

Boundaries and Safety in Psychotherapy with a Psychotic Patient Using Methamphetamine – 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. Hranice a bezpečí v psychoterapii s psychotickým pacientem užívajícím metamfetamin – případová studie. *Adiktol. prevent. léčeb. praxi.* 2022; **5**(2), 102–109; <https://doi.org/10.35198/APLP/2022-002-0004>.

Summary | Disharmonic development and disturbed family relationships, together with genetic predisposition, can result in the development of mental illness, including addiction. Substance use in people with psychotic illness is up to three times more common than in the general population. In this case study, I describe work with a psychotic patient in early adulthood, where a fundamental aspect was the attempt to establish a therapeutic relationship. The setting of boundaries and appropriate goals, which must

be firm but not rigid, is key for building relationships in psychotherapy. During the course of treatment, the patient's social environment and family system disintegrated, which led to the deterioration of his condition. Vulnerability, loneliness, and the illness itself suggest that supervision, preferably by another person close to him, might be necessary to ensure the effective treatment of the patient. However, he is currently lacking such resources.

Keywords | Methamphetamine – Schizophrenia – Psychotherapy – Dual diagnosis boundaries – Safety

Submitted | 1 February 2022

Accepted | 5 May 2022

Grant affiliation | Institutional support programme Cooperatio 2022

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

Hranice a bezpečí v psychoterapii s psychotickým pacientem užívajícím metamfetamin – případová studie

ZBORNÍK, T. S.

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

Citace | ZBORNÍK, T. S. Hranice a bezpečí v psychoterapii s psychotickým pacientem užívajícím metamfetamin – případová studie. *Adiktol. prevent. léčeb. praxi.* 2022; **5**(2), 102–109; <https://doi.org/10.35198/APLP/2022-002-0004>.

Souhrn | Disharmonický vývoj a narušené vztahy v rodině, spolu s genetickou predispozicí, mohou vyústit v rozvoj duševních onemocnění, včetně závislosti. Užívání návykových látek u lidí s psychotickým onemocněním je až třikrát četnější než u běžné populace. V kazuistice popisují práci s psychotickým pacientem v období rané dospělosti, kde základním aspektem byla snaha o navázání terapeutického vztahu. Zásadním tématem pro budování vztahu v psychoterapii je nastavování hranic a přiměřených cílů, které musí být

pevné, ne však rigidní. V průběhu léčby došlo k rozpadu sociálního prostředí a rodinného systému, což vedlo ke zhoršení stavu pacienta. Zranitelnost, osamělost a nemoc samotná ukazují, že k zajištění léčby pacienta by byl nezbytný dozor, nejlépe další blízké osoby, kterou pacient v současnosti nemá.

Klíčová slova | Metamfetamin – Schizofrenie – Psychoterapie – Duální diagnóza – Hranice – Bezpečí

Došlo do redakce | 1. února 2022

Přijato k tisku | 5. května 2022

Grantová podpora | Institucionální program podpory Cooperatio 2022.

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 TEORETICKÝ ÚVOD

Z výsledků epidemiologických studií vyplývá, že pravděpodobnost zneužívání drog je u pacientů se schizofrenií třikrát vyšší než u osob bez psychického onemocnění. Abúzus návykových látek zhoršuje pozitivní příznaky schizofrenie, agresivitu, sebevražednost, zvyšuje počet relapsů a způsobuje zhoršenou spolupráci, případně nespolečnou spolupráci, při léčbě (Owen, 1996). Problém pacientů, kteří se neřídí lékařskými radami, není nový. Již ve 4. století př. n. l. Hippokrates pozoroval, že někteří pacienti neuzívali předepsanou léčbu (Lerner, 1997), což je stále jedním z témat, kterými je potřeba se na odborné úrovni zabývat. Existuje mnoho faktorů, které činí větší nároky na psychiatrickou a adiktologickou léčbu, obzvláště u schizofrenie. Patří mezi ně nedostatečné povědomí o nemoci, zahrnující náhled pacienta, ale také postoje a přesvědčení o povaze nemoci, přímý dopad symptomů, včetně deprese, kognitivní poruchy, sociální izolace, souběžné užívání návykových látek, stigma...

Léčba psychotického pacienta může být náročná a v některých případech není možné odstranění závislostního chování, přesto je důležité navázání vztahu. Výsledky mnoha studií ukazují, že čistě didaktické psychoedukační intervence jsou pro zlepšení adherence k léčbě nejméně účinné. Úspěšné formy behaviorálních a kognitivních intervencí, které zlepšují adherenci, jsou ty, které se zaměřují na terapeutický vztah a posilují jej, zkoumají pacientův model poruchy, včetně přesvědčení a očekávání, a používají konkrétní techniky řešení problémů (Tacchi, 2005).

