

# **Kombinace gestalt terapie a psychiatrických léků**

## **Combination of Gestalt Therapy and Psychiatric Medication**

Jan Roubal, Elena Křivková

---

**publikováno: Roubal, J., Křivková, E. (2013). Kombinace psychoterapie a užívání psychiatrických léků z pohledu gestalt terapie. Psychoterapie, 7, 1, s. 31-40.**

---

abstrakt: Článek popisuje způsob, jak lze uvažovat o používání léků v psychoterapii a přitom zachovávat psychotherapeutický pohled na jedinečnost každého pacienta a dialogickou podstatu psychotherapeutického setkávání. Dichotomický způsob myšlení „psychoterapie versus léky“ je v textu překlenován pomocí metafory „lék jako berle“ či „lék jako protéza“, která vystihuje charakter léku jako externí podpory.

abstract: This article describes a way of thinking about a use of medication in psychotherapy and at the same time keep the psychotherapy view on the uniqueness of every patient and the dialogic essence of an encounter in psychotherapy. A dichotomic way of thinking „psychotherapy versus medication“ is overcome in the text by a metafore of „medication as a crutch“ or „medication as a prosthesis“, which puts well the feature of medication as an external support.

klíčová slova: gestalt terapie, psychoterapie, farmakoterapie, kombinace

key words: Gestalt therapy, psychotherapy, pharmacotherapy, combination

### informace o autorech:

MUDr. Jan Roubal

Psychotherapeut, psychiatr, supervizor a lektor psychotherapeutických výcviku. Asistent na katedře psychologie FSS MU v Brně, spolupracovník Centra pro výzkum psychoterapie při katedře psychologie FSS MU. Spolueditor knih „Současná psychoterapie“ (Portál, 2010) a „Gestalt Therapy in Clinical Practice. From Psychopathology to the Aesthetics of Contact.“ (MarcoAngeli, 2013). Člen EAP, EAGT, SPR. Kontakt: jan.roubal.cz@gmail.com

MUDr. Elena Křivková

Psychoterapeutka, psychiatr, supervizorka a lektorka psychoterapeutických výcviků (IVGT, Instep). Zajímal se o problematiku poruch osobnosti, na tohle téma publikovala a vede vzdělávací kurzy. Kontakt: elena.krivkova@gmail.com

## 1. Úvod

Léčba psychiatrickými léky je součástí léčby psychických obtíží již šedesát let. Gestalt terapeuti se ve své praxi mohou relativně často setkávat s pacienty, kteří užívají psychiatrické léky. Téma psychofarmakoterapie a její kombinace s psychoterapií je však v gestalt literatuře opomíjeno, či jen letmo zmíněno v souvislosti s jiným aspektem gestalt terapeutické práce (např. Stratford, Brallier, 1979; Harris, 1992a, 1992b; Aviram, Levine Bar-Yoseph, 1995; Resnikoff, 1995; Philippon, 1999, Sabar, 2000; Miller, 2001; Brownell, 2011 a další). Popisovat kombinaci gestalt terapie a psychofarmakoterapie není snadný úkol, protože každý z těchto přístupů je ukotven v jiném paradigmatu, vychází z rozdílného pojetí nemoci a zdraví. Domníváme se ale, že k zodpovědné praxi gestalt terapeuta patří i základní znalost psychiatrických léků a také snaha o vlastní porozumění této problematice, které je kongruentní s gestalt terapeutickým přístupem.

V tomto textu využíváme naší zkušenosti psychiatrů, kteří pracují gestalt terapeutickým přístupem a také mají zkušenost s léčbou pomocí psychofarmak. Zkousíme nabídnout způsob, jak je možné o psychiatrických lécích uvažovat, a přitom neztrácet ze zřetele jedinečnost každého pacienta a dialogickou podstatu psychoterapeutického setkávání. Představujeme náš způsob, jak se snažíme překlenovat dichotomický způsob myšlení „psychoterapie versus léky“.

Když pacient užívá léky, může to terapeut svádět k postoji já–to (Buber, 1996), jako by pacient byl objektem léčení. Terapeut se ale setkává s člověkem s jedinečným příběhem, osobitým způsobem kontakt i jedinečnou schopností tvořivého přizpůsobování. Léky do tohoto příběhu, kontaktů a tvořivého přizpůsobování patří. Terapeut se otevírá lidskému setkání já–ty právě teď a tady s tímto pacientem i s celým kontextem jeho života, včetně léků. Pacient přichází do terapeutické situace ovlivněn množstvím vnějších vlivů: může být například po probdělé noci, nebo po lahodném obědě, nebo si třeba ráno vzal Prozac. Stejně tak terapeut přichází do terapeutické situace ovlivněn vnějšími vlivy: dopil například silnou kávu nebo se včera večer pohádal s manželkou či právě skončil jiné náročné terapeutické sezení. Potkávají se dva lidé a psychiatrické léky představují jeden dílek v mozaice celé komplexní situace jejich setkání.

Zásadní důležitost lidského setkávání v psychoterapii a neredukovatelnou komplexitu terapeutické situace jsme při psaní tohoto textu měli stále na mysli, i když se dále v textu úmyslně zaměřujeme na užívání léků, abychom pomáhali zvýšit uvědomění související s tímto dílčím aspektem pole.

