

# SKUPINOVÁ TERAPIE ZÁVISLÝCH NA ALKOHOLU V AMBULANTNÍ PRAXI – PSYCHODYNAMICKÉ ASPEKTY

MUDr. Petr Zahradník

Psychiatrická ambulance, Brno

V léčbě závislých na alkoholu je v ambulantní praxi často využíváno skupinové terapie, zpravidla v eklektické podobě. Sdělení nabízí psychodynamický pohled na některé aspekty léčby závislých ve skupinách, většinou spíše opomíjený, včetně kazuistických ilustrací.

## Úvod

V psychoterapii závislých pacientů (zejména závislých na alkoholu) bývá zpravidla preferována terapie skupinová před individuální. Skupiny mívají většinou eklektický („integrativní“) rámec se směsí prvků podpůrné, motivační a behaviorální léčby. Psychoanalytický či psychodynamický přístup zůstává vzácností. Faktem je, že ani ze strany analytických terapeutů není velký zájem o práci s touto klientelou. Často je citována Freudova zmínka v dopise Ferenczimu z r. 1916 o tom, že závislí pacienti nejsou vhodní k analytické léčbě, protože těžko, se kterými se v terapii setkávají, obvykle vedou k opakovaným návratům k droze (1). Interpretace nevědomých konfliktů mají často jen malý vliv na pijácké chování pacientů samotných (3). Signifikantní je jistě i fakt, že v analytickém časopisu *International Journal of Psychoanalysis* byly za posledních 35 let publikovány pouze 3 články, týkající se analytického přístupu k závislým pacientům. I když citované momenty mají bezesporu svou platnost, není dle mého soudu nezbytné rezignovat na pokusy porozumět psychodynamickým aspektům fungování skupin závislých.

Terapeuti pracující se závislými většinou dobře vědí, jakým frustracím jsou v souvislosti s opakovanými selháními klientů vystavováni; zdá se, že v terapeutickém rámci skupiny lze protipřenosové afekty, zejména zlost a agresi vůči „nespolupracujícím“ pacientům, zvládnout lépe, neboť jsou často odehrány skupinou namísto terapeuta. Zdá se rovněž, že ve skupině s adekvátní terapeutickou kulturou – jejíž ustavení je pochopitelně v úvodní fázi skupinové práce do značné míry závislé na terapeutovi – je vytvářen dostatečný tlak na autentičnost sdělení pacientů a skupina urychluje rozpuštění obranných mechanismů méně motivovaných klientů. Tento moment může ovšem v určitých situacích nabývat až antiterapeutických rozměrů. Není neobvyklá situace, kdy je nově příchozí člen skupiny či komunity v lůžkovém zařízení vystaven masivnímu agresivnímu tlaku spolupacientů (např. na „dozná-

ní“ skutečného rozsahu konzumace, rodinných či profesních následků pití, které mohou být částečně zamlčovány apod.). Pokud se popsané momenty odehrávají v extramurálních podmínkách a nejsou skupinovým terapeutem ošetřeny, mohou vést až k odchodu pacienta ze skupiny. Podobné situace vnímám nejen jako snahu skupiny eliminovat nežádoucí nové příchozí „sourozence“ (jak se tomu děje i ve skupinách pracujících s jinou klientelou než se závislými pacienty), ale rovněž jako snahu členů skupiny obnovit vlastní narcistickou rovnováhu, těžce testovanou přiznáním závislosti na alkoholu a nutností přijmout terapii, prostřednictvím devalvace skupinových nováčků.

