

Být psychiatr je někdy stigmatizující. Lidé si myslí, že mám trénink a nemohu se trápit, říká odborník



IVETA TANOCZKÁ



Psychiatr Michal Patarák. Foto: Tomáš Hrivňák, Denník N

Na sledování seriálů a filmů o psychických poruchách nemá čas, o mnoha však slyšel od svých pacientů. „Občas přijde člověk s tím, že si diagnostikoval konkrétní

onemocnění na základě nějakého filmu, seriálu, článků nebo TikToku," popisuje psychiatr Michal Patarák. V rozhovoru také vysvětluje, že v intenzitě a počtu výkřiků překonají psychiatrii mnohdy i jiná nemocniční oddělení, a přibližuje, proč není od věci kombinovat přístupy psychiatra a psychologa.

V rozhovoru se mimo jiné dočtete:

- Jaké faktory mohou spustit psychickou poruchu?
- Co čeká člověka v psychiatrické ambulanci?
- Proč je dobré mít psychiatra i psychologa?
- Jak je to se vztahem mezi kreativitou a psychofarmaky?

Jak reagují lidé, když řeknete, že jste psychiatr? Jsou s tím spojeny podobné obavy jako u syndromu bílého pláště u lékařů?

Nevím, jestli to, že jsem psychiatr, lidem zvyšuje tlak jako u syndromu bílého pláště. Ale jsou s tím spojeny různé představy, které se psychiatrie a psychiatrů týkají.

Například když mě někdo na večírku představí a řekne „to je psychiatr“, generuje to sérii zvláštních zážitků. Mám o zábavu postaráno, protože někde v koutě pak chvíli poslouchám o manželech, manželkách, tchyních, mámách a tak dále. Být psychiatrem mě společensky diskvalifikuje. Takže toto mi, lidé, nedělejte. *(Směje se.)* Někteří si představují, že umím číst myšlenky. Myslí si, že skenuju jejich reakce a že ze slovníku, který používají, umím dedukovat, jaké mají životní problémy nebo potíže.

Očekávají, že je diagnostikujete?

reklama

Přesně tak. Lidé si často myslí, že je diagnostikují celou dobu, i když na to zrovna nemám náladu nebo mám volnou chvíli a diagnostikování a práce jsou to poslední, na co myslím. Přesto si myslí, že psychiatr je ve mně přítomen stále.

Být psychiatrem je někdy i stigmatizující. Lidé si myslí, že zvládne všechno. Že se nemůže trápit, nemůže mít psychické potíže, protože má trénink a výcvik na to, jak je zvládnout. Někdy je to poměrně skličující a psychiatr těžko přichází za jinými s vlastním problémem, byť by někdy i chtěl nebo potřeboval.

Lidé mají o psychiatrických odděleních různé představy, někteří si je raději ani nepředstavují. Kdo jsou pacienti hospitalizovaní na nemocničním psychiatrickém oddělení?

Jsou to lidé, které potkala psychická porucha, stala se jim nějaká událost, což vedlo k reakci, kterou už nemají zcela pod kontrolou, která jim způsobuje potíže. Mají symptomy, které splňují kritéria psychické poruchy, stalo se jim něco špatného, traumatická zkušenost nebo mají problém s užíváním látek či s projevy, které nejsou naší běžnou součástí, jako například halucinace, bludy a tak dále.

Tito lidé mají psychickou poruchu, ale jsou stejní jako my ostatní, z masa a kostí. Mnohokrát když vyjdou z psychiatrického oddělení, na nich není vidět žádná zvláštnost,

kvůli které bychom na ně měli upozorňovat nebo je měli vnímat jako odlišné. Toto koncipování lidí s psychickými poruchami jako jiných mi vysloveně vadí.

Málo se také mluví o tom, že tito lidé po vyléčení nebo poté, co se naučí s poruchou žít nebo ji zvládat, žijí mnohdy mnohem kvalitnější nebo hodnotnější život než předtím. Nebo hodnotnější než lidé, kteří psychickou poruchu neměli nebo nemají. Je to velmi zajímavé, sledujeme to v praxi velmi často.

