny, kterou opouští den po svých osmnáctých narozeninách na vlastní žádost. Navazuje partnerský vztah se členem komunity a společně se potloukají po Praze, přespávají u přátel, skončí ve skvotu. Partner jí však fyzicky ubližoval, rozchází se s ním. Potkává nového přítele, který neužívá žádné návykové látky. Chtěla by si jej udržet, vyhledává pomoc.

2016: Převzetí do péče, pacientka neguje všechny navržené postupy s tím, že situaci zvládne sama, pouze s podporou přítele a jeho rodiny. Souhlasí s psychiatrickým vyšetřením. Provedeny také klinické testy, závěr shodný i s nálezem psychiatra: F60.3 emočně nestabilní porucha osobnosti hraničního typu a F19.2 syndrom závislosti. Předepsané léky: Gabanox, Aedon, Medorispen, Akineton. Pacientka přestává s nitrožilním užíváním pervitinu, užívá pouze THC a kouří. Žije v rodině přítele. 9/2016 nastupuje do distančního studia gymnázia, krátce po nástupu kolaps způsobený abstinencií příznaky. Križová intervence po kolapsu způsobeném abstinencií příznaky doprovázenými drogovými rezidui (brouci v těle – toxická psychóza). Prevezena na JIP, po stabilizaci odmítá přeložení na interní oddělení a nemocnici opouští. Do psychologické ambulance dochází v pravidelných týdenních, někdy i častějších, intervalech. Následuje psychiatrická péče, ambulantní adiktologická terapie (práce s abstinencií deníkem). Není schopna vyvinout žádnou pracovní aktivitu, selhává. Společně se domlouváme na možnosti ústavní léčby a pacientka nastupuje v listopadu do PL Bohnice. Zde po pobytu na detoxikační jednotce po čtyřech dnech na revers odchází. Rodina pacientky nekomunikuje s lékaři ani s pacientkou.

2017: Pacientka v 2/2017 po drobné hádce s přítelem opakovaně užívá pervitin, zdržuje se mimo bydliště přítele, kterému se po deseti dnech ozývá z Ukrajiny s tím, že ji večer chtějí převzít do Rumunska, neví, kde se nachází a ani s kým. Situace řešena s Policií ČR, přibližně po týdně se objevuje v Praze a téměř nic si nepamatuje. V 6/2017 suicidální pokus, bezvědomí a odvoz na JIP, ná-

sledné přeložení na psychiatrické oddělení, odkud opět na revers odchází. Společně se postupně domlouváme na možnosti opakované ústavní léčby, v listopadu nastupuje do PL Bohnice, kde zůstává až do propuštění. Oba rodiče odmítli rodinnou terapii v rámci léčby v PL Bohnice.

6 TERAPIE

Existenciálně orientovaná psychoterapie – daseinsanalýza, jedná se o ryze fenomenologický směr, ve které se terapeut zbavuje expertní role ve prospěch partnerství a tím největším expertem na sebe je pacientka sama. Akcentování pravdivosti a otevřenosti jako nutnosti uzdravného procesu (Grondin, 2011). Byla věnována pozornost přinášeným tématům a prožívání pacientky, jejich akceptace a pozitivní zpětná vazba, oceňování a dodávání naděje. Terapeut drží pole, vytváří bezpečný prostor a facilituje proces, který je především postavený na hermeneutice fakticity, tedy existenciálních vrženosti a dějinnosti. Člověk je vždy vrhán do konkrétních situací, které si nemůže zvolit a ve kterých objevuje vlastní možnosti a meze, tedy způsoby pobývání ve světě a s druhými, hledá způsob jak být sám sebou ve smyslu autentického (dělám rozhodnutí, protože to tak cítím) a neautentického bytí (veřejný anonym, konám podle předpisu, který mi to nakazuje, protože bych měl) a bytí ke smrti jako konečnosti, která ohraničuje náš vlastní pobyt, ve kterém pacient rozkrývá svůj rozvrh a nachází smysl. V tomto přístupu je především akcentovaná otázka jak, oslovují se různé významy, které pacient přisuzuje jednotlivým fenoménům.

