

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN



**Klíčové faktory vzniku a rozvoje závislosti na návykových
látkách, se zvláštním zřetelem na faktory
osobnostní a sociální**

Bakalářská práce

Autorka: Jana Slavičková

Vedoucí práce: Doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc.

Oponent: PhDr. Martina Richterová Těmínová

Datum obhajoby: 21.9. 2009

PRAHA

2009

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat vedoucímu mé bakalářské práce Doc. MUDr. PhDr. K. Kalinovi, CSc. za odborné vedení a rady při zpracování bakalářské práce.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Klíčové faktory vzniku a rozvoje závislosti na návykových látkách, se zvláštním zřetelem na faktory osobnostní a sociální zpracovala samostatně a všechny použité prameny jsem citovala a uvedla.

V Praze 17. srpna 2009

.....

Název práce v češtině: Klíčové faktory vzniku a rozvoje závislosti na návykových látkách, se zvláštním zřetelem na faktory osobnostní a sociální

Abstrakt:

Tato bakalářská práce se zabývá klíčovými faktory, které mohly mít vliv na vznik a rozvoj závislostního chování. Ukazuje, že u konkrétního případu, byly klíčové právě tyto zkoumané faktory. Podrobněji se tedy těmito faktory – osobnostními a sociálními zabývá. Poukazuje na multifaktoriální etiologii závislosti a vychází z bio-psycho-sociálního modelu závislosti. Dále představuje různé modely vzniku závislosti.

Bakalářská práce obsahuje část teoretickou, praktickou (kazuistika klienta) a diskuzi. Těžištěm je kazuistická studie, která se snaží ukázat, jaké klíčové faktory mohly zapříčinit vznik a rozvoj závislostního chování u konkrétního klienta, se zaměřením na vliv osobnostních faktorů – do těchto jsou řazeny faktory biologické, psychologické a faktory vývoje (důležité je období adolescence), a dále faktory sociální – vliv vrstevnických skupin a přátel, místo ve skupině a neméně důležitý vliv rodiny. Snahou je ukázat, jak se vzájemně jednotlivé faktory ovlivňují a potencují. V teoretické části jsou vybrány a popsány z odborné literatury pouze ty faktory, které jsou pro tohoto klienta důležité. V diskuzi jsou uvedeny závěry z obou částí a jsou vzájemně konfrontovány. Práce zahrnuje též léčbu konkrétního klienta, kdy ukazuje, jaké způsoby by byly pro něho vhodné a proč a jak souvisí se zkoumanými faktory.

Klíčová slova: osobnostní faktor - sociální faktor - predispozice - drogová závislost – matching – léčebné intervence

Název práce v angličtině: IKey factors of the origin and development of addictive substance dependence, with particular regards to personality and social factorsI

Abstract:

The Bachelor Paper deals with the key factors that could have influenced the origins and development of an addictive behaviour. It shows that these examined factors were of key importance with a specific case; therefore, it deals with these personal and social factors in detail. It adverts to the multifactorial etiology of addiction and presents the bio-psycho-social model of addiction. It also introduces various models of origins of addiction.

The Bachelor Paper contains a theoretical part, an applied part (casuistry of a client) and a discussion. The focal point is a casuistic study trying to show what key factors could have caused the origins and development of addictive behaviour with a specific client, focusing on the influence of personality factors – including biological, psychological and developmental ones (importance of adolescence), as well as social factors – influence of peer groups and friends, position in the group and highly important influence of the family. The Paper's objective is to show the way the individual factors influence and increase each other. In the theoretical part, only those factors have been chosen and described which are important for the particular client. In the discussion, conclusions from both parts are presented and confronted. Further, the Paper describes a therapy of a specific client, and shows what procedures would be suitable for him/her, as well as why and how they are related to the examined factors.

Key words: personal factor – social factor – predisposition – drug addiction – matching – therapeutic interventions

Obsah

A. Úvod	8
B. Teoretická část	9
1. Diagnostická rozvaha	9
2. Modely vzniku závislostí	10
2.1. Multifaktoriální etiologii závislosti	10
3. Faktory vzniku a rozvoje závislostního chování	13
3.1. Osobnostní faktory	14
3.1.1. Biologické faktory	15
3.1.2. Psychologické faktory	15
3.1.3. Vliv faktorů vývoje	18
3.2. Sociální faktory	20
3.2.1. Vliv vrstevníků, kamarádů, party	20
3.2.2. Tlak vrstevnických skupin	21
3.2.3. Ostatní sociální faktory	22
3.2.4. Rodina	22
4. Léčba	24
4.1. Motivace k léčbě	24
4.2. Matching	25
4.2.1. Střednědobá ústavní léčba v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr	27
5. Fenomén Drop out	28
6. Relaps	29
C. Praktická část	31
1. Seznámení s klientem	31
2. Stručný popis současné situace klienta	31
3. Osobní anamnéza	32
3.1. Zdravotní anamnéza	32
3.2. Psychická anamnéza	32
3.2.1. Psychická anamnéza nesouvisející s abúzem návykových látek	32
3.2.2. Psychická anamnéza v době abúzu návykových látek	33
3.2.3. Suicidální pokusy a myšlenky	34

3.3. Sexuální život	34
3.4. Partnerské vztahy	34
4. Rodinná anamnéza	35
5. Sociální anamnéza	36
5.1. Vzdělání	37
5.1.1. Mateřská škola	37
5.1.2. První stupeň základní školy (1. – 5. třída)	37
5.1.3. Druhý stupeň základní školy (6. – 9. třída)	37
5.1.4. Střední škola	39
5.1.5. Další studium	40
5.2. Záliby	40
5.3. Právní problémy	41
6. Situace po škole	41
6.1. Zaměstnání	41
6.2. Bydlení	41
7. Drogová kariéra	41
7.1. Obtíže spojené s užíváním drog	42
8. Léčba	43
8.1. Proběhlé intervence	43
9. Hodnocení klientova chování rodinou	44
9.1. V době kdy neužíval drogy	44
9.2. V době užívání drog	44
10. Klinické pozorování adiktologa	45
10.1. Klinická adiktologie	45
10.2. Doporučené intervence	45
10.3. Shrnutí	46
D. Diskuze a závěry	48
E. Seznam literatury	55
F. Přílohy	57

A. Úvod

Téma bakalářské práce jsem si zvolila především z důvodu, že jsem chtěla ukázat jak významné mohou být osobnostní a sociální faktory, které se podílejí na vzniku a vývoji závislosti. Zejména upozorňuji na to, že ne každý se vyrovná se svými osobnostními rysy a predispozicemi. Následný tlak okolí který na jedince působí, má mnohdy odmítavý postoj a reakce. Této kombinaci nepříznivých faktorů může jedinec snadno podlehnout a hledá prostředek, pomocí kterého své nedostatky překoná. Samozřejmě pouze zdánlivě. Každý z nás někdy jistě touží být lepší než je, ale nevolíme k tomu podpůrné látky, jako je tomu u klienta jehož případ v kazuistice uvádím. Na rozdíl od klienta se s tím dokážeme vyrovnat a to je právě záležitost osobnosti.

Dále se zabývám léčbou, protože u klienta ji shledávám jako nedostatečnou. Chci poukázat na fakt, že bez komplexní péče kterou mu doporučuji, má za určitých okolností velký potenciál k relapsu.

B. teoretická část

1. Diagnostická rozvaha

Syndrom závislosti je postaven na šesti kritériích, kdy diagnóza závislosti se určuje u pacientů splňující tři a více kritérií v posledním roce. Uvedu zde tato kritéria, jak je uvádí např. Nešpor (2003, 2007):

1. Silná touha nebo pocit puzení drogu užívat – craving, rozděluje se na psychický a fyzický¹
2. Potíže při kontrole s užíváním (sebeovládání) – jde o začátek, ukončení užití látky či o množství látky.
3. Syndrom z odnětí drogy – jedinec redukuje nežádoucí účinky vyvolané předchozím užíváním látky opět touto látkou.
4. Průkaz tolerance – užívání vyšších dávek s postupem času, aby bylo dosaženo stavu, ke kterému na počátku užívání stačila dávka podstatně menší.
5. Zanedbávání jiných potěšení ve prospěch drogy.
6. Pokračování v užívání přes škodlivé následky.

Heller a Pecinová (1996) uvádějí jako dva významné mechanismy při vzniku závislosti právě toleranci a kontrolu.

Vývoj závislosti

Závislost ovšem nemusí vzniknout u každého, někomu např. konzumace alkoholu nemusí dělat problémy, resp. pije bez problému celý život. Toto závisí na souhře vnitřních (biologické, psychologické) a vnějších faktorů (sociální). Syndrom závislosti potom určuje šest výše zmíněných faktorů. Další faktory při vývoji závislosti jsou věk při počátku abúzu – dětský organismus je méně odolný, a vznikne tak snadněji závislost, a dále dispozice jedince a způsob užívání látky.

Jsou různé fáze, jak se drogy užívají, než vznikne závislost. Drogy se užívají zpočátku rekreačně – příležitostně, tzn. např. v partách a toto rekreační užívání se může zintenzivnit, frekvence se zvýší tak, že se z něj stane užívání pravidelné, několikrát v týdnu, potom každý den a několikrát denně. U uživatelů nelegálních drog dochází spolu s intenzivnějším

¹ Fyzický craving se objevuje těsně po vysazení drogy při odeznívání jejich účinků, psychický se může objevit i po delší abstinenci.

užíváním často také k přestupu na drogy s vyšším závislostním potenciálem, pokud je neužívali od počátku.

Uvedu stadia vývoje závislosti, jak je uvádí Gölhert a Kühn (2001):

- euforické počáteční stadium – lehký přístup k droze, zbavení úzkosti, uvolnění, zvýšení sebehodnocení, vrůstající pocit sebehodnocení
- kritické stadium navykání – zmírnění účinku se stupňováním dávek drog, konflikty ve škole, v zaměstnání, zúžení zájmů
- stadium návyku, respektive závislosti – ztráta kontroly nad drogou a dávkou, ještě větší vývin tolerance, pokles pracovní schopnosti, změna osobnosti a abstinenční příznaky, tělesná poškození
- chronické stadium rozkladu – úbytek snášenlivosti drogy, zchudnutí, bezdomovectví, duševní rozklad

Důležitá je motivace, proč jedinec začne drogy užívat. Může být **fyzická** – přání fyzického uspokojení, odstranění fyzických obtíží, **emocionální** – odpoutání od psychické bolesti, špatné nálady, snížení úzkosti, **specifická** – prožít dobrodružství, a mnoho dalších motivací.

2. Modely vzniku závislostí

2.1 Multifaktoriální etiologie závislosti

Na vzniku a rozvoji závislosti, se podílí celá řada faktorů, které jsou ve vzájemných vztazích a ovlivňují se. Stejně tak se tyto faktory podílí na udržování a ukončení drogové závislosti. Je dokázáno, že závislost nevyvolá pouze jedna příčina. Většinou se jednotlivé faktory kombinují, např. biologické faktory jako je vrozená dispozice se kombinují s faktory psychologickými nebo sociokulturními až k vyvolání drogové závislosti. U každého jedince, se vyvíjí závislost na základě jiných příčin. To znamená, že u někoho se závislost může rozvinout na základě excesivního pití, kterým řeší své psychické problémy, a u jiného člověka mohou převažovat vrozené dispozice. Droga pozitivně ovlivňuje negativní prožívání jedince, např. stavy osamělosti, neklidu nebo úzkost. Je tedy prostředkem k tomu, aby se jedinec v daném okamžiku cítil „normálně“. Závislostní chování můžeme chápat jako součinnost faktorů osobnostních a určitých životních situací.

Bio – psycho – sociální model

Z tohoto modelu vyplývá, že onemocnění se vyvíjí na podkladě faktorů biologických, psychických a sociálních, které jsou ve vzájemné interakci, vyvíjí se v průběhu vývoje osobnosti. Důležité jsou zde dispozice, to mohou být např. právě genetické, psychologické, a spouštěče, např. krizové životní události, vývojová období. Faktory vzniku závislosti jsou tedy velmi **komplexní**. Z tohoto modelu vyplývá i níže uvedený model následků, který uvádím v této kapitole. Z tohoto modelu vycházíme i při primární, sekundární a terciární prevenci.

Bio – psycho – socio – spirituálního model následků – (Rotgers et al. 1999, s. 18)

Rozděluje vznik závislosti do čtyřech dimenzí:

- Dimenze biologická – popisuje, jak mozek reaguje na užití drogy, jaké změny zde vyvolá.
- Dimenze psychologická – tato souvisí s dimenzí biologickou, kdy se k působení drogy na mozek, přidruží ještě různé poruchy emocí a nálady. Dále časté užívání drog, které vede k pocitům anxiety a deprese. Dalšími negativními důsledky jsou nízké sebehodnocení, zlost a zášť vůči ostatním, sebelítost, nedostatek sebevědomí, nízká frustrační tolerance. Na tyto problémy reaguje závislý obrannými mechanismy, např. popření, vyhýbání se pocitům, zlehčování problému. Užívání návykových látek, tedy ústí v mnohočetné psychologické problémy.
- Dimenze sociální – jako první, bývají narušené vztahy s nejbližším okolím – rodinou, později i širší sociální sítí závislého. Dále jsou to finanční, právní, zaměstnanecké problémy, odmítání společnosti. Tyto problémy vedou opět k dalšímu užívání drogy.
- Dimenze spirituální – užívání návykových látek, vede k pocitu odcizení, prázdnoty, izolace, ztráty smyslu života.

Tripolární koncepce příčin toxikomanie podle Bergereta (1995)

- První pól – tím je užívaná látka a její působení na organismus
- Druhý pól – osobnost toxikomana a všechny jeho afektivní funkce
- Třetí pól – vliv prostředí, kterými toxikoman procházel od dětství

V první a třetí kategorii je závislému přiřazována pasivní role, kdežto v druhém případě zaujímá roli aktivní.

Rotgers dále uvádí **modely predispozice onemocnění**, to znamená, že vznik závislosti pramení z genetické predispozice. Jsou to tedy rizikové faktory, přenášené geneticky. (Rotgers et al. 1999, s. 22).

- Model genetické determinace – ta předpokládá, že závislost je určena pouze geny, prostředí zde nehraje roli. Znamená to tedy, že každá závislost má svůj gen.
- Model genetického vlivu – zde není předpoklad určitého genu pro danou závislost, ale závislost určují biologické faktory², které jsou ovlivněny právě faktory psychosociálními.
- Model kombinované genetické determinace/vlivu – kombinace faktorů genetických a faktorů prostředí

Behavioristé³ uvádějí, že závislost je důsledkem převážně procesu učení, kdy biologické faktory mohou mít také vliv, mohou být podkladem, ale vnímá je v pozadí. Jsou pro ně nezměnitelné, proto se zaměřují na chování samotné. Počátek užívání drog, vidí jako kombinovaný vliv:

a) Faktorů vnějšího prostředí, to jsou: dostupnost drogy, vliv vrstevníků a jaký význam jim dotyčný přikládá; když se spojí se skupinou vrstevníků či přátel, kteří drogy berou, může to na něj samozřejmě vyvíjet tlak, aby drogy bral také: „... *užívání se stává prostředníkem vztahu s vrstevníky a členství ve skupině upevňujícím faktorem ...*“ (Rotgers et al. 1999, s. 155).

b) Vnitřního prostředí, tedy jaká bude fyziologická reakce osoby po prvním užití, zda se bude cítit příjemně či nikoli.

Všechny tyto faktory potom hrají roli při tom, zda se závislost bude rozvíjet dále. Tento přístup se používá v léčbě, která se pak zaměřuje na nežádoucí chování, které se snaží měnit.

Deficity a konflikty

Podle Khantziana (in Rotgers et al, 1999, s. 62), problémem nejsou **konflikty** v psychické struktuře, nýbrž **slabé stránky a nedostatky ega**, které dotyčný kompenzuje právě užíváním drogy. Také přikládá důležitost specifické droze, kterou dotyčný preferuje. To znamená, že např. lidé agresivní, vyhledávají látky tlumivé – opiáty, které mají právě

² Jsou to např. defekty neurotransmiterových systémů, různé abnormality ve fungování mozku.