Jak upozornil skupinový analytik M. Nitsun (6), nabídka zařazení do skupiny nebývá často pacienty přijímána pozitivně. Fantazie o skupině jsou směřovány k představě nedostatečné intimity (narozdíl od dyadické terapie), členové skupiny jsou v představách nově příchozích většinou těžce degradovaní jedinci, často na pokraji sociálního kolapsu a bezdomovectví. Tyto fantazie jsou projekcí vlastních prožitků devalvace. Skupina je často vnímána jako „náhražka“ kvalitnější individuální terapeutické péče a její preference ze strany terapeuta může být pacientem chápána jako další doklad vlastní degradace a tím prohloubit jeho narcistickou traumatizaci („Alkoholik si nic lepšího nezaslouží.“). Nezdídky je s tímto postojem nevědomě identifikován i sám terapeut. **(Na jednom protialkoholním oddělení s režimem terapeutické komunity byla v odpovědi na stížnosti pacientů na absenci individuálního kontaktu s terapeuty prezentována skupinová terapie jako nutnost, vyplývající z omezených časových možností malého počtu terapeutů na oddělení).** Výsledkem nedostatečné identifikace terapeuta s metodou může být štěpení mezi představou o „dobrém prsu“ – individuální péči – a „špatném prsu“ – skupině; důsledkem je zrychlené formování „antiskupiny“ (6), do níž jsou kondenzovány agresivní a destruktivní fantazie členů skupiny. Její existence se projevuje řadou mo-

mentů, jako jsou odchody ze skupiny, tvorba podskupin, opakované porušování abstinence vedoucí ke zpochybňování efektivity terapie apod. Štěpení představuje obranu typickou pro hraničně strukturované pacienty. Interpretativní práce terapeuta by pak měla směřovat ke snaze udržet stabilitu skupiny a tím jí umožnit i dostatečné narcistické zhodnocení. V našem společenském kontextu – v souvislosti s dobami nedávno minulými – může skupinový rámec evokovat u pacientů pocit násilného tlaku ke kolektivnímu sdělení prožitků induktrivaných vnější autoritou, se snahou po jejich unifikaci (přípustný je jen „oficiální názor“, jiné alternativy je možno prezentovat pouze mimo skupinový prostor).

## Zvláštnosti skupin závislých pacientů

Z vlastní zkušenosti mohu uvést, že skupiny závislých se od „neurotických“ skupin liší v řadě aspektů. Mám za to, že vykazují **menší kohezi**. Málokdy je porušována zásada abstinence od kontaktů členů mimo skupinu. Členství ve skupině je pro pacienty dokladem jejich stigmatizace a nebývá zájem tuto stigmatizaci prohlubovat. Odchody ze skupiny jsou relativně časté (většinou se v ambulantních podmínkách ukazuje jako neudržitelná představa o vedení uzavřené skupiny, reálnější variantou je alternativa skupiny polootevřené, doplňované dle situace ve skupině). Opuštění skupiny představuje masivní útok na skupinový narcismus (skupina „není tak dobrá, aby vyléčila“), současně oživuje zkušenosti většiny členů skupiny, kteří během své pijácké kariéry byli konfrontováni s řadou ztrát – rozvody, odmítání ze strany rodičů, dětí apod. Deprese spojená s prožitkem ztráty se ovšem dostavuje jen zřídka, bývá překryta manickými obranami, případně jsou selhání jiných členů skupiny zpracovávány jako narcistické gratifikace („abstinence není lehká a obstojí jen nejlepší“).

Výrazným momentem je **nízká frustrační tolerance** závislých pacientů. Skupiny často

volí nezraňující „bezpečná témata“, což lze chápat jako doklad skutečnosti, že pacienti usilující o abstinenci nevědomě reflektují vlastní křehkost a zranitelnost; nemají nyní možnost korigovat frustrující prožitky dosažením okamžité slasti, kterou alkohol nabízí. Když se napijí, během několika sekund je mi lépe a životní strasti se mi jeví jako zvládnutelné, případně bezvýznamné. Jak uvádí Freud ve své stati *Smutek a melancholie* (2), „účinek alkoholu vede ke zrušení ekonomických nákladů na vytěsnění“, v důsledku čehož dochází k rozpuštění úzkosti („pokud se jedná o veselou opilost“). Abstinence – ale ani léky, které pacienti někdy vyžadují – nic podobného nenabízí, účast ve skupině rovněž ne. Snahu o předčasné ukončení léčby (v ambulantních i ústavních podmínkách) vnímám jako známku nedobré prognózy ne proto, že pacient skončí dříve, než dostane vše, co mu může léčba nabídnout, ale proto, že naznačuje něco podstatného o jeho schopnosti snášet dlouhodobou frustraci; tou je samozřejmě i abstinence od drogy.

