

Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta
Bakalářské studium adiktologie
Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN



Relaps a prevence relapsu (kasuistická práce)

Bakalářská práce

PRAHA

18. 5. 2010

Autor: Hana Pospíšilová

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

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny řádně citovala a uvedla.

V Praze 18. května 2010

.....

(Podpis předkladatele práce)

Obsah:

	Úvod - cíl práce a metodika	6
1.	Teoretická část	7
1.1	Relaps	7
1.1.1	Definice pojmu	7
1.1.2	Relaps a vypadnutí z léčby („drop out“)	8
1.1.3	Kognitivně-behaviorální model procesu relapsu	12
1.1.4	Dynamika a faktory relapsu	14
1.1.4.1	Rizikové faktory vzniku relapsu	14
1.1.4.2	Skrytí předchůdci relapsu	17
1.2	Prevence relapsu	20
1.2.1	Behaviorální a kognitivně behaviorální teorie léčby drogové závislosti	23
1.2.2	Techniky behaviorální terapie závislosti	26
1.2.3	Behaviorální a kognitivní strategie prevence relapsu	27
1.2.3.1	Behaviorální strategie	27
1.2.3.2	Kognitivní strategie	28
1.2.3.3	Intervence týkající se životního stylu	29
1.2.3.4	Strategie zvládnání	30
1.2.4	Craving	33
1.2.4.1	Projevy cravingu	35
1.2.4.2	Léčba a zvládnání cravingu	36
1.2.5	Cennaps model prevence relapsu	39
1.2.6	Model změny chování: Prochaska a DiClementi (1983)	41
1.2.7	Prevence relapsu v systému péče	42
2.	Kasuistika	44
2.1	Úvod	44
2.2	Anamnézy	44
2.2.1	Rodinná anamnéza	44
2.2.2	Osobní anamnéza	45
2.2.3	Osobní historie návykového chování a léčby	46
2.3	Léčebné intervence	52
2.4	Situace výchozího bodu	54
2.5	Souhrn případu, rozvaha	55
3.	Diskuse	56
4.	Závěr	61

Literatura	62
Přílohy:	65
Příloha 1 – Syndrom závislosti (Fx.2)	65
Příloha 2 - Psychotická porucha (tzv. toxická psychóza, F1x.5)	66
Příloha 3 - Charakteristika návykových látek:	67
A) Metamfetamin (Pervitin)	67
B) Alkohol	70
Příloha 4 - Časová osa (na zvláštním listu)	74
Příloha 5 - Dotazník EuropASI (na zvláštních listech)	74

ABSTRAKT BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno: Hana Pospíšilová
Obor: Adiktologie Rok imatrikulace: 2007
Vedoucí práce: doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc.
Oponent: Mgr. Aleš Kuda
Počet stran: 74
Název bakalářské práce: Relaps a prevence relapsu (kazuistická práce)
Relapse, and relapse prevention (case study)

Abstrakt bakalářské práce:

Tato práce si klade za cíl zmapovat problematiku relapsu v širších souvislostech.

V teoretické části jsou uvedeny různé pohledy na tematiku relapsu, předložen výklad jevů, které s relapsem úzce souvisí a uvedeny základní charakteristiky tohoto problému. V neposlední řadě se také zabývá metodami prevence relapsu.

Empirická část této práce je věnovaná kazuistice. Cílem bylo dokumentovat na konkrétním případě psychologické aspekty relapsu a možnou aplikaci teorie na případovou práci prostřednictvím rozborů jednotlivých částí procesu relapsu.

The thesis aims to map the relapse problem. The theoretic part includes different views on the relapse and it bring up the explanation of the phenomena which are closely to the relapse and it basic characteristics of this problem. Last but not least, this part also concerns with the methods used for working with the relapse.

The empirical part of the thesis consists of a case study. The main target of the case study was to present on a concrete case the psychological aspects the relapse, and possible application of the theory on the individual parts of the client's relapse.

Klíčová slova:

relaps, prevence relapsu, kognitivně behaviorální model
relapse, relapse prevention, cognitive-behavioral model

Úvod – cíl práce a metodika

Tato práce si klade za cíl zmapovat problematiku relapsu v širších souvislostech. Chtěla bych ukázat možnou aplikaci teorie na případové práci prostřednictvím rozborů jednotlivých částí procesu relapsu. Rovněž chci upozornit na význam prevence relapsu a jejích metod jak v léčbě, tak v doléčovacích zařízeních.

Teoretická část práce je hlavně souborem poznatků z odborné literatury, jejíž seznam je součástí této práce. Především se tato část zabývá kognitivně behaviorálním modelem procesu relapsu.

Vlastní kasuistika vznikla na základě životního příběhu jednoho klienta. Vychází z několika zdrojů informací – z životopisu klienta, který odevzdal při nástupu do léčby v denním stacionáři, z anamnézy a ze zápisů, které si o něm zaměstnanci tohoto zařízení vedli v jeho chorobopise. Zde bych chtěla uvést, že anamnestická data téměř vždy souhlasila s údaji, jež klient uvedl v životopise. Životopis byl však bohatší o subjektivní pohled klienta a o jeho pocity a názory. To mohlo pochopitelně způsobit jisté zkreslení některých údajů, protože šlo o klientovy interpretace. Na druhou stranu se ale domnívám, že právě to, jak klient situaci vnímá, co cítí a jak se s tím vyrovnává, bývá nesporně významné pro práci s klientem. Dalším významným zdrojem informací byly rozhovory s klientem a později i kratší rozhovor s jeho přítelkyní. Jeden z rozhovorů byl veden nad dotazníkovou metodou EuropASI (Evropský index závažnosti návykového chování). Vyplněný dotazník je součástí příloh této práce (Příloha 5). V neposlední řadě bych uvedla, že se na podobě kasuistiky mohl projevit můj osobní pohled na klienta. Snažila jsem se všechny své interpretace a domněnky řádně označit jako své, připouštím ale, že se mi nemuselo podařit úplně se oprostit od subjektivních dojmů.

Klienta jsem vybírala dle určitých kritérií. Potřebovala jsem klienta/klientku, který má diagnostikovaný syndrom závislosti, má za sebou minimálně jednu úspěšně dokončenou léčbu a zkušenost s alespoň jedním relapsem. S klientem Petrem, jsem se poprvé setkala v denním stacionáři, kam jsem docházela na praxi. Zhruba po roce jsem ho potkala při své návštěvě doléčovacího centra, kam tou dobou docházel. Možnost zhodnotit klientův postup v léčbě s takovým odstupem jsem do té doby neměla a velmi mne zajímal. Navíc splňoval určená kritéria a se zpracováním svého příběhu pro studijní účely souhlasil. V kazuistice nejsou uváděna skutečná jména osob ani léčebných zařízení.

1. Teoretická část

Cílem teoretické části této práce je ukázat relaps v širších souvislostech. Pokusila jsem se vystihnout základní charakteristiky tohoto jevu a v neposlední řadě se zde také zmiňuji o postupech, jejichž pomocí lze relapsu předcházet.

1.1 Relaps

Relaps k léčbě drogových závislostí neodmyslitelně patří. Jak uvádějí Buehringer a Platt v jednom ze svých výzkumů (viz Kalina, 2000) do jednoho roku po řádném dokončení léčby, která trvala 360 dní, relabuje až 50% klientů.

Klienty bývá relaps téměř vždy vnímán jako selhání, mají pocit, že zničili vše, co po dobu své abstinence pracně budovali. Teorie, vycházející z výzkumů a praxe, většinou ale toto čistě negativní pojetí relapsu odmítají. Relaps, o němž se otevřeně hovoří a s nímž je klientovi umožněno dále pracovat, může mít často velmi pozitivní vliv na další vývoj situace klienta a může znamenat posun směrem k jeho abstinenci. Pokud se klient ze svého relapsu poučí, využije ho ve svůj prospěch a zabrání tomu, aby se rozvinul a vyústil v návrat k závislostnímu vzorci chování, může být relaps chápán pozitivně.

Zkušenosti z oblasti léčby závislostí mluví jednoznačně. S relapsem je třeba počítat a je nutné zahrnout práci s ním do léčebného procesu, ať už jde o individuální terapii nebo program léčebného zařízení. K tomu, aby bylo možné relapsu využít k pozitivním změnám v procesu léčby klienta, je však důležité naučit se identifikovat jeho příčiny, dobře znát mechanismy jeho působení a pomoci klientovi důsledky relapsu obrátit v jeho prospěch.

1.1.1 Definice pojmu

S pojmem relaps se zdaleka nesetkáváme pouze na poli terminologie léčby drogových závislostí.

Běžně užívaná definice relapsu je medicínská a popisuje jej jako „opětovný výskyt symptomů choroby po období zlepšení“. Relaps je zde vnímán jako pasivní fenomén a chápán absolutně: „všechno nebo nic“.

V terminologii používané v oblasti drogových závislostí bývá jako relaps označováno „opětovné užití drogy poté, co závislý předtím došel k rozhodnutí s drogou skoncovat a prošel kteroukoli formou léčby“ (Kuda, 2000).

Jiná definice popisuje relaps jako návrat k pití nebo k užívání jiných drog po období abstinence, často doprovázený návratem příznaků závislosti. Rychlost, se kterou se

příznaky závislosti vrátí, se považuje za klíčový indikátor posuzování stupně závislosti. Relaps bývá doprovázen souborem příznaků označovaných jako „syndrom porušení abstinence“ (deprese, rezignace, pocity viny, hněv), které prohloubí a upevní obnovené užívání drogy a mohou vést k dalšímu kolu drogové kariéry (Kalina a kol., 2001).

G. A. Marlatt, pohlíží na relaps jako na přechodný proces, sérii událostí, které mohou, ale nemusí vyústit do návratu na tu úroveň cílového chování, jaká byla před léčbou (Kalina, 2000).

Někteří autoři rozlišují mezi pojmy relaps a laps (lapsus). Relaps je návrat k předchozímu stavu, který je charakterizován ztrátou kontroly, lapsus je pak událost nebo situace, ve které může člověk korigovat své chování a neztratit kontrolu.

Tyto dva pojmy lze rozlišit podle následujících kritérií (viz Kalina a kol., 2001): Relaps znamená „návrat k pití nebo užívání jiných drog po období abstinence, často doprovázený návratem příznaků závislosti“ - viz výše. Laps (uklouznutí) je „jednorázové, izolované užití alkoholu nebo drog po období abstinence“.

Podle jiných autorů se rozdíl definuje takto: „Laps je projev závislého chování po krátkou dobu, například: poté, co Jane už tři týdny nekouřila, jeden večer, když cítila únavu, si dala tři cigarety. Další den už je zpět u svého odvykání kouření. O relapsu mluvíme, pokud se staré chování projevuje v delším časovém období. Příklad: Petr byl čistý dva měsíce, potom náhodou potká dealera a další čtyři dny bere. Relaps chápeme jako neúspěch při udržování změny, nikoli jako negaci změny samotné“ (Annis, H.,M., Davis, C.S., in Wanigaratne a spol., 2008, str. 71).

1.1.2 Relaps a vypadnutí z léčby („drop out“)

Význam vypadnutí z léčby pro perspektivu klienta (Kalina, 2003)

V procesu trvalého tázání a hledání odpovědí, zda, jak a čím prospíváme našim závislým klientům a pacientům, je jednou z důležitých otázek, zda pro dosažení léčebného efektu musí být léčba řádně ukončena nebo ne.

Vzhledem k perspektivě klienta žít dále bez drogy se objevují tyto skutečnosti (viz Tab. 1):

- 1) Dokončení léčby v plánovaném termínu významně zvyšuje vyhlídky na další pozitivní vývoj.
- 2) Předčasné ukončení léčby má pro klienta vážné důsledky: u těch, kteří léčbu nedokončili, je pravděpodobnost relapsu 60-90%.

3) I když přerušeni léčby přináší riziko relapsu v zásadě bez ohledu na to, kdy k němu dojde, je přerušeni v prvním období mimořádně nepříznivé pro vytrvání v abstinenci: k trvalejšímu užívání drog se vrací 80-90% klientů.

Setrvání v léčbě a její ukončení v řádném a plánovaném termínu je tedy samo o obě důležitým ukazatelem léčebného efektu, kterého určité zařízení dosahuje.

Obecně platí, že čím déle klient v léčbě vydržel, tím je pravděpodobnější, že vydrží i nadále. Z Tab. 2 je jasně patrné, že pravděpodobnost vypadnutí z léčby prudce klesá zejména na počátku, kdy každý týden váží víc než měsíc v pokročilejších stádiích.

Vypadnutí může být buď spontánní (svévolný odchod klienta navzdory doporučení setrvat) nebo indukované zařízením (propuštění klienta pro porušování pravidel)

Spektrum důvodů a jejich podíl na celkovém počtu vypadnutí přibližuje Tab. 3. Je zjevné, že za vypadnutím nejčastěji stojí:

- 1) problémy s drogami
- 2) vztahové problémy, ať už jde o vztahy v zařízení nebo mimo něj
- 3) celkový postoj k léčbě

Podrobnější vhled do těchto problémových okruhů přinášejí Buehringer a Platt (cit. in Kalina, 2000 a 2003), kteří jako nejčastější důvody vypadnutí z léčby zjišťují:

- 1) *Důvody související s drogami*: relaps, craving, svádění ostatních klientů nebo ostatními klienty, pochybnosti o smyslu a schopnosti dosáhnout života bez drog.
- 2) *Důvody související se vztahy*: a) vztahy v zařízení - partner v zařízení, vlastní dítě v zařízení, ostatní klienti, postavení outsidera, konflikt s terapeutem/terapeuty, b) vnější vztahy: partner, rodina.
- 3) *Celkový postoj k léčbě*: pesimismus, dlouhodobá váhavost a nerozhodnost.