³ Osoby, které přijaly behaviorální teorie.

antiagresivní účinek. Naopak lidé užívající stimulancia, kompenzují např. deprese, poruchu pozornosti nebo bipolární poruchu aj.

3. Faktory vzniku a rozvoje závislostního chování

Dopředu nelze určit, kdo se stane či nestane na drogách závislý. Závislost pramení jednak z drogy samotné a jednak působením dalších rozsáhlých faktorů např. osobnost člověka, společenské faktory – vše, co člověka obklopuje. Nešpor (2007) uvádí, že závislost se vyvine také na základě poměru faktorů rizikových a protektivních (ochranných) a samozřejmě z toho vyplývá, že záleží na tom, v jakém poměru tyto faktory jsou. Uvádím zde rozdělení faktorů, jak je uvádějí někteří autoři:

např. podle Hellera a Pecinovské (1996) jsou to faktory:

- osobnostní struktury postiženého
- prostředí
- droga samotná – prostředek, řeší problémy jedince, - snižování úzkosti, dosažení osobních cílů
- podnět - startér

Podle Presla (1995) jsou to faktory:

- osobní charakteristiky – dědičnost
- vliv prostředí
- přítomnost drogy a její charakteristiky

Urban rozděluje faktory (in Záškodná 2004) na:

- farmakologické (droga) to znamená, že je zde příčinou chemická látka, která má závislostní potenciál⁴,
- somatické a psychické (osobnost) zde vyděluje jako rizikovější skupinu osoby s poruchou osobnosti, dále např. osoby, které se pomocí návykové látky dostávají z fyziologické nerovnováhy do normálního stavu atd.,
- enviromentální („prostředí“) zde je důležitý vliv okolí, např. skupina vrstevníků, rodinné poměry atd.,
- precipitující (podnět) vysvětluje jako spouštěcí podnět pro vznik závislosti, může být pro každého člověka jiný, rozumíme jím nejčastěji nějakou krizovou situaci, např.

⁴ Schopnost látky vyvolat závislost.

problémy v partnerských vztazích, finanční problémy; může to být ale samozřejmě podnět jako např. nuda, zvědavost, atd.

3.1 Osobnostní faktory

Do těchto faktorů se zařazují charakteristiky celé osobnosti. Jsou to fyzické a psychické vlastnosti, které se během vývoje vytvářejí a mění. Uvádím biologické faktory, psychologické faktory a vliv vývoje na formování vzniku závislosti.

Vymezení osobnosti se specifickými osobnostními rysy, která by byla předurčená pro závislost na návykových látkách nelze. Podle Presla (1995) neexistuje kombinace osobnostních charakteristik, které by osobnost předurčovaly k závislosti. Bergeret (1995) ale uvádí, že lze některé subjekty považovat za osobnosti inklinující k drogám, tj. osobnosti ohrožené toxikomanií. Tyto osoby jsou potom vystaveny většímu riziku, že se stanou závislými. Za určitých podmínek může závislost vzniknout u každého. Osobnostní faktory jsou v souvislosti s vývojovými aspekty dynamickými charakteristikami osobnosti. V této kapitole budou zformulovány osobnostní charakteristiky, které mají na vznik závislosti evidentně vliv. Je to směsice těchto faktorů, která může být predispozicí pro vznik závislosti - Šerý a Zvolský (2001) uvádějí, že vrozené dispozice se samy o sobě neprojeví, pokud se dotyčný nedostane do kontaktu s drogou. Dále s předpokládá, že dispozice vedoucí k závislosti jsou pozorovatelné už před jejím propuknutím, jako určité osobnostní rysy. Osobnost se formuje vlivem vrozených a získaných dispozic.

Bergeret (1995, s. 7) charakterizuje osobnost takto: „*Osobnost je definována určitým množstvím prvků, trvalých a definitivně dotvořených po ukončení krize dospívání.*“

To jasně poukazuje na skutečnost, že vliv užívání drog v období adolescence má na jedince specifický vliv, protože právě v tomto období se jeho osobnost utváří. Z toho vyvodíme, že vliv jednotlivých faktorů (věku, osobnostních rysů, okolí) se vzájemně potencují.

Corneau (2004) také poukazuje na utváření „já“, které je důležitým prvkem při rozvoji osobnosti a umožňuje jí se zviditelnit. „Já“ se vyvíjí postupně s věkem. Nejprve na „já“ jedince působí rodičovské vzory, později se díky škole a tomuto prostředí začne osobnost dítěte vymykat jejich představám. Na utváření „já“ mají vliv také ostatní lidé. Abychom mohli sami sebe lépe poznávat, druzí v nás vyvolávají také emoce, které musíme přetvářet a vyjadřovat navenek. Z toho vyplývá, že druzí lidé jsou pro nás nezbytní, díky nim pronikáme ke své podstatě.

3.1.1 Biologické faktory

Tyto faktory můžeme rozdělit na vnitřní a vnější. Jsou to faktory, které působí na mozek jedince v době, kdy se vyvíjí a formuje osobnost. V tomto smyslu to platí i pro důležitá vývojová období pozdější, např. v adolescenci, kdy se mozek „naučí“ žít s drogou a neurobiologické děje se nastaví jinak, než kdyby se s drogou nesetkal.

Mezi faktory vnější se řadí problémy při těhotenství, kdy matka mohla být toxikomanka, a plod byl tak v kontaktu s návykovou látkou. Závažným faktorem jsou též komplikace při porodu dítěte, to je například přítomnost traumat, podávání léků během porodu, poškození mozku při porodu.

Vnitřní faktory jsou potom geny, které by mohly nemoc zapříčinit. Jediná ověřená teorie ohledně genetické predispozice jejíž autorem je Royce (1989) je teorie, kde byla prokázána souvislost s větší tolerancí alkoholu u potomků alkoholiků. Dalšími negativně působícími faktory jsou zhoršující se životní prostředí, alergizující faktory.

3.1.2 Psychologické faktory

Kudrle (2003) uvádí psychogenní faktory, které jsou v popředí. Nejde tedy o biologické faktory, ale o souvislost psychických zážitků – prožívání toho, co mohlo biologické poškození doprovázet. Tyto může jedinec zažívat již v období:

- nitroděložního vývoje a období porodu
- postnatální péče – jak je zajištěna péče o dítě, jestli jsou dostatečně uspokojovány jeho potřeby, jestli je vývoj harmonický, dále uspokojování potřeb a podpora v době dospívání. O tomto tématu je pojednáno v kapitole 2.2.3.

Dále uvádí psychologickou vulnerabilitu⁵, jedinec může být tedy disponován depresivními dispozicemi nebo jinou psychopatologií. To znamená, že nějaká psychiatrická diagnóza či psychické problémy se často objevují u závislých osob.

Utváření „Já“ podle Corneaua (2004)

Jak jsem zmínila výše, na utváření vlastního „já“ se podílí mnoho faktorů. Někdy ale lidé brzdí rozvoj své osobnosti, protože se bojí reakce okolí, že se jim to nebude líbit. Někteří lidé tak zůstanou v určitém životním období na dosaženém stupni a odmítnou se dále vyvíjet – dodá jim to pocit jistoty, ale na úkor vlastní originality, důsledkem může být

⁵ Zranitelnost.

duševní nebo fyzické onemocnění. Dle Junga, je to proces individuace (Jung 1984 in Corneau 2004)

Základem vlastní identity je sebeláska a sebeúcta, kdy dostatečnou sebeláskou získá jedinec sebeúctu. Ta je odrazem zdravé identity, dovolí nám být sám sebou, aniž bychom čekali na schválení od ostatních žít si podle svého, zaujímat místo, které potřebujeme. Z toho plyne, že pokud si sami sebe nevážíme, nemůžeme hledat to, co potřebujeme pro svůj rozvoj, a tudíž se nemůžeme normálně vyvíjet. Důležité je zmínit, že pokud lidé neustále upozorňují na náš osobnostní nedostatek – fyzický nebo duševní, nemáme se potom rádi, resp. tu část, která je neustále kritizována, a tak vznikne komplex méněcennosti. To může vyústit např. ve změnu v chování, protože jedinec se domnívá, že nemá žádnou hodnotu a právě výstředním chováním se pokusí dokázat, že za něco stojí nebo najde únik v poraženectví. Bude hledat vzory dokonalosti a upínat se k lidem, kteří mu připadají silní. Vyhledává příslušnost k partě, která může posloužit tak, že mu dodá chybějící identitu. Tato skupina potvrzuje sebe samu a bere člověku odpovědnost za vlastní identitu. Při vytváření „já“, často rodiče nedají dítěti dostatečné hranice. To znamená, že dítě se po neúspěších může zhroutit a rezignovat, protože se nenaučilo bojovat proti těmto neúspěchům. Aby získalo svou všemocnost, uchyluje se do světa snění o své prestiži nebo podlehne drogám.

Dále jsou uváděny faktory: zvýšená sebestřednost, snížená odolnost vůči zátěži, snížená frustrační tolerance, impulsivita, nízké sebehodnocení, nezodpovědnost, neadekvátní sebezpetí, sebevědomí – to se formuje srovnáváním vlastního „já“ s ostatními členy skupiny anebo srovnáváním reálného „Já“ a ideálního „Já“. Lidé s nízkým sebevědomím, bývají méně odolní vůči sociálním neakceptovatelným impulsům. Užívání drog také reguluje emoce. Tento závěr podporují autoři (Winnicott, 1953 a Khantzian, 1993 in Hajný, 2008) kteří tvrdí, že schopnost těchto lidí zvládat své citové vztahy a nálady byla narušena v období, kdy by se měla utvářet. Jde tedy o deficit psychických funkcí a celkovou slabost či křehkost „já“.

Matějček uvádí jako negativní faktor ve vývoji dítěte normu fyzické krásy, jak je tedy dítě s nějakou negativní fyzickou dispozicí vnímáno okolím. Tím má na mysli „vadu“, která je viditelná a jedince odlišuje. V konkrétním případě uvedeného klienta v kazuistice to jsou fyzické proporce – obezita a neobratnost, kvůli čemuž je terčem posměchu vrstevníků. To

může hrát významnou roli v duševním vývoji jedince. Z takového komplexu, mohou vznikat pocity méněcennosti. Právě rodiče jsou zde významným prvkem, kdy se v tomto případě snaží dítě nějak ochránit a mohou být nadměrněji protektivní. Pokud ale takto rodiče postupují, nenaučí se s tím dítě samo vyrovnávat. Tyto problémy potom nejvíce vyvstávají ve středním školním věku, protože podle Matějčka zde mají tělesná zdatnost pohyblivost hodnotu a jsou měřítkem pro přijetí do skupiny. Dalším významným faktorem, plynoucím z výše uvedeného je pocit méněcennosti. Matějček ho vysvětluje jako nepříjemný pocit zahanbení, lítosti, že ostatní jsou lepší než já, že jsme pro okolí znehodnoceni. Záleží na spoustě faktorů (např. osobnost dítěte), prostředí jak se tento pocit bude vyvíjet dále, jaké jednání z něho povede. Nutí nás vyhnout se opakovanému pocitu nepříjemnosti. Dále uvádí, že děti se snaží vykoupit z této role a podplácejí kamarády. (Matějček, 1986)

Hajný (2008) uvádí teorii „křehkého já“ v dospívání. Vzniká již v raném dětství příčinou různých okolností, později jedinec bude obtížně zvládat své emoce, má pocity nejistoty, ztrátu kontroly nad svými impulsy, pocity prázdnoty nebo chaosu. Tomu dotyčný nerozumí, tudíž tomu nemůže nějakou efektivní strategií předcházet. Pokud jedinec žije s rodinou, nemá zatím problémy. Zlom nastává v adolescenci, kdy se vůči rodině vyhraňuje – odmítá stanovené role a hledá své. V souvislosti s tímto si jedinec utváří vlastní identitu⁶. Jedinec se stává samostatným, hledá si místo mezi vrstevníky, novou roli a právě tyto úkoly v kombinaci s „křehkým Já“, mohou být pro jedince velmi složité. Je to vlastně velká zátěž pro „křehké Já“. A právě na základě těchto faktorů, se může dotyčný uchýlit k drogám.

Presl (1995) také uvádí, že predisponované osoby bývají často zranitelné, zvýšeně úzkostné a citlivé. Mívají pocit vlastní nedostatečnosti oproti svému okolí. Z tohoto vyplývá, že mívají problém v komunikaci, ve vztazích, nevyrovnávají se s autoritami, jsou jimi zraňováni, tito lidé také nejsou schopni navázat hodnotný partnerský vztah. Tyto osoby potom volí stimulační drogy⁷, které jim nabízejí to, co jim v jejich osobnosti chybí, působí proměnu osobnosti, posilují je. Potenciál závislosti je velký, v kombinaci s tím, že ji jedinec užívá k řešení svých problémů – nedostatků. Tyto negativní faktory zapříčiňují, že jedinec užije drogu, aby unikl z frustrující reality, aby zapomněl na své problémy. Droga nabízí posun z aktuálního pro jedince nevyhovujícího stavu do „normálu“. A právě to

⁶ Viz. Kapitola 3.1.3.

⁷ Látky s budivým efektem, amfetamin, metamfetamin (pervitin), kokain.

„posiluje“ jeho nedokonalou osobnost, usnadňuje to např. komunikaci s lidmi, odstranění izolovanosti právě u těchto plachých, sociálně nejistých osob. Dá se tedy říci, že jedna z příčin, proč tito lidé berou drogy, je, že droga jim pomáhá řešit jejich problémy a nedostatky a navíc jim nabízí něco, po čem tito lidé touží, např.: zvyšovat si sebevědomí, odvahu, legraci, sex, schopnost bojovat. Jako prostředek úniku z reality a vnitřní klid mohou volit i opiátové drogy.

Vojtík a Břicháček (in Zášková, 2004) se zabývali vztahem mezi osobnostními vlastnostmi a konzumací drog, sledovali soubor mladých toxikomanů; uvádím zde několik charakteristik, kterými se tento soubor odlišoval od ostatní populace:

- nezdrženlivost, nevázané chování v sociálních vztazích
- emoční vzrušivost, úzkost a napětí
- sebedůvěra, vnitřní integrovanost byly nižší

3.1.3 Vliv faktorů vývoje

Vývoj má také nezastupitelnou úlohu při vzniku závislosti. Určité stupně vývoje mohou být pro daného jedince klíčové při vzniku závislosti. Hajný (2003) uvádí vztah mezi závislostí a obdobím raného dětství. Jedná se o stav orální fixace (uvíznutí) – to je období, kdy se dítě soustřeďuje převážně na oblast úst. V životě dospělého se to potom odráží v momentech, kdy člověk chce aby o něj bylo pečováno. Jako další znaky orální fixace Hajný uvádí nízkou toleranci k napětí, frustraci a bolesti. To vede k tomu, že jedinec se stává závislý na podnětech přicházejících z venku. Závislí tedy zůstávají v pasivitě.

Na konci puberty už pro děti nemají takový význam rodiče, ale do středu zájmu přichází skupina vrstevníků.

Jako jedno z nejvýznamnějších (klíčových) období je uváděno období adolescence⁸, kdy začátek užívání návykových látek je spojen s adolescentní krizí. Tato ale nebývá ničím patologickým, otázkou je, jak se s ní jedinec vyrovná.

Podle Eriksona (1999) období adolescence: je zde popsána psychosociální krize jako „Identita vs. zmatení identity“, (antitezí je tedy zmatení identity), významné vztahy jsou zde určeny vztahy skupiny vrstevníků a party, modely vůdcovství. Základní čteností je

⁸ Corneau (2004) hodnotí toto období jako nejdůležitější ve vývoji.

věrnost, antipatický protějšek je odmítnutí role – nutkání zbavovat se rolí a hodnot, kterým je nutné se postavit. Odmítnutí role se projeví jako neprůbojnost, to potom zahrnuje nedostupnost k vlastní identitě. Je to tedy vyjasnění vztahu k sobě a hledání vlastní identity. Podle toho, jak se s tímto jedinec vyrovná, si ponese dovednosti získané dále, do dalších vývojových období. Uvádí také, že všechna vědomí identity, které byla zažívána během dětství, mohou být během adolescence rekapitulována.

