

# Padesát let léčby žen závislých na návykových látkách v Lojovicích a Apolináři

**Olga Pecinovská**

e-mail | olga.pecinovska@vfn.cz

---

Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze

---

Dne 11. října 2021 uplynulo 50 let od vzniku prvního specializovaného zdravotnického zařízení pro léčbu žen závislých na alkoholu a jiných návykových látkách v Československu, zařízení, které od svého založení funguje nepřetržitě dosud. Od 11. 10. 1971 do 11. 10. 2021 prošlo programem 5 336 pacientek, z toho 3 893 absolvovalo svou léčbu v Lojovicích a 1443 v Apolináři.

## JAK LÉČBA VZNIKLA A CO JÍ PŘEDCHÁZELO?

V září 1948 bylo pod vedením Jaroslava Skály otevřeno v pražském Apolináři specializované oddělení pro léčbu pacientů závislých na alkoholu a jiných návykových látkách. Na činnost původního protialkoholního oddělení Psychiatrické kliniky Fakultní nemocnice II v Praze 2 (později oddělení léčby závislosti Všeobecné fakultní nemocnice v Praze) dnes ve stejných prostorách navazuje Klinika adiktologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze.

Závislé ženy se tehdy léčily společně s muži v Apolináři, pro jejich léčbu byl vyčleněn vždy jeden pokoj s několika lůžky. Koedukace však přinášela problémy, vztahy mezi pacienty a pacientkami narušovaly léčebný program, docházelo i k tragickým koncům takových vztahů, a proto bylo záhy od léčby žen v Apolináři upuštěno. Další pokusy o obnovení léčby žen v Apolináři společně s muži dopadly ze stejných příčin neúspěšně. V té době neexistovalo v Československu žádné specializované zařízení pro léčbu žen a faktická nedostupnost léčby byla stále více pocíťována jako závažný celospolečenský problém. Zejména trvale se zvyšující počet žen, u kterých se projevovaly poruchy vyvolané užíváním psychoaktivních návykových látek, byl posléze impulzem pro přípravu a realizaci specializovaného léčebného programu. Vzorem pro specializovanou ženskou léčebnu byla Klinika pro léčbu závislých žen v německém Höchstenu („Fachklinik Höchst für suchtkranke Frauen“), nejstarší německá klinika pro závislé ženy,

založená v roce 1955 a rovněž dosud fungující, rovněž v nových prostorách.

Dne 11. října 1971 pod vedením doc. Jaroslava Skály, CSc., a Jiřího Hellera tak byla v Lojovicích u Prahy otevřena Rehabilitační pobočka Psychiatrické kliniky Fakultní nemocnice II v Praze jakožto specializované oddělení pro léčbu žen závislých na návykových látkách. Název Rehabilitační odbočka částečně chránil pacientky před stigmatizací a částečně odrážel rehabilitační charakter léčebného programu. Pro pacientky závislé na alkoholu a jiných drogách bylo k dispozici 32 lůžek, prvních 17 pacientek bylo převezeno z léčebny v Červeném Dvoře výměnou za závislé muže léčené opakovaně nebo na základě nařízení úřadů, kteří se od roku 1958 do této doby léčili v Lojovicích.

## POČÁTKY A ROZVOJ APOLINÁŘSKO-LOJOVICKÉHO SYSTÉMU PRO LÉČBU ZÁVISLÝCH ŽEN V LOJOVICÍCH

Vybudováním a vedením programu pro ženy byl pověřen pedagog a psychoterapeut Jiří Heller, jeho tým zpočátku tvořili psycholog Ferdinand Kukul a jedna sestra zapůjčená z Apolináře, lékař (doc. Jaroslav Skála) přijížděl 1× týdně. Během prvních 10 let se podařilo Jiřímu Hellerovi vybudovat stabilizovaný terapeutický tým. V týmu byl kladen důraz na zapojení všech členů terapeutického týmu do všech programů – každý musel vlastně dělat vše, ale něco muselo být jeho doménou. Jiří Heller považoval tento prvek za podstatu dobré spolupráce v terapeutickém týmu – řečeno jeho slovy: bez specializace nepřichází gratifikace, bez všestrannosti však nepřicházejí léčebné výsledky.