Případová studie poukazuje, že možnosti léčebných intervencí u pacientů s psychotickým postižením jsou omezené a výsledek nejistý, práce se snaží ukázat úskalí a meze terapeutické spolupráce s pacientem prizmatem hranic a vytváření specifického pole, bezpečného prostoru, ve kterém se psychoterapie odehrává.

2 CÍL STUDIE

Cílem případové studie je popsat uchopení tématu hranic v terapeutické práci s psychotickým pacientem užívajícím metamfetamin a předložit obraz pacienta, který návykovou látku využíval ke zvládnutí svých nepříjemných psychických stavů, které se později rozvinuly do psychotického onemocnění.

3 ZDROJE DAT

Kazuistika je tvořena autentickými záznamy z dokumentace, odborných zpráv psychiatra a informací od rodinného příslušníka, které byly vybrány a mírně upraveny, abych zamezil identifikaci pacienta. Se záznamy pracuji v jejich zkrácené, případně sloučené podobě, abych vystihl pacienta. V textu jsou parafrázovány výroky pacienta, aby kazuistika působila narativně. K rozvaze o stanovení hranic v terapeutické péči jsem využil odborné literatury.

4 ETICKÁ KLAUZULE

Při přijetí do ambulance pacient podepsal souhlas se zpracováním informací pro supervizní a výzkumné účely.

5 KAZUISTIKA

Kazuistika se zabývá popisem tříletého průběhu psycho-terapeutické léčby mladého dospělého pacienta s duální diagnózou psychotického onemocnění a poruchou užívání návykových látek s torpidním průběhem.

Pacient žije v činžovní vile, která patří jeho babičce. Má svůj samostatný byt, další byt obývá babička, další matka, jeden je tety a jeden je pečovatele. Situace v rodině je velmi komplikovaná, obě dcery babičky jsou velmi vážně duševně nemocné (schizofrenie). Jedna je trvale v ústavu (teta) a druhá, matka pacienta, žije v bytě o patro níže pod babiččiným bytem. Pacient působí velmi upraveně, zdůrazněny jsou maskulinní znaky, například vyholená hlava, extrémně vypracované tělo, styl oblečení. Pacient působil dojmem vojáka.

V době přijetí bylo pacientovi 21 let, svobodný, bezdětný. Do psychologické ambulance přichází na doporučení psychiatra a v doprovodu babičky a jejího ošetřovatele. Pacient v ambulanci odmítá jakoukoliv komunikaci, vlastně nemluví vůbec. Sedí napjatě, přesto se dívá přímo do očí a na jakoukoliv otázku nereaguje. Jediným jeho projevem je mírný úsměv na sdělení, že spolu můžeme klidně i mlčet. Po promlčeném čase sděluje babičce, že pacient je dospělý a způsobilý, že jej nelze k terapii nutit, a i kdyby jej pokaždé přivezla, jeho terapie nejspíš nemá v tuto chvíli smysl. Babička žádá o termín pro sebe, abych pochopil složitost situace a pokusil se najít možné alternativy, jak jejímu vnukovi pomoci. Jelikož se jednalo o paní, které bylo přes 80 let, byla na invalidním vozíku, souhlasil jsem se společným termínem, protože jsem s ní soucítil, současně jsem jí nabídl možnost využití péče kolegyně. Dozvěděl jsem se tak informace, které by mi pacient nebyl nikdy schopen sdělit, protože byly před ním utajovány a věděl jen to, o čem babička rozhodla, že vědět má.

Rodinná anamnéza

Pacient má poměrně složité rodinné vazby, z těchto důvodů věnuji rodinné anamnéze více, než se uvádí v kazuistikách běžně.

Matka: Matka pacienta emigrovala v osmdesátých letech do USA. V době emigrace jí bylo 26 let, před emigrací neprojevovala známky duševní nemoci. V roce 1994 byla zadržena policií, již jako občanka USA, při nějaké ekologické demonstraci a dostala trest odnětí svobody na 6 měsíců. Z vězení byla po pěti měsících převezena do psychiatrické léčebny, kde bylo zjištěno, že je 13 týdnů těhotná. V léčbě zůstala i v době svého porodu, kdy dítě mělo být předáno adopční agentuře, protože neuvedla žádné příbuzné.

Přibližně v době porodu přišel babičce dotaz z Ministerstva zahraničních věcí ohledně rodinných vazeb její dcery. Tak zjistila, kde dcera je, a odletěla za ní. Podnikala kroky k tomu, aby dceru i vnuka dostala zpět do ČR. Přibližně po sedmi měsících odletěla s vnučkem zpět do Prahy, dcera se vrátila za další dva roky, kdy byla propuštěna z léčby. Matka je po celou dobu vážně nemocná, střídavě hospitalizována v PL, střídavě v domácí péči. Nikdy nebyla schopna se o svého syna starat, přesto jej měla formálně v péči do jeho 12 let. Velmi často má bludy, které spočívají v tom, že jí někdo chce syna ukrást, případně zabít.