Více než v ostatních skupinách je nastolena otázka **hodnoty** vlastní, ale rovněž skupiny jako celku. Členství ve skupině pro závislé pacienty bývá většinou v prvních fázích prožíváno jako masivně devalvující. Pokusy řešit téma hodnoty skupiny zařazením závislých pacientů do běžných „neurotických“ skupin se přitom nejvíce jeví jako šťastné – klienti obvykle nepocítí v podobných skupinách možnost o alkoholové tematice hovořit a unikají do „psychiatrizace“. Je zesílena obrana, dle které závislost je jen sekundárním symptomem, prvotním problémem jsou např. deprese, jejichž zvládnutí – nejlépe orálními dosycením vhodnou medicací po dostatečně dlouhou dobu – problémy s pitím vyřeší. I když téma souvislosti deprese a závislosti by vyžadovalo větší prostor, většina terapeutů zřejmě potvrdí, že podobné pokusy vedou ke zklamání na všech stranách trojúhelníku pacient – terapeut – příbuzní.

Popsané fenomény odpovídají převážně narcistické skupinové patologii; ta ve skupinách závislých převládá, i když individuální patologie závislých pacientů je pochopitelně širší a nezahrnuje jen narcisticky strukturované pacienty. V terapii se lze setkat s celým spektrem psychopatologie, kde se na jednom pólu nacházejí úzkostní pacienti s neurotickými obranami, dále depresivní pacienti, pacienti s ranými osobnostními poruchami, na opačné straně spektra pak kupříkladu pacientky s poruchami příjmu potravy anorekticko-bulimického typu se sekundárním abúzem alkoholu. Tento výčet si v žádném případě neklade nároky na úplnost.

Významnou skupinu představují **emočně instabilní** pacienti, ať již **hraničního** či **impul-**

**zivního** typu. Hraniční pacienti zaplavují skupiny primitivními afekty, vztekem, závistí, agováním, obranami typu štěpení, projekcí, projektivních identifikací apod. Skupina musí být schopna vytvořit dostatečně stabilní prostředí, ve kterém je prostor pro podporu („holding“) a „kontejnování“ psychických obsahů těchto pacientů – tedy proces, ve kterém jsou ohrožující elementy ze strany pacientů promítány do skupiny (která zde reprezentuje mateřský objekt) s tím, že ta je schopna je symbolicky „detoxikovat“ a v neškodné podobě vrátit zpět pacientovi. Důležitým vodítkem pro skupinu bývá kapacita samotného terapeuta pro uvedené procesy a jeho schopnost ubránit se nekontrolovaným protipřenosovým reakcím, snaže distancovat se od nepřijatelných fantazií pacienta apod. Současně je ale nezbytná i konfrontace pacienta s realitou a přiměřené ohraničení a strukturování terapeutické situace, což bývá zejména v úvodu terapie opět úkolem terapeuta. Při dodržení těchto nesporně náročných podmínek lze i hraniční pacienty ve skupinách udržet a ti z nich mohou po delší terapeutické práci profitovat (7). Zdá se ale, že i dobře fungující skupina je schopna pojmout jen velmi omezený počet pacientů tohoto typu (nejvýše 1–2), jinak jejich destruktivita vítězí i v rámci skupiny. Emočně instabilní pacienti impulzivního typu bývají pro ambulantní skupiny závislých ještě náročnější a snaha o jejich udržení v rámci ambulantní skupiny se bohužel většinou mívá účinkem; na místě je spíše doporučení absolvovat nejprve ústavní terapii. Rámec terapeutické komunity poskytuje pevnější strukturu k neutralizaci jejich impulzivitu. Podobně málo perspektivní bývají bez úvodní ústavní léčby pacienti s **dissociální** poruchou osobnosti.