Broža (2003) popisuje období dospívání jako složitý komplex změn v životě jedince, kdy vývoj směřuje od nezralého a závislého jedince k dospělému, adolescenci zde popisuje jako psychické a sociální dospívání. V tomto období má tedy adolescent řešit řadu vývojových úkolů, namísto toho ale zmírňuje své problémy užíváním drog, což vývoji neprospívá. Podle Kaliny (2003), jsou také v tomto období pro normální dospívání významné intimní a vrstevnické vztahy.

Adolescence je období, kdy probíhá proces separace a individualizace – má kořeny v raném vývoji dítěte. V adolescenci si testuje, jak byl úspěšný. Je to období somatosexuální vyspělosti, nikoli vyspělosti emocionální a sociální. Adolescent by tedy měl splnit řadu vývojových úkolů – osobnostní a vztahové kvality, aby se mohl úspěšně začlenit do společnosti. V období adolescence podle Hajného (2003), vrcholí drama dospívání a dominuje oddělování se a vytváření vlastní identity. Toto jedinec nemusí zvládnout, je to jakási zatěžkávací zkouška zralosti jedince. Ten by měl být schopen snášet nepříjemné emoce. Závislí pak užívají drogu proto, aby se těmto duševním zraněním vyhnuli. Člověk by v tomto období měl budovat své postavení ve společnosti, experimentovat ve vytváření vztahů, získat stabilní roli mezi vrstevníky, prožít intimitu partnerského vztahu. V těchto úkolech, drogy také představují pomocný prostředek.

Období adolescence je uváděno mezi lety 15. až 22. rokem. Pro toto období jsou velice důležitá kritéria psychologická, jako je dosažení osobní autonomie, sociologická, tj. dosažení role dospělého. Skácelová (2003).

Josselsonová (in Skácelová, 2003) popsala, jak se identita jedince formuje během adolescence a rozdělila ji do čtyřech fází.

- Fáze časná adolescence (10 až 13 let počátek puberty) – počátek psychologické diferenciacie, jedinec si začne uvědomovat svou odlišnost od jiných vrstevníků.
- Fáze zkoušení a experimentování (14 až 15 let) – zvyšují se závazky vůči vrstevníkům a kamarádům. Mají pocit že vědí, co je pro ně nejlepší, jsou v konfliktu s rodiči.
- Fáze navazování přátelství (16 až 17 let) – přebírají zodpovědnost za vlastní chování, obnovují se vztahy s rodiči.
- Fáze upevnění vztahu k sobě (18 a výše), tento je založen na pocitu vlastní jedinečnosti a autonomie.

Nešpor (2007) uvádí specifika působení návykových látek u dětí a dospívajících, uvedu některé z nich:

- Závislost se vytváří rychleji, u dospívajícího je to řádově několik měsíců u dospělého i roky.
- Zaostávání psychosociálního vývoje (studium, citové vyžívání, sociální dovednosti, sebekontrola).
- Narušení vývoje mozkových buněk, tím jsou dospívající též znevýhodněni.

Recidivy jsou častější, ale dlouhodobá prognóza je naopak příznivá.

3.2 Sociální faktory

Okolí je pro jedince velice důležité, protože formuje jeho chování. Může ho formovat jak negativně, tak pozitivně. Velice také záleží, do jakého statusu se člověk řadí a kde vyrůstá, zda na vesnici či ve velkoměstě. Řadíme sem vše, co nás obklopuje, co nás formuje, např. rodina, vztahy v ní, parta, vliv vrstevníků, celková společnost, masmédiá, atd. Podle Presla (1995) jsou to nejvýznamnější faktory určující vznik závislosti.

3.2.1 Vliv vrstevníků, kamarádů, party

Velice významný faktor je vliv vrstevníků, spolužáků, kamarádů, party – zvláště když členové jsou uživateli drog. Užívání drog v partě může mít různé motivy, jako jsou např. módní prostředek k tomu, aby dosáhli příjemného stavu, droga je součástí určitého stylu. Můžou to být také různé subkultury, kde členové užívají drogu jako součást rituálu. Ještě významnější ovšem je, v jakém věku se jedinec s touto partou seznamuje.

Parta – u adolescentů se skrývají obavy z odmítnutí, zesměšnění nebo vyloučení z party, droga je tedy prostředek, jak zvýšit osobní prestiž. Zde se ukazuje, že pokud má jedinec

sníženou frustrační toleranci, parta ho může přijmout a navíc mu poskytnout prostředek, který bude kompenzovat jeho problémy a neúspěchy – drogu. Parta může jedinci také nahrazovat rodinu, která může, ale i nemusí být dysfunkční. Má potom vliv na jeho další vývoj, přebírá a experimentuje s různými vzorci chování, které vidí v partě. V partě dotyčný najde útočiště. Hajný (2001) uvádí, že v době dospívání mají na jedince kamarádi největší vliv. Jedinec nemá ještě dotvořenou identitu a lehce skupině podléhá, snaží se zde najít postavení za každou cenu. To je právě důsledkem nízkého sebevědomí dotyčného.

Vrstevnické vztahy – Skácelová (2003) uvádí, že je důležité oddělovat vrstevnické vztahy a vztahy přátelské. Ve vztazích vrstevnických je půda pro sdělování názorů, pocitů a hlavně vzorců chování, které si mohou vyzkoušet. Tyto vztahy jsou velice důležité, jedinec testuje sám sebe a učí se, zkouší různé role. V tomto období na sebe upoutávají pozornost a chtějí být obdivováni. To posiluje jejich pocit významnosti. Dále se dospívající vnímají jako součást nějaké skupiny – školní třídy, sportovního družstva, atd.

Tyto skupiny tedy mají za úkol vykonávat různé funkce, jako např.: adolescent získává sebedůvěru, respekt ke své osobě, přítomnost ve skupině snižuje jeho úzkost, členství mu také pomáhá vyrovnat se s nedostatečnou sebedůvěrou (s psychologickými změnami), ve skupině se cítí jistější ve svém chování, protože se tak chovají všichni – tzv. skupinová konformita.

3.2.2 Tlak vrstevnických skupin

Dalším, opět neméně významným faktorem, je tlak ze strany vrstevníků a významný je zejména, pokud jedinec přijde do nové party, kde si chce vybudovat nové místo a touží po přijetí, vybudovat si vlastní pozici (zde pokud se v partě berou drogy, může právě onen dotyčný se prosadit tím, že prostředky na zakoupení drog, zpočátku např. jen cigaret, bude shánět). Touží po dobrém postavení a po sebeprosazení. Jestli se navíc v partě berou drogy a dotyčný se zde s drogou setkává poprvé, přidruží-li se ještě výše uvedené osobnostní faktory, jedinec tlaku neodolá. Potom v partě a s drogou nachází pro něho bezpečné prostředí a pocit úniku. Tlak působí na jedince i v tom směru, že se vrstevníkům či starším kamarádům snaží vyrovnat, upoutat jejich pozornost. Tlaku vrstevníků jedinec těžko odolává také z toho důvodu, že ještě nemá „hotovou“ vlastní identitu. Nejvíce rizikové jsou tedy právě skupiny mladistvích (puberta, adolescence), kde je užívání drog bráno jako normální a kdo neužívá, může být potom vystaven posměchu a získat roli outsidera.

Soudržnost party se ale postupně mění, vliv na to má délka užívání drog, kdy se parta pomalu rozpadá, každý se stará sám o sebe a o shánění drogy, přidružují se takzvané „stíhy“.

3.2.3 Ostatní sociální faktory

Hajný (2001) uvádí jako významný faktor stěhování do jiného města. V tomto období jsou nejčastěji zaznamenány pokusy s drogami. Některé děti si totiž obtížně budují nové vztahy a právě stěhování pro ně může být dost obtížné. Drogy zde pak hrají jakousi roli zprostředkovatele seznámení.

Škola – v tomto prostředí tráví jedinec období mezi šesti a devatenácti lety. Významně tedy působí při jeho vývoji, také utváří jeho osobnost. Může to být vliv učitelů, spolužáků, celková atmosféra atd. Zde je místo pro kvalitní primární prevenci. Bohužel, její kvalita je v dnešní době stále kritizována jako nedostatečná.

Masmedia – ukazují a propagují, jak nám např. alkohol může pomoci ke společenskému úspěchu a jak pomocí něj zvýšíme svůj „sexappeal“. Zvláště potom osoby s nízkým sebevědomím a komunikačními bloky mohou být tímto významně ovlivněny.

3.2.4 Rodina

Nejsilnější základ formování jedince by měl být tam, kde vlivy prostředí jsou největší, a to je v rodině. Jde o proces učení. Rodina tedy může stát za vznikem závislosti. V rodině je dominantním prvkem působícím v otázce vzniku závislosti matka. Hajný (2008) uvádí, že již několik desetiletí je role matky nebo vztah matka – dítě spojován s negativním vlivem na vznik závislosti. V této souvislosti je to především nadměrně pečující matka - hyperprotektivní. Zmíněný autor ale také poukazuje na významnou roli otce, uvádí několik jeho rolí:

- Otec bývá ceněn za to, že přistupuje k problému více racionálněji, nevydrží dlouhodobě napětí a odhlédne od složitosti problému, zaměří pozornost jinam.
- Otec dokáže věci odlehčit, uklidnit, vnáší do problému humor.
- Pro syna je právě otec průvodcem ve světě mužů, technologie, jeho role je v dospívání muže velice důležitá.

Heller a Pecinovská (1996) připisují důležitost sociálnímu postavení rodiny, povahovým vlastnostem rodičů, druhu výchovných přístupů rodičů. V rodině ale problém být nemusí, jedinec může pocházet z dobrého rodinného prostředí, ale může se setkávat právě s nevhodnou partou, kde její členové na jedince negativně působí. Tento jedinec jim většinou nepodléhá a když podlehne, jedná se o krátkodobé změny – experimentování s drogami. Rozvoj závislosti je z tohoto experimentování ovlivněn např. faktory osobnostními.

Hajný (2003) uvádí několik charakteristických faktorů, které jsou typické pro rodiny, a to:

- Nedostatečná pozornost nebo problematické reakce ze strany rodičů na chování dítěte. Sebejistota dítěte se utváří v souvislosti s dostatečnou pozorností rodičů, která musí být adekvátní věku. Příkladem je nedostatečná pozornost k pozitivnímu chování dítěte a nadměrná pozornost k chování negativnímu. Výchovné postupy se zde dějí nedůsledně, jako skryté, vyskytuje se vnučování pocitu viny či vynucování nerealistických předsevzetí.
- V rodině se též vyskytují **kodependentní tendence**, což znamená, že člen nebo členové rodiny přebírají za závislého odpovědnost, na úkor vlastních potřeb. Dá se tedy říci, že tak podporují závislé chování. Toto chování, užívání drog velice usnadňuje.

Velice významné jsou faktory pramenící z rodiny, které **udržují** závislé chování. Hajný (2008) uvádí, že faktory plynoucí z rodiny vedou k závislosti, ale častěji k jejímu **udržování**. Příkladem je nedostatek pozornosti vůči vrstevnickým vztahům dítěte a jeho zájmům, špatná komunikace mezi rodičem a dospívajícím, rodiče neustále řeší problémy za dítě a berou za něj zodpovědnost, dlouho se neřeší tabuizovaná témata, opakovaně mu odpouštějí a vždy ho zachraňují, poměrně shovívavý postoj rodiny k závislému chování.

Vliv rodičů

Každý z rodičů má na potomka jiný vliv. Nelze také opomenout další významné osoby v rodině, např. prarodiče. Jako problematické popisuje Corneau (2004) nedostatek času rodičů na dítě – když nadměrně pracují. Dítě tedy nemá opěrné body, nemá dostatek příležitostí vytvořit si pozitivní rodičovské obrazy. Tak jejich identita zůstává neurčitá, nedůvěřují si a neumějí se prosadit. Syn, který má nadměrně starostlivou matku, se nebude v životě bez její přítomnosti umět vyrovnávat s překážkami a dost možná se bude uchýlovat k alkoholu nebo drogám. Také uvádí významný poznatek o tom, že část lidské individuality uniká všem analýzám, některé faktory zůstávají i nadále nepochopitelné.

Např. chlapec pocházející z nepříznivého rodinného prostředí se může velice dobře vyvíjet a získat schopnost sebeprosazení, naopak ten, který měl veškerou péči, může sklouznout do deprese.

4. Léčba

Zde také vycházíme z bio – psycho – sociálního modelu. Z biologického hlediska léčíme medicínsky ovlivnitelné nemoci, které vznikly v důsledku abúzu návykových látek, z psychologického – léčíme psychické nemoci, které rovněž vznikly v důsledku abúzu, dáváme do souvislostí psychologické problémy jedince a užívání návykových látek z pacientovy anamnézy a nakonec sociální stránka – pomáháme pacientovi vytvářet novou sociální síť, hledání bydlení a zaměstnání, jednání s úřady.

Důležité jsou faktory významné pro léčbu, jak je uvádí Kalina (2003)

Uvádím zde některé vybrané:

- Věk při začátku závislosti – čím později závislost vznikne, tím lepší prognóza. Když vznikne v rané dospělosti, nezabrdí tak přirozený vývoj, než když vznikne v období např. adolescence, kdy probíhají vývojové úkoly. Závislost, která vznikne po 20. roce, má třikrát lepší prognózu než závislost vzniklá před 16. rokem života.
- Délka drogové kariéry – zde opět platí, že čím delší drogová kariéra, tím je horší dosažení změny a abstinence. Proto je velice důležitá včasná intervence, zde se ale může setkat s nedostatkem motivace klienta. Čím dříve se začne s léčbou, tím menší jsou pro klienta ztráty – v rodině, ve vztazích, v přátelských vztazích.

4.1 Motivace k léčbě

Stejně jako nacházíme motivaci proč drogy brát, existuje motivace k abstinenci.

Motivace je jedním z velice důležitých, řekla bych až nejdůležitějších aspektů léčby a samozřejmě vstupu do ní. Pro každého je motivací k léčbě něco jiného, ani odborníci se jednoznačně v tomto neshodují. Jsou také uváděny různé teorie. Např. Rotgers et al. (1999, s. 166) uvádí, že drogově závislý není dostatečně motivován, dokud se nedotkne dna a dále to může být osobní krize dotyčného aj. Stunkard (1961 in Rotgers et al. 1999, s. 203) definuje motivaci jako uvědomění si problémů a také pochopení potřeby pomoci a to, že právě pomoc a terapie by mohla změnit jeho stav.

Pro příklad uvádím případ klienta dle praktické části:

Klienta bychom zařadili na kole změny dle Prochasky, di Clemente a Nocrosse (in Rotgers et al. 1999, s. 167) měsíc před nástupem do léčby do fáze 3. – příprava. Tato fáze je charakterizována tím, že dotyčný uvěřil v existenci problému, pochopil, že ztráty převažují nad zisky. Jako ztráty by se zde daly uvést negativní důsledky plynoucí z užívání drogy, např. zdravotní důsledky, psychické obtíže, které byly u klienta velmi výrazné, sociální izolace, tyto důsledky potom působí v interakci s dalšími faktory na to, že dotyčný touží po změně. Pozitivní požitek z drogy, který v tomto stadiu už zcela vymizel, droga slouží pouze jako udržující mechanismus, je to vlastně bludný kruh. Začal zvažovat změnu a připravuje se na její realizaci. Před nástupem do léčby, kdy se problémy zhoršovaly, byl ve stadiu 4. fáze – akce, to znamená, že již byl dostatečně motivován k léčbě. V tomto období se dá říci, že klient byl dostatečně vnitřně motivován, už chce přece jen něčeho dosáhnout, uvědomuje si, že nic nemá, to ho frustruje, je na tom hlavně psychicky špatně, špatné vztahy, atd... to, co si nezvládl sám pro sebe v období dospívání – úkoly, teď se to projevuje.

