

## INDIVIDUALIZOVANÁ PÉČE A INDIVIDUÁLNÍ PSYCHOTERAPIE V TERAPEUTICKÉ KOMUNITĚ

J. TYL, P. VOTÝPKOVÁ

Psychiatrická léčebna Mladá Boleslav – Kosmonosy,  
ředitel: MUDr. P. Štych;  
oddělení léčby závislostí žen,  
primář: MUDr. P. Votýpková

Sdělení je věnováno jubilujícím zakladatelům výcvikové skupinové psychoterapie (doc. Skála, dr. Rubeš, dr. Urban). Máme za to, že bylo zákonité, že se u zrodu výcvikových komunit sešli odborníci na léčbu závislostí, patrně pociťující potřebu účinné psychoterapie u nemoci tak obtížně léčitelné a tak rozšířené více než jiní. Autoři tohoto sdělení absolvovali mnohaletý výcvik v individuální i skupinové psychoterapii a chtějí se podělit o praktické výsledky aplikace svých zkušeností. Literaturu a teoretický fundament své práce uvedli ve svém předchozím sdělení (Votýpková, Tyl, 1989).

Položili jsme si otázku, jaká je (či má být) specifita terapie korelativní specifitě nemoci, se kterou se na oddělení léčby závislostí setkáváme. Tím, co nás vede k dotazování zdánlivých samozřejmostí, je stanovit diagnóze co nejadekvátnější terapeutické postupy.

Co víme o terapii závislostí? V pramenech se obvykle zdůrazňuje režim, sociální převýchova, otužování odolnosti, racionální výživa, stenizující pohybové aktivity a – psychoterapie. Specifita jednotlivých komponent není dále dotazována; je málo zřejmé, čím se liší od rehabilitace po úraze zanechávajícím nějaký trvalý defekt či od chronické interní choroby na jedné straně a od převýchovy antisociálních či kriminálních osob na straně druhé.

Co tedy víme o psychoterapii závislých lege artis? Kolik terapeutů závislých u nás absolvovalo odborný výcvik?

### Individuální psychoterapie v terapeutické komunitě pro závislé

Prakticky výlučná aplikace skupinové psychoterapie závislých ze sebe uvolňuje jakýsi stereotyp, že individuální psychoterapie je v ústavní léčbě čímsi téměř kontraindikovaným. Jako by se zapomnělo, že individuální péče je jádrem medicíny. Individuální psychoterapie je pro každého terapeuta ideálním testem vlastních schopností empatie, utváření vztahu, ustavení pracovní aliance, vhledu, analýzy přenosu a protipřenosu, adekvátnosti intervencí a samostatné produktivity terapie. Naopak přesvědčení, že ve skupině se vlastní nedostatky v těchto schopnostech už nějak schovají a skupina se jaksi táhne sama, toto přesvědčení skrývané za sofistickovanými racionalizacemi dis-

## **J. TYL, P. VOTÝPKOVÁ/ INDIVIDUALIZOVANÁ PÉČE A INDIVIDUÁLNÍ PSYCHOTERAPIE V TERAPEUTICKÉ KOMUNITĚ**

kvalifikuje i pro kompetentní vedení skupinové terapie. Tyto obecné závěry platí, samozřejmě, i pro terapii závislých.

### **Individualizovaný přístup a individuální psychoterapie v terapeutické komunitě**

Vzhledem k rozsahu terapeutického programu v režimové léčbě a skupinové psychoterapii i vzhledem k počtu a výcviku personálu pochopitelně nelze systematickou a dlouhodobou individuální psychoterapii pro každého pacienta zajistit. Každé pacientce jsou však umožněny intermitentní individuální intervence na vlastní žádost či dle volby členů týmu. Tento individualizovaný přístup je na našem oddělení podporován a jsou do něj zapojeni všichni členové týmu. V tomto sdělení však referujeme nálezy ročního sledování výběru pacientek prošlých systematickou individuální psychoterapií. V programu je zahrnuta i krátkodobě individuální psychoterapie poskytovaná párem terapeutů výběrově. Intenzivní psychoterapeutický program optimálně „připravuje“ pacientky, aby maximálně profitovaly i z krátkodobé psychoterapie (kolem osmi sezení).