### Přenosy a protipřenosy ve skupinách závislých pacientů

I když se ve skupinové terapii obecně (s některými specifickými výjimkami, jako jsou některé formy erotizovaných či paranoidních přenosů) přenosové momenty neobjevují v čisté podobě, ale v podobě fragmentů, případně specifických skupinových fenoménů, jako jsou rezonance či zrcadlení (7), přece jen se lze pokusit o pojmenování některých charakteristik. Zdá se, že přenosy mají především narcistický ráz, a to ve všech podobách – idealizující, zrcadlící i alter-ego přenos (4). Idealizace skupiny a terapeuta („*obešel jsem už řadu doktorů, ale nikdo mně nepomohl, o vás jsem slyšel to nejlepší a jenom vy mi můžete ještě pomoci*“) se rychle střídá s devalvací (odchody recidivujících pacientů, příběhy o jiných pacientech, kteří prošli radou léčby, a to i v ordinaci samotného terapeuta, bez jakéhokoliv efektu). I když se nedoporučuje idealizu-

jící přenosy předem rušit, ale interpretovat je až ve chvíli, kdy dojde k jejich „natržení“ (5), přece jen nemusí situaci výrazně uškodit jasné vymezení rámce v podobě věcné informace o tom, že výsledek léčby není závislý pouze na umu a schopnostech samotného terapeuta, ale je dán spoluprací a motivací obou stran. Za zvláštní formu alter-ego přenosu v podobě identifikace s terapeutem lze považovat pokračování doléčování pacientů ve svépomocných organizacích (Anonymní alkoholici) či socioterapeutických klubech, kde se sami ztotožňují s rolí terapeuta.

K přenosovým fenoménům ve skupině lze přiřadit i obsazení skupinových rolí. Specifickou funkci ve skupinách závislých plní **obětní beránci**. Jedná se o členy skupiny, kteří trvale neabstínují, případně i do skupiny docházejí ne vždy zcela střízliví, ale současně mohou udržovat integritu skupiny. Ostatní skupinová pacienta do nich projikují vlastní zakázaná přání (pokračovat v pití), současně vůči nim mívají často nevědomé pocity viny a snaží se je ve skupině udržet. Odlišnou situaci samozřejmě představuje moment, kdy začne pít významná část členů skupiny. Zde se jedná spíše o projev destruktivních skupinových fenoménů (viz výše zmíněná antis skupina). Skupina je v podobné situaci vážně ohrožena ve své existenci i v terapeutické funkci (pití, nikoliv abstinence, se stává skupinovou normou). Nezbytný je zásah terapeuta na ochranu skupiny, třeba i v podobě vyloučení některého ze členů skupiny, pokud nelze nalézt jiné řešení.

**Kazuistický příklad 1:** Do skupiny pro závislé pacienty byla přijata rozvedená matka 3 dětí (2 v adolescentním věku, nejmladší syn ve věku předškolním), v pozici samoživitelky, s nepříliš funkčním partnerským vztahem (s přítelem nesdílela společnou domácnost, o děti se starala sama). Přijetí předcházela závažný odvykací stav deliriosního charakteru, pro který byla přijata na somatické oddělení nemocnice a zde přeléčena. Nabídku ústavní léčby odmítla, akceptovala možnost docházky do ambulantní terapie. Pacientka do skupiny docházela vcelku pravidelně, nicméně zjevně neabstinovala, na některá sezení se dostavovala pod vlivem alkoholu. Možnosti intenzivnější léčby včetně zavedení antabusové medicíny případně ústavního léčení opakovaně odmítla. V sezeních často přinášela témata životních křivd, počínaje nespravedlivými tresty ze strany rodičů a učitelů v dětství až po necitlivé chování sociálních pracovníků, které ji navštěvovaly a kontrolovaly její domácnost. Po několika měsících docházka zcela přerušila s tím, že skupina mě v obavách o její osud, ale rovněž o osud jejího malého dítěte, požádala, abych ji přímo ze skupinového sezení telefonicky kontaktoval, ujistil se o jejím stavu a zno-

vu ji do skupiny pozval. Pacientka následně skutečně docházku obnovila, ovšem až do plánovaného ukončení skupiny se jí nepodařilo abstinence dosáhnout. Před ukončením práce ve skupině její členové obsáhle diskutovali o tom, jak této ženě dále pomoci, aniž by bylo nalezeno vhodné řešení. Pacientka sice přislíbila docházku do další, následně otevřené skupiny, avšak nedostavila se a ordinaci již nekontaktovala.