Cesta k uvolnění z narušených vztahů vedla přes novou zkušenost s blízkým podpurným vztahem, založeným na otevřenosti a pravdivosti. Klíčová role v terapii spočívala nejen v poskytování osobní podpory, umožňující osobní a společenský vývoj pacientky, vzdání se mechanické aplikace teoretických konstruktů na jedinečný příběh člověka a jeho vyjádření se, odrážející přítomné a minulé zkušenosti (Kalina, 2013). Pacientka prožívala samotu v přítomnosti dalšího člověka – terapeuta, s nímž se setkávala. Zkušenost pacientky s terapeutickým respektem k její jedinečnosti a jejím možnostem, k volbám terapeuta a jeho odpovědnosti napomáhala k jejímu zrání – k osvojení si vlastního bytí jako bytí v možnostech.

Jako součást terapeutického procesu byla nabízena různá cvičení, především z KBT a relaxační techniky pro lepší zvládnání stresové zátěže.

6.1 Rekapitulace léčebných intervencí

U pacientky se podařila pomoc se začleněním do podpurné sítě psychosociálních služeb, již v počátku léčby byla klientkou K-centra (harm reduction) a měla zkušenost s krizovým centrem a terapeutickou komunitou. Stala se pacientkou naší ambulance a zároveň využila služby spolupracujícího adiktologa. Po dobu léčby došlo ke dvěma ústavním hospitalizacím, při druhém pobytu, který řád-

ně absolvovala, se setkala s arteterapeutickým programem, domluvila se na individuálním setkávání po léčbě, kam dorazila 2krát. Kreslení a malování jsou však jedny z dovedností, které pomáhají pacientce být u sebe a se svými emocemi, maluje dodnes. Dále se povedlo uchopit intervence prostřednictvím rodinného systému a navázat vztah s babičkou a partnerem, oba vyjadřovali neustálou podporu, přes vypjaté události, které s sebou některé situace přinášely. V počátcích léčby ji často doprovázeli, později ji kontrolovali přes telefon, pak řešila úplně sama bez dohledu a dozoru. Matka projevila také zvědavost, jednou navštívila ambulanci a pomohla mi vytvořit si lepší obrázek o životě pacientky. Došlo k několika zásadním úpravám ve farmakoterapii, v počátcích léčby byl kladen větší důraz na stabilizaci psychotických stavů a utlumení abstinčních příznaků. Později se začaly řešit další stavy emočního vypětí, úzkostné a afektivní stavy.

Důležitým prvkem byla terapeutická práce (vztah), ocenění úspěchů (sebehodnocení), reflexe selhání (náhled), legitimizace prožívání (normalizace, destigmatizace), krizová práce (emoční podpora a práce se zakázkou), relaxace (emoční regulace), socializace (nové, přijatelnější vazby, komunikační dovednosti) a sociální práce (pomoc při řešení právních věcí – soud o výživné, pro bono zastupování, dluhy, exekuce, pojištění).

6.2 Aktuální stav 2021

Pacientka nyní žije v pronajatém bytě, ukončila bakalářské studium, odložila si státnice a obhajobu. Od 10/2021 pracuje na HPP v sociálních službách. Aktuálně kouří 15 cigaret/den a THC 1–2x/den. Dochází k pravidelným kontrolám do psychiatrické i psychologické ambulance. V současnosti odmítá další léčbu, svůj stav považuje za uspokojivý v redukci své závislosti na pervitinu, léčbu v širším kontextu diagnózy odmítá.

Opakuje stále stejné vzorce chování, přestože se sama přesvědčila, že tyto vzorce nefungují. Přesto není schopna sama tyto vzorce změnit, vyhodnotit. Ráda nastavuje na vše pravidla, která však není sama schopna dodržet, jejich dodržování však striktně vyžaduje od ostatních. Ráda překračuje hranice, bez ohledu na způsob. Je schopna z hysterické polohy přejít až k fyzickému útoku, bude-li to potřeba k dosažení toho, co právě chce. Zároveň silné prožitky emocí, jako jsou hněv, vztek, zloba, nenávisť, křivda...

Má nízkou frustrační toleranci spojenou s vysokou psychickou zranitelností. Dokáže neadekvátně reagovat i na běžné situace. Vymýšlí si v hlavě extrémně nepříjemné scénáře, které následně vedou k jejímu kolapsu.