Přízpůsobením Skálova apolinářského léčebného systému potřebám žen, jeho postupným rozvíjením a rozšířením o doléčovací program, rodinnou terapii a činnost svépomocné organizace pro abstinující závislé ženy (Pavučina) byl vybudován komplexní léčebný program.



**Obrázek 1** | Chatová osada v Lojovicích, opakovací kúry a psychoterapie manželských párů

Pro ilustraci intenzity programu: v roce 1978 pacientka získávala v průběhu 17týdenní léčby 64 hodin skupinové psychoterapie, 130 hodin komunitní psychoterapie, 51 hodin relaxačních technik, 22 hodin didaktického programu, 87 hodin pohybových aktivit, 255 hodin pracovní terapie, dále pak 85 hodin písemné reflexe – společně s dalšími úkoly představoval program zátěž asi 1 150 hodin. Vzhledem k tomu, že standardní pracovní doba za 17 týdnů by představovala 722,5h, léčebný model tak byl modelem zátěže ženy pracovní i mimopracovní. Jen na okraj – celková programová zátěž je dnes přibližně stejná, program byl rozšířen v oblasti skupinové a komunitní psychoterapie a didaktických programů, především na úkor pracovní terapie.

Léčebný program v Lojovicích se stejně jako systém apolinářský opíral o systém s léčebným režimem (včetně proslulého bodovacího systému), psychoterapií, ergoterapií, farmakoterapií, sportovní terapií a dalšími strukturovanými aktivitami. Ve všech svých složkách byl specificky přizpůsoben ženám již při přípravě programu a dále dle konkrétních aktuálních poznatků a potřeb. Ke změně oproti apolinářskému programu došlo v prodloužení délky léčby, rozšíření léčebného programu o relaxační techniky, některá teoretická témata v edukaci, systému fyzické zátěže a přetvoření bodovacího systému na systém informační, jehož významnou složkou je zpětná vazba. Systém následné péče – doléčovací program – byl rozšířen na samostatný systém v rozsahu 17 týdnů a doplněn o komunitní formu rodinné terapie. V roce 1989 byl systém obohacen o svépomocnou organizaci pro abstinující závislé ženy „Pavučina“, jejíž členky udržují rovněž síť kvalitních podpůrných vztahů a zároveň podporují v léčbě aktuálně hospitalizované pacientky, vedle toho se podílejí na organizaci či samy organizují programy pro abstinující závislé, jako je abstinentsní ples, výstava výtvarných prací, dobročinný bazárek, víkendová setkání a cestovatelské programy. Celý léčebný program funguje jako živý a otevřený systém s trvalým rozvojem a modernizací. Vysokou efektivitu dosahuje zejména díky kvalitnímu terapeutickému týmu s psychoterapeutickou orientací a propojení léčebného a doléčovacího programu. Přes dosažené významné pokroky ve farmakote-

rapii zůstává právě psychoterapie u závislostí základní terapeutickou metodou.

Tento systém měl vždy u kolegů i jejich pacientů pověst kvalitního, na pacientky i personál náročného systému s vysokou efektivitou. Bylo tomu tak především díky osobnosti Jiřího Hellera, jeho charizmatu, odborným i lidským kvalitám, který dokázal své nadšení i vysoké pracovní nasazení přenést na členy terapeutického týmu. Svou roli zde hrála i odloučenost pracoviště, která kladla vysoké nároky na odborné kvality, samostatnost i osobní angažovanost personálu, ale zároveň poskytovala potřebný klid a bezpečí pro koncentraci na léčebný proces personálu i pacientkám.