## **2. Lék jako součást terapeutické situace**

Pokud pacient užívá psychiatrické léky, ovlivňuje to celou terapeutickou situaci. Lék modifikuje průběh terapie, zasahuje do terapeutického vztahu a ovlivňuje výsledky terapie. Představuje výrazný vnější vliv, který je na psychoterapii a psychoterapeutovi obvykle nezávislý. Pro terapeuta to může být složitá situace, ale ne výjimečná. Takových vnějších nezávislých vlivů je v psychoterapii mnoho<sup>1</sup> a léky jsou jen jedním z nich.

Lék může způsobit výrazný posun v tom, jak pacient prožívá sám sebe a své okolí i jak se chová. To se projeví v terapeutické situaci. Antidepressivum může například pacientovi pomoci zmobilizovat energii a významně tak ovlivní, co se bude v psychoterapeutickém sezení dít. Můžeme si představit, že v takovém případě lék na pacienta působí podobně jako zamilovanost. Ta také dodává pacientovi energii a obchází jeho rozum i uvědomění. Vnější vliv bez přímého vztahu k psychoterapii (zamilovanost) významně průběh psychoterapie ovlivní. Pacient má najednou možnosti, které do té doby nebyly v psychoterapii dosažitelné, cítí příliv energie, věří svým schopnostem, plánuje změny v životě. Tyto možnosti se objevily bez přímé spojitosti s procesem psychoterapie. Zamilování otevírá cestu k netušeným osobním potenciálům, ale když pak přestane účinkovat, může se efekt vytrácet. Účinek některých léků se tomu může podobat, i když nenabývá tak dramatické podoby. Jiné léky mohou mít účinky odlišné, např. napomáhají kontrolovat a integrovat prožitky. Je důležité, aby terapeut důkladně prozkoumával a zvědomoval svůj postoj k takovému ovlivnění terapeutické situace nezávislým vnějším vlivem.

Jako gestalt terapeuti nepovažujeme žádný vliv za nezávislý, nahlížíme situaci holistickým způsobem. Na užívání léku se můžeme dívat jako na nejlepší možný způsob, který pacientovi v danou chvíli pomáhá zvládat obtížnou situaci. Užívání léku souvisí s pacientovou aktuální potřebou, která vyvstává rámci celého pole současných i minulých vztahů k okolí i k sobě samému. Lék interaguje s ostatními subjekty pole různými způsoby: často plní funkci podpory, může ale také zvýrazňovat limity a stigmatizovat, může sloužit k manipulaci okolím a může mít i další úlohy, některé z nich budou popsány v následujícím textu. Podstatné je

---

<sup>1</sup> Vnější nezávislé vlivy jsou považovány za zodpovědné za 40 procent efektu psychoterapie, naproti tomu specifické intervence (např. gestaltové) pouze za 15 procent efektu psychoterapie (Lambert, 1992).

fenomenologickým způsobem zvědomovat, jak lék vstupuje do psychotherapeutické situace a jak ji ovlivňuje.

### 3. Vztahy s lékem

Lék je součástí širšího pole terapeutické situace stejně jako jiné vnější vlivy působící na pacienta, jako je například jeho zaměstnání nebo tělesné nemoci. Lék je prvkem pole, který je, stejně jako každý jiný prvek, potenciálně důležitý v procesu terapie. Když je pacient díky léku více uvolněný nebo třeba ospalý, proměňuje to celou terapeutickou situaci, a lék tak ovlivňuje jak proces terapie, tak i zkušenost samotného terapeuta s klientem. Lék se tak podílí na aktuální organizaci vztahového pole. Působí jak svým přímým farmakologickým vlivem na pacienta, tak psychologickým vlivem na pacienta i terapeuta. V dalším textu budeme zkoumat různé možné vztahy v triádě terapeut–pacient–lék.

#### 3.1. Jak se pacient vztahuje k léku

Lék je v psychotherapii přítomen, i když po většinu času spíše v pozadí. V období krize či uzlových obdobích může lék vystoupit do popředí. Pacient například v krizi potřebuje více léků a mluví o tom v terapii, nebo se cítí lépe a uvažuje o tom, že už léky tolik nepotřebuje. V takových obdobích se užívání léků stává figurou. Vztah, který má pacient ke svým lékům, ovlivňuje celé pole. Proto je potřeba, aby terapeut pomáhal nehodnotícím, fenomenologickým způsobem zvědomovat, jak lék ovlivňuje pacienta, ale také jakým způsobem se pacient vztahuje k lékům.

Pacient může vůči léku zaujmout dva extrémní postoje, či se pohybovat mezi nimi. Na jedné straně může být pacient přesvědčený, že za žádnou cenu lék nechce a musí mu stačit psychotherapie. Pacient se může obávat, že „*když začnu brát léky, už je to se mnou opravdu zlé, jsem blázen*“. Může být ovládnán introjekty „*musím to zvládat sám, nemůže to za mne udělat chemie*“ nebo „*nemůžu si to jenom tak ulehčovat*“. Takovéto introjekty mohou ukazovat na to, že pro pacienta je obtížné přijímat podporu z okolí. Nabídka léku v průběhu terapeutické práce, nebo jenom zmínka o této možnosti, může pak být pro pacienta velmi znejišťující a zahanbující.<sup>2</sup> Pro některé pacienty může být zásadní a nová zkušenost vědomě se spolehnout na pomoc zvenčí v podobě léku, připustit si vlastní slabost a dovolit si přijmout tuto formu podpory z okolí.