4.2 Matching

Základem stanovení správné léčby je samozřejmě stanovení správné diagnózy. Nutno ovšem zohlednit celou situaci a současný stav konkrétního klienta - na výběru léčby se tedy podílí i další okolnosti jako je například zázemí, rodina. Ne pro každého je totiž vhodná stejná léčba, i když má stejnou diagnózu. Teprve potom můžeme nemocného efektivně léčit. Uvedu některé faktory, které musíme zohledňovat.

Nešpor (2003) uvádí psychologické charakteristiky klienta, trvání návykového problému, sociální situace, fungující sociální síť, trestní stíhání, věk, samozřejmě stupeň motivace atd. Tyto všechny faktory tedy hrají roli při vybírání vhodné intervence.

Pro ilustraci, klient z „ulice“, který nemá zajištěno bydlení, bude těžko docházet do ambulance nebo podobně klient, pro kterého je ambulance v místě bydliště, kde přichází neustále do kontaktu s ostatními uživateli drog a nemá tak možnost se vyčlenit z tohoto rizikového prostředí atd. Proto je nutné brát ohled i na celkovou situaci klienta. Dá se říci, že léčba je „šitá na míru“.

Na druhé straně neopomíjíme nabídku služeb. Máme tedy celou škálu služeb a metod, které můžeme využít, samozřejmě jsou-li dostupné a klient je přijme.

Touto problematikou se zabývá matching. Matching tedy můžeme zjednodušeně vysvětlit jako párování potřeb a intervencí.

Klienta bych z hlediska kola změny zařadila při nástupu do léčby do stadia 4 (akce)⁹. To znamená, že k léčbě byl dostatečně motivován a připraven. Střednědobá ústavní léčba byla tedy zvolena přiměřeně i dle jeho potřeb a vzhledem k zázemí klienta, také nebyl problém volit tuto léčbu. Samostatná střednědobá ústavní léčba, je ale pro klienta nedostačující. Z hlediska klientovy komplexnosti problémů, by byla však vhodná následná péče, individuální psychoterapie a rodinná terapie.

Kalina a Miovský (2008) uvádějí rozdělení terapie do dvou směrů:

1. Psychoterapie zaměřené na změnu osobnosti a vztahů, podporu růstu, zrání – např. psychoanalýza, psychodynamická psychoterapie.
2. Psychoterapie zaměřená na změnu chování – behaviorální terapie, kognitivně behaviorální terapie, práce s rodinou.

Integrovaná (kombinovaná) léčba: psychodynamicky-kognitivně behaviorální model

Součástí takto koncipované léčby, by podle Rotgerse měla být kognitivně behaviorální terapie, protože faktory, které podporují závislost, jsou kognitivní, behaviorální a faktory prostředí. Dále to má být složka psychoanalytická, protože nemocný má často nevědomé konflikty, nevědomý odpor a to je právě potřeba odhalit. Drogou jedinec řeší potlačený konflikt, který si samozřejmě neuvědomuje. Právě toto by pomocí terapie mělo být odkryto. Probíhá zde odkrývání toho, co znamenají určitá gesta, pozice a pocity, způsob myšlení, kterému dotyčný nerozumí. Tyto zmíněné problémy mohou vést k relapsu, proto je potřeba s nimi pracovat. (Rotgers et al 1999, s. 76)

Behaviorální terapie

V modelu behaviorálním, je závislost brána jako naučené chování, jak jsem zmínila výše. Úkolem behaviorální terapie je přeučovat nežádoucí vzorce chování pomocí odměn a trestů. Hledáme zde faktory, které vyvolávají a udržují závislé chování. Velice důležité jsou též spouštěče užívání, musíme tedy zmapovat celou situaci klienta, abychom tyto faktory objevili. Dále se tento model obohatil o **kognitivní složku**, kde je třeba zvědomit nevědomé – změna chování prostřednictvím poznávacích funkcí.

Prevence relapsu

⁹ Viz kapitola 4.1 Motivace k léčbě.

Prevence relapsu je nezbytnou součástí léčby. V této prevenci se také užívá modelu psychodynamicky – kognitivně – behaviorálního. Nejprve je třeba odhalit ty faktory, které podporují závislé chování (např. rizikové situace, spouštěče – každý si určí, jaké konkrétní to pro něj jsou atd.), je potřeba si je zvědomit, následuje učení, jak s těmito negativními faktory pracovat (vyhnout se jim, jak odolat touze, jak odolat pocitům prázdnoty).

Rodinná terapie

Tento přístup vychází z toho, že porucha je v rodině a chování jedince je jejím symptomem. Může pramenit ze špatné výchovy, patologických vzorců chování v rodině atd.

Jako součást léčby by měla být neopomenutelná práce s motivací – její posilování.

4.2.1 Střednědobá ústavní léčba v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr

Z hlediska matchingu byla pro klienta vhodná střednědobá ústavní léčba. V úvahu vzhledem k diagnóze by přicházela ještě intenzivní ambulantní léčba, ale to by klient nebyl vyčleněn z původního prostředí, což velmi potřeboval, plánoval se sem už nevrátit, nakonec to ale dopadlo jinak. Dále si potřeboval oprášit návyky, učit se zodpovědnosti atd. Na detoxu nijak významně nepociťoval syndrom z odnětí, takže se dá předpokládat, že by ho zvládl bez medikace v domácím prostředí. Také neměl závažnější zdravotní komplikace. Byla by pro něj vhodná též terapeutická komunita, ale z hlediska délky nepřicházela v úvahu – klient to odmítl.

Léčba v Červeném Dvoře je časově vymezena na 3 až 6¹⁰ měsíců, v individuálních případech může být indikována i déle. Součástí každé léčby je pobyt na detoxifikační jednotce, která je součástí léčebny. Léčba směřuje k abstinenci. Skládá se ze složky režimové a z psychoterapie. Program léčby je strukturovaný.¹¹ Režimová složka vede pacienta k dodržování pravidel, je hodnocen pomocí bodovacího systému, který vytváří základní rámec léčebného programu. Psychoterapie je kognitivně – behaviorální, psychodynamická.

¹⁰ Léčba která je kratší než 3 měsíce, je označována jako léčba krátkodobá.

¹¹ Průběh léčby je rozdělen do několika fází, týden je strukturovaný, kdy se vystřídají všechny složky programu a program dne rovněž – je určen rozvrh dne.

Léčba se odehrává v komunitním prostředí, probíhá zde: komunitní, skupinová a individuální psychoterapie, arteterapie, pracovní terapie, samostudium, psaní deníků a elaborátů, přednášky, volnočasové aktivity. Léčebna také nabízí možnost partnerské terapie, rodinné terapie, jako součást následné péče jsou opakovací pobyty (motivační) či stabilizační léčby na zvládnutí relapsu.

Aktivity jsou realizovány pomocí skupinových sezení, ranních komunit, volných tribun. Pacientům jsou jako součástí nácviku dovedností svěřovány takzvané zodpovědnostní funkce, např. tajemník skupiny nebo předseda komunity, to je nejvyšší funkce, kdy pacient je mluvčím celé komunity a spojovacím článkem komunity a terapeutického týmu a vedení léčebny. Účelem je získání nových dovedností a to nejen v komunikaci, např. schopnost organizace, přijetí zodpovědnosti. Léčba zde je tedy komplexní.

Léčba je rozdělena do několika fází:

1. Pacient se seznamuje s komunitou, jejími pravidly a bodovacím systémem, stabilizuje se jeho fyzický a duševní stav, začíná si připouštět své problémy jejich důsledky, ujasňuje si postoj k droze, proč by dále neměl v užívání pokračovat.
2. Podílí se na chodu komunity, pracuje ve skupinách, kontaktuje okolí formou vycházek, formuje cíl pobytu, hledá cestu k řešení problémů, snaží se je řešit.
3. Orientuje se na budoucnost, hledá zaměstnání, ubytování, hledá momenty, které budou podporovat jeho abstinenci.

Složky výše uvedené kombinované léčby v léčebně probíhají, *ale pro konkrétního klienta uvedeného v praktické části této práce v nedostatečné míře, a to vzhledem k podstatně většímu podílu režimové složky, která pro klienta nebyla zase tak důležitá, vzhledem k tomu, že základní návyky a dovednosti měl. Ideální by v jeho případě bylo klást v léčbě menší důraz na režimovou složku, ale na psychoterapii.*

5. Fenomén Drop out¹²

Odchod z léčby před řádným termínem ukončení, může mít pro klienta vážné důsledky, např. větší možnost relapsu. U tohoto fenoménu je důležitá také souhra okolností, při kterých k odchodu z léčby dochází. Záleží také na tom, kdy – v jaké fázi léčby, a tedy po jaké době k předčasnému odchodu dojde. Podle Kaliny (2003), hraje roli několik faktorů:

¹² Vypadnutí z léčby.

- Časový faktor – čím déle klient v léčbě vydrží, tím je lepší prognóza. U střednědobé ústavní léčby je časté vypadnutí v prvním období léčby.
- Typy vypadnutí – klient odchází sám a dobrovolně nebo je ze strany zařízení vyloučen – např. za porušování pravidel, nespolupráci, atd.
- Faktory na straně klienta – zde je možno u klientů, kteří vypadli, identifikovat jejich osobnostní faktory, které k vypadnutí přispěly. Nízká schopnost komunikace, špatné zvládnání stresu, první léčba, nižší vzdělání, nedostatek motivace. Dále tito klienti vykazují: menší zapojení do programu, nižší schopnost přijmout kritiku svého minulého nebo současného chování, popírání problémů, bagatelizování.

Další důvody uvádí Buehringer a Platt (in Kalina 2003):

- Důvody související s drogami: relaps, craving, pochybnost o životě bez drog.
- Důvody související se vztahy
 - **vnitřní:** na půdě zařízení, partner v zařízení, ostatní klienti, postavení outsidera
 - **vnější:** partner
- Celkový postoj k léčbě: pesimismus, váhavost, nerozhodnost

Vypadnutí z léčby, ale může být zapříčiněno též druhou stranou – terapeutickým týmem.

Kalina také popisuje, že klient opouští léčbu proto, že se zde neřeší problémy, které jsou pro něj k řešení velice nezbytné (sebepojetí, nezvládnuté vývojové úkoly, vztahy).

6. Relaps

Relaps je porušení abstinence, je to obnovení onemocnění. Ne vždy se ale nemocný vrací na úplný začátek, pro tento stav užíváme termín laps – klopýtnutí, uklouznutí, porušení toho, co si klient stanovil.

Právě jedním z nebezpečí výše uvedeného drop outu je relaps. Ten ale samozřejmě může nastat i bez tohoto fenoménu, může dá se říci, nastat kdykoliv v době abstinence, proto je potřeba s tímto jevem pracovat v rámci prevence relapsu. Abychom relapsu mohli předcházet, musíme si nejprve určit, jaké faktory hrají při jeho vzniku roli. Opět jsou to u každého člověka jiné faktory. Hledání těchto faktorů je součástí jednak již léčby základní, ale hlavně léčby následné.

Při vzniku relapsu významné pre–rizikové situace (situace, které předchází relapsu, takzvaní skrytí předchůdci), které uvádí Marlatt a Gordonová (in Kuda, 2003) Je to:

Nerovnováha životního stylu – rozpor mezi tím, co jedinec dělá a co by dělat chtěl či měl. Z toho pramení stres. Závislý si potom chce dopřát závislé chování a k tomuto se přidávají ještě další faktory jako např. craving, který to celé podporuje. A dále zde nastupují obranné mechanismy, kterými se jedinec uklidňuje – racionalizace, popření. Takto si začíná nevědomě plánovat relaps.

Některé situace vedoucí k relapsu podle Kudy (2003)

- Negativní emoční stavy – tyto jsou intrapersonální, řadíme sem: frustraci, vztek, úzkost, deprese, nudu.
- Interpersonální konflikty – negativní vztahy s partnerem, přáteli, rodinou, konfrontace v zaměstnání atd..
- Sociální tlak – setkání s drogovými známými, kteří mu nabízí drogu.

Jako významný faktor při relapsu je craving, bažení po droze, chutě na drogu.

Teorie prevence relapsu

Podle Kudy (2003), vychází prevence relapsu opět z bio–psycho–sociálního modelu. Je to kognitivně behaviorální terapie, kdy zvyšujeme kontrolu a nacvičujeme dovednosti zvládání atd. Jde tedy o to, naučit klienta s rizikovými situacemi pracovat, vybavit ho dovednostmi a ne se jim pouze vyhýbat. Také popisuje, že relaps je třeba zvládat a to ve dvou rovinách:

1. Zvládat vysoce rizikové situace
2. Zvládat stres obecně

C. Praktická část

1. Seznámení s klientem

Klient se narodil v roce 1984, je mu tedy 24 let. Pochází z většího města v severních Čechách, kam se rodina přestěhovala z menší vsi nacházející se rovněž v tomto kraji, když bylo Liborovi čtrnáct let. Pochází ze střední socioekonomické vrstvy, z úplné rodiny. První kontakt s klientem proběhl před rokem v psychiatrické léčebně Červený Dvůr, kde byl klient na své první léčbě a léčil se zde primárně ze závislosti na stimulantech - pervitinu, alkoholu a gamblingu. Doba léčby byla stanovena psychologem na pět měsíců. Klient léčbu nedokončil a na vlastní žádost z léčby po třech měsících odešel. Klient nastupoval léčbu 5. 5. 2008 a končil 7. 8. 2008. Klienta jsem měla možnost sledovat po dobu mé pětidenní stáže v Červeném Dvoře na celém terapeutickém programu. Dále jsem klienta za účelem sesbírání dat měla možnost navštěvovat přímo doma u jeho rodiny, která mi také velmi pomohla při poskytnutím informací o klientovi a situaci u nich doma.

2. Stručný popis současné situace klienta

Dnes je klient jedenáct měsíců po léčbě, abstinuje od pervitinu a gamblingu, alkohol užívá příležitostně, neopíjí se, uvádí jedenkrát týdně 4 až 5 piv; klient kouří cigarety, chtěl by také přestat kvůli svému zdravotnímu stavu, zatím se mu to nedaří. V současné době je klient zpět ve svém původním prostředí, bydlí u rodičů v severních Čechách. Z Prahy odešel před dvěma měsíci, když dal výpověď ze zaměstnání. Důvodem výpovědi bylo neférové jednání ze strany zaměstnavatele, které bylo dlouhodobé, a kdy se ani po slibech zaměstnavatele nic nezměnilo. Popisuje toto jako podraz a má vztek. Klient byl bez práce téměř dva měsíce, tento čas trávil převážně doma nebo ve společnosti svých přátel, někteří z nich jsou uživateli drog. Věnoval se v tomto období svým koníčkům – rybolov a hodně času trávil též v domácí autodílně, kde si přivydělával. Psychický stav klienta se ale zhoršil, relaps však nenastal, nyní se jeho blízké okolí obává, aby k němu nedošlo. Pohled rodiny v současné době i v minulosti budu popisovat níže. Našel si brigádu ve svém oboru, kde chce setrvat do doby, než si najde stálé zaměstnání, ve kterém by chtěl zůstat, nebaví ho si hledat každý měsíc něco jiného. Klient tedy zatím dokázal zvládnout zátěžové období bez drogy. Na otázku, zda měl v průběhu tohoto období chuť na drogu, odpověděl: „*Drogy se mi hnusí, nic bych tím nevyřešil, akorát by se všechno zhoršilo*“. Klient toto období ale popisuje jako krizi, kdy je velice rád, že ho podpořila rodina – mohl se sem vrátit, bydlet zde, i když neměl finanční prostředky.

3. Osobní anamnéza

3.1 Zdravotní anamnéza

Porod proběhl s komplikacemi, muselo se přistoupit k porodu za pomoci kleští. Matka i dítě ale byli v pořádku. Klient nebyl kojen, protože matka užívala léky.