V uvedeném příkladě pacientka masivně atakovala pocity viny skupiny i terapeuta, do kterých projikovala předchozí „sadistické“ – ubližující – objekty, s nimiž získala v průběhu života zkušenost. Pocity viny byly zesíleny rovněž tím, že skupina nevědomě reflektovala skutečnost, že pití pacientky pomáhá udržet abstinenci dalších členů skupiny. (Skupina skutečně vykazovala poměrně neobvyklou soudržnost a pracovala od počátku do konce v prakticky nezměněném složení). Snaha udržet ji ve skupině – v jiných případech nepřilíš obvyklá – tedy zřejmě souvisela se skupinovým pocitem viny za to, že skupina z její přítomnosti profitovala, aniž by jí dokázala nabídnout dostatečnou pomoc.

Vhodné je zmínit rovněž sadomasochistické přenosy, odehrávané jednak v realitě klientů, jednak ve skupině. Pití může fungovat jako prostředek kontroly vlastních self – objektů – tedy osob, které pacienti používají jako součást sebe sama vzhledem k tomu, že disponují vlastnostmi, které sami dle svého soudu postrádají. Z tohoto důvodu se jich ani nemohou vzdát. **(Před řadou let jsem se setkal s pacientkou, jejíž partner deklaroval odhodlání pomoci jí v jejím problému s pitím slovy „neopustím jí, dokud ji z toho nedostanu“.** **Není obtížné porozumět tomu, proč v dané situaci byly pokusy o léčbu neúspěšné).** Opakované excesy v pití mohou testovat vlastní destruktivní potenciál, ale rovněž fungovat jako prostředek onnipotentní kontroly nad terapeutem i skupinou, stejně jako nad životním partnerem. V životní realitě pacientů nebývají výjimkou sadomasochistické vztahy fungující na bázi pocitů viny. Pacienti vnímají soužití s partnerem jako utrpení, které jsou ovšem nuceni (a mohou) snášet vzhledem k tomu, že svým pitím utrpení rovněž působí. Alternativa abstinence může být odmítnuta i proto, že pacient nevědomě tuší, že porušení křehké sadomasochistické rovnováhy může existující vztah těžce narušit, případně zcela zničit; epizodické excesy jsou v podobných situacích životní nutností. V terapii těchto pacientů se terapeut sám může snadno stát sadistickým objektem, trestajícím pacienty za utrpení, které mu působí svými recidivami, a odehrávat tím v protipřenosu roli identickou s rolí životního partnera pacienta.

**Kazuistický příklad 2:** Do jiné skupiny polootevřeného charakteru dlouhodobě docházel pacient s komplikovanou anamnézou; v období adolescence se objevila řada problémů včetně delikventního chování. V tomto období navázal kontakt se ženou, svou budoucí manželkou, která mu dopomohla k sociální stabilizaci, umožnila mu dokončit maturitu, získat dobré zaměstnání, následně participovat na jejím podnikání atd. V následujícím manželství začala ovšem uplatňovat své nároky na jeho loajalitu; požadovala, aby upravoval svůj vzhled, oblečení, ale rovněž např. tělesnou hmotnost dle jejích požadavků (přála si, aby přibral na váze, neboť štíhlí muži ji nepřitahovali). Pacient snášel tyto požadavky s narůstající nelibostí, nicméně vzhledem k tomu, že cítil závazek vůči ženě, která ho „zachránila“, nechtěl odporovat, případně z manželství odejít. Řešením byly epizodické excesy masivního abúzu alkoholu, které navodily u pacienta následné pocity viny, jež mu umožnily situaci dále snášet. Sadomasochistický modus manželství neumožňoval dlouhodobou abstinenci, na čemž nic nezměnila ani dlouhodobá docházka do skupinové terapie.