---

<sup>2</sup> Takováto situace se může ukázat jako obtížné téma i pro terapeuta, protože gestalt přístup byl ve své historii přetížen požadavkem na sebedoporu. Aby terapeut mohl provázet pacienta k svobodné volbě zdroje podpory, je důležité, aby i terapeut sám měl jasno, jestli je ochoten se nechat podpořit od okolí (například právě formou spolupráce s psychiatrem).

Druhý extrémní postoj může zaujmout pacient, který po léku touží a užíváním léků snižuje nepříjemné prožitky v psychoterapii nebo se jim vyhýbá. Může rezignovat na zodpovědnost za svůj stav a na snahu o celkovou změnu. Sám sebe může vnímat jako bezmocný objekt: „*potíže způsobuje ta deprese, to ten nedostatek serotoninu*“. Pokud se jeho prožitek změní a uleví se mu, může říct: „*Ten Prozac, který teď užívám, je výborný, úplně mne změnil a zvládám to, na co jsem dřív nestačil.*“ Své vlastní schopnosti a odpovědnost za změnu v takovém případě projikuje na lék. Může si pak zvyknout na zmírňování nepříjemných prožitků pomocí léků, zejména bezprostředně působících benzodiazepinů, při každém dyskomfortu, a tím nevyužívat potenciál situací, ve kterých by mohl objevovat možné vlastní zdroje sebedopory.

Psychoterapii je možné vnímat jako proces, ve kterém se buduje schopnost vyvažovat v každém okamžiku využití zdrojů sebedopory a přijímání podpory zvenčí. Pacient i terapeut si během psychoterapie budují realistický (introjekty nezatížený) postoj k tomu, jakým konkrétním způsobem lék ovlivňuje jejich spolupráci. Oba dva se tak mohou učit přijímat lék jako jeden z vnějších zdrojů podpory zde a nyní. V období zvýšené zátěže, nedostupnosti psychoterapie či při zhoršení stavu pak má pacient možnost nechat se podpořit lékem. Může vědomě a svobodně tuto možnost zvažovat a kompetentně se rozhodovat.

### **3.2. Jak se psychoterapeut vztahuje k léku**

Během psychoterapie, do které vstoupila psychofarmaka, mohou terapeuta napadat otázky: Jaký vliv mají psychofarmaka právě teď na proces psychoterapie: urychlují ho, nebo ho spíše zpomalují? Jakou funkci plní lék v terapeutickém vztahu a v celém poli terapeutické situace? Co to znamená pro pacienta, pro terapeuta a pro jejich vztah, když jsou psychofarmaka v průběhu psychoterapie navyšována, snižována, vysazována nebo nově doporučována? Aby mohli psychoterapeut i pacient odpovědi na takové otázky svobodně zkoumat, je důležité terapeutovo uvědomění, jaký je jeho osobní vztah k psychiatrickým lékům, které pacient do pole psychoterapeutické situace přináší. Psychoterapeut, který nereflektuje a odehrává svoji zarputilou skepsi a averzi vůči lékům, poškozují své pacienty stejnou měrou jako lékař, který se u komplexních prožitkových stavů zaměřuje pouze na psychopatologické symptomy, unáhleně předepisuje lék u každého dyskomfortu, a tím brání přirozenému plynutí psychoterapeutického procesu (Fain et al., 2008; in Holub, 2010).

Postoj k psychiatrickým lékům se u jednotlivých psychoterapeutů liší a také se postupně vyvíjí, velmi záleží na tom, v jaké kontextu a s jakými pacienty pracují. Pro terapeuta může být důležité ujasnit si, jaký vztah má ke konkrétnímu léku konkrétního pacienta. Může si sám

pro sebe udělat takovýto experiment: posadí si lék na prázdnou židli a mluví k němu. Může třeba říct: „*Léku, jsem rád, že se navzájem doplňujeme ve své práci. Díky tobě se o pacienta nemusím tolik bát.*“ Nebo může říct: „*Léku, já tě nemám rád, protože mi do té terapie zasahuješ. Pacient je na tobě závislý, já bych tě nejradši z terapie vyhodil. Ale nemůžu, protože on tě chce. Připadám si bezmocný, števeš mně. Tebe má radši než mne. Díky tobě se mu vede lépe.*“ Možná terapeut zjistí, že o léku nic neví, že si potřebuje zjistit informace o jeho vlastnostech, seznámit se s ním a pak pokračovat ve zkoumání svého vztahu k němu. Terapeut potřebuje prozkoumat i svůj vztah k lékům obecně. Může být například ovládnán introjektem: „*Důkazem dobře prováděné psychoterapie je, že pacient již nepotřebuje léky.*“ Může mít dojem, že lék devaluje jeho práci i jeho samotného v terapeutické roli. „*Když pacient musí brát léky, znamená to, že pro něj nejsem dost dobrý terapeut*“. Takové soupeřivé nastavení terapeuta nutně ovlivňuje i proces terapie.