Citovaní autoři sdělují, že "vnější vztahy" jsou u žen důvodem daleko častějším než u mužů. U "neerotických vnitřních vztahů" je to naopak. Konflikty s ostatními klienty a s terapeuty jsou častějšími důvody vypadnutí pro muže než pro ženy. Důvody vypadnutí v prvním období léčby mohou být odlišné od těch, které přicházejí v úvahu v dalších obdobích, což však nelze doložit žádnou vhodnou výzkumnou ilustrací. Co se týče časného vypadnutí (objednaný klient vůbec nenastoupí nebo opustí léčbu v prvních dnech), lze je takřka výhradně přičíst na vrub *problémům s drogami* (nepřerušené brání, relaps, craving, nedostatečná motivace k životu bez drog, svádění ostatních klientů – tj. vlastně pokračující vzorce drogového chování), jistý význam ale má i postavení outsidera a konflikt s personálem.

Je zřejmé, že *problémy s drogami* jsou sice pouze jedním z důvodů vypadnutí, ale přesto jedním z hlavních, častých a závažných. Práce na těchto problémech by měla mít v léčebném programu tomu odpovídající postavení. Systematická pozornost věnovaná cravingu a prevenci relapsu přináší do programu další účinné faktory, které zvyšují pravděpodobnost udržení klienta v léčbě a tím dosažení léčebného efektu.

Tab. 1 / Vliv délky léčby na „přežití bez relapsu“

Dny po skončení léčby	„Přežití bez relapsu“ (% klientů)			
	Skončení před řádným termínem	Skončení v řádném termínu		
		120 dní	240 dní	360 dní
10	55	75	90	99
20	45	65	85	85
50	26	48	60	75
100	19	38	50	68
150	13	32	42	62
200	11	30	40	56
300	10	25	38	50

Zdroj: Buehringer and Platt, 1992 (in Kalina, 2003)

Tab. 2 / Četnost vypadnutí z léčby v průběhu ročního pobytu

Týden	% vypadnutí
0-5	13,0
6-10	4,5
11-15	2,8
16-20	2,0
21-25	1,8
26-30	1,3
31-35	0,8
36-40	0,5
41-45	0,3
46-50	0,2

Zdroj: Buehringer and Platt, 1992 (in Kalina, 2003)

Tab. 3 / Hlavní důvody vypadnutí z léčby

Důvod „drop out“	Podíl v %
Vztahy v zařízení	25,3
Obecné postoje k terapii a abstinenci	21,8
Faktory spojené s drogami	9,4
Vnější vztahy	14,4
Násilné jednání	7,4
Ostatní	11,6
Celkem 181 sledovaných	100

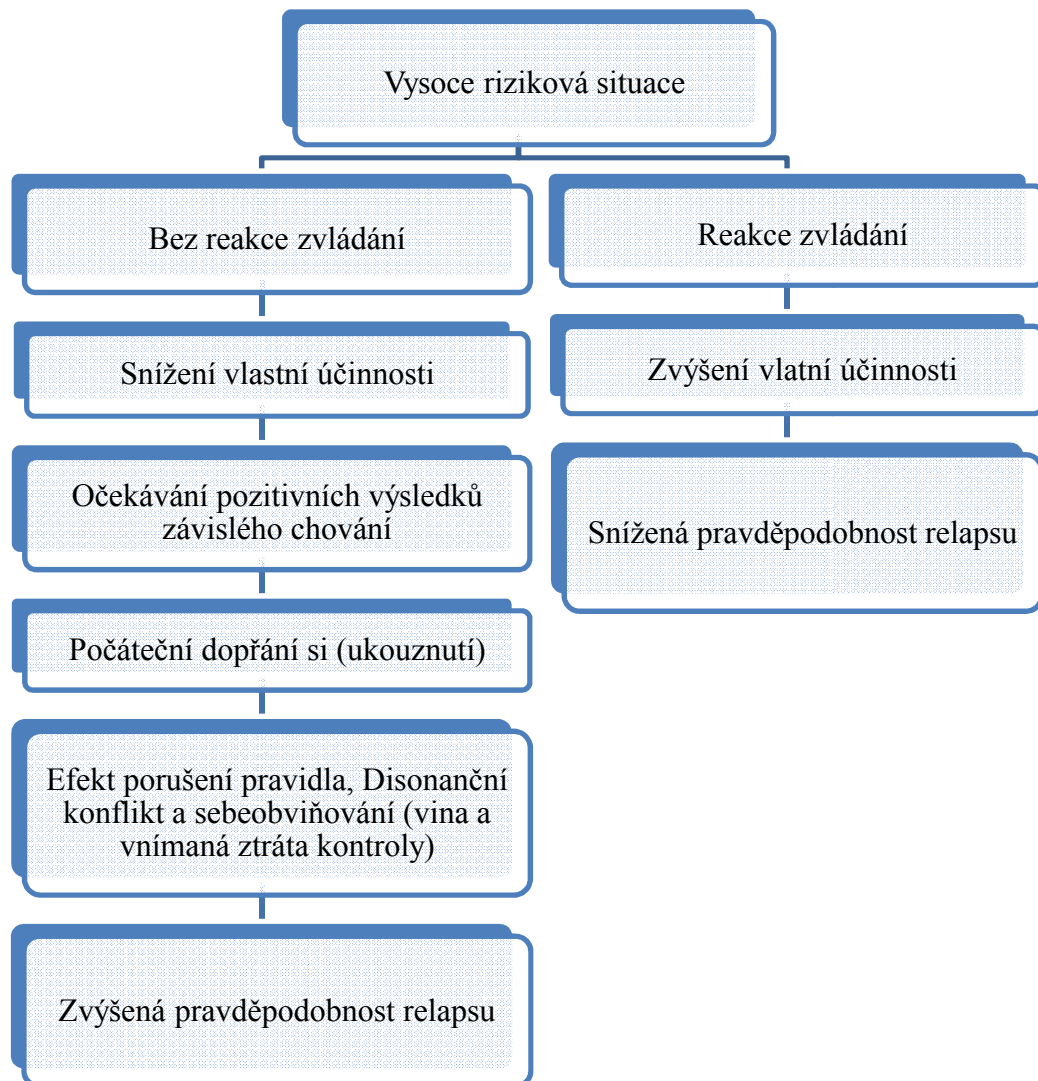
Zdroj: Buehringer and Platt, 1992 (in Kalina, 2003)

1.1.3 Kognitivně-behaviorální model procesu relapsu

Relaps nevidíme jako jednorázovou událost, jako zapnutí vypínače, ale prostřednictvím série kognitivních, behaviorálních a afektivních procesů. Model relapsu založený na tomto pohledu vypracovali Marlatt a Gordon v r. 1985 za použití klinických zkušeností a výsledků výzkumu z období delšího než jedno desetiletí.

Pravděpodobně proto je kognitivně-behaviorální model relapsu, vedle jiných psychologických modelů relapsu, nejvíce citovaný a zřejmě nejuznávanější. V této práci jej uvádím podle publikace Wanigaratne a spol. (2008).

Model se zabývá vysoce rizikovými situacemi. Upozorňuje na důležitost dovedností ke zvládnání takových situací – „reakce zvládnání“. A v poslední řadě si tento model všímá vědomí vlastní účinnosti, která se rozvíjí společně s délkou abstinence. Na následujícím schématu (obr. 1) vidíme kognitivně-behaviorální model v souvislostech.



Obr. 1 / Kognitivně behaviorální model procesu relapsu podle Marlatta a Gordona (1985).
(Zdroj Wanigaratne a spol., 2008)

Vysoce rizikové situace hrají v tomto modelu klíčovou roli. Vysoce riziková situace je definována široce, jako jakákoliv situace, která představuje ohrožení klientova pocitu kontroly a zvyšuje riziko potenciálního relapsu. Bez odpovídajících dovedností zvládnání je nejobvyklejší reakcí na vysoce rizikovou situaci laps nebo pravděpodobněji relaps.

Tváří v tvář vysoce rizikovým situacím by ideální odpovědí bylo efektivní chování, které se s podobnými situacemi dokáže vypořádat (*reakce zvládnání*). Pokud klient takové strategie zná a použije je, potom úspěchy, kterých s jejich pomocí dosáhne, zvyšují jeho *vlastní účinnost*. Ta se podle všeho projeví na snížení pravděpodobnosti relapsu v následných krizových situacích.

Na druhé straně, pokud se ukáže, že klient není schopen využívat efektivního chování, dojde ke snížení osobní úspěšnosti a pro klienta se zvýší přitažlivost drog, jako prostředku k překonání krizových situací. K tomu dochází zvláště v případech, kdy klient *očekává pozitivní účinky drog*. Jak atraktivita drogy roste (ve spojení se snížením osobní úspěšnosti), stává se pravděpodobnější, že ji klient v zátěžových situacích užije. Jako důsledek užívání drog se může objevit *efekt porušení abstinence* (pravidla) „abstinence violation effect“, který je často provázen pocitem viny a sníženým sebevědomím. Spojení těchto jevů může způsobit, že se „uklouznutí“ rozvine v plný relaps.

Model je založen na předpokladu, že jsou to hlavně psychologické předpoklady (myšlenkový proces a nálada) po lapsu, které rozhodují, jestli se jedinec vrátí k původní úrovni aktivity, tzn., nastane-li relaps.

Kognitivně behaviorální schéma relapsu podporuje i řada tezí autorů psychodynamického okruhu. Keller (1999) souhrnně uvádí, že drogově závislí vykazují široké spektrum nevědomých obranných mechanismů, které často přispívají k tomu, že se vystavují rizikovým situacím a iracionálním myšlenkám a pocitům, které je predisponují k relapsu. Stejně jako jiní lidé, prožívají i drogově závislí nevědomé konflikty, které mohou rovněž vést k relapsu, pokud se jim nevěnuje pozornost. Kognitivně behaviorální metodu prevence relapsu autor oceňuje, její meze však vidí především v tom, že „spoléhá na zdravý rozum a předpokládá, že se pacient rozhodl podstoupit změnu,“ což není vždy jisté. Stranou zůstává psychodynamika, přičemž právě psychodynamický charakter jednotlivce má často významný vliv na to, jak jednatelce přistupuje ke strukturovanému úkolu, jako je například osvojení si určitých schopností a dovedností (Kalina, 2008).

1.1.4 Dynamika a faktory relapsu

1.1.4.1 Rizikové faktory vzniku relapsu

Faktory (mohli bychom také mluvit o příčinách) relapsu se několik autorů pokusilo uspořádat.

Vysoce rizikové situace rozděluje Cummings a kol. na dvě kategorie: *Intrapersonální faktory*, kam patří negativní, ale i pozitivní emoční stavy. A *Interpersonální faktory*, kam řadíme interpersonální konflikty a sociální tlak, který ještě můžeme rozdělit na přímý a nepřímý. (Cummings, Gordon, & Marlat, 1980 in Wanigaratne a spol., 2008, str. 21)

Marlatt a Gordon analyzovali v jednom ze svých výzkumů 311 úvodních epizod relapsu získaných od klientů s pestrou škálou problémových chování (problémové pití, kouření, závislost na heroinu, nutkavý gambling a přejídání se). Identifikovali tři primární vysoce rizikové situace, které souvisejí téměř se třemi čtvrtinami všech oznámených relapsů. Tuto „velkou trojku“ tvoří:

„Depky“ (negativní emocionální stavy)

Při negativních emocionálních stavech klient zažívá nálady nebo pocity, jako frustrace, hněv, úzkost, smutek, deprese nebo nudu před či současně s výskytem relapsu (35% všech relapsu podle studie Marlatta a Gordona z roku 1980).

„Hádky“ (interpersonální konflikt)

Interpersonální konflikty jsou situace, které se týkají probíhajících nebo relativně nedávných konfliktů spojených s jakýmkoli interpersonálním vztahem (mezi dvěma lidmi), jako například manželství, přátelství, vztahy mezi členy rodiny nebo mezi zaměstnavatelem a zaměstnancem. Běžně se zde objevují hádky a konflikty (16% podle studie Marlatta a Gordona z roku 1980).

„Přihláška do klubu“ (sociální tlak)

Podle Marlattovy studie má sociální tlak na svědomí 20% relapsů. Jde o situace, kdy klient reaguje na vliv jiné osoby nebo skupiny lidí, kteří na něj vyvíjejí nátlak, aby se zapojil do chování, jež je pro něj tabu. Sociální tlak může být přímý (přímý interpersonální kontakt s verbálním přesvědčováním) nebo nepřímý (být v přítomnosti ostatních, kteří se zabývají stejným cílovým chováním, ačkoliv přímý tlak neprobíhá), (Marlatt a Gordon, 1980 in Wanigaratne, S. a spol., 2008, str. 72).

Anonymní alkoholici, svépomocná organizace založená ve třicátých letech, v publikaci z roku 1974 popsali následujících 16 symptomů, které mohou vést k relapsu:

Seznam symptomů vedoucích k relapsu

1. Vyčerpání.
2. Nepoctivost.
3. Netrpělivost.
4. Hádavost.
5. Deprese.
6. Frustrace.
7. Sebelítost.
8. Domýšlivost.
9. Samolibost.
10. Přílišná očekávání od ostatních.
11. Ochabnutí v disciplíně (modlitby, meditace, denní záznamy, účast na schůzkách AA).
12. Užívání látek pozměňujících náladu.
13. Chtít příliš mnoho.
14. Zapomínání na vděčnost.
15. „To se mi stát nemůže.“
16. Všemocnost (to je pocit vyplývající z kombinace mnoha výše uvedených - teď znáte všechny odpovědi pro sebe i pro ostatní, nikdo vám nemůže nic říci), (Wanigaratne a spol., 2008).