Nemusí to být tak, že lidé, kteří jsou hospitalizováni na psychiatrii, měli násilné sklony nebo bezprostředně zažili něco velmi traumatického či tragického?

Přesně tak. Nemusíte nutně zažít traumatickou událost, abyste měli psychickou poruchu. Mnohdy rozhoduje konstituce, tedy geneticko-biologické pozadí, které si člověk nevybírání. Psychická porucha může být podmíněna biologicky, řekněme psychózy, schizofrenie, přičemž mnohé rizikové faktory pro vznik těchto diagnóz jsou sociálního charakteru.

Několikanásobně častěji nebo pravděpodobněji můžete mít depresi, pokud žijete v nevyhovujících sociálních podmínkách, v chudobě, pokud nemáte dostatek finančních prostředků, možností. To, co chcete ve svém životě změnit, vám nejde kvůli prostředí – o tom je vliv sociálních faktorů na psychické poruchy. Nebo se člověku stane úraz třeba hlavy, po kterém může vzniknout psychická porucha.

Její vznik nemusí vůbec souviset s psychickými mechanismy, například v případě demence. Může se stát, že jste užíval lék na nějakou nemoc, který má nežádoucí účinky a může spustit psychickou poruchu, například kortikosteroidy a další. Příčin vzniku psychické poruchy je opravdu mnoho.

Rizikovým faktorem samozřejmě je, byl-li člověk svědkem nějaké traumatické události, byl-li zneužíván, zažil-li negativní životní událost, ztrátu milované osoby, se kterou se mu těžko vyrovnává, a podobně. Nemusí to být křičící násilník, to je stereotyp. Statistiky říkají, že násilných skutků se v drtivé většině dopouštějí lidé, kteří jsou takzvané psychicky zdraví, a ne lidé s psychickými poruchami. Ti jsou v tomto v menšině.



Podle Michala Pataráka žijí mnozí pacienti po odchodu z psychiatrického oddělení kvalitnější život, než žili před hospitalizací, dokonce kvalitnější než mnozí lidé, kteří psychickou poruchu nemají nebo nikdy neměli. Foto: Tomáš Hrivňák, Denník N

Mám kamarádku, která otevřeně mluví o své hospitalizaci na psychiatrii, ale neustále se potýká s překvapenými pohledy a cítí odsouzení, když o tom někomu řekne. Proč se na psychiatrické pacienty nepřestáváme dívat skrz prsty?

Boj se stigmatem je velmi náročný. Dříve jsem si ve své kariéře psychiatra myslel, že při snaze o destigmatizaci to půjde snáze, zvláště když se člověk snaží o změnu jasnými vstupy do systému, státu a médií, ale takto to prostě nefunguje. Lidé u nás, tedy recipienti destigmatizačních aktivit, je nemusí přijímat s otevřenou myslí. Důvodů k tomu je víc.

Kde vidíte překážky v pochopení?

Lidé si stále myslí, že psychická porucha znamená selhání, ostudu. To je u nás velmi zakořeněné přesvědčení. Myslí si, že člověk má psychickou poruchu proto, že si neporadí s událostí nebo trápením, se kterým by si poradit měl. Tento postoj je v nás funkčně, idealisticky i normově nastaven. Přesvědčení, že psychická porucha je selhání, máme v sobě opravdu silně zakořeněné a je těžké to kvůli destigmatizaci vyvrátit nebo přetvořit. U nás je problém přijmout konceptualizaci psychických poruch a to, co psychiatrie je, bez předsudků a bavit se o tom otevřeně.

Přesto posledních možná deset let vychází o psychických poruchách stále více kvalitních článků a mediálních výstupů. Osvětový materiál je zároveň stále kvalitnější. I sami lidé s psychickými poruchami už mluví do médií, což je skvělé. Přesto jsme se jako společnost – co se týče přijetí a pochopení psychických poruch – posunuli v minimální míře.