Zkoumání vztahu k lékům pravděpodobně otevře téma terapeutova postoje k medicínskému systému, k diagnózám, k psychiatrům. Terapeut si potřebuje zvědomovat, jak jeho postoj v těchto obecných otázkách ovlivňuje jeho práci s konkrétním pacientem. Jinak by hrozilo, že si například svůj postoj (odmítavý, obdivný či závislý atd.) vůči medicínskému systému bude projíkovat na léky, které pacient užívá. Svůj postoj nemusí pacientovi sdělovat, ale je potřeba, aby si byl vědom toho, jak tento postoj ovlivňuje jeho terapeutické intervence a celou terapeutickou situaci. Pro terapeuta může být užitečné položit si otázky: Co si myslím o psychiatrických lécích a o psychiatrickém systému obecně? Mám já nebo někdo mně blízký osobní zkušenost s psychiatrickými léky? Jaká to je zkušenost a jak ovlivňuje můj postoj k psychiatrickým lékům? Odpovědi na tyto otázky mapují předporozumění terapeuta, které je potřeba zvědomovat a uzávorkovat, aby neblokovaly přirozené plynutí kontaktu s pacientem.

#### **4. Lék jako opora na cestě**

Osvědčilo se nám popisovat užívání léků v psychoterapii pomocí metafor. Může být důležité, aby si každý terapeut našel vlastní metafory, které mu budou sloužit jako kognitivní mapy. Terapeut si může například představit, že lék slouží pacientům jako bunda v zimě. Někdo potřebuje bundu tenčí, někdo silnější a někdo žádnou bundu nepotřebuje. Někdo by bez bundy v zimě nepřežil, někomu stačí ji mít uvázanou kolem pasu, aby byla po ruce. My zde chceme čtenářům nabídnout jinou metaforu, která nám dobře slouží. Je to metafora, která vykresluje psychoterapii jako výpravu: Pacient je na cestě a terapeut ho provází. Když pacientovi dobře neslouží nohy, potřebuje se opírat o berli. Takovou úlohu hrají léky. Například člověka, který je v hluboké depresi, antidepressivum podepře, aby mohl dál hledat

cestu. Léky neukáží cestu, ale usnadní chůzi při jejím hledání. Takto se můžeme podívat i na kombinaci psychofarmaka a psychoterapie. Pacientovi může lék sloužit jako berle a psychoterapie jako rehabilitační cvičení.<sup>3</sup>

Berle může označovat člověka, který nemůže chodit bez vnější podpory, jako hendikepovaného. Můžeme se také na to ale dívat tak, že berle umožňuje hendikepovanému člověku využívat jeho zbývající potenciál k pohybu. Je zde důležitý tento myšlenkový posun: berle neznamena jenom, že je pacient hendikepovaný, že kulhá. Znamená také, že jeho možnosti jsou s berlí větší než bez ní. Berle umožňuje pacientovi využívat potenciál, který mu zůstal – může chodit do práce, nakupovat apod. Když psychoterapeut nechce soupeřit s léky, musí být schopen udělat právě tento myšlenkový posun. Vnímat léky jako vnější podporu umožňující pacientovi realizovat jeho možnosti, které bez berle nebylo možné využít. Je to podobné jako s jinými druhy podpory. Pokud pacient nemá dost sebedopory, potřebuje více podpory vnější. To se týká nejen léků, ale i například strukturovanějšího a aktivnějšího přístupu terapeuta. Pacient obvykle na začátku terapie přichází s větší potřebou vnější podpory. Postupně si pak buduje vlastní zdroje, na které se čím dál více může spoléhat a které vyvažují zdroje vnější podpory. Léky mohou mít u výrazných psychických obtíží významnou stabilizující úlohu především zpočátku psychoterapeutického procesu. Díky svému biologickému působení mohou zvyšovat vlastní kompetenci pacienta a aktivovat jeho vlastní potenciál. Např. antidepresivum může umožnit depresivnímu pacientovi mobilizovat energii, vystupovat z izolace a navazovat vztahy. Léky je pak někdy možné postupně snižovat či vysazovat, ale kompetence pacienta zůstává, pokud je asimilována a posilována v psychoterapii. Důležité je, aby pacient v průběhu psychoterapie dokázal přijmout, že lék mu nedodává něco nového navíc, ale že mu pomáhá probudit vlastní potenciál.<sup>4</sup>

Terapeut společně s klientem tedy zvědomují nejen to, jakou roli lék hraje v životě pacienta a v procesu psychoterapie, ale zkoumají také, jaké nové možnosti pacientovi lék otevírá v jeho životě i jaké možnosti nabízí pro psychoterapeutickou práci. Pacient například zažívá intenzivní strach z vlastních agresivních tendencí. Tento strach ho natolik ochromuje, že o nich není schopen v terapii mluvit. Jediný způsob, kterým dokáže strach zvládat, jsou kompulzivní rituály. Léky strach zmírní, zmenší ho, takže pacientovi nezakrývá celý obzor. Vedle strachu pak pacient může zahlédnout i podporujícího terapeuta, který sedí naproti němu a naslouchá mu.

---

<sup>3</sup> Jsme si vědomi limitů této metafory, která se zaměřuje na fungování pacienta jako jednotlivce a opomíjí kontext.