Kuda (2000) uvádí ve svém sborníku „Tematické skupiny – prevence relapsu“ těchto deset nejběžnějších nebezpečí:

1. Být v přítomnosti drog, uživatelů drog nebo na místech, kde klient drogy bral
2. Negativní pocity - zejména hněv, smutek, osamocení, pocity viny, strach a úzkost
3. Pozitivní pocity, které způsobují, že by člověk chtěl slavit
4. Nuda
5. Brání jakékoli drogy (i léku), včetně alkoholu
6. Silná a dlouhotrvající fyzická bolest
7. Hovory „o starých časech“, o tom, „jaké to je“ nebo „jaké to bylo“
8. Větší množství peněz
9. Užívání některých léků, zejména na bázi opiátů či stimulantů a to i tehdy, jsou-li užívány na předpis

10. Víra klienta v to, že je již definitivně vyléčen a že je pro něj bezpečné si čas od času něco vzít

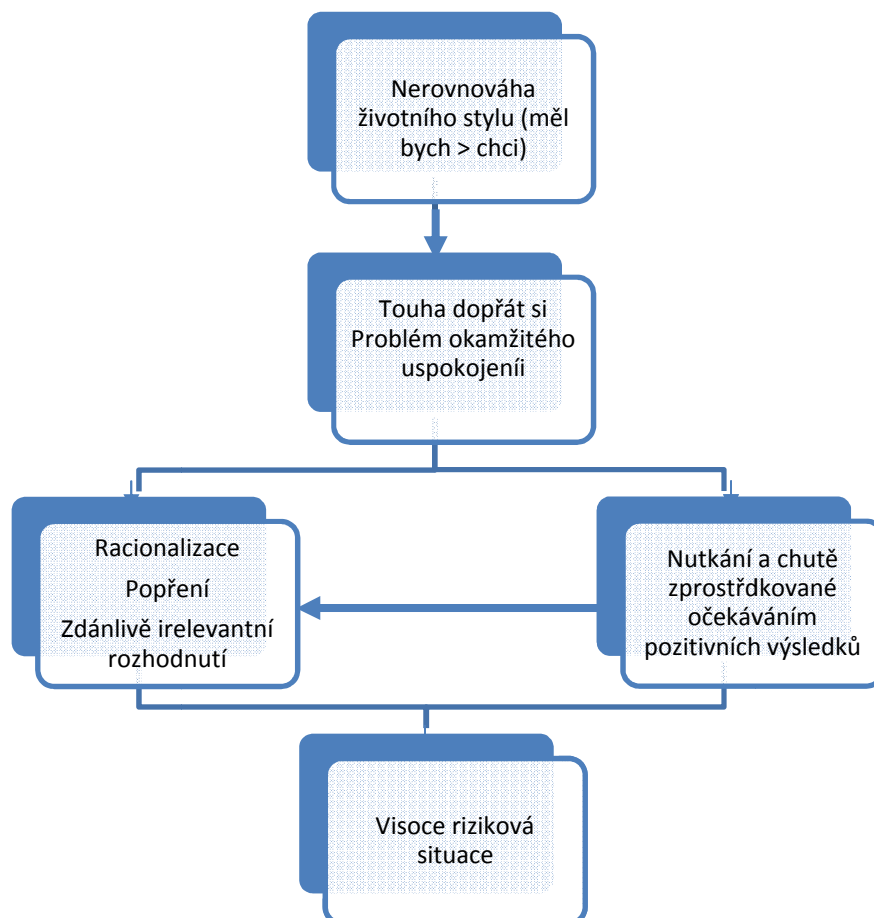
Všechny výše uvedené seznamy rizikových faktorů se víceméně překrývají. Obecně se dá říci, že pro klienty jsou rizikové jednak situace, které ho upomínají na dobu, kdy bral drogy - setkání s „drogovými přáteli“, návštěva rizikových míst, užívání léků. Dále se pak mohou stát ohrožující situace, které u „zdravých lidí“ vyvolávají větší či menší psychickou zátěž - interpersonální konflikty, negativní emoce, silná fyzická bolest. Takové zátěžové situace totiž klient v době, kdy byl závislý, řešil jednoduše tak, že si dopřál závislostní chování a zátěž pro něj přestala existovat. Nyní, v době kdy se pokouší abstinovat, dobrovolně odkládá svůj obranný štít, s nímž se chránil před nepříjemnými vlivy okolního světa a je tedy k běžným podnětům daleko citlivější. Překážky, které „normální člověk“ překonává bez většího úsilí, mu připadají nezdolatelné a krizové okamžiky se musí začít učit zvládat jinak.

1.1.4.2 Skrytí předchůdci relapsu

Rizikům, která mohou vést k relapsu, by bylo pochopitelně nejlepší se, alespoň na počátku abstinence, vyhnout. To ale samozřejmě nelze vždy. Těžko se klient vyhne náhodnému setkání s dealerem. Ani není možné zajistit, aby zůstal ušetřen všech hádek a rozepří. Existují teorie, které tvrdí, že riziko relapsu lze předvídat. O stavu, který předchází relapsu, hovoří jako o „prerelapsově situaci“.

Pre-relapsová situace má projevy obecné kognitivní a emoční destabilizace. Vzrušení roste asi 3 dny před relapsem. Nedrogové okolí může na dotyčném pozorovat nepokoj, nekoordinované pohyby, poruchy řeči, vzrušivost, depresivitu, nespolehlivost v kontaktech, uzavírání se či povrchní nevýznamnou či dokonce bezobsažnou komunikaci. Svoje nejčastější "ladění" před relapsem popisují uživatelé často velmi obecně jako znechucení a pocity debaklu - „žádné peníze, žádná holka, žádný byt“ (Kalina, 2000).

Marlatt a Gordon (1985 in Wanigaratne a spol., 2008, str. 23) také navrhují model, který popisuje procesy, které by mohly vést jedince do vysoce rizikových situací (obr. 2). Je možné se na ně dívat jako na část modelu, která se zabývá pre-rizikovými situacemi.



Obr. 2 / Skrytí předchůdci v procesu relapsu, podle Marlatta a Gordona (1985). (Zdroj Wanigaratne a spol., 2008)

Tento model předpokládá, že nerovnováha životního stylu je základním faktorem v procesu relapsu. *Nerovnováha životního stylu* je popisována jako nerovnováha mezi aktivitami spojenými s extrémními tlaky („měl bych“) a příjemnými aktivitami, které člověk dělá pro sebe („chci“). Základním předpokladem je, že celková „úroveň stresu“ úzce souvisí s nerovnováhou životního stylu, která umožňuje vznik pocitu „sebedeprivace“. Jedinec si potom často sám pro sebe zdůvodňuje, že si dopřeje závislé chování („dlužím si cigaretu, napítí atd.“), a tak zvyšuje pravděpodobnost relapsu. Někteří klienti si také pocity sebedeprivace akumulují, aby si vytvořili potřebu okamžitého uspokojení (fenomén „poslední kapky“).

Nutkání je definováno jako relativně náhlý impuls pustit se do nějaké činnosti, zatímco craving (bažení, *chutě*) je subjektivní touha prožít účinky nebo důsledky této činnosti. Podle tohoto modelu předsevzetí udržet změnu chování je ohroženo, pokud jedinec má díky nerovnováze v životním stylu pocity sebedeprivace a zakouší nutkání a craving. Jestliže se setká s rizikovou situací, pravděpodobnost relapsu se zvyšuje.

Předpokládá se, že kognitivní faktory také fungují jako mediátor ve fázi, kdy jedinec zakouší touhu dopřát si. V této fázi může být *racionalizace* použita k ospravedlnění závislého chování – tj. kdy člověk hledá legitimní omluvu pro to, aby si dopřál.

Popření může být také použito v této fázi. Neakceptování „skutečných“ podstatných důvodů pro dané chování a odmítání rozpoznat vybrané aspekty situace jsou toho příkladem. Racionalizace a popření jsou v tomto modelu použity jako obranné mechanismy, stejně jako v psychodynamické teorii. Racionalizace a popření pomáhají redukovat vinu a úzkost vyplývající z rozhodnutí dopřát si.

Zdánlivě irelevantní rozhodnutí a efekt porušení pravidla (abstinence) jsou dvě psychologické chyby, lépe řečeno pasti, které lze často u závislostí sledovat, a které mohou znehodnotit snahu o udržení abstinence nebo sebekontroly.

Poprvé je formálně popsali Marlatt a Gordon v r. 1985, ale je to jev důvěrně známý mnoha lidem, kteří mají problém se závislostí. Říká se mu také *vytvořená bezvýhodná situace*. Termín „zdánlivě irelevantní rozhodnutí“ popisuje sérii každodenních běžných rozhodnutí, jako třeba, kde poobědvat, kudy domů, jestli navštívit právě tohoto kamaráda a tak podobně, což vede klienta do situace, kdy už není v lidských silách odolat pokušení. Klient si tento proces neuvědomuje, nebo uvědomuje jenom částečně a často vidí vliv těchto rozhodnutí až zpětně, v retrospektivě. Přátelé a příbuzní často vidí zřetelněji, že laps přichází, ale klient často vstupuje do vysoce rizikových situací nevědomky, anebo kvůli

okolnostem musí pokračovat daným směrem. „Zdánlivě irelevantní rozhodnutí“ popisují tento proces sebeklamu.

Typický příklad je uživatelka drog, která už dva týdny nebrala. Byla v metadonové léčbě zaměřené na snižování dávek. Jednou pozdě v noci její přítel přivedl starého známého, který bral, v současnosti prý pouze příležitostně. Její přítel mu nabídl nocleh, protože to byl bezdomovec. Souhlasila s tím, že může zůstat, pokud nebude brát v jejich bytě. Během několika dnů už očividně pravidelně bral, zjevně měl návyk a zbytky po injekčním užívání se povalovaly po podlaze. Během několika dalších dnů už měla flámování dost na to, aby její metadonový abstinenci program zcela ztroskotal a opustila jej. Vlastně řekla, že prostě nemohla odolat snadnému přístupu k heroinu, a že každý by si v její situaci také vzal. Její rozhodnutí nechat známého u sebe bydlet byla očividně vytvořená bezvýhodná situace.

Mnohé z vytvořených bezvýhodných situací jsou takto zjevné, nicméně velká část z nich je velmi subtilních a týkají se drobných každodenních rozhodnutí. Například hromadění velkého množství neřešeného stresu tak, že vznikne nevyhnutelná potřeba odměny, je jednou z vytvořených bezvýhodných situací. To je příklad, ve kterém se rovnováha životního stylu může prolínat s vytvořenými bezvýhodnými situacemi.

Efekt porušení pravidla je psychologická past popsaná Marlattem a Gordonem v r. 1985 jako efekt porušení abstinence. Je u závislostí velmi rozšířená. Past vznikne ze zákazu závislého chování, když se někdo rozhodne nebo je přinucen nikdy už něco znovu nedělat. Způsob jakým je zákaz interpretován nebo chápán, má vliv na jeho dopad. Někteří lidé si vykládají pravidlo „nikdy více“ jako absolutní, bez místa pro omyl a s pocitem, že při překročení pravidla nastanou strašlivé důsledky. Pokud se pravidlo vykládá tvrdým, absolutním a sebetrestajícím způsobem, tlak vede k efektu porušení pravidla.

Efekt porušení pravidla předpokládá, že tlak pravidla zvyšuje šanci, že u klienta nastane laps, a když takový klient uklouzne, má menší šanci zabránit rozvoji lapsu do relapsu (Wanigaratne a spol., 2008).

Závislý člověk často není schopen nahlédnout tento proces a roli jednotlivých složek v něm. Často je překvapen, když zjišťuje, že příčinu svého aktuálního uklouznutí nelze hledat v dnešní hádce s vedoucím v práci, ale o dva týdny dříve, když slevil z pravidel ohledně svého chování. Získání náhledu na konkrétní proces relapsu samotným závislým má v sobě obrovský učící potenciál a zároveň je to výborný diagnostický a zpětnovazebný materiál pro další práci s klientem (Kuda, 2008).

1.2 Prevence relapsu (PR)

Termín prevence relapsu zavedl profesor G. Alan Marlatt. Popsal ji jako soubor kognitivně behaviorálních postupů a postupů pro změnu životního stylu zaměřených na prevenci relapsu u závislých chování.

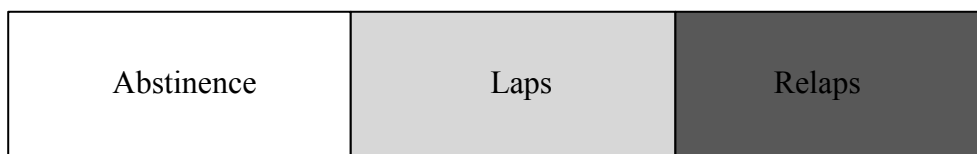
Podle další definice je prevence relapsu (relapse prevention) přístup zaměřený na sebekontrolu, používaný při léčbě různých druhů závislého chování. Jedná se o psychoedukační program, kombinující techniky kognitivních intervencí a trénink dovedností s cílem pomoci individuu změnit jeho závislé chování a udržet tyto navozené změny. Cílem je zlepšení sebekontroly, anticipování rizikových situací a zlepšení dovedností jejich zvládnutí. Programy prevence relapsu kombinují behaviorální, kognitivní techniky a strategie zaměřené na podporu rovnováhy životního stylu. Svým zaměřením patří tedy prevence relapsu do skupiny kognitivně behaviorálních přístupů. Tento přístup je založen na teoretickém modelu průběhu relapsu popsaném Marlattem a Gordonem. Tito autoři popisují relaps jako proces, který má určité zákonitosti. Pokud klient tento proces pochopí, zlepšuje se jeho self-management a tedy i jeho schopnost odolávat relapsu. V praxi prevence relapsu jsou klíčovými pojmy: zvyšování sebeuvědomění, anticipace a vyhýbání se rizikovým situacím, kontraktování, atd. Původně vyvinut pro osoby závislé na OPL (omamných a psychotropních látkách). S úspěchem je však v současné době používán při léčbě všech typů závislostního chování (gambling, kouření, workoholismus, bulimie, atd.) Zaměřuje se především na fázi následné péče, ale velmi efektivní je využití PR již v základní léčbě (Kalina a kol., 2001).