Otec: Otec není znám, k otěhotnění došlo v ženské věznici v průběhu výkonu trestu.

Babička: Babička pochází z židovské rodiny, v jejích 13 letech deportována s celou rodinou do ghetta v Polsku, pak koncentrační tábory. Z celé rodiny, asi čtyřiceti osob, přežila pouze ona a její matka. Zbytek rodiny zahynul. Od převezení vnuka do ČR se o něj starala, ve 12 letech jí byl svěřen do péče soudem. Kromě ní není v rodině nikdo další, kdo by byl schopen její fungování zajistit, postarat se o obě nemocné dcery. Do vnuka vkládá velké naděje a má na něj velmi vysoké nároky, které jsou neadekvátní k jeho věku.

Dětství pacienta: Pacient žil od dětství v patologickém prostředí, kde byla velmi striktní pravidla, která narušovala jeho matka svými záchvaty. Často přivolávala policii, která jej budila, často se s ním zamykala v bytě a odmítala kohokoliv k němu pustit... Pacient si v době docházky na základní školu velmi přál, aby měl přátele. Přesto čelil často posmívání za to, jaká je jeho matka, případně za to, že do školy chodila babička. V sedmé třídě absolvoval protidrogovou přednášku, která jej zaujala. Sám uvádí: „... vyprávěl nám tam nějaký týpek o tom, jak jsou drogy špatné, jaké komplikace nám přinesou, jak náročně je potom se vyléčit, mluvil o hrozných odvykacích stavech. Když mluvil o léčbě a o těch odvykacích stavech, tak to nic nebylo, ale když mluvil o užívání, bylo na něm vidět, že ještě teď by si dal. Vlastně mě přivedl k tomu, abych to chtěl zkusit.“ Tehdy poprvé se dvěma spolužáky vyzkoušel kouřit marihuanu. V průběhu dalšího roku již kouří pravidelně. Přináší mu to odpoutání od toho, co se děje doma, nachází kamarády, konečně dobře spí.

Dospívání pacienta: Pacient byl přijat na gymnázium, které ho nebavilo, takže čas trávil s kamarády a pokuřováním THC. Po prvním ročníku studium ukončuje, babičce sděluje, že chce dělat hudbu a jít na konzervatoř. Babička mu pak další rok platí denně soukromé učitele, aby se ke studiu připravil, na konzervatoř je přijat. Již v prvních měsících po nástupu nastává problém, je schopen hrát na kytaru, chybí mu však teoretické vzdělání, nezná noty, je schopen hrát pouze podle poslechu. Po třech měsících studia ukončuje. Vrací se k partě kamarádů a celé dny s nimi opět tráví pokuřováním marihuany. Začíná chodit do fitcentra, babičce říká, že nechce chodit do školy, že si udělá kurzy a bude trenérem. V trénování a vypracovávání těla nachází smysl, posouvá hranice svých možností, experimentuje s vlastní výdrží, s vlastními možnostmi. Poprvé se dostává k pervitinu a ihned na něj přechází.

Zdůvodňuje to, že „nikdo, kdo chodí do fitka a myslí to vážně, tak nekouří. A pervitin byl dřív legální a normálně se prodával a dával se taky třeba vojákům k výdrži.“

Zdravotní anamnéza

Porod pacienta byl císařským řezem z důvodu zdravotního stavu matky. V dětství prodělal běžné dětské nemoci, operován nebyl, žádnou vážnou nemoc neprodělal, úrazy neměl také žádné. Kontakt s psychologem poprvé ve 12 letech z důvodu svěření do péče babičky, rozhovor mu nebyl příjemný, dotazy byly „divné“, nevěděl, co má odpovídat, nechtěl se o situaci v rodině vůbec bavit. Do psychiatrické ambulance šel poprvé před třemi roky, babička chtěla vědět, zda je v pořádku. Po vyšetření psychiatrem bylo sděleno, že zatím žádné příznaky duševní nemoci nejsou patrné a anomálie v jeho chování mohou být způsobeny rodinnou situací a věkem. Přesto od 18 let k psychiatrovi docházel. Před dvěma lety předepsána antipsychotika, která neužíval, „nebude cpát do těla něco, co nepotřebuje.“ Léky formou kapek podávány tajně babičkou v nápojích, postupně však v nepravidelných intervalech, protože pacient nedochází pravidelně domů, ale pobývá i ve venkovském domě rodiny.