<sup>4</sup> Je to tak i na biologické úrovni: Antidepresivum nedodává žádný nový serotonin, pouze umožňuje využít ten, který už pacient má.

Psychoterapii můžeme vidět jako rehabilitační cvičení. Když se pacient jen opírá o berli a nerehabilituje, nepřipravuje se na chůzi bez berle a může na ní zůstat odkázaný, může zůstat hendikepovaný. Anebo berli po nějaké době i bez rehabilitace odloží, ale má potom daleko větší potíže s chůzí, než když před odložením berle také rehabilitoval a na odložení berle se připravoval. Pacient může díky rehabilitaci získat nové povědomí o svém těle, může se s ním učit lépe zacházet, může získat pohybové dovednosti a vztah k tělu.

Pacient může například zvládnout depresi jen s léky. Když k tomu ještě pracuje psychoterapeuticky, nepřekonává jen svoje aktuální obtíže spojené s depresí. Díky psychoterapii rozšiřuje spektrum svých možností. Učí se rozpoznávat a zvládat varovné příznaky nastupující deprese, učí se využívat vnější i vlastní zdroje podpory a možná zaslechne existenciální poselství obsažené v jeho depresivním prožitku.

Jako gestalt terapeuti se v naší práci s pacienty zaměřujeme na rozšiřování spektra možností formou psychoterapie, stejně jako se při rehabilitaci procvičují zbylé funkční svaly. Takový přístup vystupuje do popředí naší práce. Zároveň ale je potřeba, abychom si byli vědomi, že léky pacientovi slouží jako berle. Léky jsou, v případě že je pacient užívá, vždy přítomné v pozadí naší terapeutické práce.

Léky mohou mít v životě pacienta i v procesu psychoterapie různou úlohu. Schematicky zde rozlišujeme dvě úlohy léku: lék slouží jako dočasná berle nebo jako trvalá protéza. Toto rozdělení je velmi zjednodušující, osvědčilo se nám ale jako užitečné pro základní orientaci terapeuta, jako hrubé vymezení rozdílného směřování takové psychoterapeutické práce, kde je v pozadí užívání léku.

#### **4.1. Lék jako dočasná berle**

S některými pacienty si úlohu psychoterapie můžeme představit jako rehabilitační cvičení u člověka po úrazu nohy. Lék pak můžeme vidět jako berli, kterou je možné časem odložit. Použití takovéto metafory může být užitečné, když pacient užívá léky, rád by ale časem fungoval bez nich, a tato možnost je reálná. Pacient sám přichází s myšlenkou léky vysazovat a je ochotný snášet dyskomfort, který to může přinést. Chce se aktivně podílet na psychoterapeutické práci, je ochoten zvědomovat a měnit své postoje a dělat změny ve svém životě. Možnosti, které lék pacientovi přináší (např. zmírňuje ochromující úzkost při jízdě nacpaným autobusem) se pacient postupně učí využívat i bez léku (např. se v případě nastupující úzkosti učí pracovat s dechem a tělesným ukotvením).

Pro terapeuta i pacienta může být pak lék dočasným spojencem v procesu psychoterapie.

Mohou vědomě a pragmaticky využívat spojenectví s lékem a pracovat s ním jako s jinými



zdroji vnější podpory, jako jsou např. stabilní zaměstnání pacienta či jeho rodinné zázemí. Terapeut pomáhá pacientovi zvažovat dobrý okamžik, kdy začít s vysazováním léku, okamžik, kdy má pacient k dispozici již dostatek jak sebedopory, tak jiných zdrojů vnější podpory. Také pomáhá pacientovi zkoumat, zda jeho vlastní potenciál, který mu lék umožňoval využívat, je již dosažitelný i bez léku.

Může nastat situace, kdy pacient s postiženou hybností by již zvládl další pohyb jen s pomocí rehabilitace, ale on si na berli již zvykl. Funkce léku se změnila, slouží nyní jako berle, které se pacient nechce vzdát. Lék již neslouží tolik jako vnější podpora, a místo toho začíná pacienta omezovat v hledání nových tvořivých způsobů přizpůsobování.

Důležité je, aby terapeut v tu chvíli netlačil na změnu. Užívání léku je pro pacienta formou kreativního přizpůsobení, lék má pro pacienta určitou důležitou funkci, slouží například jako ochrana. Terapeut respektuje funkci, kterou lék pro pacienta plní, a pomáhá pacientovi zvědomovat, co užívání léku pacientovi přináší a v čem ho omezuje. Lék může pacientovi zajišťovat bezpečí, chránit ho před příliš silným stresem v náročných životních situacích. Může ale také zároveň tlumit pacientovu schopnost prožívat a být v kontaktu s druhými lidmi. Terapeut může s lékem jako s ochrannou strategií pracovat diferencovaně – oceňovat ji, konfrontovat, obcházet. Pomáhá klientovi zvědomovat a přijímat zodpovědnost za to, jaký je zrovna poměr mezi přijímáním vnější podpory a spoléháním se na vlastní zdroje.