V tradičním medicínském modelu relaps znamená recidivu (=obnovení nemoci) a je řešen opakovaným nástupem do léčby. Marlattova teorie však považuje relaps za součást procesu uzdravy a jeho kvalitní zpracování individuem za faktor snižující pravděpodobnost dalšího relapsu (Kalina a kol., 2001).

Filosofie prevence relapsu je vedena předpokladem, že závislost je výzva k růstu a ne nemoc, která člověka stahuje dolů a nazpět. Pokud je život sérií výzev, které je třeba překonat, výzva závislosti je unikátní. Velmi výrazně je zdůrazňována intenzivní participace závislého na celém procesu uzdravy (Kuda, 2003).

Prevence relapsu vychází z klinické praxe a výzkumu, který jasně ukázal, že ve většině případů jednorázové porušení abstinence nemusí logicky vést k návratu na původní úroveň užívání. Termín „uklouznutí“ (laps) nám zde spoluutváří *třístupňové pojetí stavu užívání* o jehož opodstatněnosti nám klinická praxe přináší množství důkazů. Závislý, který

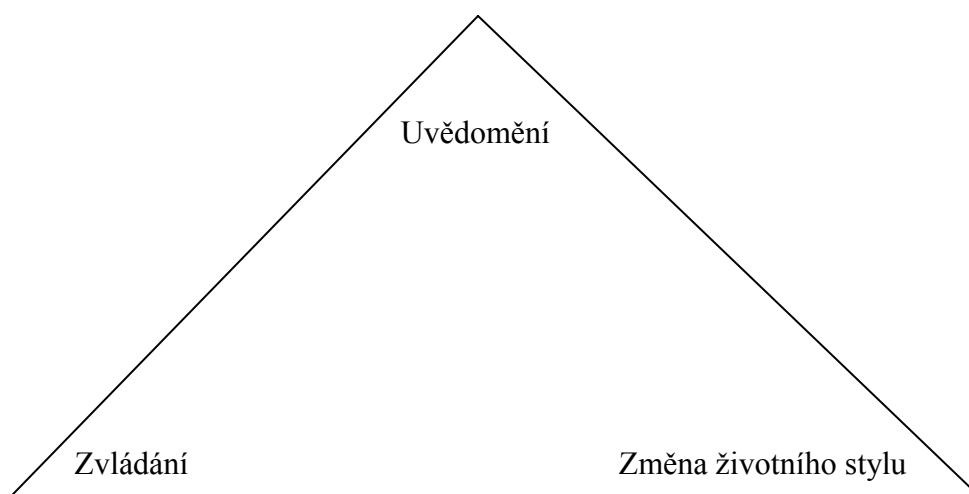
epizodicky užil drogu, má za sebou určité období abstinence. Z toho důvodu k užití dochází v jiné konstalaci set/setting než dříve. Má pozitivní zkušenost s abstinencí. Často pak slycháváme od klientů vyprávění o velkém „rozčarování“ z intoxikace, která nenaplnila jeho očekávání. Prevence relapsu nahlíží na uklouznutí (laps) jako na křižovatku se dvěma směry, jeden je přímou cestou k původímu závislému chování, ale druhý míří k pozitivním změnám chování (Marlatt a Barrett, 1994, cit. in Kuda, 2008).



Obr. 3 / Model abstinence – laps – relaps (Zdroj: Kalina a kol. 2008)

Zabránit tomu, aby se z uklouznutí (lapsu) stal kompletní relaps je jedním z hlavních cílů programu prevence relapsu. Přístup k chybám a uklouznutím v rámci tohoto programu nejlépe vystihuje metafora „požárních cvičení“: poskytnout člověku plán, co dělat „v případě že...“ (Wanigaratne et al. 1990, cit. in Kuda, 2008).

Pro osobu, která se snaží udržet „změnu návyků“, představuje setkání s vysoce rizikovými situacemi určitě neustálé nebezpečí. Některým z těchto situací je možné se vyhnout, zatímco jiným nikoliv. Z toho důvodu je okolnost, zda je jedinec schopen zvládat rizikové situace, rozhodujícím faktorem v prevenci relapsu. „Zvládání“ je klíčovým prvkem v modlu prevence relapsu. Společně se zvyšováním „uvědomění“ a „změnou životního stylu“ tvoří rozvoj reakcí zvládání hlavní cíle prevence relapsu (Wanigaratne a spol., 2008).



Obr. 4 / Cíle prevence relapsu (Zdroj Wanigaratne a spol., 2008)

Schopnost zvládání je relevantní ve dvou rovinách:

1. Jedinec má schopnosti zvládat specifické vysoce rizikové situace
2. Jedinec má schopnosti ke zvládání stresu obecně (životních nároků)

Je možné, že člověk používal závislé chování jako hlavní reakci zvládání celé škály stresorů, jako jsou úzkost, konflikty, deprese, bolest atd. V takovém případě je člověk mnohem náchylnější k tomu mít slabší nebo nedostatečné přizpůsobivé reakce zvládání (řešení problémů, asertivita). Je častým jevem u problémových pijáků nebo uživatelů drog s dlouhou historií návyku, že při ukončení závislého chování je pro ně extrémně náročné zvládnout i minimální stresory. Díky své závislosti se buď to nedokázali naučit přizpůsobivější reakce zvládání, nebo se jejich schopnosti snížily. Kognitivně/behaviorální model předpokládá, že hlavním determinantem relapsu je fakt, jestli někdo má nebo nemá reakce zvládání. Tudiž identifikování, výuka a posilování reakcí zvládání je hlavním cílem při prevenci relapsu (Kuda, 2008).

Prevence relapsu byla vyvinuta především jako program pro udržení navozených změn. Jedná se tedy o fázi po ukončení základní léčby, tzv. následnou péči. Důležité je, že se předpokládá rozhodnutí závislého změnit své chování. Toto rozhodnutí musí být vždy konkretizováno jasným cílem. Nutno připomenout, že cílem nemusí být vždy jen úplná abstinence. Autoři tohoto přístupu zdůrazňují dobrovolnost vstupu závislého do programu PR jako nezbytnou podmínku, neboť vyžaduje aktivní účast léčícího se. PR lze s úspěchem integrovat i do základní léčby. Je však třeba vždy program upravit tak, aby odpovídal celkovému přístupu v daném léčebném programu. Často se setkáváme s faktem, že např. v terapeutických komunitách (abstinenční model) je téma drog obecně zakázaným tématem. Pokud použijeme v této fázi základní léčby PR, umožní nám to s tématem drog efektivně pracovat (Kuda, 2008).

Wanigaratne (1990, cit. in Kuda, 2008) rozděluje intervenční strategie programu PR do následujících širokých kategorií:

- Hodnotící postupy
- Postupy ke zvýšení vhledu/uvědomění
- Nácvik dovedností
- Kognitivní strategie
- Intervence k životnímu stylu

Dále tento autor definuje, co PR znamená v praxi pro klienta:

- Vybavit klienta „dovednostmi“ identifikovat, anticipovat, vyhnout se rizikovým situacím anebo je zvládnout
- Pokud by mělo dojít k „uklouznutí“ (laps), vybavit osobu dovednostmi a strategiemi, jak se vyhnout tomu, aby se relaps plně nerozvinul
- Zvýšit klientovi pocit vlastní účinnosti

Cíle globální změny životního stylu mohou být následující:

- Identifikovat v životním stylu zdroje stresu
- Identifikovat a změnit nezdravé vzorce zvyků
- Objevit pozitivní aktivity a začít se jim věnovat
- Naučit se efektivnější management času (pro zaplnění vakua, které zůstalo poté, co se klient vzdal závislého chování)
- Dospět k „umírněnému“ a „vyrovnanému“ životnímu stylu

Terapeut se pak zaměřuje na pomoc klientovi při dosahování těchto cílů prostřednictvím zvyšování klientova sebeuvědomění a výuky kognitivních a behaviorálních dovedností a strategií zvládnání.

1.2.1 Behaviorální a kognitivně behaviorální teorie léčby drogové závislosti

Behaviorální teorie léčby poruch vyvolaných užíváním psychoaktivních látek jsou založeny na principu učení a chování.

Mezi základní předpoklady behaviorálních teorií závislostí a jejich léčby patří (podle Rotgers, 1999):

- 1) Lidské chování je spíše výsledkem procesu učení než výsledkem determinace genetickými faktory.
- 2) Stejně procesy učení, které vytvářejí problémové chování, mohou být použity k jeho změně.
- 3) Chování je z větší části určeno působením situačních a environmentálních faktorů.
- 4) Skryté procesy, jako myšlení a prožívání, lze ovlivňovat prostřednictvím aplikace principů učení.
- 5) Rozhodující součástí změny chování je projevení nových modelů chování v přirozeném prostředí.

6) Každý klient je jedinečný a musí být hodnocen jako jedinec v daném kontextu.

7) Základním kamenem adekvátní léčby je důkladná behaviorální diagnostika

Procesy teorie učení, které se podílejí na vzniku, trvání a změně chování jsou:

Klasické podmiňování, které poprvé experimentálně a systematicky studoval ruský biolog I. P. Pavlov a americký psycholog J. B. Watson. Teoretici klasického podmiňování předpokládají, že uživatelé drog ve skutečnosti podmiňují mnohé podněty z prostředí např. náčiní na užití drogy, pomocí opakovaného užití této drogy v určitém prostředí, s určitými lidmi a dle pravidel určitého rituálu. Teorie klasického podmiňování utvořila základ pro přinejmenším čtyři významné metody léčby závislosti: technika vystavování podnětům, technika kontroly podnětu, nácvik relaxace, senzitivizace a jiné techniky averzivní terapie.

Operantní podmiňování se vyskytuje hlavně v souvislosti se záměrným chováním, které se stupňuje nebo zmírňuje v závislosti na reakci okolí. Proces učení prostřednictvím operantního podmiňování probíhá tak, že chování jedince (i myšlenka nebo pocit), vyvolá subjektivně vnímaný pozitivní nebo negativní podnět z vnějšího prostředí. Jakýkoli vnější podnět, který zvyšuje výskyt následného chování, je *zpevněním*. Naopak jakémukoli podnětu, který výskyt chování snižuje, se říká *trestající*. Pro většinu změn chování je vhodnější důraz na zpevnění požadovaného chování spíše než na trestání nežádoucího.

Učení nápodobou se zdá být ze základních procesů učení tím nejefektivnějším, který dokáže nejrychleji vytvářet nově naučené chování. Učení nápodobou, jak již vyplývá z jeho názvu, obsahuje pozorování chování druhého a následně provádění tohoto chování za přítomnosti vhodných zpevňujících souvislostí. Učení nápodobou zahrnuje dva dílčí procesy: učení pozorováním a výkon. Zda bude chování naučené pozorováním skutečně projeveno, závisí na vlastnostech vzoru, na tom, zda vzor bývá za toto chování odměněn či potrestán, zda je pozorovatel motivován k realizaci napodobovaného chování a zda pozorovatel očekává, že bude jeho chování zpevněno stejně jako vzor. Učení nápodobou se výrazně projevuje při vzniku závislosti u adolescentů. Teorie učení nápodobou poskytuje teoretickou základnu pro metody psychologických dovedností, jako jsou např. relaxace, sebevědomý přístup, zacházení se zlostí, nácvik asertivity a účinné odmítání.

Několik teoretických behaviorálních konceptů léčby závislosti klade důraz na roli různých *kognitivních procesů* pro vznik, udržování a změny závislého chování. Teorie sociálního učení předpokládá, že lidské chování je výslednicí kombinace klasického podmiňování, operantního podmiňování a učení nápodobou, které vyvolávají nejen vnější chování, ale vedou také ke vzniku vzorců myšlení a cítění, které také určují a formují chování.

Ústředním konceptem v teorii sociálního učení je *reciproční determinismus*, což znamená, že lidé ovlivňují vnější prostředí a zároveň jsou jím ovlivňováni. Z toho vyplývá, že změna chování může být zapříčiněna změnou prostředí, ale také, že změny chování může jedinec dosáhnout sám prostřednictvím plánovaného procesu sebekontroly a změnou ve svém prostředí. Teorie učení zdůrazňuje význam myšlení pro kontrolu a vlastní chování. Strategii zvládání problematických situací a chování jedince ovlivňují jeho myšlenky, pocity a očekávání. Interakce očekávání a dovedností je zahrnuta v pojmu sebedůvěra, která je centrální koncepcí teorie sociálního učení. Léčebné metody, které byly vyvinuty v rámci teorie učení, zahrnují nácvik sociálních a komunikačních dovedností, asertivní trénink, nácvik zvládání stresu, sebekontroly a prevenci relapsu podle modelu Marlatta a Gordona.

Z hlediska behaviorální teorie musí úspěšná léčba plnit několik úkolů. Prvním úkolem je zajistit detoxifikaci, pokud užívání ohrožuje život. Po detoxifikaci musí terapeut podrobně projít klientovo závislé chování prostřednictvím funkční analýzy spouštěcích a udržujících mechanismů. Analýza by se měla zaměřit, jak na nedostatky v dovednostech, tak na klientovo prostředí. V zájmu úspěšného výsledku terapie je nutné se zaměřit na vnitřní i vnější rizikové situace. Po funkční analýze se klient učí specifický a na míru šitý výběr technik a strategií, které se zaměřují na problémy identifikované v analýze. Konečným úkolem behaviorální léčby je pomoci klientovi určovat a vytvářet strategie pro zvládání vysoce rizikových situací, které by se mohly v budoucnu vyskytnout.