Touží po zdravém a důvěrném vztahu, což se jeví jako velmi obtížné. Nikdy se s žádným zdravým vztahem nesešla, znala jen dvě polohy – pojd' ke mně a jdi pryč. Vyrůstala v atmosféře opuštění a strachu z opuštění, což přenáší do modelu svých partnerských vztahů (Woititz, 2021).

Mění zcela své chování a je schopna se na určitý čas přizpůsobit okolí, ve kterém se chce právě zdržovat. V hlavě má představu své role, do které se zcela vžije, a tuto roli je schopna dlouhodobě udržet. Dokáže být v depresivní roli několik dní, pak se během hodiny změní v malou holčičku a v této poloze je schopna opět několik dní setrvat. Různé role volí v různých prostředích a situacích. Role je schopna střídát v řádu minut, ale klidně i dní.

6.3 Diferenciální diagnostika a diagnostická rozvaha

Použité metody: pozorování, explorace, anamnestický list, diagnostický rozhovor, dotazník Baum, ROR, FDT, abstinenční deník.

Osobnost se vyvíjela disharmonicky v dysfunkčním rodinném prostředí, aktuální kontakt s realitou v normě, fantazie a kreativita převažuje nad racionálním přístupem, emotivita živá, afektivita víc extrovertovaná, oslabena je racionální kontrola nepřiměřených afektů. V projektivních technikách jsou zvýrazněny především fenomény, které svědčí pro poruchu osobnosti. Výrazný je sklon k opozici, egocentrické zaměření, afektivní výbušnost, negativismus a nespolehlivost v myšlení. Grafický projev více schematický, přičemž zvýrazněny jsou znaky agresivity, svědčící pro dost vážné problémy v oblasti sociální. V Baum testu jsou přítomné znaky osobnostního regresu, uzavřenosti a potřeby stability. Znaky deprese ve smyslu závažného duševního onemocnění aktuálně nejsou přítomné.

Syndrom závislosti F19.2

Velká touha po užití látky a neúspěšná snaha omezit a kontrolovat užívání. Chronické každodenní užívání kanabisu a tabáku po dobu několika let. Instrumentální užití /autoregulace – řešení vypjatých situací, způsob uvolnění a zvládání stresu.

Emočně nestabilní porucha osobnosti F60.3 – hraniční typ

Vysoká labilita, konfliktnost, nepředvídatelnost. Silné prožitky prázdnoty a silného zmatku. Nesnášenlivost odmítnutí, dříve sklon k sebepoškozování. Častá bezohlednost, bezcitnost, agresivita, nedodržování a záměrné porušování společenských norem, absence výčitek svědomí a pocitů viny (antisociální rysy). Boj s celým světem jako nepřátelským místem.

Histrionská porucha osobnosti F60.4

Nadměrné poutání pozornosti na svou osobu, potřeba obdivu. Dramatizování, přehánění, svádění až koketnost, nápadnost v oblékání. Snaha manipulovat s druhými, intrikovat a obviňovat druhé, bájná lhavost, strach z opuštění.

Závislá porucha osobnosti F60.7

Tendence k závislé poruše osobnosti F60.7, kdy nefungující rodinu nahrazuje rodinou posledního přítele, mírné znaky submisivního chování, které se dříve nevyskytovaly. Na drobné konflikty v partnerském vztahu reaguje úzkostně a zároveň bouřlivě. Příznaky jednotlivých poruch se vzájemně prolínají, ve vzorci chování uplatňuje stereotypní modely.

Všechny psychické stavy mají zároveň i somatické projevy. Při určité míře zátěže nebo stresu uniká do nevolnosti (s občasným následným bulimickým projevem a nechutí k jídlu) a slabostí, astmatu, alergiím a bolestem hlavy.

Závěr

Emočně nestabilní porucha osobnosti se sníženou frustrační tolerancí na psychickou zátěž a stres, přítomny jsou znaky hypersenzitivní vztahovačnosti až paranoidního nastavení vůči sociálnímu okolí se současně potlačovanou agresivitou. Hrozí nebezpečí nezvládnutelných afektivních výbuchů. Závislost na konopných drogách a tabáku.