**Obrázek 2** | Jiří Heller na rozcvičce v Albeři

Lojovický léčebný program se stal vzorem pro léčbu závislých žen v dalších, nově vznikajících zařízeních v tehdejší Československu. Lojovická léčebna byla také základem prvního originálního českého psychoterapeutického výcvikového systému (SUR) pod vedením nestorů české psychoterapie – Jaroslava Skály, Eduarda Urbana a Jaromíra Rubeše. Poté, co byl lojovický zámeček, ve kterém léčebna sídlila, vrácen v restituci dědičce poválečné-

ho majitele, pokračuje od roku 2002 program léčby žen v Praze „U Apolináře“.

## CESTA K ZACHOVÁNÍ PROGRAMU PO OPUŠTĚNÍ LOJOVICKÉHO ZÁMEČKU

Po zahájení restitučního řízení v roce 1990 bylo jasné, že léčebna bude muset objekt opustit, jen nebylo jasné, kdy a kam se oddělení přestěhuje. Z řady variant bylo nakonec zvoleno využití situace k celkové rekonstrukci objektu v Apolináři s vytvořením komplexního programu pro léčbu závislosti včetně lůžkového oddělení pro ženy a byla zahájena rekonstrukce objektu.

Původní termín vyklizení lojovického zámku byl stanoven na 31. 12. 2000, k tomuto datu byly ukončeny smlouvy provoznímu personálu léčebny, v říjnu 2000 bylo uspořádáno setkání pacientek a personálu na rozloučenou s Lojovicemi – „lojovická derniéra“. Situace se však vyvinula jinak – začátkem prosince 2000 neměl restituent kupce pro zámek a VFN neměla prostory pro přestěhování ženského oddělení – řešením bylo setrvat v zámku. Neslo to s sebou nutnost postarat se alespoň na přechodnou dobu „svépomocí“ o provoz zámku – sestry po své službě vařily pro pacientky, práci v kanceláři zastávaly abstinující bývalé pacientky. Bylo to období, které prověřilo motivaci personálu a na které všichni – pacientky i personál – dodnes docela rádi vzpomínáme. Konečný termín vyklizení zámku byl stanoven na 15. 6. 2002 a ten se již nezměnil. Rekonstrukce Apolináře nebyla ještě zcela dokončena, avšak díky dlouhodobě dobrým vztahům se nám podařilo vyjednat s vedením Psychiatrické kliniky VFN ubytování pro naše pacientky na dobu, než bude možno obývat Apolinář, s tím, že v rámci pracovní terapie pracovaly na úklidu Apolináře a terapeutické programy probíhaly, kde se dalo (třeba v zahradě Psychiatrické kliniky). Nakonec se 1. 7. 2002 nastěhovaly pacientky do ještě rozestavěného Apolináře a začala apolinářská éra léčby žen.

## ROZVOJ A ZMĚNY V PROGRAMU V PODMÍNKÁCH APOLINÁŘE

V Apolináři bylo k dispozici 20 lůžek (oproti lojovickým 32 + 3 + 2). Tým v této době tvořili Jiří Heller, psychiatr, psycholožka, sociální pracovníce, staniční sestra, 4 zdravotní sestry a 2 sanitářky, všichni v plném úvazku (pro srovnání: současný tým má 1 psychiatra, 2 psycholož-

ky dohromady na 1,5 úvazku, sociální pracovníci na 0,75 úvazku, adiktoložku na 0,8 úvazku, staniční sestru, 5 zdravotních sester a pracovní terapeutku na 0,5 úvazku). S přechodem do Apolináře se změnil i systém služeb sester, který v Lojovicích umožňoval poměrně rozsáhlé zapojení do psychoterapeutického programu.