Prodělal běžné dětské nemoci bez komplikací, častěji nemocen nebyl. Z operací prodělal operaci slepého střeva, kdy měl akutní zánět a bylo to pro něho traumatizující. Operace proběhla v klientových deseti letech. Dále operace pupeční kýly v patnácti letech v souvislosti s úrazem. Klient prodělal mnoho úrazů v souvislosti se sportem, kterému se věnoval na vrcholové úrovni – motocross. Byly to časté zlomeniny končetin, ale i vážnější úrazy jako například zlomenina páteře, klíčních kostí a žeber. A časté otřesy mozku. Klienta to v té době od sportu neodradilo, i když to bylo velice bolestivé a na dlouhou dobu byl vyřazen z tréninků a všech aktivit. Klient také trpí od dětství alergiemi – na prach, pyl, a astma bronchiale. S alergiemi se léčil do svých patnácti let, potom přestal v souvislosti s abúzem drog. I přes záchvaty astmatu ale dodnes kouří a kouřil i dříve, i když mu to nedělalo dobře.

Klient se v době užívání návykových látek nenechal testovat na virovou hepatitidu typu C ani na HIV, poprvé až při léčbě v Červeném Dvoře. Výsledky testů byly negativní, měla jsem možnost do výsledků nahlédnout. Testy klient v době užívání nepodstoupil, neboť se bál výsledků – popisuje občasné rizikové užívání a promiskuitní styl života. Dnes se klient cítí fyzicky subjektivně celkem dobře, ale zhoršily se pocity dušnosti a v souvislosti s tím chce přestat kouřit.

3.2 Psychická anamnéza

3.2.1 Psychická anamnéza nesouvisející s abúzem návykových látek

- Návštěva psychologicko–pedagogické poradny v deseti letech věku klienta, v páté třídě základní školy. Důvod návštěvy byl na popud matky, které se nezdálo normální, že Libor chodí domů ze školy, jak popisuje „bez nálady a skleslý.“ Toto trvalo několik týdnů. Dále si Libor neustále stěžoval na bolesti hlavy, ale praktická lékařka neshledala somatický problém, klient je dokonce vyšetřen na EEG, závěr je negativní. Po konzultaci lékařky s matkou byla doporučena psychologicko–pedagogická poradna. Návštěva proběhla jedna,

kdy Libor měl za úkol nakreslit mužskou postavu a místo kalhot nakreslil sukni. Závěr psychologa byl, že klient má problém v sexuální orientaci. Matka říká, že když se ho po vyšetření zeptala, proč nakreslil sukni odpověděl, že kalhoty nakreslit neuměl. Závěr psychologa ohledně nevyjasněné sexuální orientaci se zatím nikdy nepotvrdil a klient ho vyvrací. Naopak – jeho chování hodnotím spíše jako promiskuitní, to ale plyne z jeho chování v době abúzu návykových látek. Po konzultaci s terapeutky v Červeném Dvoře, kde se klient léčil, bylo potvrzeno psychologem i arteterapeutem, že klient je heterosexuál a v této oblasti nemá problémy.

3.2.2 Psychická anamnéza v době abúzu návykových látek

Zde budu popisovat psychické problémy klienta, které byly v době abúzu návykových látek, a tudíž s abúzem mohou souviset – od čtrnácti let až po současnost.

- Druhá návštěva psychologicko–pedagogické poradny, v klientových 18 letech, ve třetím ročníku střední školy. V této době už klient užíval pervitin, alkohol a marihuanu. Psychické problémy které popisuje, mohly tedy již souviset s abúzem návykových látek. Klient popisuje deprese, suicidální myšlenky, a časté absence ve škole. Návštěva byla opět na popud matky, klient byl velice depresivní a hlavně agresivní. Opakovaně v důsledku agrese zdemoloval nábytek ve svém pokoji, byl agresivní na matku – ta se zmiňuje i o fyzické agresi zaměřené na její osobu. Klient se jí ale vždy přišel omluvit, bylo mu to líto a jak tvrdí, znásobovalo to jeho nenávisť k sobě, ke svému chování. Nepřipouštěl si, že za to může droga. Závěr psychologa byl, že Libor je „hodný kluk a až jednou bude mít partnerku, bude s ním šťastná“. Dále uvedl, že je třeba Libora opakovaně chválit, což z mého hlediska usuzuje na jeho velice malé sebevědomí, které měl Libor od dětství. Psycholog ho poslal na jiné pracoviště, on se již neobjednal, protože to nepovažoval za důležité. Libor si na toto nevzpomíná, nechce o tom mluvit.

- Návštěva psychiatra v místě bydliště pro neúnosnost Liborovy situace. Sám se tam neodhodlal jít; matka ho podpořila, měla o něj strach. Přijal pomoc a byl rád. S lékařkou se dohodli na střednědobé ústavní léčbě. Popisuje, že sám by se tam kvůli předsudkům nikdy nedostavil, a přiznává, že pomoc již velice potřeboval. Šel tam, protože v té době měl sebevražedné myšlenky. Nebavilo ho takhle dál žít, vadil mu stav rodiny – rodiče se hádali, otec se ho zprvu více zastával, potom už byl ale „proti němu“. Dále to byl vztah s partnerkou, který chtěl zlepšit, fyzický zjev, kdy si připadal fyzicky velice ošklivý, byl

unavený a velice vyčerpaný. U psychiatra neproběhla žádná intervence, byl rovnou odkázán na Červený Dvůr.

3.2.3 Suicidální pokusy a myšlenky

Suicidální myšlenky měl pouze v době abúzu, od svých 18 let. V tomto období to bylo pouze jednou – jeden z důvodů byla jeho přítelkyně, kterou takto vydíral, aby se s ním nerozešla, a další důvod byl, že bude mít od všeho klid. V tu dobu ale, jak dnes říká, to ještě nemyslel vážně. Rok před léčbou se ovšem tyto tendence začaly stupňovat, byl ve velice špatném psychickém stavu. Tyto tendence trvaly zhruba rok, až do nástupu do léčby. Měl jeden nedokonaný pokus o sebevraždu, když chtěl nabourat čelně autem do stromu. Dnes to hodnotí tak, že podvědomě to asi udělat nechtěl, a tak si to rozmyslel. V tu dobu ale neviděl jiné východisko, jen sebevraždu. Dnes říká, že ho doslova zachránil nástup do léčby.

3.3. Sexuální život

První pohlavní styk se odehrál v den patnáctých narozenin klienta, bylo to již v době užívání návykových látek. Klient popisuje, že se mu tímto výrazně zvýšilo sebevědomí. Cítil, že je o něj zájem. Doposud měl o sobě výrazně snížené mínění a popisuje, že braní drog mu pomohlo v tom, aby se cítil lépe, aby dokázal oslovit dívku, a byl tak schopen i intimního kontaktu. Do té doby byl kvůli svým tělesným proporcím odmítán a spíš sklízel dle svých slov výsměch. Dívky o něj neměly zájem a to ho velice mrzelo, nedokázal se s tím smířit. Do patnácti let tedy neměl téměř žádný kontakt s dívkami. Po prvním pohlavním styku ve spojení s užíváním se jeho chování výrazně změnilo, v pozdější době v souvislosti s abúzem návykových látek se jeho chování stalo spíše promiskuitním a cítil se v tom dobře. Orientace čistě heterosexuální, nikdy intimní kontakt s mužem, nikdy prostituce. Dnes má Libor jednu partnerku.

3.4 Partnerské vztahy

- První partnerka byla zároveň první partnerkou sexuální, byla stejně stará (15 let) jako klient. Vztah trval asi čtyři měsíce, rozešel se s ní, vztah mu nic nového nedával, ale výrazně si zvýšil sebevědomí. Přesvědčil se o tom, že je o něj mezi dívkami zájem a chtěl vyzkoušet něco nového. Říká: „*Jakoby mi narostla křídla*“. Vše bylo ale podpořeno užíváním pervitinu, což si klient v té době neuvědomoval. V tu chvíli pro něj bylo důležité jeho postavení mezi přáteli a vrstevníky.

- Další vztah trval také přibližně čtyři měsíce, partnerka byla klientova vzdálená příbuzná, rozešli se kvůli nesouhlasu rodičů. Klient z toho nebyl výrazněji rozrušen.
- Po tomto vztahu měl ještě několik kratších vztahů (cca několik týdnů), všechny jsou si podobné, nikdy nešlo o hlubší vztah.
- První opravdu vážný vztah měl ve svých 18 letech, trval rok. V tomto případě už jde o hlubší vztah, ale skončil rozchodem kvůli drogám.
- Další vážný vztah ve 21 letech, trval dva roky (do 23 let Libora) s přítelkyní Martinou, v posledním půlroce vztahu má paralelní vztah s prostitutkou Terezou, kterou „pase“. Vztah s Martinou je jeho první vztah, kdy je opravdu zamilovaný. Z mého hlediska je pro závislého Libora problém v tom, že partnerka se již snaží si prosazovat své zájmy a Libor pod vlivem drog tuto situaci nezvládne. Dnes popisuje, že tenkrát mu to připadalo, jako kdyby ho chtěla ovládnout, zmocnit se ho. Přisuzuje to svým paranoidním stavům plynoucích z užívání. Několikrát partnerku fyzicky napadl. Vždy to bylo ve stavu pod vlivem drogy. Klient se v této době pokoušel abstinovat, bohužel se mu to nepodařilo. Vztah skončil, klient se nechce zmiňovat o podrobnostech. Je vidět, že toto nemá vyřešené, obtížně mluví o všech svých vztazích, je mu to nepříjemné.
- Vztah s prostitutkou Terezou – nejde o city, ale o materiální zajištění. Užívají spolu drogy, na které ona „vydělává“. Klient ji bere jako věc, nemá k ní žádný citový vztah.
- V mezidobích mezi jednotlivými vztahy má sexuální partnerky, které velice často střídá, i několikrát za večer.
- Nyní má stálou partnerku, poznali se po Liborově léčbě, vztah celkem funguje.
- Ve vztazích je dominantní. Na otázku jaké jeho dívky byly, odpovídá: „*Spíš si všechno nechaly líbit, dělaly co jsem chtěl, rozhodoval jsem já*“.

4. Rodinná anamnéza

Libor pochází z úplné rodiny. Narodil rok po sňatku rodičů, kteří byli již dva roky ve vztahu. Matka je vyučená v oboru kuchař-číšník na středním odborném učilišti, má výuční list. Nyní pracuje v oboru, společně se sestrou vlastní restauraci – zaměstnání je časově náročné. Dříve pracovala jako poštovní úřednice. Pročlala rakovinu, léčí se s epilepsií. Otec je vyučen v oboru automechanik, tomuto oboru se věnuje celý život. Je zdravý. Nikdo z blízké rodiny se nikdy neléčil na psychiatrii, otcův bratr je alkoholik, neléčí se.

Oba rodiče byli pracovně dosti vytíženi a Libora i jeho sestru často hlídala babička. Babička byla ve výchově dosti mírná. Libor má jednu sestru Petru, která je o tři roky

mladší. Petra má dvě děti, ve věku devatenáct a šest měsíců, žije již čtyři roky ve vztahu s přítelem. Se sestrou Libor vychází dobře, bylo tomu tak i v dětství. Nepamatuje si, že by měli někdy větší konflikt. Když se narodila, nepamatuje si, že by se v jeho chování něco změnilo. Přijal ji. Matka má ve výchově větší autoritu než otec, otec je více benevolentní, především k Liborovi než k jeho sestře, které hodně vyčítá jejího přítele, se kterým měl opakovaně konflikt. Přítel byl dvakrát trestaný za krádeže. Petřin přítel patřil také do party, se kterou Libor užíval drogy a byl dokonce tím, kdo Liborovi nabídl drogu. Petra s nimi občas užila pervitin – nikdy ne intravenózně.

Žádný z prarodičů již nežije. Otcova výchova pramení nejspíše z toho, jak se k němu choval vlastní otec – byl na něj hrubý a týral ho, on se zatvrdil, že nikdy takový nebude a přešel do opačného extrému. Liborovi se oba rodiče snažili věnovat, jezdili na výlety, ale bohužel ne moc často z důvodu jejich pracovního vytížení. Otec vyšel Liborovi často vstříc, dělal mu ústupky, podporoval ho v jeho rozhodnutích, vedl ho k jeho koníčkům, i když to bylo často na úkor školy. Matka se ho snažila vést i studijně. Z její strany cítil více pedanství a to mu vadilo, trávil čas spíše s otcem.

Z mého hlediska mu otec nedal hranice a Libor si tak často dělal co chtěl. Otec mu spoustu věcí toleroval. Libor není zvyklý, když mu někdo něco vyčítá nebo se mu snaží poradit. Ihned přechází do agrese. V době užívání měl časté konflikty s matkou, která se snažila s jeho situací něco dělat. Snažila se mu pomoci, ale on to bral jako útok, často na ni křičel a párkrát došlo i k fyzické agresi. Matka se hodně trápila, dodnes to není vyřešená situace. V době užívání ho rodina finančně i psychicky podporovala, Libor toho pouze využíval. Dodnes na něj matka dohlíží, např. aby platil účty, není schopen si tyto věci hlídat. Rodiče nad ním drží až úzkostlivě ochrannou ruku. Období, kdy Libor užíval drogy, je v rodině pořád ještě tabu, nemluví se o tom, Libor se nechce na toto téma bavit, vždy u tohoto tématu přechází do rozčilení.

5. Sociální anamnéza

Zde budu popisovat *vzdělání* (klientův vývoj od mateřské školky do dokončení střední školy, např. začlenění do společnosti, vztahy s vrstevníky, prospěch), záliby, zaměstnání, bydlení, právní problémy, důležité osoby v životě klienta.

5.1. Vzdělání

5.1.1 Mateřská škola

Libor navštěvoval mateřskou školu od svých čtyř let asi půl roku, protože matka byla doma na mateřské dovolené s mladší dcerou, mohl jít tak později do MŠ. Zde se mu ale vůbec nelíbilo – měl sice kamarády, byl jak říká ve středu kolektivu, ale raději chtěl být doma s otcem, který měl autodílnu, a jelikož měl Libor rád auta již od dětství, chtěl otci „pomáhat“. Otec tedy Libora nechal doma.

5.1.2 První stupeň základní školy (1. – 5. třída)

Libor nastoupil do první třídy v šesti letech. V učení patřil spíše k lepším žákům, matky ostatních ho dávaly za příklad. Mezi dětmi byl ve středu kolektivu, patřil spíše k pasivnějším dětem. Kamarádi si vždy spíše našli jeho, než by on hledal je. Neměl nejlepšího kamaráda, cítil se sám. Měl problémy se prosadit mezi ostatními dětmi – např. když se volil předseda třídy, měl jiný názor, ale bál se ho říci apod. Měl strach z výsměchu. Mrzelo ho, že se nedokáže prosadit. Spolužáci se mu začali posmívat kvůli jeho tělesným proporcím, protože byl silnější než ostatní. Postupně se dostával na okraj, vrstevníci ho neuznávali, mrzelo ho to. Uchyloval se tedy spíše ke své zálibě – autům a hodně času trávil doma s otcem. Mezi vrstevníky ale dle jeho slov fungoval v té době relativně dobře, i přes toto všechno spolu trávili po škole čas. Libor se v té době věnoval motocrossu.

Jeho prosazování mezi vrstevníky mělo čím dál horší tendenci. Zejména při přestupu na druhý stupeň. Toužil mít kamarády a tak se účastnil věcí, které byly proti jeho přesvědčení – kouřil se spolužáky i přes astma, kterým trpí, a přestože se jednou skoro udusil, i nadále v tom pokračoval. Dále kradl doma peníze a kupoval spolužákům cigarety a sladkosti. Kradl v obchodě, aby se „vytáhl“. Když se na to přišlo, tak matka byla toho názoru, že se k tomu musí postavit on sám a vyřešit si to.

5.1.3 Druhý stupeň základní školy (6. – 9. třída)

Prospěchově byl Libor stále na stejné úrovni, pouze slabší v tělesné výchově. Do školy chodil, neměl absence, nevyhýbal se tomu. V tomto období mu posměch od spolužáků začal vadit převážně u dívčí části kolektivu. Vůbec si nevěřil. Trvá i chování, které začalo na prvním stupni – krádeže, kouření.