*Michaela dlouhodobě zažívá úzkosti spojené se sociálně stresujícími situacemi. Úzkosti jsou někdy tak silné, že jí znemožňují vycházet z domu. Její praktický lékař ji odeslal k psychiatrickému vyšetření, kde jí byla diagnostikována sociální fobie. Psychiatr jí předepsal Neurol (alprazolam – lék rozpouštějící úzkost, potenciálně návykový), který má užívat v případě vystupňované úzkosti. Také jí předepsal Seropram (citalopram – antidepresivum s dobrým anxiolytickým účinkem) k dlouhodobému užívání a doporučil jí psychoterapii. Michaele se velmi osvědčilo vzít si při úzkosti Neurol, obávala se ale, že si vypěstuje závislost na léku. Uklidňuje ji, když ho nosí s sebou jako první pomoc, ale neužívá ho. Seropram Michaela užívá dlouhodobě jednou denně. Kromě toho dochází pravidelně na psychoterapii. Nedokáže si ale představit své fungování bez Seropramu. Lék ji chrání před úzkostí a umožňuje jí žít život tak, jak byla zvyklá. V terapii přichází na to, že jí lék umožňuje, aby sama nemusela nic měnit. Bojí se změny a s ní spojené zodpovědnosti. Lék Michaele slouží jako ochrana, nedokáže si představit svůj současný život bez něj.*

*Terapeut pomáhá Michaele uvědomit si, jakou funkci pro ni lék má. Michaela říká, že lék je pro ni „jako peřina“, která jí umožňuje, aby nebyla tak zraňovaná. Lék zpomaluje proces terapie, protože při jeho užívání necítí velkou potřebu něco měnit. Na druhou stranu jí lék*

*umožňuje v terapii vůbec pokračovat, protože bez léku by pravděpodobně nebyla schopna ani vycházet z domu. Užívání léku je tedy formou kreativního přizpůsobení. Lék funguje jako retardér změny i jako prevence zhroucení.*

*Seropram slouží jako „peřina“, kterou pacientka potřebuje jako ochranu. Bez něj by byla jako nahá, rozdrásaná. Bez léku nemá dostatečnou podporu z okolí. Lék jí dodává podporu a zvyšuje její kompetence. Umožňuje jí docházet do práce a na terapii. Michaela se s lékem cítí lépe a lépe funguje ve svém životě.*

*Michaela vidí Seropram jako činitel změny. Projikuje na lék svůj potenciál ke změně, svoje schopnosti. Schopnosti, které nepatří do jejího sebepojetí. Užíváním léku Michaela zvyšuje svoji kompetenci, ale nevnímá to jako svoji práci, ale jako zásluhu léku.*

*Terapeut jí pomáhá, aby si přivlastnila schopnosti, které projikuje na lék. Michaela si postupně uvědomuje, že ona je činitelem změny a lék i psychoterapie jsou zdroje podpory, které jí předtím v životě chyběly. Její postoj: „Za to, že se cítím lépe, může lék,“ se postupně mění na: „Lék mi pomáhá hledat, jak žít opět život podle svého.“*

Antidepresiva typu SSRI bývají prospěšná i pacientům s mírnější depresí. Zde příliš nesedí metafora léku jako berle. Lidé s mírnější depresí nepotřebují berli, jsou schopni chodit. Ovšem jejich chůze je podobná tomu, jak chodila Andersenova Malá mořská víla. Ta při každém kroku cítila bolest, jak kdyby došlápla na čepel nože. S takovouto zvýšenou bolestivostí mohou lidé s mírnější depresí vnímat své prožitky. Antidepresiva pomohou utlumit jejich vnímání této bolesti, jako kdyby Malá mořská víla chodila v botách s tlustou podrážkou. To jim umožní vnímat i jiné věci než jen bolest v chodidlech, dívat se kolem sebe a navazovat kontakt.

#### **4.2. Lék jako trvalá protéza**

Závažné psychiatrické onemocnění významně pacienta limituje a může omezit některé jeho schopnosti dlouhodobě nebo i doživotně. Léky v takových případech plní funkci trvalé vnější podpory, bez které se pacient neobejde. Metaforicky je možné vyjádřit, že lék zde neslouží jako berle, kterou by bylo možné časem odložit. Lék lze nyní spíše přirovnat k protéze, která nahrazuje chybějící končetinu a umožňuje pohyb. Funkci protézy mají léky zejména v případech, kdy pacient trpí onemocněními, jako je schizofrenie, schizoafektivní porucha, bipolární porucha nebo rekurentní depresivní porucha s endogenními rysy.

Z hlediska terapeuta je velice důležité diagnostické posouzení, zda by se působení léků dalo spíše přirovnat k funkci dočasné protézy, nebo trvalé berle.<sup>5</sup> Realistické posouzení situace umožňuje smířit se s lékem a zbavuje terapeuta přílišného nároku na sebe i na pacienta. Pokud je s lékem smířený terapeut, pomáhá i pacientovi se s ním smířit. A v duchu paradoxní teorie změny se tím v psychoterapii otevírá prostor pro nové možnosti. Pokud by měl terapeut velké nároky („*Terapie by měla směřovat k vysazení léku*“), bude sám sebe limitovat v terapii s pacienty s vážnějšími psychiatrickými obtížemi a může až podléhat terapeutickému nihilismu, že psychoterapie pro tyto pacienty nemá význam.