V důsledku těchto změn jsme přistoupili k spojení původních čtyř terapeutických skupin do dvou, každou vedenou dvěma terapeuty, a ke zvýšení frekvence skupinové psychoterapie ze dvou na tři týdně. Komunitní psychoterapeutické programy jsme ponechali v původním rozsahu (660 minut týdně). Nově jsme zařadili do programu jedenkrát týdně hodinové setkání komunity s „Apolenkou“ – abstinující pacientkou, které se ukázalo jako oboustranně velmi užitečné. Ve spolupráci se specializovanou jednotkou Psychiatrické kliniky VFN jsme zavedli kombinovaný program pro pacientky s kombinací poruch příjmu potravy a závislosti na návykových látkách s možností účasti ve vybraných programech PK VFN. Nabídku psychoterapeutických programů jsme doplnili o možnost účasti aktuálně hospitalizovaných pacientek na doléčovací skupině a na socioterapeutickém klubu – KLUS.

Lojovická „terénní terapie“ byla nahrazena sobotní kulturní vycházkou, která se díky elánu některých terapeutek alespoň občas svou náplní terénní terapii blíží, ale většinou přispívá především k rehabilitaci kulturních zájmů a je pro pacientky zdrojem užitečných modelových situací. Sport, který patřil k vždy důležitým součástem léčebného programu, dostal v Apolináři více podob – možnost posilovny, stolního tenisu, tenisu, jógy a svého času břišních tanců doplnila dosavadní běh, rehabilitační a kondiční cvičení.

Doléčovací program jsme zásluhou Jiřího Hellera doplnili o obnovení socioterapeutického klubu KLUS, který jako každotýdenní program v 90. letech zcela vymizel a znovu se ve frekvenci 1x měsíčně stal oblíbeným programem.

V květnu 2003 byla otevřena další část ženského oddělení (v celkovém počtu 28 lůžek), což si vyžádalo znovuotevření třetí terapeutické skupiny a po 3leté přestávce bylo v Apolináři znovu otevřeno mužské oddělení se samostatným programem a týmem. Počet pacientek přijímaných k léčbě se vrátil ke stavu z období před opuštěním Lojovic, poněkud vzrostl zájem o individuální opakovací kúry (cca 100/rok), celkový počet opakovacích kúr je dlouhodobě stabilní (160–170/rok), v posledních letech opět narůstá zájem o Albeř (pominu-li loňský pokles v souvislosti s pandemií). (Tabulka 1.)

	2000	2001	2002	2003	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
prvoléčby	76	75	60	53	73	70	69	79	75	74	74	72	64	58	62	49
doléčování			136	169	180	192	170	168	171	152	168	155	161	162	162	97
Albeř	96	90	76	68	77	84	74	76	74	72	82	76	72	77	84	54

**Tabulka 1** | Počet pacientek přijatých v letech 2000–2020 k prvoléčbě, k týdennímu doléčovacímu pobytu a k týdennímu intenzivnímu extramurálnímu programu Albeř

## VÝHODY A NEVÝHODY APOLINÁŘE

Zásadní výhodou, kterou přineslo přestěhování do Apolináře, je dostupnost oddělení pro bývalé pacientky. Účast ve vybraných programech je i jednou z možností, jak řešit některé krizové situace, pravidelná účast ve vybraných programech je ještě produktivnější.

Díky snadné dostupnosti oddělení jsme mohli zavést seminář pro rodinné příslušníky (jednoukrát měsíčně), určený především k ošetření vztahových traumat souvisejících se závislostí a k získání členů rodiny ke konstruktivní spolupráci v léčbě. Vedle klasické formy týdenní rodinné terapie nabízíme i výběrovou účast rodinným příslušníkům v programu (nemohou-li či nechtějí se uvolnit na celý týden) a individuální formy rodinné terapie. Komunitní rodinná terapie byla přesunuta do rekreačních objektů v přírodě a ještě 10 let se nám dařilo ji udržet, než finanční a organizační nároky překročily naše možnosti, prostor pro práci s rodinami abstinujících nadále zůstal v socioterapeutických programech.