Mezi výhody behaviorálních přístupů patří především

- 1) Flexibilita v přístupu ke specifickým potřebám klienta.
- 2) Ochotná spolupráce klientů díky vysoké míře jejich zapojení do plánované léčby a výběru cílů.
- 3) Solidní zakotvení v psychologické teorii.
- 4) Důraz na sepětí vědeckých poznatků s léčebnou praxí.
- 5) Jasná měřítko zhodnocení pokroků v léčbě.
- 6) Delegování změn chování na samotné klienty.
- 7) Značné empirické a vědecké důkazy o efektivitě

1.2.2 Techniky behaviorální terapie závislosti

Zásadní úkoly všech behaviorálních intervencí jsou (podle Morgan, 1999):

1) vybudování terapeutického vztahu spolupráce, 2) povzbuzení motivace ke změně, 3) důkladné posouzení současných problémů klienta prostřednictvím funkční analýzy, 4) vytvoření a stanovení terapeutických cílů a 5) hodnocení pokroků v terapii a ukončení terapie.

Při vytváření terapeutického vztahu je třeba definovat role pacienta a terapeuta a zmapovat očekávání spojená s terapií. Mezi důležité aspekty terapeutického vztahu patří schopnost empatického postoje k pacientovým zážitkům a klientova naděje na změnu, kterou může terapeut podporovat pomocí oceňování malých krůčků ke změně a pochval za úspěch, čímž také zvyšuje klientovu sebedůvěru.

Zvyšování motivace ke změně – Hlavní koncepce tohoto typu intervence je, že odpovědnost za změnu leží na klientovi, zatímco úkolem terapeuta je vytvoření takového prostředí, které usnadní klientovu vnitřní motivaci ke změně. Někteří autoři zmiňují význam zvyšování motivace ke změně prostřednictvím identifikace a prozkoumání konfliktů provázejících změny chování. Čehož lze dosáhnout objektivním probíráním nepříznivých a pozitivních důsledků užívání drog (tabulka rovnováhy rozhodnutí).

Důkladné posouzení prostřednictvím funkční analýzy. V behaviorální diagnostice hledáme faktory, které vyvolávají a udržují závislé chování. Jednou z oblastí tohoto procesu je hledání individuálních zdrojů spouštěčů užívání, což zahrnuje zmapování interpersonálních situací, různých emočních stavů a vnějších situací, které souvisejí s užíváním drog nebo pitím alkoholu. Je důležité určit individualizované spouštěcí mechanismy užívání, neboť je později plně využijeme při identifikaci a překonávání vysoce rizikových situací. Terapeut rovněž potřebuje zhodnotit následky pacientova užívání drog z krátkodobé i dlouhodobé perspektivy a definovat pozitivní a negativní zpevňující faktory spojené s užíváním.

Vytváření a stanovování terapeutických cílů - Z behaviorálního hlediska je důležité, aby terapeutické cíle vznikaly ve spolupráci s pacientem. Studie zdůrazňují význam toho, aby klient měl možnost volby při volbě cílů. Je to důležitým faktorem podporujícím jeho motivaci a účast v terapii.

Z behaviorálního hlediska dospíváme k ukončení terapie vzájemnou dohodou. Terapie končí, jakmile dosáhla svých cílů, nebo pokud jsme zjistili, že by se měla ubírat jiným směrem a pacient je doporučen jinému terapeutovi.

1.2.3 Behaviorální a kognitivní strategie prevence relapsu

S. Wanigaratne ve své teorii vychází z Marlattova kognitivně-behaviorálního modelu relapsu - viz výše. Strategie zaměřené na prevenci relapsu dělí na behaviorální a kognitivní.

1.2.3.1 Behaviorální strategie

Behaviorální diagnostika v prevenci relapsu je zaměřena hlavně na kvantifikování závislého chování (počet cigaret, jednotek alkoholu atd. denně), identifikování vysoce rizikových situací (intrapersonální, interpersonální, skupinové tlaky atd.) a identifikování dovedností zvládnání a jejich deficitů. Obecně se behaviorální diagnostika používá na počátku programu prevence relapsu. Nicméně diagnostické techniky, jako je sebemonitorování (např. diář chutí), mohou být použity v průběhu celého programu. V různých fázích programu a v závislosti na klientových individuálních potřebách a cílech mohou být přiměřené různé techniky behaviorálního hodnocení.

Sebemonitorování

Má za cíl přimět klienta, aby se vědomě soustředil na chování, které si přeje změnit. Tím může:

- Identifikovat vysoce rizikové situace (špatná nálada, konflikt, sociální tlak atd.).
- Identifikovat možné spouštěče.
- Objevit dané chování nebo vzorec zvyků (kdy, jak a kde).
- Identifikovat důsledky, které pro jedince či lidi okolo něj dané chování má.
- Stanovit cenu, kterou člověk platí na úrovni fyzické, psychické a finanční.

Primární užití sebemonitorování v prevenci relapsu spočívá především v diagnostice vysoce rizikových situací. Technika využívá zejména rozhodovacích matic (tabulka bilance rozhodování) a deníků pití / braní drog.

Relapsové mapy a popis minulých relapsů

Tato technika využívá metaforického popisu minulých případně budoucích relapsů jako cest. Cílem těchto postupů je identifikace možných budoucích nebezpečí a jejich varovných signálů.

Relapsové fantazie

Produkce relapsových fantazií umožňuje terapeutovi shromáždit důležité informace o:

- Rizikových situacích.
- Konkrétních slabínách a dovednostech zvládnání.
- Klientově představě sebe sama a jaká je role závislého chování v této představě.

U klienta tato technika zvyšuje vědomí vlastních slabín a rizikových situací.

Nácvik relaxace, meditace

U kořenů závislého chování často leží úzkost a funguje jako hlavní faktor při jeho udržování. Nácvik relaxace je vyzkoušená a ověřená strategie pro zvládnání úzkosti.

Nácvik asertivity

Deficity v sociálních dovednostech jsou u jedinců s problémy závislostí velmi časté, a rovněž obtíže s asertivním jednáním patří k nejčastějším. Nácvik asertivity může pomoci například ve vysoce rizikové situaci typu sociálního tlaku.

Expozice podnětům

Zde terapeut využívá expozice klienta stimulům spojeným se závislým chováním (desenzitizace) za kontrolovaných podmínek a v bezpečném prostředí. Pokud klient přečká nutkání a chutě, snižuje to efektivitu stimulu ke spuštění reakce, a zvyšuje klientovu sebedůvěru (vlastní účinnost).

1.2.3.2 Kognitivní strategie

Kognitivní restrukturování

Umožňuje identifikaci a změnu „omylů v myšlení“ (např. odhalení zdánlivě nevýznamných rozhodnutí).

Nácvik relapsu

Klient si představí situaci, ve které se odehrálo uklouznutí, přehrává si vlastní rozhodovací proces a zvažuje, jaké dovednosti mohl použít ke zvládnutí situace.

Přeznačení a odpoutání se

Technika založená na reinterpetaci a „přeformulování“ zkušenosti, naučí klienta prožitky chutí externalizovat (odpoutat se od nich). Účinný způsob, jak toho dosáhnout, je přimět klienta, aby verbalizoval svůj prožitek ve třetí osobě, aby jej popsal jako pozorovatel, místo toho, aby se s tímto prožitkem identifikoval.

Imaginace zvládání

Rozvíjí kognitivní dovednosti „zvládání“ rizik. Používáním technik řízené fantazie může terapeut přivést klienta k tomu, aby cvičil imaginace zvládání rizikových situací v průběhu terapeutického sezení.

1.2.3.3 Intervence týkající se životního stylu

Rovnováha životního stylu

Techniky ke zvládání stresu, formování „zdravého životního stylu“.

Substituční požitky

Využití jakékoliv aktivity, která produkuje okamžité potěšení a odvádí klienta od závislého chování. Klient je veden k tomu, aby si vytvořil seznam aktivit, které může použít, když prožívá silné chutě na drogy. Pokud se tyto aktivity zabudují do klientova životního stylu, jde o globální intervenci. Substitučními požitky se však musí vždy vybírat velmi opatrně a s ohledem na jejich důsledky v delším časovém horizontu, pokud se stanou součástí klientova životního stylu, neboť se samy o sobě mohou stát negativními závislostmi.

Pozitivní závislosti

„Pozitivní závislost“ je zjevnou substitucí „negativní závislosti“. Pozitivní závislost můžeme popsat jako aktivitu, která může nebo nemusí mít okamžité pozitivní důsledky, ale je dlouhodobě prospěšná pro jedince - např. sport. Aby se aktivita mohla stát pozitivní závislostí, musí splňovat 6 požadavků:

- Je nekompetitivní. Klient i jí může sám vybrat i provozovat a věnovat se jí asi hodinu denně.
- Je možné ji provádět snadno, bez přílišného mentálního úsilí.
- Klient jí může dělat sám nebo občas s ostatními, ale nesmí být na ostatních závislý, aby jí mohl provozovat

- Klient by měl věřit, že pro něj má nějakou hodnotu (tělesnou, mentální nebo spirituální)
- Klient by měl věřit, že pokud u ní vytrvá, stane se lepším.
- Je důležité, mít schopnost dělat tuto aktivitu, aniž by se klient kritizoval. Pokud by se nedokázal při této aktivitě akceptovat, nebyla by návykovou.

Pozitivní závislosti mívají na rozdíl od závislostí negativních nebo i substitučních požitků (viz výše) blahodárné a žádoucí výsledky v dlouhodobém horizontu a v počátcích nemusí být vždy bez potíží.

Techniky pro kontrolu stimulů („spouštěčů“)

Učí klienty minimalizovat expozici stimulům asociovaným se závislostí - např. omezit poslech hudby, kterou má klient asociovanou s bráním drog. Tyto techniky bývají řazeny mezi globální intervence.

1.2.3.4 Strategie zvládání

Zvládání lapsu

Šest strategií zvládání pro případ lapsu přináší (Wanigaratne et al, 2008):

1. *Přestaňte, rozhlédněte se a poslouchajte.* Pokud nastane laps, přestaňte dělat to, co děláte a přemýšlejte. Je to varování, že jste v nebezpečí. Uvažujte o lapsu jako o prázdné pneumatice: řidič zastaví na bezpečném místě, aby situaci řešil. Podívejte se na svou kartičku, která vám připomene instrukce.
2. *Zůstaňte klidní.* Pamatujte si, že jeden laps neznamena celkový relaps. Uklouznutí neznamena, že jste zcela prohráli a že vaše vůle už nemá žádnou sílu, anebo že jste beznadějně závislý. Neexistuje selhání, pouze zpětná vazba. Je to příležitost se učit. Nechte přejít pocit „začal jsem, takže i skončím.“ Vyhněte se myšlence: „Tak teď bych se taky mohl pustit do pořádného flámu.“
3. *Znovu si projděte svůj závazek.* Vybavte si svoji rozhodovací matici v tabulce bilance rozhodování. Zvažte krátkodobé a dlouhodobé výhody abstinence. Vzpomeňte si, jak daleko už jste došli na cestě změnit váš zvyk. Skutečně věříte, že jedno uklouznutí zruší veškerý pokrok, který jste až dodnes udělali? Obnovte svoji motivaci a svůj závazek.
4. *Znovu si projděte situaci, která vedla k lapsu.* Jaké události vedly k tomuto uklouznutí? Byly nějaké časné varovné signály? O jakou vysoce rizikovou situaci se jednalo? Můžete získat nové informace ohledně zdrojů stresu ve vašem životě. Můžete mít dojem nebo

pocit, že účinky drogy užití při uklouznutí vás přemůžou a znemožní vám znovu získat kontrolu.

5. *Udělejte si okamžitý plán akcí pro zotavení:*

- Zbavte se všech drog nebo alkoholu.
- Odejděte z vysoce rizikové situace. Projděte se, opusťte místo činu.
- Naplánujte si náhradní aktivitu, která naplní vaše potřeby v danou chvíli.

6. *Požádejte o pomoc.* Usnadněte si to. Požádejte přátele nebo příbuzné. Zavolejte na relapsový telefon.

Zvládání hněvu

Hněv je pocit, který zvyšuje riziko relapsu, především když žene klienta do hádek a konfliktů.

Doporučení ke zvládání hněvu:

- Vyjádřete hněv raději slovy než činy.
- Zbavte se toho pocitu pomocí cvičení.
- Udeřte do něčeho bezpečného, např. do polštáře.
- Rozptýlte se: běžte nakupovat – kupte si něco, běžte do kina, divadla, muzea, galerie nebo knihovny, dívejte se na video
- Cvičte relaxační techniky. Zpomalte a kontrolujte svůj dech. Pusťte si relaxační kazetu.

Zvládání paniky

Jeden člověk ze tří zažívá záchvaty paniky. Pro zvládání paniky je důležité si pamatovat, že tyto pocity nejsou ničím jiným než zveličením normálních tělesných reakcí na stres. Naučit se zvládat záchvat paniky je otázka cviku. Stres funguje podle přirozeného vzorce. Narůstá, dosahuje plató a potom pomalu odezní. Pouze tím, že počká, se klientův strach zvolna vytratí. Je důležité zůstat v dané situaci a neutíkat. Pro tuto situaci radíme klientům:

- použít rychlé relaxační cvičení
- opakovat si pozitivní výrok o sobě
- přemýšlet o pokroku, který udělali navzdory všem obtížím
- rozhlédnout se okolo a soustředit se na detaily okolí
- když jsou připraveni odejít, začít jednoduše a uvolněně

Zvládání stresu

Mnoho lidí používá pro zvládnutí stresu nějaký druh činnosti. Lidé, kteří mají problém se závislostí, často užívají své závislé chování jako způsob a strategii pro zvládání stresu.