Protipřenosové aspekty zahrnují rovněž řadu problémů. Ze strany terapeutů – kteří sami zpravidla neprošli závislostí – bývají obtíže s komplementární identifikací s pacienty. Mohou se objevovat pokusy dyzidentifikovat se s členy skupiny zaujetím expertní role ve skupině. Může být přítomno nevědomě odmítání pacientů, případně – jak již bylo zmíněno – odehrávání sadistických protipřenosů, ke kterým ostatně pacienti poskytují četné příležitosti. Živnou půdou pro podobné obtíže mohou být různé momenty v osobní historii terapeuta, např. abúzus alkoholu u jeho vlastních rodičů, nevědomé a nereflaktované pocity viny, pocity bezmoci, onnipotentní fantazie o záchraně pacientů jako obrana proti těmto pocitům atd. Nelze nabídnout jiné řešení než kvalitní výcvik terapeuta a supervizní (či intervizní) práci.

## Diskuze

Jak naznačují uvedené příklady, významný ve skupinách závislých je narcistický aspekt, často obtížně řešitelný. Téma vlastní devalvace bývá v sezeních nastolováno v různých podobách. Poměrně častý je motiv „nerovnosti“ – členové skupiny poukazují na rozmanité celebrity z oblasti sportu, kultury či politiky, jejichž alkoholové excesy jsou mediálně prezentovány, aniž by následovaly zřetelné negativní důsledky (případně jsou dokonce zasazeny do pozitivního kontextu). Identifikace závislosti je tedy chápána v souvislosti se sociálním statutem, čímž jsou relativizována „objektivní“ měřítka, ostatně nijak pregnantní (viz MKN 10). Obdobnou funkci plní i často prezentovaný

pocit členů skupiny, že jsou závislí proto, že byli jako závislí označeni (lékařem, manželkou, rodiči apod.).

Jako pokus o řešení prožitku masivní devalvace lze vnímat i téma minorit, bojujících o svou hodnotu a uznání, které pacienti ve skupinách často nastolují. Skupiny se zabývají konflikty mezi homosexuální menšinou a heterosexuální většinou, objevuje se tematika národnostních či rasových minorit apod. Téma jsou často inspirována aktuálním děním: v nedávné době se jedna ze skupin intenzivně zabývala vstupem ČR do EU, výrazná byla úzkost z pohlcení („ztráta národní identity“). Spojitost s tématem uchování abstinentské identity v obklopení konzumentskou majoritou se zdá být zřetelná a takto jsem ji rovněž interpretoval.

Řešení, která závislí pacienti ve skupinách nacházejí, mají různé podoby. Jednou z častých možností je snaha **narcisticky obsadit abstinenci samotnou**. Tato varianta je terapeuticky často vědomě podporována, zejména v podobě snahy motivovat pacienty k zakládání socioterapeutických klubů, svépomocných skupin atd., které se mnohdy pokoušejí vykonávat rovněž osvětovou činnost, angažovat se za omezení volného prodeje alkoholu apod. Je zřejmé, že v této podobě se jedná o externalizaci vlastního vnitřního konfliktu kolem vědomí nutnosti abstinence a touhy po znovuužití alkoholu; konflikt se přesouvá do vnější reality, kde je snáze kontrolovatelný. Externalizací je také – vzhledem k tomu, že obtíže s naléhavým vnučováním alkoholu ze strany okolí nikdy nepopisují jiní pacienti než závislí – problém „odmítání skleničky“, řešený někdy behaviorálními postupy. Abstinence, resp. „boj za její udržení“ je sama o sobě pacientovou odměnou. Problémem bývá fakt, že pacienti zpravidla záhy zjišťují, že samotná abstinence jejich interní konflikty plně neřeší; v některých případech se objevují dokonce s větší naléhavostí. Následně zklamání z nenaplněných příslibů může být motivem k dalšímu pokračování v konzumaci drogy.