Typickým příkladem mohou být pacienti v akutním psychotickém stavu. Jejich prožitek sebe sama není dostatečně odlišen od okolí (Spagnuolo Lobb, 2003). Lidé v tomto stavu jsou zahlceni obrovským množstvím informací, a proto nejsou schopni rozlišovat, jestli informace přichází z vnějšího prostředí, či jsou jejich vlastním psychickým výtvořem. Léky (antipsychotika) zmenší množství informací (snížením dopaminu, který informace přenáší), sníží zahlcení a pomáhají pacientovi informace utřídit.

Psychoterapie má významnou úlohu i v léčbě těchto vážně psychicky nemocných pacientů. Když se vrátíme k naší metafoře, můžeme říct, že i pro člověka s protézou má rehabilitace význam. Díky protéze nemůže zbytek těla fungovat normálně, protéza vytváří v těle různé disproporce, jsou zatěžované jiné svalové skupiny. Rehabilitace může tato pokřivení a dopady nerovnováhy alespoň částečně korigovat a udržovat zbylé údy funkční po delší dobu než bez ní. U pacientů s chronickou schizofrenií tak terapeut například doplňuje léčbu antipsychotiky tím, že pracuje s pozadím prožitku pacienta a tím umožňuje vytvoření figury. Pozadím prožitku věnuje se vnímání času a místa jako faktorů umožňujících rytmus a pomáhá pacientovi s vyváženým vymezováním self včetně zřetelného vnímání vlastních potřeb (Spagnuolo Lobb, 2003).

*Jana je 35letá matka dvou malých dětí. Po skončení mateřské dovolené se vrátila nedávno zpět do zaměstnání. Má náročnou práci asistentky, při které jedná s mnoha kolegy i zákazníky, často řeší i konfliktní situace. Je oceňovaná pro svou spolehlivost a zodpovědnost, jen bývá dost často v pracovní neschopnosti kvůli problémům se zády. Nikdo z kolegů netuší, že je to důsledek sebevražedného pokusu skokem z okna paneláku, po kterém následovala hospitalizace na psychiatrii. Jana se třináct let léčí pro psychózu a byla již čtyřikrát hospitalizovaná v akutním psychotickém stavu, kdy její vnímání okolí i chování bylo výrazně*

---

<sup>5</sup> Takovéto posouzení je potřeba dělat v dialogu s pacientem a lékařem, který léky předepisuje. Je potřeba si uvědomovat, že takovéto diagnostické posouzení je vždy pouze provizorní a může se časem změnit. I v situaci, kdy se léky zdály jako nezbytná protéza, se po dlouhé terapii či působením jiných extraterapeutických faktorů může stát, že pacient časem dokáže fungovat bez léků.

změněno paranoidními bludy. Mívá pocity, že je vyvolená a zachrání naši zemi před zkázou. Celých třináct let užívá antipsychotika, občas i antidepresiva a anxiolytika. Dochází na individuální a skupinovou psychoterapii. Dvakrát se pokusila léky vysadit kvůli nežádoucím účinkům a těhotenství, ale její stav se zhoršil natolik, že musela být hospitalizovaná. Zvykla si na užívání Zyprexy, přestože je po ní unavená, má větší chuť k jídlu a připadá si emočně oploštělá. V poslední době byla přetížena, vyčerpaná z dlouhodobého stresu. Opět měla pocit, že si o ní kolegyně v práci za jejími zády povídají, a vytvářela si složité představy možného spiknutí. Musela si zvýšit dávku léků. Psychoterapie jí pomohla ujasnit si situaci a rozhodnout se pro částečný invalidní důchod, kterému se dlouho bránila. Nyní je ráda, protože bude v práci kratší dobu a lépe zvládne domácnost i děti, v čemž jí také pomáhá vstřícný manžel. Složitější může být situace v případě bipolární poruchy, kdy se pacient po odeznění epizody mánie nebo deprese může domnívat, že léky nepotřebuje. Navíc může mít pocit, že užívaná tymoprofylaktika oplošťují jeho emocionalitu a znemožňují mu prožívat sebe a vztahy s lidmi naplno. Vysazení tymoprofylaktika však vede k dekompenzaci, k manické nebo depresivní epizodě, které mohly léky zabránit, nebo ji alespoň oddálit či zmírnit. Terapeutickým úkolem je v tomto případě pomáhat pacientovi zvědomovat a přijímat limit, který pro něj představuje jak nemoc, tak psychiatrické léky.

Podobná situace může nastat v případě pacientů s rekurentní depresivní poruchou. Tam, kde pacient ve své historii zažíval opakovaně těžké depresivní propady, zejména v závislosti na ročním období a bez zřejmého vnějšího podnětu, je nutné mít na paměti, že antidepresiva pro něj plní roli protézy, i když její nutnost není v období mezi jednotlivými fázemi deprese zjevná.