Důležitou částí prevence relapsu je sdělování informací. Zcela nezbytné je vysvětlení myšlenkových (kognitivních), skutkových (behaviorálních) a tělesných (fyziologických) mechanismů, které fungují v okamžiku, kdy člověk cítí stres. Tím, že klientovy poskytneme způsob, jak chápat svůj stres, zvýší se jeho pocity kontroly, a proto se zvýší i jeho sebedůvěra (pocit vlastní účinnosti). Jako obecný způsob zvládání stresu mohou být použity relaxační techniky, např. progresivní relaxace nebo meditace. Specifické postupy zvládání situací vyvolávajících stres se zaměřují na kognitivní složku stresu, tedy myšlenkové procesy. Základní postup je:

- Identifikovat negativní myšlení a chyby v myšlení
- Napravovat chyby v myšlení
- Nahradit negativní myšlení pozitivním

Zvládání chutí

Jednou z technik, které prevence relapsu používá je „balíček chutí“. Je to sada individuálně vypracovaných instrukcí, která klientům pomáhá zvládat craving. Může vypadat třeba takto:

1. Rozpoznejte chuť.
2. Rychlá relaxační technika.
3. Pozitivní tvrzení o sobě.
4. Rozptýlení.
5. Mnohem později, když už pocity odezněly, pokuste se zjistit, které spouštěče tuto chuť odstartovaly a zapište je do svého deníku chutí.

Právě chutě neboli craving někteří autoři uvádějí jako jednu z možných příčin relapsu hned vedle takových rizik, jakým je pro klienta například interpersonální konflikt či přítomnost uživatelů drog. I tam, kde craving vystupuje jako fenomén sám o sobě, a bez souvislosti s relapsovou situací, představuje závažný problém, který klienty obtěžuje, a k jeho zvládnutí se používají v podstatně shodné behaviorální a kognitivně behaviorální postupy jako v práci s relapsem. Jeho význam a právě důležitost strategií jeho zvládnutí, mě přimělo vytvořit na toto téma podkapitulu, ve které je tento fenomén popsán

1.2.4 Craving

Craving, překládaný do češtiny většinou jako *bažení* (termín u nás zavedl K. Nešpor), je jevem, který je s problematikou relapsu velmi úzce spjat. Podle mého názoru může být craving významným faktorem při vzniku rizika relapsu a je nutné mu věnovat pozornost.

V 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí se o cravingu hovoří jako o „silné touze nebo pocitu puzení užívat látku“ a craving je tam uveden jako jeden z šesti znaků závislosti (Nešpor, 2003a).

Kalina a kol. (2001) ve svém „Glosáři“ uvádí následující definici cravingu: „Silná touha po psychoaktivní látce (droze) nebo pocit puzení tuto drogu užít.“

S touhou, bažením po droze se téměř jistě setkal alespoň jednou každý toxikoman, pokoušející se o abstinenci. „Studie na poměrně rozsáhlých skupinách severoamerických a západoevropských klientů svědčí o tom, že craving je takřka pravidlem a běžnou komplikací abstinence. Kampe a Kunz uvádějí, že craving během období abstinence 20-120 týdnů udává zhruba 60-70% abstinujících. S délkou abstinence se výskyt cravingu snižuje, ale nezřídka k němu dochází i po jednom roce abstinence.“ (Kalina, 2000).

Podle Kudy (2003) s pojetím definice cravingu jako samostatné příčiny relapsu nelze docela souhlasit. Lze obecně říci, že craving je „hybnou silou“ celého procesu relapsu. Můžeme konstatovat, že je přítomen dokonce u 100% relapsů. Na druhou stranu klinická praxe i výše zmíněné výzkumy ukazují, že craving (v různé intenzitě) zažívá v prvních měsících abstinence naprostá většina závislých, přesto u nich nevede vždy k relapsu. Craving (nebo jeho zvýšenou intenzitu) můžeme vnímat jako ukazující na nevyváženost životního stylu závislého. Je velmi efektivní učit klienty „využít“ craving jako indikátor spokojenosti s vlastní životní situací.

Většina autorů se shoduje v tom, že zdaleka ne každá situace, kdy je klient vystaven cravingu, končí relapsem. Zda ale předchází craving všem relapsům není zcela jasné.

Nešpor a Csémy (1998) popisují situace, kdy k relapsu/recidivě craving nevedl. „Většina závislých na návykových látkách má zkušenost s kratším nebo delším bráním návykových látek nebo požíváním alkoholu, které s sebou ještě nepřinášelo závažnější problémy. U těchto pacientů vede k recidivě popírání závislosti, ne craving. Jinak než přes craving dochází k recidivě patrně i v situaci, kdy je pacient motivován k abstinenci pouze zevními okolnostmi (např. pobyt v chráněném prostředí nebo dohled rodičů) a tyto zevní motivy k abstinenci odpadnou. Recidiva závislosti na alkoholu může mít také

interpersonální souvislosti a může být např. snahou „potrestat“ manželku nebo manžela, „voláním o pomoc“ apod. Existují i recidivy, k nimž došlo v důsledku nevhodně podaného léku obsahujícího alkohol nebo jiných nevhodně předepsaných léků. Je třeba mít na paměti, že činitelem, který může vyvolat extrémně silný craving je samotná návyková látka, když je podaná v netypické podobě, jako jsou např. zdánlivě nevinné kapky proti kašli.

Dále podle Nešpora (2003a) z klinické praxe víme, že k řadě relapsů a recidiv návykového chování dochází, aniž by postižený pociťoval craving. Důvodem může být nedostatečně uvědomovaný a nerozpoznaný craving. To může mít více příčin.

- 1) Malá schopnost uvědomění. Pojem alexithymie označuje, zjednodušeně řečeno, chudý fantazijní život a malou schopnost popsat (a také si uvědomovat) vlastní emoce. Alexithymie byla původně popsána u psychosomatických nemocných, ale zdá se, že je častější i u některých skupin závislých pacientů.
- 2) Cravingové pocity specificky odrážejí i to, co dotyčný obecně postrádá (např. intimitu, pocity sounáležitosti).
- 3) Důvodem nedostatečného sebeuvědomění může být i nadměrná únava související s nevyváženým životním stylem.
- 4) Důvodem špatného vnímání cravingu bývají nerealistické nároky na sebe a tendence si myšlenky související s cravingem zakazovat a nepřipouštět.
- 5) Špatné vnímání cravingu je časté i v situacích, kdy k recidivě dojde velmi rychle a téměř automaticky v prostředí, kde jsou látky snadno dostupné a kde často dochází k jejich aplikaci.

Kuda (2003) upozorňuje, že téma cravingu je často mytologizováno. Především v základní léčbě se můžeme setkat s postojem „craving = tabu“ – jako kdybychom závislým chtěli craving zakázat. Oni sami si jej opravu velmi často zapovídají a někdy se jim to i na omezenou dobu podaří. Ztrácí tak ale možnost naučit se svůj craving účinně redukovat. Po opuštění základní léčby jsou konfrontováni s nároky každodenního života a tedy i vystavováni vysoce rizikovým situacím. Zákonitě se musí dostavit silný craving (často v intenzitě jako na začátku abstinence). Závislý se cítí zaskočen a často zažívá pocity viny – „jak je to možné? celá léčba je ztracena!..apod.“. Naproti tomu závislý, jenž je na toto téma připraven, je schopen vnímat tuto situaci jako – „pozor něco není v pořádku“ a otevřeně o tomto tématu mluví (to samozřejmě nemá nic společného se situací, kdy závislí řečmi o drogách záměrně silný craving spouštějí).

1.2.4.1 Projevy cravingu

Již v 50. letech se objevilo doporučení odlišovat tělesné a psychické bažení. Rozlišování bažení na tělesné (vznikající při odeznívání účinku návykové látky nebo bezprostředně po něm) a psychické (objevuje se i po delší abstinenci) je oprávněné i s ohledem na výsledky moderních výzkumů, které se zaměřovaly na aktivitu jednotlivých částí mozku při bažní (Nešpor, 2003a).

Craving je většinou chápán jako subjektivní jev. Nešpor a Csémy (1998) však uvádějí i *objektivní*, a tedy i měřitelné *projevy cravingu*. Metodou magnetické resonance a pozitronové emisní tomografie odhalili američtí vědci zvýšený metabolismus glukózy během cravingu. Dále se v souvislosti s cravingem objevovaly nálezy, týkající se aktivace určitých částí mozku (dorsolaterální prefrontální kortex, limbický systém, amygdala, mozeček), bylo možno pozorovat oslabení paměti, zvýšení tepové frekvence systolického krevního tlaku, snížení kožního odporu, prodloužení reakčního času, objevil se abnormální nález na záznamu elektrické aktivity sítnice a byla zaznamenána vyšší salivace (slinění) u závislých na alkoholu (Je tedy patrné, že u cravingu nejde jen o subjektivní pocity. Skutečně se při něm v těle „něco děje“).

To, co klient při cravingu prožívá - tedy jeho *subjektivní projevy* - je z jeho hlediska dle mého názoru významnější než fakt, že se mu zvyšuje tlak a snižuje kožní odpor. Pokud se totiž klient naučí rozpoznat projevy cravingu, učiní velký a důležitý krok na cestě k jeho účinnému zvládnutí. A když už nic jiného, nebude alespoň těmito - vesměs nepříjemnými - příznaky znejistěn a zúzkostněn, neboť bude vědět, odkud pocházejí.

Podle Nešpora (2003a) mezi hlavní subjektivní příznaky cravingu patří: vzpomínky na příjemné pocity pod vlivem návykové látky (např. uvolnění) nebo na pocity při hazardní hře nebo fantazie na toto téma často nutkavého charakteru, nepříjemné tělesné pocity: svírání na hrudi, bušení srdce, svírání žaludku, sucho v ústech, třesy, bolesti hlavy a v různých částech těla, pocení, nepříjemné duševní pocity: silná touha po návykové látce nebo hazardní hře, úzkosti, stísněnost, únava, slabost, zhoršené vnímání okolí, neklid, vzrušení, podrážděnost.

1.2.4.2 Léčba a zvládání cravingu

Zeptáte-li se toxikomana, které situace pro sebe považuje za ohrožující, nejčastěji uslyšíte právě o „chutích“, tedy cravingu, případně o jiných rizicích, které v něm chutě na drogy vyvolávají. Zvládnutí cravingu se tak řadí mezi nejdůležitější předpoklady úspěšné abstinence.

Kromě zmínky o farmakoterapii cravingu, kterou nepovažuji za vhodnou, pokud se zároveň nejedná o substituční léčbu (buprenorfín jako substituce heroínu, mírní craving po kokainu u kombinované závislosti). Uvádí Nešpor (2003a) přehled strategií zvládání cravingu.

- Vyhybat se situacím, které bažní vyvolávaly
- Uvědomit si negativní důsledky relapsu
- Odvedení pozornosti (vhodná četba, hudba, psát dopis, vaření, sprcha, koupel atd.)
- Uvědomit si minulé nepříjemné zážitky související s alkoholem, drogami či hazardní hrou
- Uvědomit si výhody abstinence
- Tělesné cvičení, tělesná práce, jít do přírody
- Prostě vydržet
- Spánek nebo odpočinek
- Včas bažení rozpoznat, uvědomit si bažení na samém počátku, kdy je slabé
- Myslet na své zdraví
- Hovořit o pocitech při bažení – s odborníkem či s někým blízkým, telefonicky (např. linka důvěry) nebo i přímo
- Sex
- Relaxační techniky
- Jít někam, kde nejsou návykové látky
- Napít se nealkoholického nápoje
- Požádat o pomoc
- S rizikovými myšlenkami diskutovat anebo vyvolat opačné myšlenky
- Uvažovat o příčinách bažení
- Využívat pomůcek, talismanů, symbolů připomínající abstinenci
- Použití léku předepsaného lékařem
- V duchu nebo nahlas si popisovat pocity při bažení
- Někomu odevzdat peníze

- Pozorovat dech
- Pocity při bažení pokud možno uvolněně a neosobně pozorovat
- Sám někomu nabídnout pomoc
- Sebemonitorování (zapsat si, kdy bažení vzniká, co ho pomáhá překonat)

Obecně lze říci, že vysoce účinné, ale nepříjemné strategie typu „Uvědomit si negativní důsledky relapsu/recidivy“ nebo „Uvědomit si minulé nepříjemné zážitky související s alkoholem, drogami či hazardní hrou“ jsou vhodné k bezprostřednímu zvládnutí krize. Pozitivní a spíše příjemné postupy se zase hodí k průběžnému udržování dobrého stavu.