Vymizení motivace pacientky, ale i zdravotní či existenční problémy nás stále častěji vedou k volbě individualizované formy léčby – tj. k přerušení ústavní léčby s navázáním kombinací ambulantní a ústavní léčby. Tento postup vede poměrně často u pacientky k obnovení motivace, zlepšení spolupráce a rozvoji náhledu. Svou roli v tom jistě hraje opět dostupnost oddělení a jeho ambulantních programů, jichž se pacientka v období přerušení léčby zúčastňuje, udržuje tak kontakt s oddělením, často tak konečně dojde k vytvoření terapeutického vztahu a důvěry v léčbu.

Dostupnost Apolináře také přinesla výrazně častější kontakty bývalých pacientek s personálem i pacientkami oddělení. Podle našich pozorování přechází většina pacientek, které řádně dokončily ústavní léčbu, do doléčovacího programu a k abstinujícímu životnímu stylu. Během posledních dvaceti let došlo k mohutnému rozvoji svépomocných aktivit a podpůrných skupin abstinujících bývalých pacientek. Zajištění léčebného a doléčovacího programu jedním týmem a propojení léčebného a doléčovacího programu považujeme za zásadní a jedinečnou kvalitu našeho programu, která umožňuje realizaci náročného programu v empatické atmosféře a je podkladem vysoké efektivity programu, zároveň však klade vysoké nároky na profesionalitu i motivaci členů týmu.

Velkou výhodou bylo, že kompletně celý tým přešel z Lojovic do Apolináře, několik let zůstal beze změny, nově přicházející členové týmu přijali program za svůj a velmi dobře se zapojili do týmové práce. Poslední desetiletí přineslo období personálních krizí souvisejících s odchody do důchodu a na rodičovské dovolené, ale i s děním na dalších odděleních Apolináře. Postupně se ale podařilo vybudovat kvalitní omlazený tým, který i díky kvalitní supervizi s Karlem Koblicem a intervizním seminářům s Jiřím Hellerem pochopil a přijal filozofii léčebného systému a při kvalitní týmové práci a osobním nasazení všech

členů týmu vytváří potřebnou terapeutickou atmosféru oddělení a dále program rozvíjí a obohacuje.

Dostupnost oddělení tak přináší řadu výhod pro tým i pacientky a zároveň je někdy nevýhodou jakožto zdroj nižší koncentrace pacientek i personálu na léčbu v souvislosti s kontakty s vnějším světem i s pacienty a personálem ostatních oddělení. Je daleko obtížnější udržet motivaci pacientek k léčbě, navázání bližšího kontaktu s pacientem mužského oddělení obvykle bývá se ztrátou motivace spojeno, ať už jako její příčina či důsledek. Tato situace vede vždy k narušení terapeutického klimatu oddělení a jediným řešením bývá přerušování léčby postižené pacientky.

## VÝVOJ A ZMĚNY V POPULACI PACIENTEK

Zatímco typická pacientka roku 1979 byla 31–40letá vdaná matka 1 dítěte, alkoholička zneužívající léky a ve 20 % zaměstnaná ve zdravotnictví, typická pacientka roku 2020 je 41–50letá nebo 51–60letá alkoholička, matka 1–2 zpravidla dospělých dětí, které jsou hlavní podporou v léčbě, neboť 50 % pacientek nemá stálého partnera, má střední vzdělání a je spíše nezaměstnaná nebo zaměstnaná pod úrovní své kvalifikace, zaměstnáno ve zdravotnictví a sociálních službách je 20 % pacientek, spíše v ošetrovatelské sféře.