Pacient je heterosexuální, první pohlavní styk v 16 letech. Pohlavně přenosné nemoci neguje. Užívá pervitin na pravidelné denní bázi, nepije, nekouří, ani další návykové látky neužívá.

Aktuálně je veden v péči PA s diagnózou schizofrenie, kdy léčba tohoto onemocnění je komplikována užíváním pervitinu. Pacient ignoruje domluvené termíny kontrol, užívání léků a doporučení lékaře.

Sociální anamnéza

Pacient popisuje dětství jako nešťastné, neměl přátele, cítil se osamělý, styděl se za svou matku. Babička mu dopřávala vše, co potřeboval, po materiální stránce byl velmi dobře zabezpečen. Chyběl mu v rodině muž.

Již od dětství měl dostatek finančních prostředků, nebylo nic, co by si nemohl koupit, případně mu nekoupila babička. Rodině byl v rámci restituce navrácen majetek, který zajišťuje dostatečně velký příjem, což značně zjednodušuje cestu k pořízení návykové látky.

V současnosti není pacient schopen dlouhodobě vydržet doma ve svém bytě, nemá nikoho, kdo by na něj nějakým způsobem dohlédl, případně mu pomohl. Velmi často cestuje, často se stává, že v zahraničí není schopen své stavy ovládat.

Adiktologická anamnéza

V rodině nebyla zjištěna žádná závislostní zátěž ve smyslu léčby, o otci nemáme informace. Pacient ve svých jede-

nácti letech zkoušel kouřit cigarety, alkohol, který v tomto období zkoušel pít, ho neoslovil. Kouření THC bylo od dvanácti let časté, od čtrnácti pravidelné. Pervitin užíval přibližně od osmnácti let pouze sniffem. V dlouhodobém výhledu mluvil o množství přibližně 0,2–0,3 g denně. V průběhu užívání prožívá psychotické stavy, kdy nelze v začátcích zcela odlišit toxickou psychózu od jiného závažného duševního onemocnění. Stavy jsou spojené zejména s nespavostí a paranoidními bludy. Experimenty s jinými návykovými látkami negoval. Pacient bez náhledu na své užívání o změně neuvažuje, fáze prekontemplace.

Užívání pervitinu značně komplikuje lékařskou odbornou pomoc, informace předávané pacientem jsou často obtížné a nejednoznačné, ztěžované podobností některých stavů, které mohou vést k jejich záměně, překrývání symptomů a častému skrývání a zkraslování symptomů ze strany pacienta. Bez spolupráce z jeho strany nelze činit žádné další kroky vedoucí k léčbě psychiatrického onemocnění a závislosti.

Průběh léčby

Jak jsem již výše uváděl, přijetí pacienta do péče bylo s komplikacemi, kdy pacient sice absolvoval na přání babičky společnou schůzku, odmítl se však jakkoliv angažovat. V podobném duchu probíhala ještě jedna společná schůzka, kdy však pacient vznesl dotaz, kolikrát bude muset přijít, a hlavně přišel sám bez doprovodu. Při třetí schůzce mi pacient vyprávěl, jak si mě vybral, protože jsem muž, jen o málo starší než on, takže si myslel, že jej lépe pochopím. V rámci několika schůzek pacient začíná komunikovat, dokonce tvrdí, že „nakonec je rád, že jsme se skamarádili.“ Pacient má často pocit, že má nadpřirozené schopnosti, souvislost s užíváním pervitinu však odmítá. O užívání pervitinu hovoří jako o něčem, čeho je schopen, kdykoliv on bude chtít, se vzdát.

V průběhu léčby u pacienta nastupují stavy, které zpočátku souvisely pouze s vynecháním denní dávky, později však mizí rozdíl mezi abstinencí a užitím. Stále častěji se u něj objevují bludy, spočívající v tom, že někdo odposlouchává jeho telefon, pozoruje jej odněkud dalekohledem, usiluje o jeho život. Akceptuje předepsané léky psychiatrem, tvrdí, že je užívá pravidelně. Nástup k hospitalizaci do PL odmítá, abstinovat rovněž nechce.

Po roce společného setkávání pacient začíná přecházet do osobnější roviny. Často přichází do ambulance mimo termín objednání, domáhá se osobního setkání. Totéž činí i v psychiatrické ambulanci, kde však mu v otevřené dveři do ordinace zabránila sestra. Velmi často navrhuje termín setkání mimo ordinaci, nejčastěji u něj doma, případně v přírodě. Často přináší s sebou do ordinace uvařenou kávu, případně nějaké jídlo poté, co jsem ho odmítl přijmout v době své polední pauzy.