Představy laiků ovlivňují také filmy a seriály, které zejména v minulosti ukazovaly psychiatrie jako děsivá místa, kde pacienti křičí a jsou násilní. V současnosti naopak vzniklo několik seriálů, například Ginny And Georgia, Spinning out nebo Sex Education, které duševní potíže ukazují v realistickém světle. Pomáhá popkultura image psychiatrie, nebo je to ještě dnes spíše naopak?

Škoda že jsem ty seriály a filmy neviděl. Nemám na to čas. Filmy a seriály mohou mít pozitivní i negativní vliv. V dnešní éře je v masmédiích množství informací o psychiatrii a psychických poruchách, mezi nimi i množství kvalitních. Kromě toho, že mnoho informací může zvýšit poznání lidí a dělat osvětu, to často vede i k tendencím k samodiagnostice. Lidé si na základě filmů nebo seriálů myslí, že mají konkrétní poruchu, trápí se.

Občas přijde člověk na psychiatrickou ambulanci s tím, že si diagnostikoval konkrétní onemocnění na základě nějakého filmu, seriálu, článků nebo sociální sítě TikTok. Ale my mu danou poruchu nediodiagnostikujeme. V tom spočívá rozdíl mezi tím, co si člověk o svých obtížích nebo trápení myslí, a profesionálním postojem. Jde o problém subjektivního, vnímaného a objektivního, respektive zhodnoceného zdraví.

Ale že by byla psychiatrie místem výkřiků, jak se to někdy prezentuje, není pravda. Samozřejmě se občas stává, že někdo křičí. Jsou různé psychické poruchy a jejich projevy. Často však zažijete více výkřiků na jiných nemocničních odděleních, například na interním nebo neurologickém oddělení nebo urgentních příjmech. Různé lidské projevy i tohoto charakteru jsou přítomny na různých odděleních. Křik rozhodně není specifikem psychiatrie.

Michal Patarák (1981)

- Psychiatr a prezident Slovenské psychiatrické společnosti.
- Pracuje jako přednosta II. Psychiatrické kliniky Slovenské zdravotnické univerzity ve Fakultní nemocnici s poliklinikou FD Roosevelta v Banské Bystrici.
- Věnuje se pedagogické činnosti na Fakultě zdravotnictví Slovenské zdravotnické univerzity v Banské Bystrici.
- Věnuje se také přednáškové, publikační a osvětové činnosti.

Psychiatrie vychází z **modelu**, že člověk je biopsychosociální bytost. Co to znamená?

George Engel v roce 1977 představil biopsychosociální model, který by měl platit pro celou medicínu. Nejde o něco, s čím pracuje pouze psychiatrie, i když samozřejmě především psychiatrie. Engel mluvil o celé medicíně, protože každé onemocnění má biologický, psychologický a sociální aspekt. Je to širší psychosomatická konceptualizace člověka jako bytosti, nejen jako nějakého biologického organismu, k čemuž má medicína tendenci.

Člověk však má osobní prožívání, což je velmi důležité, má osobnost, která má hodnotu a důstojnost, i sociální kontext, ve kterém se nachází. Se všemi těmito koncepty pracujeme a je nesmírně důležité to respektovat v celé medicíně. Myslím si, že my lékaři bychom měli spět k holistickému pohledu na člověka, ale zhoršujeme se v tom.

Jak? V čem vnímáte zhoršení?

Medicína se velmi biologizuje. Interakce s člověkem, který přichází do styku se zdravotní péčí, je vedena spíše na biologické úrovni. Podle té se také diagnostikuje a nastavuje léčba. Léčba je především biologická a psychosociální faktory se staví do pozadí. Nevěnuje se jim tolik pozornosti.

Psychosociální faktory jsou však velmi důležité. Ovlivňují, jak člověk pocituje důvěru, mnohé jsou plastické vůči soucitu a empatii, které vytvářejí a optimalizují vztah lékař–pacient a integrálně souvisí s léčebným výstupem. Důležité je, nakolik lékař respektuje, z jakých kruhů daný člověk pochází, v jakém sociálním prostředí žije, jaká je jeho rodina, hodnoty, náboženství a tak dále.