Pokud se týče dalších změn v patientské populaci, lze pozorovat v posledních 20 letech některé další trendy. Přichází více pacientek se závažnými somatickými (jaterní cirhóza s jícnovými varixy, krvácení z GIT, pankreatitis, neuropatie, epilepsie) a psychickými (kognitivní deficit, delirium, halucinóza) komplikacemi abúzu, včetně následků úrazů utrpených v intoxikaci se zanedbaným léčením v důsledku abúzu a pacientek s dekompenzací somatického onemocnění v souvislosti s abúzem (diabetes, hypertenze). Některé komplikace jsou natolik závažné, že již znemožňují pacientce účast byt v individualizovaném programu a je smutné, že někdy jde o pacientku s adiktologickou prvoléčbou nebo dlouhodobou anamnézou neúspěšné ambulantní léčby, kde ústavní odvykací léčba byla dlouho odkládána. Duální diagnózy (závislost + afektivní nebo úzkostná porucha, porucha příjmu potravy, porucha osobnosti) jsou spíše pravidlem než výjimkou. Preferovanou drogou je stále alkohol, často však jde o pacientky se závislostí na nelegálních drogách (zpravidla stimulantech a kanabinoidech) v anamnéze, které alkoholem nahradily primární drogu. Pokud se týká sociálních důsledků závislosti na návykových látkách, jen malá část (15–20 %) je v době přijetí k léčbě zaměstnaná nebo podniká, většina pacientek je nezaměstnaná, v dlouhodobé pracovní neschopnosti, popř. v důchodu (předčasném, invalidním, někdy starobním). Naopak mezi pacientkami abstinujícími déle než 6 měsíců je naprostá většina zaměstnaných v kvalifikaci odpovídající jejich vzdělání, mezi dlouhodobě abstinujícími je řada úspěšných podnikatelek. Častým jevem je zadlužení – a to i pacientek dříve sociálně adaptovaných, které jsou (v důsledku abúzu i kognitivního deficitu) oběťmi „výhodných“ půjček či exe-

kucí původně banálních dluhů (pokuty MHD, nezaplacené pojistné atd.), závažným fenoménem je zanedbávání péče o nezletilé děti, kdy často až intervence OSPOD vede k nástupu ústavní odvykací léčby, narůstá též problematika autonehod způsobených řízením pod vlivem návykové látky, kde až trestní řízení je motivem k nástupu léčby.

## CO NÁS NAUČILY POSLEDNÍ DVA ROKY

Významnou změnou, které jsme se dlouho bránili, bylo používání mobilních telefonů a internetu pacientkami v Apolináři. I zde si změnu vyžádala situace – nejdříve odpojení telefonního automatu ke konci roku 2019 a poté pandemie a s ní spojená opatření. Telefonní kontakt nahradil návštěvy a propustky, internet nerealizovatelné existenční propustky. Za definovaných podmínek mohou pacientky tyto technologie užívat i nadále – přináší to s sebou na jedné straně zhoršení koncentrace na léčbu, ale na druhé straně i materiál do psychoterapie.

U pacientek, které absolvovaly léčbu v době první vlny pandemie, jsme se častěji setkali s časnými recidivami. Vysvětlujeme si to jednak omezením možnosti kontaktu s realitou na telefonickou a elektronickou formu během hospitalizace, která sice zajistila pacientkám emoční podporu, ale většinou nikoliv korektivní zkušenost, dále absencí kontaktu s abstinujícími pacientkami doléčovacího programu, které jsou významným zdrojem motivace k abstinenci i osobní podpory, a v neposlední řadě náročností přechodu z chráněného prostředí s pevným programem a terapeutickým zázemím do nechráněného prostředí s proměnlivými podmínkami a omezenou dostupností doléčovacích aktivit.

Vzhledem k nemožnosti víkendových propustek a návštěv jsme více než kdykoliv jindy motivovali pacientky k rodinné terapii, zvláště se nám osvědčila souběžná přítomnost několika rodinných příslušníků v rámci rodinné terapie různých pacientek v komunitě.

K alespoň částečné kompenzaci nerealizovatelných socioterapeutických aktivit jsme vytvořili on-line doléčovací skupinu pro abstinující absolventky léčby, do níž se během 2 měsíců zapojilo více než 80 pacientek.