Bydlel na malé vesnici, kde se kamarádil s místními dětmi, ale jak jsem již popsala, byl spíše na okraji kolektivu a snažil se kamarádům zavděčit, aby ho brali mezi sebe. Moc toužil někam patřit. Libor není schopen popsat věci do detailu, mluví o tomto období velice povrchně, není schopen jít do hloubky; můj názor je, že si spíše vzpomenout nechce, je to pro něj velice nepříjemné. Když o tomto období mluví, je velice nervózní a nepříjemný, nevydrží sedět na jednom místě, je neklidný a dělá mu to velké problémy. Na konci osmé třídy (Liborovi bylo čtrnáct let) se rodina přestěhovala do většího města též v severních Čechách. Devátou třídu tedy absolvoval zde. Libor zde měl babičku, ke které občas se sestrou jezdili, kamarády si zde ale nenašel.

Libor nastoupil po prázdninách do nového kolektivu, kde nikoho neznal. Zpočátku byl velice nervózní a bál se nepřijetí kolektivu – ten ho ale přijal dobře. Zpočátku se pohyboval ve středu kolektivu, postupně se ale dostával mezi hůře prospívající žáky, kteří pro něj byli vzorem také z toho důvodu, že měli úspěch u dívek. To pro něj v tu dobu byla jedna z nejdůležitějších věcí, chtěl se prostřednictvím přátelství této party zviditelnit, viděl v nich jistotu úspěchu. Přátelství bylo ale na úkor učení a dalších morálních hodnot. Parta kluků kradla, kouřila, občas požívali alkohol. Libor to ale nepopisuje moc dramaticky, bylo to zatím v jistých mezích. Např. aby se cítil dobře, byl ochoten zanedbávat spoustu věcí kvůli partě a nevadilo mu to, cítil se dobře. Neměl žádné výčitky. Byl na takové pozici, kde chtěl být. Jeho postavení ještě umocňovalo to, že si sedl do lavice vedle lehce zaostalého spolužáka, ten byl v tomto kolektivu středem posměchu. Libor se tak zbavil role, kterou měl po celou dobu na bývalé škole. Na stranu tohoto spolužáka se nepřidal, bál se o svoji pozici.

Pro Libora je důležitý i úspěch u dívek. Ty si ho začnou všimnout, až když začne s touto partou trávit volný čas i mimo školu. Mimo školu se tito kluci schází ještě se staršími, věkový rozdíl je průměrně čtyři roky. Všichni bydleli ve stejné čtvrti, a tak spolu tráví téměř veškerý čas. U dívek a starších kluků si získal obdiv svou „sbírkou“ aut, otec měl domácí autodílnu a motorku, protože jezdil závodně motocross. Kamarádi to ale nebyli úplně v pravém slova smyslu, brali ho, ale oblíben byl spíše když potřebovali pomoci se svými auty, což dělal Libor vše zadarmo. Autem Libor jezdil od čtrnácti let, aby se vytáhl před kamarády. Auta byla jejich vzájemnou spojovací aktivitou. Postupně se Libor začal bavit jen se staršími kluky, spojoval je zájem o auta. S mladšími si neměl již co říci. Dle názoru jeho matky si je i v té době kupoval tím, že jim zadarmo spravoval auta.

V partě se začala kouřit marihuana a Libor neodmítl. Komentuje to slovy: „*Hulili všichni a abych nebyl pozadu a nesmáli se mi, hulil jsem taky.*“ Nechtěl se vrátit zpět do role toho, kterému se budou všichni smát, a nechtěl přijít o „kamarády“. Popisuje, že ho to s partou strašně bavilo a s ostatními vůbec. Nechtěl ani chodit domů, nejráději by byl pořád s nimi. Vrstevníky zavrhl, už ho nezajímali. Naopak k těm starším klukům vzhlížel a nedal na ně dopustit. V partě se také popíjel alkohol, dominovala ale marihuana. Libor říká, že v tu dobu byl šťastný. V té době také začal zanedbávat svůj velký koníček – motocross. Postupně si Libor vybudoval své místo v partě, starší ho brali jako sobě rovného. Dnes říká – ale za jakou cenu? Tenkrát je nechtěl za žádnou cenu ztratit, cítil zázemí, oporu a postavení. To, co mu celý život chybělo, a zde to našel. Udělal by pro to cokoliv. V tuto dobu také poprvé užil pervitin. Tato parta užívala již déle, jemu pervitin nabídli až po půlročník kamarádství. Toto bude popsáno v kapitole Drogová kariéra.

5.1.4 Střední škola

Po prázdninách, které trávil Libor se svými kamarády, prožil si svůj první vztah a již má za sebou první intravenózní aplikaci pervitinu, nastoupil do prvního ročníku soukromého gymnázia (je mu 15 let). Původně chtěl studovat průmyslovou školu, ale neprošel přijímacím řízením. Byl zklamaný, podal odvolání a snažil se, aby ho ke studiu přijali. Bohužel neúspěšně. Studium na gymnáziu ho nebavilo a sám říká, že by na to „měl“, ale v té době o studium neměl zájem. I rodina tento názor podporuje. Kolektiv zde byl převážně dívčí, Libor se zde cítil dobře, se spolužačkami občas zašel mimo školu na zábavu, nebral je ale ke své partě, držel hranice jednotlivých skupin. V tomto kolektivu byl spokojený a jak tvrdí i to ho asi udrželo, že na gymnáziu dokončil alespoň první ročník. Studium na gymnázium ukončil po prvním ročníku, kdy byl ze školy vyloučen. Byl strašně šťastný, že už tam nemusí chodit. Matka popisuje, jak ji objal kolem krku a řekl jí, že je rád, že mu dovolili ze školy odejít. Zbavuje se tak povinností a nepříjemností s tím spojených. Uleví se mu. Nebojuje, volí jednodušší alternativu – přestupuje na učiliště, obor automechanik, kdy jako jediný ze spolužáků má k oboru opravdový vztah (je mu 16 let). Je to dáno tím, že autům se věnuje prakticky od dětství a jak říká, „je to to jediné, co umím“. Okolí potvrzuje, že je v tomto opravdu výborný. Na učilišti patřil prospěchově k nejlepším, i když měl velmi časté absence.

Jeho postavení mezi vrstevníky bylo vůdce kolektivu. Je o rok starší než spolužáci. Uznávají ho, kolektiv hodnotí následujícími slovy: „*Byli to debilové, nevím, jak to mám*

jinak říci, prostě totální puberťáci.“ Libor s nimi občas šel do restaurace na pivo a kouřil marihuanu, a jak popisuje: „*Nechodili jsme do školy, prostě jsme se jen tak flákali po městě.*“ Na otázku, zda s nimi užíval pervitin, odpovídá: „*Ne, neměl jsem k nim takovou důvěru jako ke klukům z party.*“ Mluví o nich dost povrchně, jako by ho nebyli hodni. Trávil s nimi čas, když jeho parta neměla čas.

Na učilišti se hojně objevovala šikana, kdy Libor stál na straně silnějších a byl tím, kdo útočil na slabší spolužáky. Neměl výčitky svědomí, že dělá něco špatného, neuvědomoval si, že pro oběť to mohlo být velice traumatizující. Cítil se v tom dobře. Ve třetím ročníku se začaly objevovat depresivní nálady, rodina přišla na to, že Libor bere drogy.

5.1.5 Další studium

Liborovi už na tom v tu dobu nezáleželo. Složil sice přijímací zkoušky na dvouletou přípravu s maturitou v oboru automechanik, měl ale velice časté absence a tyto zdůvodňuje tak, že si na tom samém učilišti našel přítelkyni, do které se zamiloval a chodili za školu spolu, chtěli spolu trávit co nejvíce volného času. S touto přítelkyní byl potom ve vztahu až do svých téměř dvaadvaceti let. Drogy spolu neužívali, byla abstinentka. Přípravu nedokončil.

5.2 Záliby

Liborovou největší zálibou jsou od dětství auta a motocross, kterému se věnoval od svých osmi do devatenácti let. V těchto zálibách ho hodně podporoval otec, který se jim také aktivně věnoval, a Libor v něm v tomto viděl velký vzor. Motocross Libora velice bavil, hlavně popisuje adrenalin jako jeden z hlavních důvodů. Z prostředí motocrossu měl Libor také kamarády, se kterými chodili s otcem trénovat. Několik z těchto přátel také propadlo užívání drog. Tento sport byl fyzicky náročný, trénovalo se velmi často, tréninky byly náročné i psychicky. Liborova umístění v závodech, které byly jedenkrát měsíčně, byla na středních pozicích, někdy skončil ale i na stupních vítězů. I přesto Libora sport bavil a nenechal se odradit, i když nevyhrával. Ostatně měl dost ztížené podmínky kvůli vzrůstu, neměl ideální proporce jako ostatní závodníci. S kamarády z motocrossu se ale přestával stýkat, neměl si s nimi co říci. Tento problém se stupňoval s užíváním drog. S motocrossem skončil z důvodu užívání drog, zanedbával tréninky, vliv na to ale také měly vysoké finanční nároky. Dnes ho to mrzí a zvažuje, že si obnoví licenci na závodění.

Dalším koníčkem je úprava aut, kterému Libor věnuje tomu hodně času. O jiných zájmech se nezmiňuje.

5.3 Právní problémy

Doposud nebyl nikdy trestán, je podezřelý jako spolupachatel z neoprávněného držení cizí kreditní karty. Čeká ho soud.

6. Situace po škole

6.1 Zaměstnání

Libor si našel práci hned po škole ve svém oboru (v 19 letech). Práce ho docela bavila, ale jelikož užíval pervitin, měl časté absence a práci neodváděl dobře. Byl ale do zaměstnání schopný docházet a své absence si omluvit, tak zde vydržel dva roky (do svých 21 let). Jeho názor je, že se v práci přišlo na to, že užívá drogy a to byl důvod výpovědi. Po výpovědi Libor neměl dva roky práci a v tuto dobu ho živili rodiče, on se živil vařením pervitinu, dealováním, rozprodáváním dílů na auta a jinou nezákonnou činností. Pak nastoupil do léčby do Červeného Dvora, po léčbě pracoval i bydlel v Praze, téměř deset měsíců. V zaměstnání dal výpověď a vrátil se zpět k rodičům, zde doposud bez práce, dochází na brigády. Klient funguje. Abstinuje.

6.2 Bydlení

Bydlel téměř celý život s rodiči, v jedenadvaceti letech se odstěhoval s přítelkyní do Prahy na popud rodičů, situace doma byla již neúnosná. Měl si zde najít bydlení a práci a přestat užívat drogy. Abstinovat se mu podařilo na dobu dvou měsíců, práci si nenašel. Po neúspěchu se vrátil domů, kde pokračoval v užívání. Po léčbě bydlel deset měsíců v Praze, po výpovědi se odstěhoval zpět k rodičům, zde je doposud.

7. Drogová kariéra

- Cigarety poprvé v sedmi letech, pravidelně od třinácti let.
- Alkohol poprvé vyzkoušel v deseti letech, od této doby pouze příležitostně, závislost nejuje, nespĺňuje znaky závislosti. Frekvence užívání alkoholu: nepravidelně – průměrně jednou za týden, nikdy se neopíjel, množství alkoholu vypité za večer – uvádí v době užívání 3 – 4 piva, přičemž frekvence byla jednou za týden a tvrdý alkohol téměř nepije.

- Marihuana – poprvé asi ve dvanácti letech, frekvence užívání se zvyšuje ve čtrnácti letech, kdy to Libor vnímal jako rituál, kouřili s partou, těšil se na to. Marihuanu kouřili každý den po dobu asi půl roku, než vyzkoušel poprvé pervitin. Od té doby se frekvence užívání marihuany výrazně snížila, Libor uvádí asi dvakrát za týden, postupně přestal marihuanu užívat úplně.
- Pervitin – poprvé ve čtrnácti letech 0,4 g intravenózně, drogu mu nabídl kamarád z party asi po půlroční známosti, pamatuje si veškeré detaily prvního užití. Mluví o stavu intoxikace drogou poměrně se zaujetím, detailně popisuje, co se ten večer dělo, jaké to bylo. Po prvním užití drogu aktivně nevyhledává, ale těší se na další příležitost. Další příležitost asi za dva týdny, bere menší dávku, asi 0,2 g i.v. spolu s partou. Stav se mu líbil, od té doby začal drogu vyhledávat aktivně. Jediné lidi, které v té době uznává, jsou uživatelé drog, ostatními pohrdá. Stav konstatuje slovy: *„Neměl jsem si s normálníma lidma co říct, byli pro mě nudný, za to s feťákama bylo pořád co řešit.“*
- Po druhém užití bere jednou za týden, uvádí že „kolísavě“, toto vysvětluje jako pokaždé jinou dávkou. Podle toho, kolik drogy si může finančně dovolit.
- Libor se naučil drogu vařit, popisuje, jak vařili drogu ze solutanu, jak to bylo úžasné, dodává: *„Ze solutanu to byl nářez, pak už to stálo za...“* V té době Libor užívá 0,5 g pervitinu i denně, rozdělen ho má do několika dávek. Občas užije denně i více, nepřekračuje ale 1 g.
- Takto Libor užívá pervitin do svých 21 let, potom téměř dva roky 1,5 g pervitinu každý den, rozděleno do 2 – 5 dávek. Bez drogy není schopen existovat. Nepřipouští si, že by drogu neměl.
- Libor měl během svého užívání jeden abstinenční pokus, trval dva měsíce, v tu dobu ale ještě nechtěl abstinovat, bylo to na popud rodičů.
- Libor uvádí, že občas si dal „koktejl“, kdy míchal pervitin a heroin, uvádí užití LSD, extáze, ale spíše velice příležitostně – jedenkrát za měsíc.
- Dnes Libor abstinuje od pervitinu a marihuany, alkohol příležitostně, kouří cigarety.

7.1 Obtíže spojené s užíváním drog

- Fyzické – v době užívání také nepocituje výrazné fyzické problémy, kromě rozsáhlých boláků a vyhublosti, což mu ke konci už začalo dost vadit. Abscesy a podobné tělesné obtíže neguje. Dnes se cítí Libor fyzicky dobře.
- Psychické – některé obtíže uvedeny v kapitole 3.2.2 a 3.2.3. Deprese začaly od 16 let, výrazně se u Libora stupňovala výbušnost a agrese. Chvillemi Libor cítil, že dělá špatnou

věc, myšlenky ale vždy zahnal. Cítil v sobě vnitřní rozpor, což mohla být jedna z příčin deprese. Drogou si tento stav, jak říká, kompenzoval, někdy byl tento stav po droze ale ještě horší. Suicidální myšlenky – začaly asi rok před léčbou. Jako důvod udává, že tím vydíral přítelkyni, aby se s ním nerozešla a také že bude mít klid. V tu dobu to ale z dnešního pohledu ještě nemyslel vážně. Postupem času už ale ze své zoufalé situace neviděl jiné východisko. Chtěl se zabít, chtěl nabourat čelně autem do stromu. Podvědomě to asi nechtěl, protože si to na poslední chvíli rozmyslel. Popisuje lehké občasné paranoidní stavy, týkající se partnerčiny nevěry. Předávkování, flashbacky neguje. Měl občasné úzkostné stavy, že ho droga zabije. Odvykací stav: nemohl spát, trochu nervozita, chutě první dva dny.

- Sociální – chodil za školu, neučil se, byl ze školy vyloučen – přestup na učiliště, kde režim zvládal. Zanedbával koníčky – skončil s motocrosem. Zaměstnání – dostal výpověď ze zaměstnání kvůli drogám, další si již až do léčby nenašel, nezvládl by to. Měl problémy v rodině, narušené vztahy s rodiči a s dalšími blízkými lidmi neuzivateli.

8. Léčba

- 5. 5. 2008 až 7. 8. 2008 Psychiatrická léčebna Červený Dvůr, střednědobá ústavní léčba.

Léčbu Libor nastoupil dobrovolně po návštěvě psychiatrické ambulance, kde mu byla léčba navrhnutá. Klientovi byla v léčbě diagnostikována závislost na stimulancích, alkoholu a gamblingu. Klient ale závislost na alkoholu a gamblingu neguje.