Důležité je také to, co pacient a jeho okolí od léčby očekávají a co si člověk o svém onemocnění myslí. Biopsychosociální model je opravdu velmi hodnotný koncept pro celou medicínu, ale musí být skutečně praktikován a reflektovat život.

Jaké různé faktory přispívají k tomu, že se u člověka psychická porucha rozvine?

Odrazím se od biopsychosociálního modelu. Biologické jsou všechny faktory, které mohou na biologické úrovni působit. Například léky, jakož i genetika a geneticko-biologické pozadí člověka. Existují psychické poruchy, které mají velmi nízkou míru dědičnosti nebo biologického faktoru, například posttraumatická porucha. Při ní záleží spíše na tom, jaké má člověk zvládací mechanismy, pevné a bezpečné prostředí, ve kterém žije, s jakou traumatickou událostí se setkal a jak silně na něj dolehla, jak zareagoval.

Jsou i onemocnění, třeba schizofrenie, schizoafektivní porucha, bipolární porucha, u nichž je míra genetických faktorů mnohem vyšší. Respektive tyto poruchy mají familiární výskyt, což znamená, že se ve zvýšené míře vyskytují v jistých rodinách.

Předpokládáme – a mnohé výzkumy tomu nasvědčují –, že familiární výskyt je způsoben dědičností, tedy genetickým faktorem, ale nejen tím.

Existují také metabolické faktory. Odvíjejí se od toho, jak funguje metabolismus člověka, například na úrovni centrálního nervového systému. V této souvislosti hovoříme o neurotransmisi čili přenášení signálu mezi neurony a fungování jednotlivých neuronálních okruhů, které podmiňují různé psychické funkce. Mozek však řídí celé tělo, nepodmiňuje pouze takzvanou psychiku, což je mimochodem velmi důležité pro uvědomění si širších psychosomatických souvislostí.

Máme také psychologické faktory. Patří sem sebeúcta, sebehodnota, sebevědomí, úroveň stresu. Nadlimitní zátěž, kterou se člověk stále snaží překonávat nebo které je vystaven a kterou není schopen zvládnout, je velkým rizikovým faktorem psychických poruch. Zejména takzvaných reaktivních poruch, které doslova reagují na nadměrnou zátěž. Zátěž může být objektivně nadměrná, ale stačí, že je nadlimitní na poměry konkrétního člověka.

Každý má jinou míru zátěže, kterou zvládne. Říkáme tomu odolnost nebo faktor rezilience. Rezilience je protektivním faktorem proti mnoha psychickým poruchám. Mezi psychologické faktory patří stres, traumatické události, prostředí, v jakém se člověk pohybuje a žije, jak pěstuje vztahy, jaký pocit smysluplnosti nebo prázdnoty má ze svého života a z toho, co dělá. Důležité je, zda si připadá užitečně, nebo neužitečně. To vše může souviset s psychickou poruchou nebo s tím, zda je člověk vůči psychické poruše odolnější, nebo méně odolný.

Máme také sociální faktory. Zahrnují, zda má člověk vyhovující, nebo nevhovující sociální podmínky, zda má kolem sebe milující lidi, nebo ty, se kterými je permanentně v konfliktu, případně zda žije v mikrokomunitě, ve které vznikají různé sváry, ve které se cítí nejistě, a ne bezpečně. Patří mezi ně i výchova, vzdělání, se kterými může souviset, nakolik si člověk umí poradit s různými životními obtížemi.

Sociální faktory zahrnují nejen mikrosociální, ale i makrosociální faktory a končí až u politiky, která v podstatě také souvisí s naším psychickým zdravím nebo s tím, co společnost od člověka očekává.