Již zmíněno bylo **předčasné ukončení léčby**. To mívá opět narcistický parametr (pacient naznačuje, že je schopen z léčby vytěžit více za kratší dobu než ostatní, „obyčejní“ pacienti, je tedy i v této situaci úspěšnější, výkonnější). Léčba je chápána jako izolovaná krátkodobá epizoda bez kontinuity s předchozím a následným životem, stejně jako předchozí abúzus. Převládá tendence k opouzďení a izolaci – pití i léčby. Problémem tohoto řešení je fakt, že stigmatizující je i abstinence, která je neustálou připomínkou předchozího selhávání. Je proto nutno ji tajit, což se ovšem dlouhodobě nemůže dařit; dalším krokem je pak oživení varianty „kontrolovaného pití“.

ktoré ve své podstatě představuje primitivní obranu ve formě popření.

### Závěr

Jaká „hodnotná“ řešení může závislým pacientům terapeutická skupina nabídnout? Odpověď není jednoduchá; nezbyvá, než aby skupina dlouhodobě pracovala na zhodnocení své vlastní reálné identity, kterou lze definovat snad tak, že se jedná o seskupení lidí s vážným problémem. Ten ovšem nepopírají, ale snaží se jej jednak řešit cestou abstinence, jednak integrovat do svého já tak, aniž by byli nuceni cítit se zcela bezcenní, i když nejsou dokonalí. Jedná se tedy o cíle příbuzné s cí-

li léčby narcistických pacientů. Pro emočně instabilní osobnosti hraničního typu je pak významné přijetí a podpora ze strany skupiny i terapeuta, současně pak i nahrazení jejich

primitivních obran obranami zralejšími. Jak obtížná a dlouhodobá je cesta k tomuto cíli, mohou jistě potvrdit všichni, kdo se závislými pacienty pracovali či pracují.

### Literatura

1. De Paula Ramos S. What can we learn from psychoanalysis and prospective studies about chemically dependent patients? *Int J Psychoanal* 2004; 85: 467–488.
2. Freud S. Smutek a melancholie. Sebrané spisy Sigmunda Freuda. Praha. 2002; 10: 365–378.
3. Gabbard GO. Psychodynamická psychiatrie v klinické praxi. American Psychiatric Press. Washington DC. 2000: 597 s.
4. Kohut H. Obnova self. Psychoanalytické nakladatelství. Praha. 1991: 138 s.
5. Mikota V. O ovlivňování duševních chorob. Psychoanalytické nakladatelství. Praha. 1995: 140 s.
6. Nitsun M. The Anti-Group: Destructive forces in the group and their therapeutic potential. *Group Analysis*, 1991; 24: 1–20.
7. Roberts J, Pines M. Skupinová analýza v praxi. Psychoanalytické nakladatelství. Praha. 1998: 183 s.
8. Yalom ID. Teorie a praxe skupinové psychoterapie. Konfrontace. Hradec Králové. 1999: 704 s.