8.1 Proběhlé intervence

Léčba v Červeném dvoře se skládá ze složky režimové a z psychoterapie, kdy režimová složka zaujímá větší část léčby. Libor se účastnil celého programu, který se skládá z rozcvičky, ranní komunity, volné tribuny, pracovní terapie, arteterapie, skupinové terapie, kulturní hodinky, samostudia, psaní deníků a elaborátů. Po dobu mé stáže byla Liborova pozice v psychoterapeutických aktivitách pasivnější, do programu se aktivně moc nezapojoval, režimově fungoval bez problémů. Do kolektivu se začlenil dobře. Měl trochu problémy udržet si odstup od žen v komunitě, přiznal jeden intimní vztah. Liborovu léčbu jsem konzultovala ještě s vedoucím psychoterapeutem a bylo mi řečeno, že Libor neudělal do konce léčby výraznější pokrok.

9. Hodnocení klientova chování rodinou

9.1 V době kdy neužíval drogy

Matka i otec Libora charakterizují jako hodného, spíše přehnaně citlivého s nízkým sebevědomím, měl hodně zájmů, jen s kamarády to bylo horší. Otec ho přehnaně vychvaluje, nechce si připustit, že Libor měl v té době problémy, podle něj byl vždy v „pohodě“.

Jeho nízké sebevědomí vycházelo z jeho vzhledu. Libor byl v dětství obézní. Dle matky si Libor kamarády vždy kupoval. Krádežemi bonbonů, cigaret a tím, že dělal věci, které byly proti jeho přesvědčení – např. kouřil, i když věděl, že mu to nedělá dobře. Když se na to přišlo, matka nechala odpovědnost za jeho chování na něm, ať si to ve škole vyřeší sám. Libor potom kouřit přestal, začal ale asi po roce znovu. Nikdy u ničeho dlouho nevydržel, byl snadno ovlivnitelný partou, jen aby se zavděčil. Kamarádi s ním uměli dobře manipulovat. Takto se Libor choval do doby, než se rodina přestěhovala. Jak jsem popsala výše, našel si novou partu kamarádů – starších kluků. Matka popisuje, že Libor občas kradl doma peníze, aby mohl kamarádům kupovat cigarety. Jeho chování se začalo ještě více zhoršovat, matka to přisuzovala novému prostředí a kamarádům. Nikdy by ji nenapadlo, že Libor bere drogy. Matka to dnes přisuzuje tomu, že se mu dostatečně nevěnovali a také tomu, že se díky tomu chytl špatné party.

9.2 V době užívání drog

Liborovo chování se postupně zhoršovalo, tak nepatrně, že si toho matka všimla, až když našla stříkačky. Byl drzý, někdy sprostý, odsekával, odpovídal vyhýbavě, ke konci byl agresivní a to proti matce i otci, se kterým se popral. Doma byl zřídka. Dlouho si nechtěla připustit, že se jí syn mění před očima.

„Když jsem našla doma sadu stříkaček, Libor mi tvrdil že nejsou jeho, věřila jsem mu. Teda...chtěla jsem tomu věřit. Moje důvěra se postupem času rozplynula. Dnes vidím, jak jsem si sama sobě něco nalhávala a můj muž ještě více. Bránil Libora do chvíle, když už to bylo hodně vidět.“

Matka popisuje úzkost z toho, že byla pouze pozorovatel, který věci nemůže ovlivnit. Libor se ještě zhoršoval, situace se stávala neúnosnou pro celou rodinu. Za Liborem

chodili domů „kamarádi uživatelé“, matka ho opakovaně žádala, aby je tam nepouštěl, bez úspěchu. „*Dělal si co chtěl, bylo mu jedno, že si ubližuje. A nám taky*“. Libor na toto oponuje: „*To není pravda, jedno mi to nebylo, ale bylo to silnější než já, tam uvnitř jsem se trápil*“. Popisuje, že měl v sobě rozpor. Ví, že všem kolem sebe ubližuje, zároveň ale chtěl žít jak žije, nedalo se to zastavit. Popisuje to jako propad do propasti. Zde se Libor vkládá do hovoru a popisuje, jak žil - návštěvy bytů toxikomanů, promiskuitní styl života, jak ho to bavilo, jak to bylo super. Ale jen do určité chvíle. Potom to všechno přešlo v deprese, úzkosti a bludného kruhu, ze kterého chtěl ven. Dnes je vděčný, že nastoupil léčbu. Nechce domýšlet, jak by to jinak dopadlo.

10. Klinické pozorování adiktologa

10.1 Klinická adiktologie

Léčba byla pro klienta jistě přínosem, i když si myslím, že stanovená diagnóza - závislost na stimulantech, alkoholu a gamblingu, neodpovídala realitě. V tomto případě bych souhlasila se závislostí na stimulantech, protože klient vykazoval všech šest znaků závislosti, jak je uvádím v teoretické části¹³. U ostatních dvou klient nevykazoval ani jedno z kritérií pro splnění závislosti. Alkohol i gambling spíše doprovázely jeho primární závislost. Dnes klient alkohol pije příležitostně a od gamblingu abstínuje plně. Byl to spíše opravdu „doplňek“ jeho stylu života.

10.2 Doporučené intervence

Libor v léčbě začal rozkrývat své problémy, vzhledem k jeho osobnosti a povaze si hodně věcí si uvědomil. Začal pomalu rozkrývat, kde má jeho závislost kořeny. Byl schopen přiznat a již trochu objektivněji zhodnotit své chování v době závislosti, zjistil, že má problémy v komunikaci. Z mého pohledu Libor potřebuje další intervence. Potřeboval by někam docházet v rámci doléčování.

Doporučila bych:

- Individuální psychoterapie – zde by za pomoci psychoterapeuta či psychologa odhaloval problémy, které si doposud nepřipustil, a z mého hlediska je jich ještě mnoho. Jsou to např. jeho osobnostní rysy, které v sobě neodhalil a které vedly k závislosti, faktory v rodině, kde je špatná komunikace, Libora dostatečně nekonfrontují s realitou. Tyto problémy ho blokují v dalším vývoji a pokud na ně bude Libor přicházet sám, mám obavu

¹³ Kapitola 1.

z toho, že to nezvládne. Za pomoci psychoterapeuta by se stav dal korigovat a Libor by se naučil, jak problémy řešit, jak se s nimi vyrovnat. Skupinovou psychoterapii striktně odmítá, nechce se scházet s uživateli. Ve volném čase se s nimi přitom občas schází, část jeho známých ještě příležitostně drogy užívá.

- Kognitivně behaviorální terapie – Libor se musí naučit více poznat své nežádoucí chování a naučit se s ním pracovat.
- Rodinná terapie – s rodinou má Libor výrazný problém, ačkoliv to tak na první pohled nevypadá. Jsou zde narušené vztahy s rodiči, nikdy si úplně nevyříkali Liborovo chování v době užívání, hodně věcí je zde tabu a Libor díky benevolentnímu přístupu řadu věcí nepochopí. Mám z toho pocit, že se kolem Libora chodí pořád jako kolem horké kaše, aby náhodou nevybouchl. Raději ho nikdo nekonfrontuje se situací. Případá mi, jako by ho nechtěli rozčítit. Rodinnou terapii bych doporučila proto, aby se naučili mezi sebou komunikovat.

10.3 Shrnutí

Do rodiny jsem měla možnost docházet zhruba osm měsíců, rodiče Libora jsou velice příjemní. Bohužel jsou na Libora velice mírní a hlavně matku toto velice trápí, neví si s Liborem rady. On neplní své povinnosti a je nezodpovědný. Vždy, když mu chce matka poradit a pomoci, dojde k hádce. Liborova matka má situaci o to těžší, že Liborův otec mu nic nevyčítá, dělá, jako by bylo vše v nejlepším pořádku. Liborův otec se mi jednou svěřil, že má o něho strach. Z našeho rozhovoru jsem cítila jeho úzkost a to, že Libora nechce ztratit či si ho znepřátelit, tak raději situaci neřeší.

Můj pohled na Libora – je to v jádru velice hodný člověk. Jeho dlouholeté užívání ale zformovalo a zdevastovalo jeho osobnost a Libor bude mít veliký problém se negativní návyky z dob užívání odnaučit. Má zarytě naučené chování, které není žádoucí a výrazně mu komplikuje normální styl života. Díky tomu se mu změna nedaří a Libor je frustrován a bludný kruh se uzavírá. Mám obavu, že tento neúspěch může sice párkrát vydržet, ale stejně tak může časem z nakumulovaných neúspěchů plynoucích z jeho naučeného negativního chování, které si neuvědomuje, dojít k relapsu. Problémem je také jeho chování k rodině, k jeho přítelkyni, která se velice trápí, není to ale schopna Liborovi říci protože ví, že by to skončilo hádkou, kdy Libor to vždy řeší odchodem – útekem. K přátelům se takto nechová, zde se tváří, že je vše v pořádku. Dle mého názoru by se měl Libor také vyčlenit z tohoto rizikového prostředí nebo si alespoň snažit vytvořit novou síť známých, to ale v jeho případě není jednoduché. Navíc v tomto prostředí ho neustále

budou riziková známí kontaktovat a to proto, že se znali dlouhou dobu, mají toho hodně prožitého, navíc jsou to Liborovi jediní známí, takže se kontaktu, i kdyby chtěl, dlouho neubrání. Mám u Libora pocit, že se od nich nechce ještě úplně „odříznout.“ Má ale dobré předpoklady abstinovat, pokud začne situaci řešit. Má rodinu a přítelkyni, kteří ho podporují, je schopen najít si práci, nyní pracuje brigádně, práce ho baví, má o svém životě představy, má plány do budoucna. Potřeboval by ale dořešit své problémy, které jsem uvedla výše.

D. Diskuze a závěry

Touto částí bych chtěla shrnout mé poznatky z Liborova případu. Libor vykazuje všechny poznatky, charakteristiky, které jsem uvedla v teoretické části. Zde se budu snažit představit je v konkrétních případech. Vzhledem k rozsáhlosti faktorů, se pokusím popsat ty z mého pohledu nejvýznamnější.

Nejprve bych chtěla uvést a zdůvodnit faktory, které vedly ke vzniku a rozvoji závislosti, to jsou především faktory **osobnostní** – jsou tvořeny faktory biologickými, psychologickými a faktory vývoje, a **sociální** – vliv vrstevníků, kamarádů, party, tlakem těchto skupin.

Dále jde o faktory, které měly vliv spíše na udržování závislostního chování, a zde převažují faktory **rodinné**. Chtěla bych ještě poukázat na to, že faktory se od sebe nedají oddělit, vzájemně se ovlivňují a potencují.

Jako samostatnou část uvádím faktory biologické¹⁴ jako jedny z možných příčin, které mohly mít vliv na vznik a vývoj závislosti a kterých je v Liborově případě nejméně. Podle uvedených teorií lze uvést klešťový porod. Jak totiž uvádím v teorii, literatura uvádí četné příklady komplikací při porodu, mezi něž se řadí právě klešťový porod. I když nedojde k vážnějšímu poškození mozku, mohou tyto komplikace mít negativní vliv na neuropsychologický vývoj a podílet se na pozdější zranitelnosti jedince. Dle mých poznatků, u Libora pravděpodobně jiné biologické faktory významnou roli nesehrály. Genetická zátěž v rodině není, těhotenství matky probíhalo normálně. Z těchto faktorů, které mohou negativně ovlivnit psychiku jedince dále pramení další rysy jedince.

Jako další faktory k podrobnějšímu rozebrání zde uvádím:

Psychologické, vývojové a sociální faktory. Všechny tyto jsou uvedeny a popsány v teoretické části tak, jak je Libor vykazuje.

Predispozice psychického rázu (osobnostní rysy klienta)¹⁵, mohou mít příčinu v biologických faktorech např. trauma při porodu (viz výše), samozřejmě mohou být dány geneticky z rodiny. Tyto rysy pak způsobí to, že člověk je méně odolný a více tvárný právě

¹⁴ Kapitola 3.2.1 v teoretické části.

¹⁵ Snížená odolnost vůči zátěži, snížená frustrační tolerance, impulsivita, nízké sebehodnocení, neadekvátní sebepojetí, sebevědomí – to se formuje srovnáváním vlastního „já“ s ostatními členy skupiny anebo srovnáváním reálného „Já“ a ideálního „Já“. Lidé s nízkým sebevědomím, bývají méně odolní vůči sociálním neakceptovatelným impulsům.

okolím, a v důsledku toho všeho se pak nezdravě vyvíjí jeho „Já“. Na vše mají samozřejmě vliv faktory plynoucí z rodiny.

Konkrétní příklady u klienta:

Libor byl totiž vždy spíše na okraji kolektivu, přijal roli udělenou spolužáky, roli outsidera, tímto vlivem jeho psychické dispozice začaly hrát významnou roli a zhoršovaly se. Zde vidíme, že jednotlivé faktory od sebe nelze oddělit. Navzájem se potencují. Tak, jak se v Liborovi začaly projevovat jeho osobnostní rysy, tak na jejich vývoj mělo vliv Liborovo okolí. Libor byl nějak predisponován a jeho okolí svým chováním a přístupem jeho chování formovalo. Kdyby se dostal do jiného kolektivu, kde by ho respektovali, jeho rysy by možná v takové míře nevyvstaly a formovaly by se jinak. Další důležitá okolnost je věk. V životě jedince jsou období, kdy je citlivější a tím se celá problematika ještě umocňuje. Zde mám na mysli především vývojová období spojená s vývojovými úkoly, konkrétně období adolescence, jak je uvádím v teoretické části, a jak se jedinec s těmito vývojovými úkoly vyrovná či nikoli.

Vezměme si Liborovo chování **mezi vrstevníky**. Pokud byl Libor ve středu kolektivu, výraznější problémy neměl. To bylo ve školce a také na prvním stupni základní školy. Ve školce byl krátce, nenaučil se s vrstevníky komunikovat, vyjednávat s dětmi, neuměl se později prosadit v kolektivu. V tomto období poukazuji na vliv rodiny, kdy příliš benevolentní otec vyhovuje Liborově přání být s ním doma. Otec a syn jsou si blízcí z hlediska svých zájmů – auta a motocross a to již v takto raném věku Libora. V takto brzkém věku není dle mého názoru dobré přistupovat ve větší míře na přání dítěte, vede to k porušení hranic, dítě potom neví, co si může dovolit v pozdějším životě.

Na prvním stupni základní školy – zde tlak vrstevníků začal Liborovo sebevědomí a osobnost negativně formovat, protože jak jsem zmínila výše, neuměl s vrstevníky komunikovat, navíc se začaly objevovat jeho zranitelné stránky – obezita. Zde se vše pomalu začínalo projevovat. Libor se přestával mít rád a jeho „Já“ se na základě toho nevyvíjelo „zdravě“.

Do popředí se dostávaly a vyvíjely se rysy slabé osobnosti, tj. problémy se **sebevědomím, sebehodnocením a vlastním „Já“**. Z toho plynula potřeba zavděčit se spolužákům i činy, které byly proti jeho přesvědčení (krádeže cigaret, kouří i přes astma – nedělá mu to dobře), jen aby ho brali mezi sebe.

Dokonce si Libor vymýšlel nemoci, aby nemusel do školy chodit a snášet posměch. Zašel až do extrému – byl tak přesvědčivý, že s ním matka navštívila lékaře a psychologa. Po návštěvě se dále situace neřešila. Zde poukazuji na možný nedostatek pozornosti a bagatelizaci problémů ze strany rodiny.

Dalším handicapem byl vztah s dívkami, kde snášel opět posměch a urážky, další negativní vliv na jeho sebevědomí. Toto bych přikládala jako vliv na pozdější chování Libora ve vztazích. Pozdější kompenzace promiskuitním stylem života za doby užívání drog. Ve vztazích je dominantní. Na otázku jaké jeho dívky byly, odpovídá: „*spíš si všechno nechaly líbit, dělaly co jsem chtěl, rozhodoval jsem já*“. Na tomto bych chtěla demonstrovat jeho potřebu autority, které se vlastně celý život dožaduje a mezi kamarády ji bez drog nikdy neměl. I proto si možná nevědomě hledal takovéto dívky. Vyhovovalo mu, že mu v ničem neoponují, měl klid.