### **Kritéria výběru**

Do individuální psychoterapie jsou vybírány pacientky podle těchto, často propojených hledisek:

- a) Osobnosti, které neprofitují ze skupinové psychoterapie navzdory příznivým vnějším prognostickým faktorům pro hlubší poruchy osobnosti, často se projevující ve skupině narušenými sociálními vztahy. Skupina tyto projevy obvykle hodnotí jako antisociální a vysunuje takové osoby do pozic černých ovcí. Tyto pacientky zpravidla mají v anamnéze masivní rodinnou zátěž (raná deprivace mateřské péče, rozpadlé rodiny, alkoholismus jednoho či obou rodičů, trestná činnost rodičů, sexuální zneužití otcem). Psychopatologie je rozsáhlá na úrovni osobnosti (difúze identity, defekty sexuální, resp. mateřské role, neschopnost udržet stabilní objektové vztahy atd.) a komplikovaná (suicidální pokusy, zneužívání léků, mentální anorexie, deprese). Nosologicky tyto osoby zpravidla naplňují kritéria hraniční poruchy osobnosti – borderline disorder (Auerbach, 1987).
- b) Matky velmi malých dětí, kdy je dysfunkce v mateřské roli následkem abúzu vysoce riziková pro další generaci.
- c) Pacientky zdravotnických profesí, kde přihlížíme k faktu, že povolání ve zdravotnictví je nejrizikovější profesní skupinou z hlediska ohrožení abúzem (tj. i potenciální recidivou) na straně jedné a k mimořádné závažnosti profesionálního selhání pro zdraví dalších osob na straně druhé.

### **Strategie individuální psychoterapie závislých**

Přiznáváme se, že jsme se při zavádění systematické individuální psychoterapie nechali vést spíše zkušenostmi z vlastního výcviku a klinickou intuicí; systematickým analyzováním účinných faktorů a konfrontací s prameny jsme dospěli k psychodynamicky fundované, hlubinně orientované strategii, v níž kombinujeme techniky dynamické a experienciální psychoterapie.

Patogeneticky trpí závislé osobnosti centrálním defektem self, projevujícím se difúzí identity, nízkým sebehodnocením, pocity ponížení anebo studu, a neschopností mít

## J. TYL, P. VOTÝPKOVÁ/ INDIVIDUALIZOVANÁ PÉČE A INDIVIDUÁLNÍ PSYCHOTERAPIE V TERAPEUTICKÉ KOMUNITĚ

řád sebe. Terapeutická péče má poskytnout dobrý selfobjekt, se kterým se pacient může identifikovat a získat tak vnitřní zdroj sebeúcty a uspokojení ve vztazích. Podle vzoru výchovných komunit bychom ji mohli pracovně charakterizovat jako „rodinný model“.

Jako specificky účinné faktory se nám osvědčily (v sestupném pořadí):

1. povaha terapeutického vztahu;
2. genetická rekonstrukce pacientčiny historie a prožití vytěsněných zkušeností a pocitů;
3. fokus na závislé chování a prožívání všeho druhu (nejen spojené s alkoholem);
4. motivace k systematické introspekci a její nácvik;
5. podpora rozvoji sebeakceptace.

Prvky této terapie uvádějí např. Tähkä (1966), Bratter a Forrest (1985), Kohut (1982) a další.

Z jednotlivých faktorů chceme zdůraznit povahu terapeutického vztahu. Produktivní prvky ve vztahu jsou terapeutova empatie, nepřivlastňující vřelost a opravdovost (Bratter a Forrest, 1985). Terapeut musí pacientovi osvědčit především **schopnost** jej bezpodmínečně přijmout, být kognitivně i afektivně naladěný na to, co pacient zakouší a není schopen sdělit či dokonce si vůbec uvědomit, **schopnost** empaticky mu sdělit své porozumění jeho nesnesitelným vnitřním stavům a nastavovat mu své sebeotevření a **schopnost** mu vyjadřovat respekt jako skutečná osoba skutečné osobě (nezhodnocovat ho např. moralizováním z pozice nedostižné onnipotentní figury).

Empatie jako schopnost cítit na místě druhého a zůstat sám sebou klade v léčbě závislých vysoké nároky primárně na terapeutovu kapacitu integrovat zraňující a konfliktní pocity a zkušenosti (Berger, 1984).

Opakovaně se přesvědčujeme o tom, že centrálními projevy závislých pacientek jsou **ponížení** (u hraničních poruch) a **stud** (u narcistických poruch). Jde o dominující projevy, které jsou provokovány prakticky jakýmkoli dyskomfortem v interpersonálních vztazích. Jde zároveň o projevy hluboce popírané, takže na jejich provokaci jedině reaguje touhou po droze a **vztekem**. Především pacientky indikované pro individuální psychoterapii mají v anamnéze těžká zranění osobnosti (znásilnění otcem, kruté zacházení alkoholickými rodiči jmenujeme na prvních místech), která často přenášejí dále na své okolí včetně vlastních dětí. Uvedené projevy nejsou schopny komunikovat bez plné důvěry v terapeutovo porozumění a přijetí. Za klíčový moment porozumění a akceptace závislých považujeme vzhled do protipřenosu a analýzu protipřenosu (Bratter a Forrest, 1985; Greene et al., 1986). Terapeut, který pacienta, byť **nevědomě** odmítá za jeho chování v době abúzu, vyčítá mu jeho nedisciplinovanost a zlobí se na něho, když se v léčbě nechová podle jeho ideálů, bude mít s navázáním produktivního vztahu starosti. Bratter a Forrest (1985) uvádějí verbis expressis, že úspěšnost mají především ti terapeuti, kteří jsou schopni mít své závislé pacienty rádi; doufáme, že toto je právě náš případ.