Po roce a půl společného setkávání nedorazí na společný termín a ozývá se asi po dalším měsíci s tím, že babička

je v nemocnici a její advokátka ji chce okrást, čemuž musí zamezit. Následně se další měsíc neozývá, volá však babička s tím, že potřebuje pro vnuka zajistit pomoc a neví, na koho se obrátit. Když se vrátila z nemocnice, v jejím bytě bylo vybourané okno, ve kterém visely igelitové pruhy. Vnuk jí to zdůvodnil tím, že musel vyhnat negativní energii a ďábla, který se tam usadil, k čemuž je potřeba proudění vzduchu. Pacient odmítá dobrovolnou hospitalizaci na psychiatrii, dostává předepsány psychiatrem silnější antipsychotika. Babička odmítá volat ambulanci, která by pro něj přijela, nechce už kvůli dceři vyvolávat rozruch.

Pacient přichází půl roku od poslední návštěvy, bez domluvy a v čase, kdy ví, že končí ordinační hodiny. Vypadá mírně neupraveně, má však s sebou velkou cestovní tašku a říká, že byl pryč a jede rovnou z letiště. Při hovoru o posledních známých událostech s oknem pacient se vši vážností tvrdí, že je to on, kdo ovládá negativní síly, a nebýt jej, tak lidstvo vyhyne.

TER: „*Jak to myslíte, že můžete přivolat zlo?*“

PAC: „*Když se rozhodnu, tak ho na tebe přivolám a to uvidíš.*“

TER: „*A jak to bude vypadat, to by mě zajímalo. Co se bude dít?*“

PAC: „*Třeba bělmo v očích se ti zalije krví... a budeš slabý a neodejdeš odtud, dokud je neodvolám.*“

TER: „*Tak já skočím pro zrcadlo, aby to mohl na svých očích pozorovat, ano?*“

PAC: „*No, dneska radši ne, jsem hodně unavený a nemám sílu je odvolat a to bys zůstal obsednutý.*“

Poté pacient odchází, že si jde odpočinout, a pak se ozve, abychom společný hovor dokončili. Následně se opět neozývá.

Po třech měsících, kdy jsem přijížděl domů, slyšel jsem své psy, jak silně štěkají a nejdou přivolat, pořád se vrací na místo za garáží. Šel jsem tedy za nimi, abych zjistil, co tam mají. Když jsem přicházel, viděl jsem pacienta, který si dal lehátko na garáž a tam seděl.

PAC: „*Byl jsem v ordinaci, ale ty jsi tam nebyl...*“

TER: „*Je mi líto, ale doma se s pacienty nesetkávám, musíte odejít.*“

PAC: „*Já nejsem přeci pacient. Přišel jsem ti říct, že za dva dny můžeme letět na Island, spolu. Je to zajištěný.*“

TER: „*Rád bych viděl Island, ale mám tady povinnosti. Slezte, prosím, z té střechy.*“

PAC: „*Ty nemůžeš letět, já nemůžu slízt.*“

TER: „*Prosím slezte dolů, nebudu se s vámi takto bavit.*“

PAC: „*Babička umřela, pojeděš se mnou?*“

TER: „*To mě moc mrzí, upřímnou soustrast. Pojďte dolů, nedeme spolu mluvit o takhle vážných věcech tímto způsobem.*“

Pacient přestal komunikovat, po diskuzi jsem šel dovnitř domu, pacient vydržel na mé střeše garáže ještě asi půl hodiny. Já jsem přemýšlel o tom, co udělám, pokud se skutečně odmítne hnout – volat policii, záchranku nebo hasiče? Také jsem se zamýšlel nad tím, jak jednoduché pro někoho může být získání soukromé adresy prostřednictvím internetových databází.

Následně jsem o pacientovi neslyšel další čtyři měsíce. Když za mnou přišel, vypadal úplně jinak. Přibral, byl celý zpocený, měl jinou mluvu, mimiku i gesta. Přišel mi ukázat videa, která natočil na Islandu, kde místo dvoutýdenní dovolené pobyl dva měsíce. Nyní je ve svém životě sám, nemá nikoho dalšího, kdo by jej s ním sdílel, kdo by se o něj zajímal. Má jen dostatek finančních prostředků, které mu umožňují dělat, cokoliv si zamane.

Když neužívá pervitin, jeho stav je špatný, když přijede do ČR a pervitin si sežene, jeho stav není o nic lepší. Do žádné terapie ani léčby nedochází.