Kuda (2000) uvádí ve sborníku „Tematické skupiny - prevence relapsu“ v modulu nazvaném „Odvykání a touha“ Devět principů odvykání, které jsou směřovány ke klientům a měly by jim pomoci porozumět cravingu:

1. Touha po droze je přirozenou součástí a následkem závislosti. Většinou pokračuje nebo se objevuje tu a tam i dlouho poté, co odezněly příznaky fyzického „abst'áku“.
2. Touha po droze může být zvyšována nebo přímo spouštěna, pokud se člověk, který se léčí dostane do určitých situací, které byly silně spojeny s jeho/jejím dřívějším bráním drog.
3. Příležitostné brání drog (a někdy i předepsaných medikací) udržuje a posiluje u ex-usera (bývalého uživatele) spouštěče touhy po droze. To je důvod, proč „kontrolované brání“ téměř nikdy nefunguje - touha začne být příliš silná.
4. Postupné přivýkání si na nebezpečné situace a nepodlehnutí touze spolu s podporou a dobrým plánováním může pomoci k vyhasínání spouštěčů. Takové vyhasínání spouštěcích mechanismů se nazývá odvykáním.
5. Totální abstinence je tedy nejjistějším a nejrychlejším způsobem, jak se touhy po droze zbavit.
6. Některé spouštěče, se kterými člověk dostatečně nepracoval - jako třeba „známá místa“, na která se vracíte po několika letech - mohou zůstat silnými spouštěcí i po letech abstinence. Buďte opatrní.
7. Odhodlání a silná vůle nejsou těmi nejlepšími zbraněmi proti touze po droze. Změna životního stylu - získání přátel a podpory, objevení nových způsobů, jak se dostat do pohody a užívat si, jak osobně růst - může snižovat touhu a její nebezpečí pro vaše vyléčení. Skutečná síla se zvyšuje postupně a časem, prací a podporou.
8. Může dojít k relapsu. Pokud se to stane, vraťte se ihned zpět na cestu léčení. Měli byste mít plán, podle kterého budete postupovat, pokud se to stane. Relaps neznamena, že jste

zklamali nebo nějak promrhali vynaloženou námahu. Znamená, že se z něj musíte poučit, potřebujete lépe plánovat a potřebujete větší podporu.

9. Přestože je touha po droze přirozeným důsledkem předchozí závislosti, pamatujte si, že máte možnost volby: můžete se nyní pokoušet jí zmenšovat a bojovat s ní nebo zůstat její obětí.

Tyto principy postihují všechny důležité aspekty cravingu. Nejcenější je ale podle mého názoru forma, jakou jsou prezentovány. Jsou totiž adresovány přímo těm, kteří to nejvíce potřebují - totiž abstinujícím toxikomanům. Pomáhají jim pochopit mechanismy cravingu, radí, jak se s ním vypořádat. A především ukazují, že craving je něco, co k léčbě a abstinování patří a není tedy třeba cítit za pocity touhy po droze vinu a bát se o nich otevřeně hovořit.

Jak již bylo řečeno na začátku této kapitoly, ne každý craving vede k relapsu. Podle mého názoru však stojí nezvládnutá touha užít drogu za významnou částí relapsů ať už uvědomělá či nikoliv. Často je „chuť“ příliš velká, a když se přidá riziková situace (klient potká člověka, s nímž drogy v minulosti užíval a který je případně má i u sebe), je velmi obtížné odolat. Proto považuji za nesmírně důležité o těchto rizicích s klienty mluvit, nejlépe hned v první fázi jejich pokusu o abstinenci. Existují osvědčené postupy, které může mít klient „v záloze“ – např. 9 principů odvykání (viz výše) - i když craving není aktuálně jeho problémem. Během svých stáží jsem se setkala s mnoha takovými „tipy“ na zvládání chutí. Mnoho klientů má také do jisté míry vybudovány své vlastní strategie pro zvládání cravingu. Někteří z nich si ani neuvědomují, že proti chutím používají stále tytéž obrany a bývají to právě ty, které se osvědčily nejlépe. Je užitečné, když klient tyto mechanismy zvědomí a naučí se je cíleně používat. Pokud se klient o takové „dovednosti“ podělí s ostatními klienty, může pomoci těm, kteří si své vlastní strategie teprve budují – může jim usnadnit cestu k neúčinnějším postupům a těm, kteří už se dovedou bránit sami, umožní rozšířit jejich vlastní repertoár o strategie, na něž by možná nepřišli.

Je patrné, že práce s cravingem není vůbec jednoduchá a vyžaduje od klienta i od terapeuta velkou dávku otevřenosti a trpělivosti. Mám ale pocit, že se tato investice vždycky vyplatí.

Zakazovat - nebo raději nedoporučovat - hovory o chutích či drogách, je podle mě opodstatněné v případě, že se o nich klienti baví v nepřítomnosti terapeuta, takové hovory totiž mohou končit vzpomínáním na staré časy a barvitým líčením zážitků. A od takových řečí je ke vzniku cravingu potažmo k riziku relapsu jen krůček.

1.2.5 Cennaps model prevence relapsu (Gorski, T., T., 1990)

Cennaps model prevence relapsu vznikl v roce 1970 a spojuje základní principy Anonymních alkoholiků a tzv. Minnesotského léčebného modelu. Závislost je zde chápána jako bio psycho-sociální nemoc.

Cennaps model prevence relapsu je systematická metoda, pomocí které jsou klienti vedeni k tomu, aby byli schopni rozpoznat a zvládat signály varující před relapsem. Ne všichni klienti jsou pro terapii založenou na Cennaps prevenci relapsu vhodní. Existují 4 kritéria, pomocí nichž jsou klienti vybíráni: 1) ucelené informace o závislosti, 2) snaha o úzdravu v minulosti, 3) přítomnost signálů varujících před relapsem v předešlých obdobích abstinence, 4) motivace a schopnost participovat na terapii prevence relapsu.

Následujících 9 principů tvoří základ Cennaps terapie prevence relapsu. Každý z nich určuje základní terapeutické postupy, které terapeutům pomáhají vytvořit přiměřený plán léčby klienta.

1. Seberegulace - založena na fyzické, psychické a sociální stabilizaci.
2. Integrace - využívá technik zaměřených na sebehodnocení, odhad vlastních schopností.
3. Porozumění - znamená vzdělávání v problematice relapsu.
4. Sebepoznání - učí identifikaci varovných signálů před relapsem.
5. Strategie ke zvládnání - učí klienta zvládat varovné signály.
6. Změna - zahrnuje zhodnocení plánu úzdravy.
7. Vědomí - pracuje s tréninkem vlastních dovedností.
8. Podpora - snaží se o zapojení klientova okolí.
9. Udržování - vyžaduje rozsáhlé plány do budoucna.

Výše uvedené techniky prevence relapsu pochopitelně nevyčerpávají zdaleka všechny možnosti, jak relapsu předcházet. Poskytují však, podle mého názoru, dobrý přehled důležitých témat, kterým se prevence relapsu věnuje. Kdybychom se pokusili vytvořit jakýsi průnik okruhů, jimiž se jednotlivé přístupy k prevenci relapsu zabývají, zjistili bychom, že by bylo možné stanovit dvě základní skupiny postupů vhodných při předcházení relapsu. (Podobné rozdělení také používá Wanigaratne a spol. ve svém manuálu pro terapeutů, 2008).

První skupinou by byly „specifické intervenční strategie“. Do této skupiny spadají intervence, které jsou zaměřeny na konkrétní klientovu zranitelnost nebo na vysoce rizikové situace. Tyto intervence jsou zaměřeny na okamžité příčiny/události, které

směřují k relapsu. Například pro klienta, který má problém s pitím a má sklon relabovat pod sociálním tlakem, by nácvik asertivních dovedností byl specifickou strategií.

Druhá skupina, tzv. „globální strategie pro sebekontrolu“, zahrnuje postupy, které pracují s celkovým životním stylem klienta, zapojují jeho sociální okolí a vedou ho ke změně chování a s ním souvisejících stereotypů. Například pro toxikomana, jenž poprvé abstinuje po několikaletém užívání drog, předpokládá práce s globálními strategiemi nutnost opustit své dosavadní známé, úplně se vyvázat z prostředí, v němž se až doposud denně pohyboval, začít řešit svou neuspokojivou rodinnou situaci atd. Důležitou roli zde hraje také umění zacházet s volným časem. Účinná a smysluplná prevence relapsu by měla využívat kombinace obou zmíněných strategií.

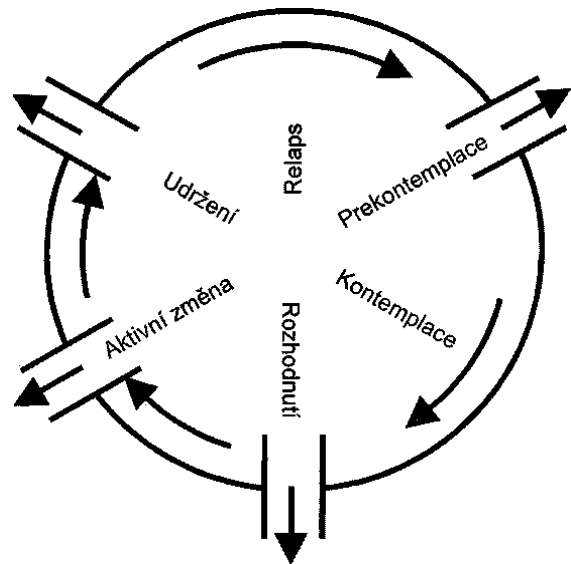
1.2.6 Model změny chování: Prochaska a DiClementi (1983)

Tento model klade největší důraz na změnu chování, ve které vidí nezbytný předpoklad úspěšné abstinence klienta. Centrální myšlenkou modelu je, že změna chování se uskutečňuje v sérii šesti samostatných fází. Fáze „prekontemplace“ zahrnuje období předtím, než si jedinec uvědomí potřebu změny. Další fází v procesu změny je „kontemplační“ fáze, kdy si jedinec problém uvědomuje a uvažuje o tom, že by s ním něco udělal. V této fázi může jedinec setrvat neomezeně dlouho, pokud nepřekoná ambivalenci související s přechodem do další fáze. Fáze „aktivní změny“ nastává v okamžiku, kdy se jedinec začne snažit změnit své chování buď vlastním úsilím, anebo hledáním pomoci zvenčí. Finální fází je fáze „udržovací“, kdy se jedinec snaží udržet dosažené změny.

Důležitou vlastností tohoto modelu je, že jde o model „kruhový“ na rozdíl od modelu „lineárního“. To umožňuje mnohem optimističtější přístup ke změně chování. Pokud jedinec „zrelaboval“, může znovu vstoupit do cyklu a procházet tímto cyklem znovu, dokud nedosáhne žádoucího výsledku (body výstupů a opětovných vstupů).

Šest fází

- Prekontemplace
- Kontemplace
- Rozhodnutí
- Aktivní změna
- Relaps
- Udržení



Obr. 5 / Kruhový model změny s výstupy: Prochaska a DiClementi (1983). (Zdroj Wanigaratne a spol., 2008)

Nejvýznačnějším bodem tohoto modelu je vyvození matchingu péče (matching - spárování klienta a péče pro něj vhodné). Každá fáze vyžaduje velmi specifický terapeutický přístup, který může, ale také nemusí být komplementární k obecnému poradenství, kterého se klientovi dostává. Například pokud je klient v „prekontemplační“ fázi, nejvhodnějším terapeutickým přístupem jsou motivační intervence, na rozdíl od „terapie zaměřená na klienta“, která by nemusela přivést klienta k tomu, aby se svou závislostí něco udělal. *Prevence relapsu se v modelu změny chování jednoznačně zaměřuje na „udržovací fázi“.* Je také zaměřena na uvedení klienta zpět do tohoto cyklu i po relapsu. Opětovně vstoupit do něj lze v kterékoliv fázi. Prevence relapsu je zaměřena na rozhodnou podporu tohoto procesu. Model změny chování umožňuje terapeutovi, aby plánoval a přizpůsoboval intervence s jasným vědomím směru, kterým se s klientem ubírá.

1.2.7 Prevence relapsu v systému péče

Jak už bylo řečeno (Kuda, 2008) prevence relapsu byla vyvinuta především jako program pro udržení navozených změn. Jedná se tedy o fázi po ukončení základní léčby, tzv. následnou péči. Prevenci relapsu lze ale s úspěchem integrovat i do základní léčby. Je však třeba vždy program upravit tak, aby odpovídal celkovému přístupu v daném léčebném programu. Často se setkáváme s faktem, že např. v terapeutických komunitách (abstinenční model) je téma drog obecně zakázaným tématem. Pokud použijeme v této fázi základní léčby PR, umožní nám to s tématem drog efektivně pracovat.

Relaps je bohužel ještě stále nejčastějším výsledkem terapeutické intervence. Není to příliš povzbudivé konstatování, nicméně potvrzuje důležitost prevence relapsu jako součásti následné péče i terapie.

V České republice je „prevence relapsu“ součástí stacionární, ambulantních a následných programů.

Uplatňuje se i přímo v léčbě v terapeutických komunitách nebo v aplikacích TK v psychiatrických léčebnách. O požívání metody Marlatt-Gordon v terapeutických komunitách se však vede debata, kterou lze vysledovat v naší i zahraniční literatuře (Kalina, 2008).

Dále podle Kaliny (2008) vychází prevence relapsu z předpokladu, že závislý je schopen své závislé chování měnit. Klíčovými pojmy jsou ze stabilizace životního stylu, zvyšování sebeřízení a schopnosti předpokládat, rozpoznávat a efektivně zvládat rizikové situace. V tom na první pohled zapadá do přístupu TK. S filosofií abstinenční léčby se však

může střídat potřeba metody velmi konkrétně probírat zkušenosti klientů s rizikovými situacemi a připravovat je i na zvládnutí relapsu, který případně nastane. V TK pro závislé u nás i v zahraničí však dlouho přetrvávaly a dosud leckde přetrvávají postoje typu „prevence relapsu je vlastně povolování relapsu“ a „připouštění relapsu jako možnosti je v rozporu s perspektivou abstinence jako nutnosti“. Kuda upozorňuje na tabulaci tématu drog, cravingu a relapsu v některých TK, což neumožňuje s těmito tématy efektivně pracovat.