Tyto vztahové podmínky jsou při psychoterapii závislých zaměřeny 1. na rekonstrukci a reparaci „základní chyby“ v individuální historii a 2. na její propracování ve vztahu k potřebě drogy esenciální. Vyžadují aktivní přístup na straně terapeuta, empatické „vyjití naproti“ slepým místům či mezerám v pacientově sebeprožívání. Teprve při jejich splnění nabývá terapeutova aktivita směřující ke konfrontaci, intervenci a korekci pacientovy závislosti žádoucí účinnost.

### **Terapeutické techniky**

V rámci psychodynamické orientace využíváme širokého spektra technik, které její různé školy přinesly. Připouštíme, že to může být označeno za eklecticismus; hlásíme se k jednotě strategie a různosti technik podle zásady, že pacientovy potřeby jsou důležitější než terapeutova potřeba čistoty.

Strategicky používáme postupů analytické a experienciální psychoterapie k tomu, abychom evokovali pacientčiny prožitky a pocity, učili ji rozumět jim, rozeznávat jejich tělesný projev a autonomně s nimi zacházet. Genetickou rekonstrukcí pacientčiny minulosti a negativní pocity sloužící závislosti doplňujeme cíleným zážitkovým tréninkem schopnosti si je připustit, unést je a bez drogy zvládnout.

Využíváme techniky volných asociací s tím, že u osobností závislých vyžaduje průběžně aktivní roli terapeuta jako průvodce, který asociuje spolu s pacientkou a přemostuje její cenzurovaná místa.

Výběrově aplikujeme hypnózu; účelově využíváme toho, že program zahrnuje třikrát denně autogenní trénink, jehož vedlejším produktem je zvýšení sugestibility, takže se indukce daří i u osob s primárně nízkou sugestibilitou.

Hypnózu užíváme k více účelům. Facilitujeme s její pomocí vybavování zraňujících zkušeností, které obvykle propracováváme již v bdělém stavu (Sands, 1966). V hypnóze také sugerujeme sebeposilující – tzv. ego building pocity, které závislé osobnosti zpravidla postrádají („já jsem já“, „mám se ráda“ atd.). Konečně používáme klasických instrukcí k abstinenci.

Jak jsme se již zmínili, individuální psychoterapii provádějí dva koterapeuté rozdílného pohlaví. Tento způsob práce zesiluje přenos pacienta, poskytuje mu „náhradní rodičovské figury“, které jsou mu v individuálním sezení plně k dispozici, umožňuje mu větší sebeotevření a širší repertoár rolí terapeutů, a také nabízí prostor pro konzultaci klinických dojmů pro zpřesnění diagnózy osobnosti (Kosch, 1983).

### **Přínos individuální psychoterapie v komunitě**

Na prvním místě jmenujeme individuální efektivitu. U koterapeuticky vedených jedenácti pacientek, které byly zpravidla vybrány pro špatnou prognózu a u kterých se uvažovalo dokonce i o vyloučení z komunity, konstatujeme po zatím ročním sledování 1 recidivu. Efektivita je tedy dosti vysoká a přesahuje průměrnou efektivitu celého oddělení (67 % abstinujících po 2-3 letech sledování). Připouštíme však také, že může jít o chybu malých čísel. Na druhé straně zvažujeme:

1. Šlo až na jeden případ o pacientky málo či vůbec neprofitující ze skupinové psychoterapie, a tedy se špatnou prognózou; individuální péče tudíž významně přispěla k efektivitě oddělení jako celku;
2. individuální péčí prošlo jedenáct pacientek z celkem 45 léčených, což je plná čtvrtina ročního „průtoku“, takže to zase není tak málo. Bylo přitom vykryta 0,4 pracovního úvazku na oddělení (0,2 primářka + 0,2 psycholog).