6 ROZVAHA O HRANICÍCH A BEZPEČÍ V PSYCHOTERAPII

Psychoterapeutická činnost s sebou nese řadu zvláštností a potřeb, které je třeba v rámci praxe dodržovat, a to jak ze strany terapeuta, tak pacienta. Těchto zvláštností by si přitom měl být terapeut velice dobře vědom, jelikož tak může ovlivnit formu poskytované terapeutické péče. Psychoterapie se věnuje péči o extrémně křehké jedince, s nimiž je třeba zacházet s velkou opatrností. V opačném případě by totiž u pacienta mohlo dojít k posílení jeho nežádoucích psychotických mechanismů. Terapeut by se měl vždy zaměřit zejména na to, aby napomohl pacientovi vyrovnat se s úzkostí, jelikož se jedná o stav, jenž může ohrozit kýžený posun v terapeutickém procesu (Syřištová, 1973). Pacient, o kterém jsem výše psal, však jakékoliv přiblížení k němu okamžitě využil. Někdy tak, že posunul své hranice k větší důvěrnosti, jindy tak, že se odtáhl zpět a projevovala se u něj tendence k paranoidním bludům, které souvisely s jeho sledováním, případně mým spolkováním s někým, kdo usiluje o jeho život. Důležitým bodem, kterému musí terapeut věnovat pozornost, je, že je při práci s psychotickým pacientem třeba vyvarovat se interpretací. Namísto toho by se měl pokusit mu za všech okolností zprostředkovat zpětnou vazbu, avšak tak citlivě, aby u něj nedošlo ke vzbuzení pocitu ohrožení a úzkosti (Arnfred, 2012).

Významnou roli by měla zastávat tvorba jakési terapeutické aliance mezi pacientem a terapeutem, která napomáhá tomu, aby byla terapie úspěšnou. Hlavním předpokladem terapeutické péče je tedy navázání důvěrného

vztahu, díky němuž pacient pochopí, že ve společnosti mohou existovat fungující, bezpečné a spolehlivé vztahy, které nejsou založeny na strachu a nejistotě (Arnfred, 2012). Pacient si za svůj život vytvořil jedinou fungující vazbu, a to se svou babičkou, protože v jejích silách nebyla žádná důslednost, ani schopnost cokoliv ověřovat, případně zjišťovat. Pacient cítil, že je naprosto bezmocná, a věděl, že bez pomoci dalších se neobejde. Bylo tedy pouze na něm, zda v tomto vztahu bude fungovat, jak je od něj očekáváno, nebo jak se bude k babičce vztahovat. Z rozhovorů, které jsem s oběma měl, je patrné, že role zastávané babičkou, vedly často k inverzi správného poměru odměn a závazků mezi rodičem a dítětem. Podle Pessa (2003), zakladatele celostní psychoterapeutické metody PBSP, přicházejí na svět děti s geneticky zabudovaným modelem intuitivně rozumět příbuzenským kategoriím, s vnitřní znalostí toho, jak má vypadat role matky, otce, prarodičů. Standardní model rodiny pacient nikdy nezažil, což bylo problémem v jeho vnímání i chování a přispělo k nepochopení okolím, tedy k absenci běžných vazeb na vrstevníky.

Výsledkem terapie by se měl stát pacient, jenž bude prožívat pocit bezpečí v důsledku léčby se svým terapeutem, přičemž tento pocit dokáže uplatnit také v rámci svého každodenního života. Terapeut přitom v rámci psychoterapie nemůže zůstat pouze nezávislým pozorovatelem, nýbrž je potřeba, aby byl do pacientova problému vtažen. Psychotičtí pacienti jsou typičtí tím, že jsou velice vnímaví k jakémukoli projevu neúčasti nebo lhostejnosti. Stejně tak jsou schopni vycítit, zda má o jejich problém někdo skutečně zájem (Syřištová et al., 1989). Popsaný pacient se neustále snažil posouvat hranice a jakákoliv jeho terapeutická léčba byla založena na tom, že mu bude ustoupeno, stejně, jako to znal u své babičky. Neuměl to jinak, téměř vždy vytvářel situace k překonávání ostatními, jen tak byl schopen připustit, že někomu na něm záleží, musely být pro vztah překonány pacientem nastavené překážky, například tykání ze strany pacienta (zachování vykání z mé strany), přicházení do ordinace mimo domluvené termíny... Terapeutický vztah s psychotickým pacientem je problematický zejména v oblasti nastavení vzájemných hranic, které je třeba dodržovat, aby mohl být proces terapie co možná nejúspěšnějším. Důležitou otázkou, kterou si z tohoto hlediska musí terapeut zodpovědět, je, kde se nalézají hranice mezi přátelstvím a zachováním profesionalitu mezi nimi a pacienty. Tato oblast se týká především takových oblastí, jako je poskytování soukromého telefonního čísla či poskytování skutečně upřímné reflexe, jelikož není možné dopředu vědět, jak na ni pacient skutečně zareaguje a zda ji unese (Raboch, Zvolenský, 2001). V úvodu terapeutického procesu s pacientem bývají v mnoha případech terapeuti vystavováni testování a narušování hranic ze strany pacienta. Ti kupříkladu zneužívají získaného telefonního čísla na terapeuta, narušují jeho osobní život atd. Z toho důvodu je potřeba, aby měl terapeut své hranice pevně nastavené, k čemuž obvykle dochází až po předchozích zkušenostech. V rámci každého terapeutického vztahu by však tyto hranice měly být hledány, definovány a následně upevňovány (Rahn, Mahnkopf, 2000).