## Skrácená odborná informácia o produkte Ciprex

**ZLOŽENIE:** Každá tableta obsahuje 10 mg escitalopramu (ako oxalát). **INDIKÁCIE:** Liečba depresívnych epizód. Liečba panickej poruchy s alebo bez agorafóbie. **DÁVKOVANIE:** Bezpečnosť denných dávok nad 20 mg nebola preukázaná. Ciprex sa podáva v jednej dennej dávke a môže sa podať s jedlom alebo bez jedla. **Liečba depresie:** Obvyklá dávka je 10 mg jedenkrát denne. V závislosti od individuálnej odpovede pacienta sa dávka môže zvýšiť na maximálne 20 mg denne. **Liečba panickej poruchy:** V prvom týždni liečby sa odporúča úvodná denná dávka 5 mg, potom zvýšenie na 10 mg denne. V závislosti od individuálnej odpovede pacienta sa dávka môže zvyšovať až na maximum 20 mg denne. **Pacienti nad 65 rokov:** V úvodnej liečbe treba počítať s polovičnou dávkou z odporúčanej a maximálna dávka by mala byť tiež nižšia. **Pacienti so zníženou renálnou funkciou:** U pacientov s miernym alebo stredným stupňom poškodenia funkcie obličiek nie je potrebná úprava dávkovania. U pacientov s ťažko poškodenými renálnymi funkciami ( $CL_{CR}$  pod 30 ml/min) sa odporúča zvýšená opatrnosť. **Pacienti so zníženou hepatálnou funkciou:** Počas prvých dvoch týždňov liečby sa odporúča úvodná denná dávka 5 mg. V závislosti od dlhodobom podávaní môže náhle ukončenie užívania SSRI u niektorých pacientov vyvolať reakcie z náhleho ukončenia liečby. Aj keď sa pri ukončení liečby takéto reakcie z náhleho ukončenia liečby môžu objaviť, dostupné predklinické a klinické dôkazy nenaznačujú, že by SSRI spôsobovali závislosť. U escitalopramu sa reakcie z náhleho ukončenia liečby systematicky nehodnotili. V racemického citalopramu sa reakcie z náhleho ukončenia liečby prejavili týmito príznakmi: závraty, bolesti hlavy a nevoľnosť. Príznaky boli väčšinou mierne s prechodným charakterom. V dvojito zaslepených a placebo kontrolovaných štúdiách sa nasledujúce nežiaduce účinky vyskytli častejšie pri podávaní escitalopramu ako pri podávaní placeba: nevoľnosť, zvýšené potenie, ospalosť, závraty, nespavosť, zápcha, hnačka, zníženie chuti do jedla, sexuálne dysfunkcie, únava, horúčka, sinusitída, zívanie. **NEŽIADUCE ÚČINKY:** Nežiaduce účinky sa najčastejšie vyskytujú počas prvých 1–2 týždňov liečby a obvykle sa ich intenzita a frekvencia s pokračujúcou liečbou zmierni. Po dlhodobom podávaní môže náhle ukončenie užívania SSRI u niektorých pacientov vyvolať reakcie z náhleho ukončenia liečby. Aj keď sa pri ukončení liečby takéto reakcie z náhleho ukončenia liečby môžu objaviť, dostupné predklinické a klinické dôkazy nenaznačujú, že by SSRI spôsobovali závislosť. U escitalopramu sa reakcie z náhleho ukončenia liečby systematicky nehodnotili. V racemického citalopramu sa reakcie z náhleho ukončenia liečby prejavili týmito príznakmi: závraty, bolesti hlavy a nevoľnosť. Príznaky boli väčšinou mierne s prechodným charakterom. V dvojito zaslepených a placebo kontrolovaných štúdiách sa nasledujúce nežiaduce účinky vyskytli častejšie pri podávaní escitalopramu ako pri podávaní placeba: nevoľnosť, zvýšené potenie, ospalosť, závraty, nespavosť, zápcha, hnačka, zníženie chuti do jedla, sexuálne dysfunkcie, únava, horúčka, sinusitída, zívanie. **GRAVIDITA A LAKTÁCIA:** Nie sú dostupné klinické údaje o použití escitalopramu u gravidít. Predpokladá sa, že escitalopram sa vylučuje do materského mlieka. Dojčiacie matky by nemali byť liečené escitalopramom alebo by mali prestať dojčiť. **DÁTUM POSLEDNEJ REVÍZIE TEXTU:** apríl 2004.

**Držiteľ rozhodnutia o registrácii:** H. Lundbeck A/S, Ottiliavej 9, DK-2500 Kodaň-Valby, Dánsko. Kontakt v SR: Lundbeck Slovensko s.r.o., Zvolenská 19, 821 09 Bratislava 2

[www.ciprex.com](http://www.ciprex.com)