Druhým, a long významnějším produktem aplikace hlubinné psychoterapie je kontinuální zpřesňování našich znalostí o osobnosti závislého a její psychodynamice na straně jedné a efektivitě terapeutické strategie na straně druhé. Přispívá např. k tomu, že jsme i v našich myslích nahradili stigma „alkoholika“ pojmem závislé osobnosti a s tím související potřebou růstu empatie terapeutů, analýzy protipřenosu atd. i ve sku-

## J. TYL, P. VOTÝPKOVÁ/ INDIVIDUALIZOVANÁ PÉČE A INDIVIDUÁLNÍ PSYCHOTERAPIE V TERAPEUTICKÉ KOMUNITĚ

pinové psychoterapii. Ověření poznatku, že závislé osobnosti mají sníženou schopnost empatie a introspekce, a úvodní odpor k introspektivní psychoterapii nás vedlo k tomu, abychom technikami experienciální psychoterapie skupinově trénovali u našich pacientek rozvoj těchto schopností (např. systematické používání psychodramatu nejen pro řešení problémů protagonistky, ale i pro rozvoj empatie ostatních pacientek). To podle našeho názoru přispívá i k větší efektivitě skupinové psychoterapie a k lepší terapeutické atmosféře v komunitě.

### Závěr

Toto vše nás vede k závěrům, které předkládáme k diskusi v širším okruhu:

1. Pouze syndromologická úroveň dosavadní psychiatrické diagnostiky závislosti (dle stadií rozvoje syndromu) bez přesné diagnostiky poruch osobnosti (nikoli tedy stereotypní „anomální nebo psychopatická“ osobnost) nespovídá ani terapeutovi ani pacientovi. Uvádí se např. (u nás Skála, 1987), že většina klinických psychologů nemá o práci na AT odděleních zájem. Myslíme si, že k tomuto nezájmu přispívá naprostý nedostatek obecného povědomí o barvitě a plastické psychodynamice a vztahovosti závislých, které naprosto není právo statické stigma „alkoholik“ s implicitní téměř infaustní prognózou.
2. Poznatky získané individuální prací především o psychodynamice závislých osobností rozvíjejí celkové pojetí skupinové psychoterapie a socioterapie v terapeutické komunitě.
3. Práce se závislými vyžaduje nikoli více znalostí o alkoholu, nýbrž více schopností nevidět stigma, ale člověka potřebujícího pomoc, nikoli méně, ale více a hlubšího profesionálního výcviku v psychoterapii, nikoli méně, ale více empatie a profesionální lásky.
4. Jako v jiných oblastech medicíny, i zde se přesvědčujeme, že úspěch je přímo úměrný intenzitě péče. Intenzivní péči pak nemyslíme přísnější bodování, ale empaticky nesenou práci na skutečných problémech osobnosti. Terapie v AT péči znamená nikoli jen vyložit pacientovi problém alkoholismu, ale především pomoci vyložit mu sebe sama a změnit jeho potřeby.

### LITERATURA

- Auerbach, A. H.: The Value of DSM-III for Psychotherapy. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 175, 1987, 3, str. 138 – 142
- Berger, D. M.: On the Way to Empathic Understanding. *Am. J. Psychotherapy*, 38, 1984, 1, str. 11 – 120
- Bratter, T. E. – Forrest, G. G.: Alcoholism and Substance Abuse. New York, Plenum Press, 1985, str. 8 – 123
- Greene, L. R. et al.: Borderline Defences and Countertransference: Research Findings and Implications. *Psychiatry*, 49, 1986, 3, str. 253 – 264
- Kohut, H.: Introspection, Empathy, and the Semicircle of Mental Health. *Int. J. Psycho-anal.*, 63, 1982, 4, str. 395 – 408
- Kosch, S. E. et al.: Multiple versus Individual Therapy: Are Two Better than One? *Am. J. Psych.*, 37, 1983, 4, str. 567 – 581
- Sands, S.: The Use of Hypnosis in Establishing a Holding Environment to Facilitate Affects Tolerance and Integration in Impulsive Patients. *Psychiatry*, 49, 1986, 3, str. 218 – 230
- Skála, J. a kol.: Závislost na alkoholu a jiných drogách. Praha, Avicenum, 1987
- Tähkä, V.: The Alcoholic Personality. Helsinki, Free Press, 1966, str. 23 – 136

**J. TYL, P. VOTÝPKOVÁ/ INDIVIDUALIZOVANÁ PÉČE A INDIVIDUÁLNÍ PSYCHOTERAPIE V TERAPEUTICKÉ KOMUNITĚ**

*Votýpková, P. – Tyl, J.:* Osobnost závislých a její terapeutické konsekvence. *Protialkohol Obz.*, 24, 1989, 2, str. 107 – 112

Do redakcie prišlo dňa: 11. 1. 1989

Adresa autora: PhDr. J. Tyl, Dostálova 3, 162 00 Praha 6