Jelikož pacient přišel (byl přiveden) v počátku mé profesní kariéry, neměl jsem dostatek zkušeností s důsledným nastavováním hranic, což pacient velmi rychle vycítil a měl tendenci je narušovat. Několikrát jsem se pokusil pacienta předat zkušenějšímu kolegovi, ale vždy to narazilo na odpor ze strany pacienta, posléze i babičky, která neustále říkala, že pokud jsem v danou chvíli jediným, kdo může vnukovi pomoci, tak to není volba, ale povinnost (v dobrém slova smyslu). Terapeut by se měl pokusit nalézt ideální blízkost k pacientovi, jež by mu umožňovala navázání efektivního a upřímného terapeutického vztahu, avšak také ideální vzdálenost, jež bude z jeho pohledu vnímána jako dostatečně bezpečná. Často se přitom stává, že terapeut sám pociťuje, že se pohybuje mezi svou autentičností a vzdáleností vlastních limitů a hranic, když by jejich narušení pro něj mohlo vyvolávat nepříjemné a ohrožující pocity (Vybíral, 2009).

Narušení hranic ve vztahu mezi terapeutem a klientem může být však v některých případech vyvoláno také samotným terapeutem. Z tohoto hlediska je možné uvést případy, kdy se do vztahu terapeut až příliš angažuje a naváže s pacientem velice přátelský a osobní kontakt. Nevhodné z tohoto hlediska je, aby ve vztahu kupříkladu fungovalo tykání či kontaktování mimo domluvená terapeutická sezení. Nevhodnou je pak také tzv. polarizace terapeuta, jenž se dostává do pečující, v některých případech až rodičovské role. V důsledku toho totiž může dojít ke zvýšení klientovy závislosti na něm, což vede ke komplexnímu zborcení předem nastavených hranic jejich vzájemného vztahu (Vybíral, 2009). Dnes jsem přesvědčen o tom, že bych dokázal na pacienta více a lépe reagovat, než tomu bylo dříve. Na druhou stranu také vím, že pokud pacient za mnou někdy v budoucnu ještě přijde, upřímně doufám, že to bude do ordinace, hranice se budou u tohoto konkrétního pacienta posouvat velmi obtížně. Narušování hranic ze strany pacienta se může stát u terapeuta základem jeho strachu a obav o pacienta. V důsledku toho s ním začne jednat obezřetněji a opatrněji, což může vést ke zvýšení rizika toho, že jej terapeut zneschopní a nebude využívat takových strategií a intervencí, které by mohly být jeho budoucí terapii nápomocné (Kalina et al., 2008).

Hranice ve vztahu pacienta a terapeuta jsou důležité z důvodu jistoty terapeuta, který pak bude ve vztahu k pacientovi uvolněnější a otevřenější, a to i z hlediska reflektování vlastních myšlenek. Nenarůstají v něm přitom obavy z toho, že by jeho pacient nebyl schopen tuto reflexi přijmout (Vybíral, 2009). Pacient mi hodně pomohl v přemýšlení o nastavení hranic pro mou terapeutickou praxi, dodržování hranic přitom není důležité jen v tom ohledu, aby se terapeut cítil v bezpečí, nýbrž také z té příčiny, že pevná struktura a dodržování stanovených hranic představuje základní součást terapie. Cítí-li se terapeut ve vzájemném vztahu bezpečně, je schopen prožívat pacientovy krizové a dekompenzované stavy s daleko lepším výsledkem (Kalina, 2013).

Významnou oblastí, již věnuji nyní pozornost, je vlastní integrita, která představuje jistý způsob zvládnání a formy

ochrany terapeutické osobnosti a jejích hranic. Dodržování této struktury je základem terapeutovy vnímavosti vůči sobě samému a svým potřebám, když je v důsledku toho schopen stanovovat přesnou hranici mezi ním a pacientem. Terapeutova integrita je přímo spjata s procesem tvorby hranic a mechanismů, jimiž může pečovat nejen o sebe samého, ale také o pacienta (Raboch, Zvolský, 2001). Vytvoření vlastní pevné struktury usnadní proces budování vztahu s pacienty. Budu-li se jako terapeut cítit jistý a chráněný, bude případný vztah s pacienty založen na užší spolupráci, což je také zdrojem opory.