7 DISKUZE

Cílem předložené kazuistiky bylo zachytit změnu pacientky v období pětileté léčby, kdy rozsah individuální podpory byl značný a v některých fázích vyžadoval i několik schůzek týdně. Pacientka se nyní pokouší o převzetí větší kontroly nad svým životem, samostatné rozhodování a odpovědnost. Přestože pacientka neabstínuje od návykových látek zcela, dá se dosažený výsledek považovat za úspěch. Z anamnézy vyplývá, že podstatnou roli sehrávají psychosociální vlivy v raném věku, výchovné přístupy a životní okolnosti. S největší pravděpodobností nezanedbatelný je i vliv genetický.

Pacientka se nyní umí lépe ovládat v některých méně vypjatých situacích a to po dobu, která jí umožňuje fungovat. Některé maladaptivní vzorce se rozpadly, zanikly, jiné se transformovaly a další se objevily. Dnes umí některým událostem, kterým by se dříve vyhnula a sáhla po užití návykové látky, čelit.

Daseinsanalytická terapie, ve které je terapeut spíše průvodcem pacienta na jeho cestě k autenticitě, kdy bez předpokladů a predsudků naslouchá, je autentický a nevnučuje nic pacientovi, ale zdůrazňuje jeho jedinečnost a neopakovatelnost. Nezaujímá roli experta, jako je tomu u KBT. Rozdílem v přístupu je i absence diagnóz v daseinsanalýze, každý je nazírán jako jedinečný fenomén, s pacientem nepracuje s předpokladem existence přenosu a protipřenosu, nepoužívá pojmy jako nevědomí, jinak pracuje s pojetím odporu (Kouba, 2006).

V Heideggerově Seminářích Zollikon je nemoc vysvětlena jako strádání, které se přímo vztahuje ke zdravému způ-

sobu existence, kdy ve srovnání se zdravím je nemoc nedostatkovým způsobem bytí. Soukromé pojetí nemoci se však nevztahuje pouze na symptomy patologických poruch, ale definuje ontologický stav nemoci a představuje určitou možnost bytí ve světě (Heidegger, 2001).

Závislosti a duální diagnózy představují ohrožení integrity a otevřenosti individuální existence, přesto ani při těžkých formách poruch tyto nezanikají. Je nutné na ně nahlížet jako na privativní formy integrálního sebebytí a jako na nedostatečné způsoby otevřeného bytí ve světě. A totéž samozřejmě platí pro primárně somatická postižení za předpokladu, že nejsou tak fatální, aby obrátila individuální existenci do neexistence. Rozdíl mezi různými patologiemi poruch spočívá pouze v míře, v jaké individuální existence postrádá nezávislost na sobě samém a ve stupni deficitu.

Konflikt zájmů | Bez konfliktu zájmů.

LITERATURA / REFERENCES

BOSS, Medard. *Grundriss der Medizin und der Psychologie: Ansätze zu einer phänomenologischen Physiologie, Psychologie, Pathologie, Therapie und zu einer daseinsgemässen Präventiv-Medizin in der modernen Industrie-Gesellschaft.* (O. Čálek, Trans.). 2., erg. Aufl. Bern: H. Huber, 1975, c1971. ISBN 3456800088.

GRONDIN, Jean. *Úvod do hermeneutiky.* Praha: Oikoymenh. 2011. ISBN 80-86005-43-7.

HEIDEGGER, Martin. *Zollikon Seminars: Protocols-Conversations-Letters,* Northwestern University Press: 2001. ISBN 0-810-11832-5.

KALINA, Kamil. *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii.* Praha: Grada Publishing. 2013. ISBN 978-80-247-4361-5.

KOUBA, Petr. *Fenomén duševní poruchy; Perspektivy Heideggerova myšlení v oblasti psychopatologie.* Praha: Oikoymenh.2006. ISBN 80-7298-188-9.

WOITITZ, Janet Geringer. *Dospělé děti alkoholiků; Překročte bludný kruh minulosti,* druhé vydání. Praha: Portál. 2021. ISBN 978-80-262-1713-8.

ERRATA

V čísle 3/2021 časopisu *Adiktologie v preventivní a léčebné praxi* došlo k chybě v článku na str. 182.

Článek se má správně jmenovat **Co nového v léčbě závislosti na tabáku.** Stávající název článku **Lékové interakce se složkami tabákového kouře** patří pouze ke kapitole

se stávajícím názvem **Farmakologické interakce cigaret** na str. 183.

Chyba vznikla v procesu zapracování autorské korektury.

Redakce se omlouvá autorům i čtenářům.