„Křik rozhodně není specifikem psychiatrie,“ bourá mýtus psychiatr Michal Patarák. Foto: Tomáš Hrivňák, Denník N

Zmínil jste, že společnost stále vnímá psychickou poruchu jako selhání daného člověka. Z vámi popsaných faktorů ale nevyplývá, že by člověk selhal nebo nebyl dost silný, a proto se u něj psychická porucha vyvinula.

Ano, přesně tak. Není to o síle nebo slabosti člověka. I když si lze položit otázku, co je vlastně slabost. Mnozí lidé mi o sobě říkají, že jsou příliš citliví, emocionální, senzitivní. Podle jejich interpretace mají pro tyto vlastnosti tendenci více psychicky trpět nebo mít psychickou poruchu. Považují svou emocionalitu za slabost.

Na to jim vždy říkám, že se na emocionalitu mohou dívat jako na přednost, protože je přece skvělé být emocionální. Emoce nám říkají, co pro nás má hodnotu, co je důležité. Zabarvují nám život, který by byl bez nich chladný a jednotvárný.

Pokud člověk cítí dlouhodobou silnou úzkost nebo má jakékoliv duševní potíže, co by měl udělat, když chce vyhledat pomoc? Měl by zajít nejprve k psychologovi a ten ho případně doporučí k psychiatrovi? Nebo by se měl k psychiatrovi objednat sám?

Tuto otázku dostávám velmi často. Člověk nemusí cítit ani dlouhodobou úzkost, stačí i krátkodobá. Mnohdy se stává, že lidé mají záchvat úzkosti, jsou tím vylekaní, potřebují to s někým probrat a chválabohu vyhledají profesionála. Bohužel v rámci psychiatrie mohou narazit na velký problém, kterým jsou dlouhé čekací lhůty pro psychiatrickou ambulanci.

Péče, kterou u psychologa a psychiatra dostanete, není dichotomizována. To znamená, že neplatí, že některé případy jsou pouze pro psychologa a některé jen pro psychiatra. Spíš bych řekl, že linka péče může být dvousměrná: člověk se může klidně dostat od psychologa k psychiatrovi, například když psycholog po sezení doporučí, aby klient probral své potíže i s psychiatrem, protože by možná potřeboval také farmakologickou léčbu.

Může se také stát, že psychiatr řekne, že pacient nemá až tak závažný problém, aby ho diagnostikoval jako psychickou poruchu, a doporučí jej k psychologovi nebo psychoterapeutovi, se kterým na svých potížích může pracovat. Mnohdy je nejlepší, když člověk navštěvuje psychiatra i psychologa simultánně. Psychiatrický a psychologický přístup lze kompetentně kombinovat.

Jaký je v tom rozdíl?

Psycholog není lékař, tedy vám nepředepíše léky, a nabízí psychologické prostředky léčby, například psychoterapii, relaxační metody, poradenství při řešení životního problému. Psychické potíže člověka nemusí být nutně diagnostikovatelnou psychickou poruchou. Psycholog se jí nemusí ani zabývat a může řešit jen obtíže daného člověka. Stejně tak platí, že člověk může mít psychickou poruchu, ale v rámci její léčby je dobré zaměřit se na jistou životní oblast, způsob chování, což může psycholog dělat.

Psychiatr je lékař. Má lékařský pohled na problém, diagnostikuje psychickou poruchu jako rozpoznanou poruchu zdraví, navrhuje léčbu, která může být jak farmakologické, tak nefarmakologické povahy.

Když se člověk rozhodne a jde k psychiatrovi, co ho v ambulanci čeká?

Čeká ho setkání s odborníkem na psychiku, který umí diagnostikovat a léčit psychické poruchy a může mu pomoci s jeho psychickými obtížemi. Čeká ho setkání s lékařem, který má kompetence vyřešit jeho problém. To samo o sobě může být velmi osvobozující a mnohdy spojeno s úlevou, kterou je na lidech i vidět. V ambulanci psychiatra se člověk setká s někým, kdo se ve většině případů snaží o autentický kontakt naplněný vzájemnou úctou, respektem.