Tvorba hranic má souvislost také s výběrem pacientů, kdy si sám terapeut vybírá pacienty, s nimiž chce pracovat. Nikdy by přitom neměl spěchat s přijímáním nových pacientů, pokud by to mělo být k neprospěchu těch stávajících. Hranice mají souvislost také s tvorbou frekvencí a délky terapeutických sezení, a to tím způsobem, aby to vyhovovalo nejen jemu, ale také pacientovi. Respektování nastavených hranic má pak souvislost také s dodržováním pracovní doby a opatřeními, jež terapeut učiní v případě, že se pacient nedostaví na předem domluvené sezení (Rahn, Markhopf, 2000). Proces tvorby hranic a mechanismů má přímou souvislost také s nastavováním adekvátních terapeutických cílů, kterých je možné reálně docílit, a to nejen na straně pacienta, ale také terapeuta. Významnými oblastmi z tohoto pohledu je snaha o předcházení pocitům frustrace, vyčerpání a nedostatečnosti vzájemného vztahu (Kalina, 2013).

Překračování hranic může oslabovat léčbu a narušovat vztah mezi terapeutem a pacientem. Typickým projevem je brání dárků od klienta, předražování terapie, zbytečné prodlužování terapie. Mezi překračování hranic patří také nabízení terapie, která pro daný problém není účinná. Pokud je terapie prodlužována i v situaci, kdy by stačil krátkodobý přístup, může terapeut potřebu dlouhodobé léčby racionalizovat (Adshead, 2004).

Problémem, jenž může s překročením hranic z obou stran souviset, je vznik syndromu vyhoření, depresí a somatizace špatného psychického stavu obou stran. Zejména v postavení terapeuta se jedná o závažný problém, když zhoršující se psychický stav ohrožuje budoucí terapeutický proces. Častým jevem se v takovém případě může stát hroucení nastavených hranic a struktury terapeutického procesu, kdy terapeut odvolává domluvená sezení, případně mění jejich termíny. V důsledku toho může docházet k prohození rolí, kdy pacient začne vnímat, že jeho terapeut se potýká s nějakým psychickým problémem. I to je možné považovat za překročení hranic, když si naopak pacient začne dělat starosti o terapeuta a bude chtít dostat se k němu blíž (Kalina et al., 2008).

Role autora | Autor je jediným zpracovatelem studie.

Konflikt zájmů | Bez konfliktu zájmů.

LITERATURA / REFERENCES

- ADSHEAD, G. *Ethics and psychotherapy*. In: Gabbard G, Beck J, Holmes J (eds.). Oxford textbook of psychotherapy. Oxford: Oxford University Press, 2004, 477–486.
- ARNFRED, S. M. Gestalt therapy for patients with schizophrenia: A brief review. *Gestalt Review*, 2012, **16**(1), 53–68. ISSN 1945-4023.
- KALINA, K. *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 978-80-247-7945-4.
- KALINA, K. et al. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-1411-0.
- LERNER, B. H. From careless consumptives to recalcitrant patients: the historical construction of noncompliance. *Soc. Sci. Med.*, 1997, 1423–1431.
- OWEN, R. R., FISCHER, E. P., BOOTH, B. M., CUFFEL, B. J. Medication noncompliance and substance abuse among patients with schizophrenia. *Psychiatr. Serv.*, 1996 Aug, **47**(8), 853–885. doi: 10.1176/ps.47.8.853. PMID: 8837158.
- PESSO, A. *Mezery v rolích*. 2003. Dostupné z: <http://pbsp.cz/texty/txtpps2.htm>.
- RABOCH, J., ZVOLSKÝ, P. *Psychiatrie*. Praha: Galén, 2001. ISBN 80-7262-140-8.
- RAHN, E., MAHNKOPF, A. *Psychiatrie: učebnice pro studium i praxi*. Praha: Grada, 2000. ISBN 80-7169-964-0.
- SYŘIŠŤOVÁ, E. *Příspěvek k psychologii, psychoterapii a prevenci schizofrenní psychózy*. Praha: Univerzita Karlova, 1973. ISBN neuvedeno.
- SYŘIŠŤOVÁ, E. *Skupinová psychoterapie psychotiků a osob s těžším somatickým postižením*. Praha: Avicenum, 1989. ISBN neuvedeno.
- TACCHI, M. J., SCOTT, J. *Improving adherence in schizophrenia and bipolar disorders*. Chichester, UK: J. Wiley & Sons Ltd., 2005.
- VYBÍRAL, Z. *Psychologie komunikace*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-387-1.