Při přestupu na druhý stupeň základní školy, kdy Libor toužil vydobýt si lepší místo v kolektivu, se problémy zhoršily, kvůli Liborovým proporcím – byl obézní a to byl pro něj největší handicap, byl velmi zranitelný v tomto ohledu. Snášel nadále posměch vrstevníků i kamarádů. Jeho sebevědomí klesalo až k pocitu méněcennosti a spíše se stahoval do sebe, jeho tendence prosadit se slábly. Báł se svého okolí, báł se říci názor, tím pádem se jeho osobnost nerozvíjela, jak by měla. Negativně se formovalo jeho „Já“, ve kterém jsou deficity – slabé stránky, které se tímto posilují. Z tohoto naučeného chování pramení neprosazovat se a nebojovat. Pokud mu něco nešlo nebo nebavilo, raději to vzdal – např. na studium gymnázium.

Zajímavé je, že v oblasti sportu (motocross), který ho velice bavil, a to i přesto, že vždy nestál na stupních vítězů, to jeho sebevědomí nepoškozovalo, zde dokázal bojovat. Z toho vyvozují závěr, že Libor pokud si v životě najde, co ho baví, je schopen se tomu věnovat a dotáhnout do konce, nejdůležitější je v jeho případě zaměstnání. Je to také významné pro prevenci relapsu.

Dalším velice významným faktorem bylo stěhování rodiny. Libor se dostal do kolektivu kde byl opět ve středu. Zde již nechce přejímat roli outsidera, tak inklinuje ke skupině silnějších (byli to žáci se špatným prospěchem a kázeňskými přestupky), aby nebyl proti nim a nestal se tak terčem. Vyhledává příslušnost v partě, která mu dodá identitu. A to i za cenu, že bude

hůře prospívat a mechovat se podle vlastního přesvědčení. Již zde neodmítá alkohol a marihuanu i přes to, že je to proti jeho vůli. Libor pomalu dosahuje toho čeho chtěl, ale jeho osobnostní rysy popsané výše ho stále blokují. Neustále se bojí toho, že o vše přijde, je ve střehu. Není to přirozené.

V tomto věku ještě více jeho chování podněcuje vztah k dívkám, po kterých touží.

Jako vrchol svého úspěchu je v té době seznámení s partou starších kluků, kde si Libor své „členství“ ve skupině „kupuje“ spravováním aut a různými službami.

Zde začíná období adolescence – další významný faktor, faktor vývoje¹⁶. Všeobecně je tedy důležitý faktor věku, kdy v takto brzkém věku se závislost rozvine rychleji. Rodina ustoupila do pozadí, její vliv upadá. Pro Libora je nejdůležitější parta a její pravidla, je to jeho „alternativní rodina“.

Měl problémy se do skupiny zařadit vždy, v tomto období už ale má velkou touhu sem patřit. Také doposud neměl vztahy s dívkami, které jsou pro toto období nezbytně důležité. Vše nesplněné hledal v partě. Vlivem rysů osobnosti a tlaku skupiny podléhá prvnímu užití drogy.

Zde tedy vyúsťují zmíněné faktory s vlivem skupiny a faktorem vývoje – adolescencí, jak uvádím v teoretické části, kdy je toto období jedno z nejdůležitějších vývojových období, v němž probíhají četné změny a také vzhledem k vývojovým úkolům.

V adolescenci si jedinec testuje jak byl úspěšný v předešlých obdobích a to u Libora samozřejmě nebylo příznivé. Toto nezvládl, nebyl úspěšný, předešlý vývoj negativně formoval jeho osobnostní rysy, nebyl připraven toto období zvládnout, proto nebyl schopen odolat nabídnutí drogy, nechtěl být zpět v roli outsidera, když už se do skupiny dostal, za žádnou cenu si to nenechá vzít a bere si drogu, jinak by byl vystaven posměchu – odmítnutí. Dále by nezapadl do „kultury“ party, droga funguje jako stmelovací prvek ve skupině.

Zde pomalu nastává zlom. Po užití drog, všechny Liborovy nedostatky náhle začnou „mizet“. Libor je posílen drogou, dosáhl normálu a stavu nad normálem. Je spokojen. Drogou si výrazně posiluje sebevědomí, dodává tomu i první pohlavní styk, který prožije

¹⁶ Kapitola 3.1.3 v teoretické části.

v té době. Má náhle větší úspěch u dívek a cítí se lépe. Na základě toho se jeho závislost rozvíjí. Vše je ale podpořeno užíváním pervitinu, což si klient v té době neuvědomuje. V tu chvíli je pro něj důležité jeho postavení ve společnosti, které je v té době v popředí party.

Z dnešního pohledu na Libora lze potvrdit, že opravdu nezvládl vývojové úkoly z tohoto období a je to na něm znatelné. Jeho osobnost není utvořená, není celistvá. Droga jeho vývoj zabrzдила. Jsou již seznatelné též důležité ony biologické faktory, kdy droga působí na mozek, který se neustále vyvíjí.

Další vývoj Liborova chování je již za éry užívání drog. Neustále má strach ze ztráty pozice – např. šikanuje spolužáka na učilišti, aby si udržel postavení. S drogou je náhle v popředí kolektivu. Jeho užívání se tímto ještě více rozvíjí. V tomto období už také více zanedbává své zájmy. Na základě svého pozorování Libora si myslím, že ho užívání drog v chování velmi změnilo a poznamenalo a tato změna trvá dodnes.

Tyto všechny faktory, jak jsem je představila, mají v Liborově případě vliv na vznik a rozvoj závislosti. Fakt, že od základní školy toužil patřit do kolektivu, do party, chtěl být uznáván, ho nakonec vedl k tomu, že si chtěl udržet místo ve své nové partě, kde ho brali mezi sebe, v partě lidí, kteří užívaly drogy. Jeho touha někam patřit, která byla dlouhá léta neukojena díky jeho uvedeným osobnostním rysům a dispozicím – malému sebevědomí, špatnému sebehodnocení, neschopnosti prosadit se atd., které v něm byly zakořeněny a formovány okolím, na jehož základě byl ochoten udělat cokoli, (včetně užití drogy). To se mu zde splnilo.

Další věc byla, jak se závislost rozvíjela. S drogou si připadal velice schopný a jeho pozice se upevňovala a pro něj výrazně zlepšovala, to pak u Libora logicky vedlo k přechodu od příležitostného užití k častějšímu užití, účinky drog se mu líbily, vedly ho k „normálu“, oprošťovaly od problémů, byl to prostředek jak se cítit dobře. Častější užívání vedlo ke vzniku závislosti, kdy Libor vykazoval všechny znaky, jak jsem je uvedla¹⁷.

Faktory rodinné

V teoretické části uvádím, že v rodině ale problém být nemusí, jedinec může pocházet z dobrého rodinného prostředí, ale může se setkávat právě s nevhodnou partou, kde její

¹⁷ Kapitola 1. teoretické části.

členové na jedince negativně působí¹⁸, a také že část lidské individuality uniká všem analýzám, některé faktory zůstávají i nadále nepochopitelné. Např. chlapec pocházející z nepříznivého rodinného prostředí se může velice dobře vyvíjet a získat schopnost sebeprosazení, naopak ten, který měl veškerou péči může sklouznout do deprese¹⁹.

Rodina samozřejmě měla vliv na vzniku a vývoji závislosti. Spíše ale tak, že jen formovala a neovlivnila protektivně Liborovo normální chování. Nejvýznamněji bagatelizací problému, přílišnou benevolencí k Liborově osobě, především ze strany otce. Konkrétně – otec na základě týrání svým otcem přešel do druhého extrému – nadměrné benevolence, nedává Liborovi hranice, matka se to snaží vyplnit – Libor jako chlapec uznává spíše otce; navíc je nemocný, alergik, takže je s ním jednáno „jako v rukavičkách“. Chování rodičů se mi nezdá ale patologické v tom smyslu, že by svého syna při vzniku závislosti výrazněji ovlivnilo. Dle mého názoru, nebylo nijak extrémní.

Důležitý byl ale vliv rodiny v době Liborovy drogové kariéry. Je to velice významný faktor a řekla bych že udržující závislost. Po zjištění rodičů, že Libor užívá drogy, byl významný vliv rodiny na Liborovo chování. Rodiče byli k Liborovi velice benevolentní, tudíž dávali jeho závislému chování volnou ruku. Nedokázali ho řádně se situací konfrontovat, vliv na to mělo samozřejmě Liborovo chování, byl velice agresivní při jejich rozhovorech, to se ale nevyklučuje s tím, že ho rodiče měli se situací konfrontovat. Nechali ho v domnění a sebe také, že situace není vážná. Toto může pramenit z dětství, kdy psycholog doporučil Libora více chválit, kvůli jeho problémům, rodiče ho „šetřili“, chránili před světem.

Člověk který nemá na své chování náhled, tento názor rád přijme a nemotivuje ho to se svým stavem nic dělat. Na úkor svého chování, byli ale spoluzávislí spolu s Liborem, prožívali každodenní strach.

Tyto tendence se bohužel v rodině objevují i nadále, rodina se Libora bojí konfrontovat s realitou, ve které by se měl Libor naučit žít, řešit problémy, být zodpovědný, místo toho za něj povinnosti vždy řeší matka. Pokud se toto nenaučí, může docházet k frustraci z nezvládnání běžného života a v tomto důsledku hrozí v budoucnu možnost relapsu. Libor má tedy v rodině výborné zázemí (nazíráno z pohledu drogově nezatíženého člověka). Bohužel otázkou je, jak bude reagovat, když jednou bude žít sám, jak se s věcmi vyrovná,

¹⁸ Kapitola 3.2.4 teoretické části.

¹⁹ Kapitola 3.2.4 teoretické části

když za sebou toto zázemí mít nebude, jednou už to nezvládl a vrátil se domů. Je to z mého hlediska práce pro rodinnou terapii, jak se naučit, jak mezi sebou komunikovat.

Závěrem bych chtěla napsat, že ty faktory, které stály u zrodu závislosti, se na dobu užívání drog pouze potlačily. Svědčí o tom fakt, že Libor mluví o pocitu pramenícího z užívání občas se zaujetím, aniž by si to uvědomoval. Přiznává tím, že se cítil dobře a teď to není podle jeho představ. Popisuje, jak dobře se zpočátku cítil a „mohl vše“. Tyto faktory jsou částečně rozkryty pomocí léčby, ale nejsou vyřešeny.

V léčbě své problémy týkající se jeho osobnosti zakořeněné hluboko v něm moc neřešil, byl spíše pasivní, nesnáší dobře kritiku na své bývalé závislostní chování, nepřizná si hlubší problémy. Bojí se být zpátky tím „starým“ nesebevědomým, méněcenným Liborem. Závěr, který z toho vyvozují je, že jsou nezbytné další intervence.

Jak je uvedeno v praktické části, klient má problémy o hodně věcech mluvit. To svědčí o tom, že tyto problémy nemá odhalené, zpracované a vyřešené, tudíž ho dále blokují v tom, posunout se dále v životě a mohou být příčinou relapsu. Musí se naučit normálně komunikovat s lidmi, přijímat reflexe od druhých, a to i negativní. Právě toto bylo úskalím léčby, byl příliš pasivní. Tímto směrem by také terapie měla směřovat, aby měl klient kvalitnější vyhlídky na úplné vyřešení problémů, které by mohly vést zpět k relapsu.

E. Seznam literatury

- Bergeret, J. (1995). Toxikomanie a osobnost. Praha: Victoria Publishing, a. s.
- Broža, J. (2003). Děti a mladiství. In: Kalina, K. a kol.: Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup. Kapitola 9/2. Praha: NMS/Úřad vlády ČR
- Corneau, G. (2004). Anatomie lásky. Praha: Portál
- Erikson, E.-H. (1999). Životní cyklus rozšířený a dokončený : doplněné vydání o devátém stupni vývoje Praha: Nakladatelství Lidové noviny
- Gohlert, F.-Ch., Kuhn, F. (2001). Od návyku k závislosti. Praha: IKAR
- Hajný, M. (2001). O rodičích, dětech a drogách. 1. vydání. Praha: Grada Publishing
- Hajný, M. (2003). Vývojové aspekty vzniku a rozvoje závislosti. In: Kalina, K. a kol.: Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup. Kapitola 2/8. Praha: NMS/Úřad vlády ČR
- Hajný, M. (2003). Rodinné faktory vzniku, rozvoje a udržování závislosti. In: Kalina, K. a kol.: Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup. Kapitola 2/9. Praha: NMS/Úřad vlády ČR
- Hajný, M. (2008). Psychologické, vývojové a rodinné faktory vzniku a udržování závislosti. In: Kalina, K. a kol.: Základy klinické adiktologie. Kapitola 3. Praha: Grada Publishing
- Heller, J., Pecinová, O. (1996). Závislost známá neznámá. Praha: Grada
- Kalina, K. (2003). Diagnostické závěry a indikace k léčbě, párování potřeb a intervencí. In: Kalina, K. a kol.: Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup. Kapitola 4/9. Praha: NMS/Úřad vlády ČR
- Kalina, K. a kol. (2003). Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup. 1. a 2. díl. Praha: NMS/Úřad vlády ČR
- Kalina, K. (2003). Faktory významné pro účinnost léčby a změnu klienta. In: Kalina, K. a kol.: Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup. Kapitola 7/2. Praha: NMS/Úřad vlády ČR
- Kalina, K. (2003). Předčasné ukončení léčby a jeho prevence. In: Kalina, K. a kol.: Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup. Kapitola 7/4. Praha: NMS/Úřad vlády ČR
- Kalina, K. a kol. (2008). Základy klinické adiktologie. Praha: Grada Publishing
- Kalina K., Miovský M. (2008). Psychoterapie v léčbě závislosti. In: Kalina, K. a kol.: Základy klinické adiktologie. Kapitola 12. Praha: Grada Publishing

- Kuda, A. (2003). Relaps, prevence a zvládání relapsu. In: Kalina, K. a kol.: Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup. Kapitola 7/5. Praha: NMS/Úřad vlády ČR
- Kudrle, S. (2003). Psychopatologie závislosti a codependence. In: Kalina, K. a kol.: Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup. Kapitola 2/3. Praha: NMS/Úřad vlády ČR
- Kudrle, S. (2003). Úvod do bio–psycho–socio–spirituální modelu závislosti. In: Kalina, K. a kol.: Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup. Kapitola 2/1. Praha: NMS/Úřad vlády ČR
- Matějček, Z. (1986). Rodiče a děti. 1. vydání. Praha: Avicenum
- Nešpor, K. (2003). Diagnostika a diagnostická kritéria poruch vyvolaných návykovými látkami. In: Kalina, K. a kol.: Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup. Kapitola 4/2. Praha: NMS/Úřad vlády ČR
- Nešpor, K. (2003). Úvod do problému diagnostiky a „matchingu“. In: Kalina, K. a kol.: Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup. Kapitola 4/1. Praha: NMS/Úřad vlády ČR
- Nešpor, K. (2007). Návykové chování a závislost. Vydání třetí, aktualizované. Praha: Portál
- Presl, J. (1995). Drogová závislost. 2., rozšířené vydání. Praha: MAXDORF
- Rotgers, F. a kol. (1999). Léčba drogových závislostí. Praha: Grada Publishing
- Skácelová, L. (2003). Vrstevnické skupiny, peer programy. In: Kalina, K. a kol.: Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup. Kapitola 10/5. Praha: NMS/Úřad vlády ČR
- Šerý, O. (2007). Dědičnost látkových závislostí. Zaostřeno na drogy, roč. 5, č. 3/2007
- Zášková, H. (2004). Závislost na drogách. Ostrava: Ostravská univerzita, Filozofická fakulta.

F. Přílohy

Klient souhlasil se zpracováním a zveřejněním údajů. Jména a osobní údaje byly pozměněny.