Takhle to vypadá – nebo by mělo vypadat – v psychiatrických ambulancích. Není se čeho bát. Člověk si k psychiatrovi přináší problém nebo utrpení a právě tím, že se k odborníkovi dostane, stoupá pravděpodobnost, že se utrpení zbaví, že se sníží jeho míra.

Mění psychofarmaka osobnost? To je jedna z běžných obav lidí, že se z nich po užívání léků najednou stane jiný člověk.

Cílem léčby psychofarmaky je měnit psychický stav člověka. Psychofarmakum má zmírnit psychické potíže, a tedy musí působit na vnímání, myšlení, poznávací schopnosti nebo paměťové mechanismy. Jednoduše řečeno zasahuje do vědomí člověka. Psychofarmakum však nemá jak měnit osobnost člověka. Osobnost je pevnější struktura, relativně ustálený soubor osobnostních rysů, jejichž jednota je sice dynamická, ale relativně ustálená. Psychofarmaka nemají rozkládat nebo měnit osobnost.

Účelem psychofarmak je léčit psychickou poruchu čili zmírňovat symptomy a psychické potíže. Nemohu potvrdit, že by nepříznivě zasahovala do osobnosti člověka. Spíš bych řekl, že psychofarmakum může osobnosti pomoci vrátit se do svého fungování.

Samozřejmě je nutné zůstat nohama na zemi, protože ne vždy je možné navrátit psychické zdraví podle představ jedince – ve smyslu vrátit minulost. Psychofarmaka mohou člověka nasměrovat k větší seberegulaci, autonomii, funkčnosti nebo psychickému zdraví a je to nová zkušenost, ne otočka do minulosti.



„Psychofarmaka mohou člověka nasměrovat k větší seberegulaci, autonomii, funkčnosti nebo psychickému zdraví a je to nová zkušenost, ne otočka do minulosti,“ říká Michal Patarák. Foto: Tomáš Hrivňák, Denník N

Lidé se bojí, že po užívání léků už nebudou veselí nebo kreativní jako kdysi. Hrozí to?

Samotná psychická porucha mění kreativitu a může ji snižovat. Měl jsem pacienty, kteří měli pocit, že se jejich kreativita vlivem psychické poruchy zvyšovala. Když však ustoupily některé symptomy, při kterých měli pocit, že jejich kreativita stoupá, nebo si ji užívali, zjistili, že to, co v tom stavu vytvořili, nebyly žádné kreativní výtvořky. Byly to spíše nekritické nápady, které pak sami vyhodnotili jako nehodnotné.

Zpětný pohled je velmi důležitý. Jsou lidé, u kterých je obava ze ztráty kreativity až tak silná, že se rozhodnou psychiatrickou léčbu nepřijmout, čímž si vlastně odepírají možnost pomoci.

Jak souvisí psychiatrie a psychoterapie? Musí mít každý psychiatrický pacient i psychoterapeuta?

Nemusí a obvykle ani nechce. Laická představa je, že bychom měli nabízet psychoterapii jako hlavní metodu léčby.

Množství pacientů, přestože jim psychoterapii nabídneme nebo doporučujeme, ji nechce. Volí si místo ní čistě pragmaticky spíše psychofarmakologickou léčbu. Řeknou mi: „Psychoterapii ne, stačí mi lék, po kterém mi bude lépe.“ To je typická objednávka, se kterou se v psychiatrické ambulanci setkávám.

Lidé odmítají psychoterapii a chtějí raději léky? Proč?

To, že problémy by se měly řešit psychoterapií, je idealistický koncept. Podle mě však platí a mělo by tomu tak být. Když má člověk psychické potíže, má i postoje, životní souvislosti nebo vzorce chování, které by bylo dobré jinak nasvítit, udělat sobě samému zrcadlo a trošku si v životě uklidit. Psychoterapie v tom člověku pomůže bez ohledu na to, zda má psychickou poruchu, nebo ne. Psychoterapie je možností pro každého a není třeba ji medicinalizovat.