Pacient může vnímat nepříjemné nežádoucí účinky léků (např. útlum, zpomalení, emoční oploštění, nadváhu, fyzickou ztuhlost), které pak mohou vést k izolaci a stigmatizaci pacienta. Zároveň ale nemůže léky vysadit, aniž by hrozilo velké riziko závažného zhoršení psychického stavu. Terapeut rozumí pacientovým obtížím způsobeným léky a zároveň realisticky vidí důvody pro nutnost jejich užívání. Přijímá lék jako limit, který zmenšuje rozsah možností tvořivého přizpůsobování jak v pacientově životě, tak přímo v psychoterapeutické práci. Terapeut pracuje s lékem vědomě jako s nevyhnutelným limitem terapie, podobně jako pracuje s jinými limity psychoterapie (např. nepodpůrné zázemí, nedostatek financí nebo nižší intelektová kapacita). Přizpůsobuje tomu terapeutický styl a pomáhá zvědomovat úlohu limitu v životě pacienta i v terapeutickém vztahu. Pomáhá pacientovi přijmout omezení a vedle toho objevovat a rozvíjet schopnosti, které má k dispozici.

## 5. Závěr

Užitečnost opodstatněné kombinace psychoterapie s farmakoterapií je podpořena výzkumem genetického a biologického působení psychoterapie, který překonává dualistické oddělování mysli a těla (Wright, Hollifield, 2006). Také Williams a Levitt (2007) ve svém výzkumu dospívají k holistickému přístupu a opouštějí dichotomii biologie versus psychologie.

Klíčovým pojmem je pro ně pacientovo „zapojení“ („agency“), tedy jeho schopnost aktivně se účastnit psychoterapeutického procesu a činit vlastní rozhodnutí v životě. Psychoterapie pomáhá pacientovi zvyšovat jeho schopnost mobilizovat svoje „zapojení“ a používat terapeutovy intervence k tomu, aby se léčil sám. Medikace je užitečná v případě, pokud pomáhá pacientovi zvyšovat jeho „zapojení“ a zapojovat se do psychoterapeutického procesu (např. tím, že se díky užívání léků pacientovi stabilizuje nálada a zlepšuje se jeho schopnost reflexe). Není naopak užitečná v případě, že pacientovo „zapojení“ snižuje (Williams a Levitt, 2007). Jako gestalt terapeuti dodáváme, že léky jsou užitečné také v případě, že usnadňují kontakt pacienta a terapeuta.

Léky mohou být užitečné v procesu psychoterapie, pokud jako jeden ze zdrojů podpory pomáhají snižovat znehybnující míru úzkosti. Energie původně uvězněná v nadměrné úzkosti je pak pacientovi k dispozici jako vzrušení umožňující spontánní a smysluplný kontakt s okolím. Terapeut je v takovou chvíli přítomný jako partner ochotný vstupovat do pracovního vztahu a otevírat se lidskému setkání.

### Poznámky:

Text je zkrácenou verzí kapitoly „Combination of Gestalt Therapy and Psychiatric Medication“ z knihy Francesetti, G., Gecele, M., Roubal, J. (2013). *Gestalt Therapy in Clinical Practice. From Psychopathology to the Aesthetics of Contact*. MarcoAngeli. Vznik tohoto článku byl podpořen z prostředků grantového projektu GAP407/11/0141.

### Seznam literatury

1. Aviram, O., Levine Bar-Yoseph, T. (1995). Phenomenology of Sleep: Gestalt Therapy and Insomnia. *The British Gestalt Journal* 4 (1), s. 23–30.
2. Buber, M. (1996). *Já a ty*. Olomouc: Votobia.
3. Brownell, P. (2011). *Gestalt Therapy for Addictive and Self-Medicating Behaviors*. New York: Springer.
4. Fain, D. S., Sharon, A., Moscovici, L., Schreiber, S. (2008). Psychotropic medication from an object relations theory perspective: An analysis of vignettes from group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy* 58 (3), s. 303–327.
5. Harris, C. O. (1992). Gestalt Work with Psychotics. In Nevis, E. C. (Ed.). *Gestalt Therapy. Perspectives and Applications*. New York: Gardner Press, s. 239–261.

6. Holub, D. (2010). Kombinace psychoterapie a farmakoterapie. In Vybíral, Z., Roubal, J. (Eds.). *Současná psychoterapie*. Praha: Portál, s. 494–504.
7. Miller, M. V. (2001). The Speaking Body. *The Gestalt Journal* 24 (2), s. 11–30.
8. Philippson, P. (1999). A Process Focus and the Here and Now in Brief Gestalt Therapy. *The British Gestalt Journal* 8 (1), s. 4–6.
9. Resnikoff, R. (1995). Gestalt Family Therapy. *Gestalt Journal* 18 (2), s. 55–76.
10. Sabar, S. (2000). Bereavement, Grief, and Mourning. A Gestalt Perspective. *Gestalt Review* 4 (2), s. 152–168.
11. Spagnuolo Lobb, M. (2003). Creative Adjustment in Madness: A Gestalt Therapy Model for Seriously Disturbed Patients. In Spagnuolo Lobb, M., Amendt-Lyon, N. (Eds.). *Creative Licence, The Art of Gestalt Therapy*. Wien: Springer-Verlag, s. 261–277.
12. Stratford, C. D., Brallier, L. W. (1979). Gestalt Therapy with Profoundly Disturbed Persons. *The Gestalt Journal* 2 (1), s. 90–104.
13. Williams, D. C., Levitt, H. M. (2007). Principles for facilitating agency in psychotherapy. *Psychotherapy Research* 17 (1), s. 66–82.
14. Wright, J. H., Hollifield, M. (2006). Combining Pharmacotherapy and Psychotherapy. *Psychiatric Annals* 36 (5), s. 302–305.