Pozitivní stránkou situace je, že recidivující pacientky se vrátily do léčby a nadále spolupracují. Třetí vlna pandemie v tomto roce přinesla s rozšířením infekce v komunitě nutnost propuštění pacientek do domácí izolace, což nás přimělo vytvořit pro ně denně minimálně jeden on-line program. Potěšující bylo, že se všechny propuštěné pacientky vrátily k pokračování v léčbě, bohužel téměř polovina z nich po recidivě abúzu. Přestože pandemie omezila možnost osobních kontaktů v rámci doléčovacích programů, reflektovaly pacientky intenzivně po dobu pandemie Apolinář jako své zázemí a využívaly dostupných kontaktů (včetně on-line doléčovací skupiny) k reflexi svých prožitků a k upevňování motivace k abstinenci a k osobnostnímu růstu.

## POSELSTVÍ JIŘÍHO HELLERA

Poslední velkou změnou – pro mne tou největší – bylo úmrtí Jiřího Hellera. Jeho charisma, zkušenosti, postřehy a nápady nahradit nelze, ale 50 let jeho práce na našem oddělení zanechalo nesmazatelnou stopu. Není dne, kdy si nevzpomeneme na některý jeho výrok, radu či postoj, které nám pomáhají, i když už mezi námi není. A tak si na závěr dovoluji použít jeho pohled na léčbu závislosti:

„Vrátím-li se zpět k tématu Apolináře a Lojovic, napadá mne analogie se společenskou situací. V období zrodu a vývoje Lojovic, v době totality, byly Lojovice „ostrůvkem pozitivní deviace“ – místem, kde platila pravidla, kde vlastním úsilím člověk mohl dosáhnout výsledků, kde mohl o sobě otevřeně hovořit, kde našel cestu k osvobození – od drogy. Po návratu do reálného života se vracel do nesvobodného světa a v doléčovacím programu mohl pokračovat v cestě k vnitřní svobodě.

V současné době nezralé demokracie a plurality je do jisté míry opět ženský Apolinář ostrůvkem pozitivní deviace – snaží se uchránit pravidla, vztahy a normy, které mnozí jako obtížné odmítají pod záminkou modernizace. Pacientka se již během léčby setkává s těmito trendy, má však také možnost kontaktu s těmi, které zvolily obtížnější cestu a dosáhly kvalitního života, včetně vnitřní svobody a cenných přátelství. Volbu, kterou cestou půjde, však musí učinit sama. V reálném světě ji čeká stejná volba – stejně jako každého závislého – buď se vzdát odpovědnosti za svůj život a být pasivním konzumentem péče – zdravotní, sociální i svých blízkých, nebo převzít do svých rukou odpovědnost za svůj život a prosperitu a aktivně pracovat, s pomocí odborníků, na svém uzdravení a rehabilitaci zdravotní i sociální a tak se vrátit ke kvalitnímu a produktivnímu životu.

Druhá cesta je cestou abstinence a je podstatně obtížnější pro závislého i pro terapeuta, zejména v začátku. Pokud u ní vytrvají, přináší oběma zaslouženou radost a uspokojení.

První cesta, cesta minimalizace nároků na pacienta i terapeuta, je při současné technologii i nárůstu formalizace života snazší, vede však k invalidizaci pacienta a vyhoření terapeuta.

Pacient, který zvolí druhou cestu, musí počítat s vynaložením značného úsilí a s odložením uspokojení – stejně jako jeho terapeut. Výsledky jsou však dlouhodobé a přinášejí kvalitní život pacientovi i jeho okolí a terapeutům radost z růstu pacienta a pocit smysluplnosti své práce.

Personálu ženského oddělení patří dík za to, že věnují své úsilí provázení pacientů na této, k životní produktivitě vedoucí, cestě, i když je to ve výše uvedeném kontextu obtížnější než kdykoliv dříve.“

*Foto: archiv autorky a Arnoštky Mařové*