V dnešním změněném hodnotovém nastavení společnosti je však podstupování psychoterapie namáhavé a často i relativně finančně zatěžující, protože psychoterapeut nemusí mít – a velmi často nemá – smlouvu se zdravotní pojišťovnou. Psychoterapie je nejednou zdoluhavá, ale lidé chtějí rychlé výsledky. Skutečná změna však přichází postupně, zraje.

Setkávám se i s konceptualizací psychoterapie, že si tam člověk chodí vyprávět, psycholog mu musí sednout a mají spolu rozebírat jen věci, které pacient chce. Ale to je jednostranné, až tunelové vidění. Psychoterapie je léčebná metoda, která má své indikace, tedy důvody, kvůli kterým se navrhuje a kvůli kterým se na léčbě psychoterapeut a pacient vzájemně dohodnou.

Je nutné, aby při ní vyvinul námahu a úsilí samotný trpící. A to ne každý chce a také na to ne každý má – samozřejmě podle druhu a náročnosti psychoterapie, protože ta se

dokáže přizpůsobit možnostem jedince. Je to škoda. Spousta lidí přestane navštěvovat psychoterapeuta po druhém nebo třetím sezení a šíří, že jim psychoterapie nepomohla.

Z jakého důvodu?

Mají dojem, že jim tato léčba nepomáhá, protože očekávají rychlé výsledky.

Psychoterapie je léčebná metoda a kromě toho, že má žádoucí, může mít také nežádoucí účinky. Může z člověka táhnout nepříjemné vzpomínky, pacient při ní může plakat, trápit se, pociťovat ostych.

Psychoterapie může být pro člověka velmi emocionálním zážitkem, který se mu nemusí líbit a kterému se nemusí chtít znovu vystavit, ačkoli pro něj má velký význam. Jak jinak však pomoci práci s negativními zážitky nebo symptomy, jak se jimi zabývat? Někteří lidé mají pocit, že negativní zážitky a symptomy lze obejít. Nejde to.

Ani léky?

Ani léky, pokud jde o podstatu reaktivních, psychogenních poruch. U tohoto tématu hrozí nebezpečí, že budeme zobecňovat, ale zkusím to vysvětlit.

Přípravek sníží psychické utrpení a negativní symptom, řekněme nadměrnou úzkost, ale neudělá za člověka vnitřní duševní práci. Změnu postojů člověka rozhodně nelze připsat pouze účinkům léku. Myslím si – a nasvědčuje tomu i praxe –, že když člověk užívá psychofarmaka, například antidepresiva, snáze se mu pracuje s nepříznivými momenty nebo se symptomy, které ho trápí. Ale samotná práce je to, co udělá on sám. Úzkost je vlivem léku menší a je vyšší pravděpodobnost, že člověk může racionálními mechanismy proniknout do svého problému. Pod psychofarmakologickou clonou se problémy řeší snáze.

Co dokáže člověka motivovat, aby překonal strach, ostudu nebo smutek a vyhledal pomoc psychologa, psychoterapeuta nebo psychiatra? Jak můžeme motivovat nejen sebe, ale i blízkého k řešení stávajících nebo zhoršujících se duševních obtíží?

Co z člověka udělá toho, kdo vyhledává pomoc? Buď to, že symptom nebo symptomy, které se u něj projevují, jsou příliš intenzivní, časté, dlouho trvají a zhoršují se nebo mu výrazně brání v realizaci jeho role v zaměstnání, sociální role či jeho role v rodině. Nebo jednoduše když se velmi trápí.

Nemám specifickou metodiku nebo mantru, kterou bych doporučoval. Jediné, co mohu říct, je, že jsou odborníci na psychické zdraví, kteří vám mohou pomoci s trápením, a je lepší je vyhledat než nevyhledat. Rodině nebo společnosti, ve které se člověk nachází, doporučuji, aby použily páky, které na daného člověka platí. O tom, které to jsou, vědí nejvíce jeho blízcí.

Přeloženo ze [slovenského originálu](#).

Pokud máte připomínku nebo jste našli chybu, napište na editori@denikn.cz.