Prevenici relapsu v TK nezajišťuje dílčí metoda, ale léčebný proces jako celek. Široký kontext a záběr sociálního učení v TK zabezpečuje kontinuální zkušenost zvládnutí a učení novými strategiemi, jak na ohrožující či provokující situace odpovídat nebo jak se do nich nedostávat. Tato zkušenost mění sebepojetí a zvyšuje sebedůvěru klienta, že je schopen za své jednání odpovídat. De Leon (2001, cit. in Kalina 2008) uvádí, že „program TK pro drogově závislé se sám o sobě zaměřuje na klíčové záležitosti prevence relapsu. K relapsům však přesto dochází při léčbě i po ní. Mnoho TK proto zařazuje do programu navíc zvláštní skupiny či workshopy specifické prevence relapsu podle kognitivně behaviorálního schématu, které vyvinuli Marlatt a Gordon. De Leon uvádí, že se tak obvykle děje ve třetí fázi, kdy je klient již v každodenním kontaktu s vnějším prostředím. Někde se však specifická prevence relapsu zařazuje již do druhé nebo dokonce do první fáze. Klinické zkušenosti s účinností jsou podle De Leona povzbudivé.

Právě význam prevence relapsu v systému péče mi přijde nezastupitelný a vidím jako důležité zařadit tuto účinnou metodu do všech léčebných programů. Podle mého názoru je více než potřeba připravit klienty na rizikové situace, kterým se v životě, mimo chráněné prostředí léčby, nedá vyhnout. Vybavit je alespoň krátkými manuály jak tyto situace zvládnout bez větší újmy. Vždyť i malé děti učíme, jak se chovat v nebezpečných situacích. Nelze se tvářit, že tyto situace nenastanou. Asi nejde připravit klienty v léčbě na všechno, protože nikdy nemůžeme vědět, co všechno je potká. Důležité je ale o rizikových situacích vědět a mít sebemenší plán pro případ takové situace. Šťěstí - přeje připraveným.

2. Kasuistika

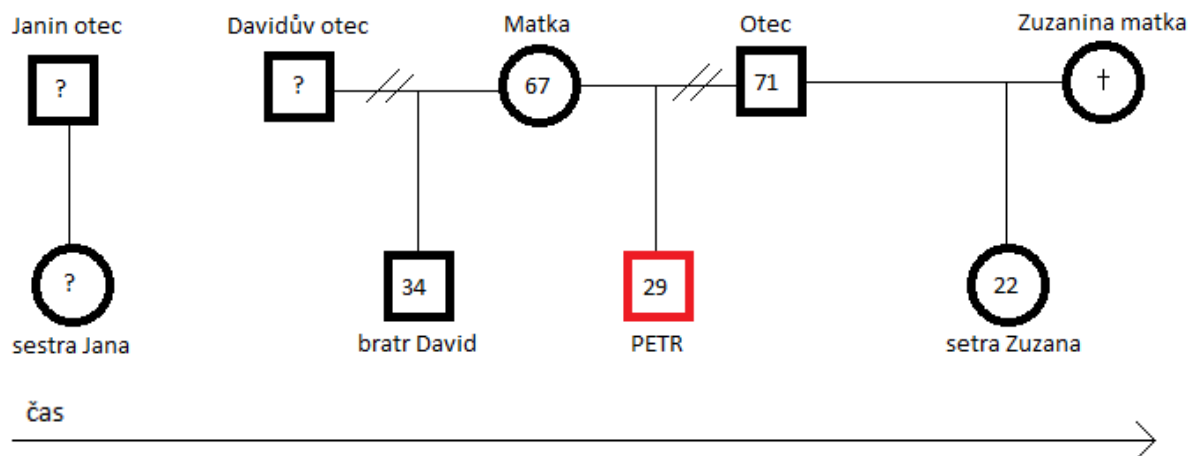
2.1 Úvod

S klientem jsem se seznámila v průběhu stáže v denním stacionáři. Bylo mu 27 let a s diagnózami F 15.2 Syndrom závislosti na pervitinu a F 10.2 Syndrom závislosti na alkoholu byl na začátku léčebného programu. Zhruba po roce jsem ho potkala při návštěvě doléčovacího centra, kam tou dobou docházel. Možnost zhodnotit klientův postup v léčbě s takovým odstupem jsem do té doby neměla a velmi mne zajímal. Klient se zpracováním svého příběhu pro studijní účely souhlasil. V kazuistice nejsou uváděna skutečná jména osob ani léčebných zařízení. Pro stylistické potřeby jsem klienta pojmenovala Petr.

2.2 Anamnézy

2.2.1 Rodinná anamnéza

Petr se narodil na malém městě. Jeho matka byla vyučenou servírkou. Jeho otec byl zedník. Petr měl několik nevlastních sourozenců. Z matčiny strany o 5 let staršího bratra Davida, se kterým vyrůstal. A ještě starší sestru Janu, kterou však v životě nepoznal. Po rozvodu svých rodičů se Petr dočkal ještě mladší sestry z otcovy strany.



Obr. 6 / Diagram klientovy rodiny

Petrova matka byla z poměrně chudých poměrů, od svých rodičů pravděpodobně odešla už velmi mladá a nikdy o nich ani o své první dceři před Petrem nemluvila. O chlapce se starala, jak mohla. Je silnou kuřačkou a vykouří minimálně krabičku cigaret denně. Často se i napije alkoholu. Preferuje víno a likéry. Zhruba do svých padesáti let pracovala jako servírka. Kvůli bolestem kloubů a zad tuto práci déle nebyla schopná vykonávat a po krátké době bez zaměstnání, našla práci pokojské v malém hotelu. Posledních pár let žije z malého důchodu.

Svého otce Petr popisuje jako žárlivého cholerika posedlého penězi a prací. Jeho rodiče žili na vesnici a oba se dožili vysokého věku. Petrův otec vykouří průměrně 30 cigaret denně a vypije několik piv. Má zdravotní problémy, které po smrti své poslední manželky „řeší“ větším a větším množstvím alkoholu. Kvůli svému zdravotnímu stavu není už schopen pracovat. Z čeho žije a jaké zdravotní problémy má, Petr neví. Už několik let se s ním nestýká.

Petrův bratr David byl vcelku bezproblémový a chytrý mladík. Učil se dobře a k bratrovi i rodičům se choval slušně. Často dávala matka Davida Petrovi za vzor. Po maturitě si David našel práci v obchodě a odstěhoval se. David je nekuřák a jen příležitostně pije alkohol. Dnes je ženatý a otcem dvou dcer.

2.2.2 Osobní anamnéza

Petr byl zdravé dítě. Vyrůstal v kompletní rodině jen do svých pěti let. Na rozvod rodičů si moc nepamatuje. Sám říká, že většinu špatných vzpomínek už odmalička vytěsňuje. K situacím před rozvodem patřili prý ostré hádky a někdy i fyzické napadání matky z otcovy strany. Důvody mu nikdy nebyly známé a vše si vysvětluje tím, že se k sobě rodiče prostě nehodili.

Po rozvodu se s matkou odstěhovali oba bratři do Prahy, kde začal Petr chodit na základní školu. Učení mu nikdy samo moc nešlo, ale na prvním stupni ještě vše zvládal. Našel si i kamarády, se kterými se stýkal i později do věku asi osmnácti let. Mezi jeho zájmy patřila hra na kytaru, nejrůznější počítačové hry, ale i jakákoli sportovní aktivita. Nejradši hrál asi volejbal. Čas od času se Petr stýkal s otcem. Ten ho brával s sebou do práce na stavbu a učil ho řemeslu. Na druhém stupni se jeho prospěch zhoršil. Ke konci osmé třídy se přidal do party starších kluků z okolí. Scházeli se v blízkosti školy a nejlepší pověst neměli. S nimi začal Petr kouřit cigarety a popíjet první alkohol. V deváté třídě kouřil Petr cigarety pravidelně a příležitostně kouřil i marihuanu. Nikdo v partě neměl moc peněz a tak přišli někteří s nápadem na vykradení nějakých provozů a později i bytů. Petr se některých těchto aktivit účastnil. Při vyšetřování se většina chlapců přiznala. Se všemi bylo zahájeno trestní stíhání. Pro Petra jako mladistvého skončilo podmíněčným upuštěním od uložení trestního opatření s probačním dohledem na jeden rok. Svou vinu si uvědomoval. Tehdy mu bratr řekl, že už není jeho bratrem. To Petra velmi ranilo. Ke svému bratrovi celý život vzhlížel. Probační dohled splnil a se svými spolupachateli se už nevidal.

Po základní škole nastoupil Petr na odborné učiliště do oboru kuchař - číšník. V novém prostředí se mu příliš nedařilo. Se spolužáky ani s učiteli příliš nevycházel. Pro neprospěch ve škole mu bylo doporučeno změnit obor. Druhým rokem byl přijat na učební obor zedník – obkladač. Většinu toho, co je ve škole učili, už dávno uměl. Ve třídě si našel i několik přátel. V oboru se mu dařilo. O víkendech a prázdninách ho otec brával na melouchy. Vydělával si peníze. V osmnácti letech poznal svou první lásku Danielu, chodila do stejné školy jen na jiný obor. Chodili spolu půl roku, když začali prázdniny. Ty trávil Petr celé na stavbách. Danielu mezi tím úspěšně sváděl jeden Petrův spolužák. Byl z bohaté rodiny, užíval pervitin a naučil to i Danielu. Petr byl zoufalý. Po létě měl vyděláno spoustu peněz.

2.2.3 Osobní historie návykového chování a léčby

Utrácel jen za alkohol a utápěl tak žal. V té době zkusil poprvé pervitin. Zalíbilo se mu to a časem si zvykl užívat pervitin skoro obden. Závěrečné zkoušky udělal a dostal tak výuční list. Ačkoli ho jeho otec nabádal, ať jde hned po zkouškách pracovat. Přihlásil se Petr ještě na nástavbu s maturitou. Jednou namísto pervitinu koupil od známého dávku nehašeného vápna, což u Petra vedlo k opakovanému krvácení z nosu. To byl důvod, proč - jak uvádí - přešel na injekční aplikaci drogy. Během své drogové kariéry pronikl i mezi dealery a „vaříče“ - lidi, kteří vyráběli pervitin. Nástavba už nebyla tak snadná, jak si Petr namlouval. Už v prvním semestru měl problémy s prospěchem a s absencemi. Začal se vymlouvat otcí, že se musí o víkendech učit a nemůže s ním už chodit do práce. Pohádali se! Petr otcí vyčítal, že na něho nikdy neplatil. Otec Petrovi vyčítal, že nejde do práce, když chce peníze. Sprostě si nadávali a od té doby se spolu už nebavili. Petr se ze začátku ještě snažil učit, ale brzy své volné víkendy trávil po hospodách a klubech s alkoholem a pervitinem. Měl několik náhodných známostí, většinou jen na jednu noc. Ze školy ho vyhodili. Stále bydlel u své matky, která na něm začala požadovat příspěvek na nájem a jídlo. Peníze už neměl a tak nebylo ani na drogy. Zadlužil se. Začala pracovní sezóna, a tak si domluvil práci na fasádách. Celé léto pracoval, ale bez smlouvy. Peníze nedostal. Dluh nemohl začít splácet. Dlužil i matce za nájem, dlužil na zdravotním pojištění a na pokutách u dopravního podniku. Matka na něj tlačila. Byl zoufalý a za další půjčené peníze se opíjel do němoty. Později ukradl nějaké peníze své matce. Ta ho udala a vyhodila z domu. Otec se k němu neznal. Několik dní přespával na ulici, kde potkal svého bývalého spolužáka. O něm věděl, že „vaří“ – vyrábí pervitin. Nechal ho u sebe přespát a nabídl mu práci dealera. Peníze z toho neměl ale, měl pervitin zadarmo. Brzy se dostal v užívání na několik gramů

denně. Rozvinula se u něj toxická psychóza (viz Příloha 2). Měl paranoidní bludy a nebyl už schopný prodávat pervitin. Několikrát napadl vařiče, se kterým bydlel. Ten ho pak jednou vyhodil na ulici. Tam ho po několika dnech „sebrala“ policejní hlídka a odvezla ho do psychiatrické léčebny. Petr zde strávil 14 dní na krizovém oddělení a na doporučení a z vlastního strachu, co by se mohlo přihodit venku, nastoupil po krátkém pobytu na detoxu do režimové péče pro muže léčící se ze závislosti na návykových látkách. V průběhu léčby kontaktoval bratra Davida. Ten se o jeho situaci zajímal a jednou ho dokonce navštívil. Petr se v PL necítil nejlépe, strašili ho noční můry, byl často nervózní a úzkostný. Právě tam si uvědomil, že závislost na alkoholu je pro něj stejně závažná jako závislost na pervitinu. Léčbu úspěšně dokončil. Jeho bratr David tou dobou koupil malý domek za Prahou a nabídl Petrovi ubytování a stravu za výpomoc na rekonstrukci. Petr byl bratrovi velmi vděčný. Nové prostředí ho ze začátku trochu děsilo, ale brzy si zvykl i na místní sousedy a bratrovi kamarády. David chodil každý pátek večer se sousedy do hospody. Chtěl brát Petra s sebou, ale ten se vždy vymluvil. (viz kapitola diskuse -VRS č. 1)

Později David už Petra nepřemlouval. Udělali na domě spoustu práce. Petr pracoval kdykoliv jen mohl. Skoro neodpočíval a volnému času jakoby se vyhýbal. Přišla ale zima a stavební práce na domě i okolí ustaly. Petr se začal uzavírat do sebe a skoro nekomunikoval. Nečinnost jako by ho nejdřív rozčilovala, časem ho začala užírat deprese. Zoufal si, jak v životě nic nedokázal, záviděl bratrovi krásnou rodinu a dům. Zapomínal na vděčnost a začal se litovat. Vlastní peníze u sebe neměl. Bratr mu sice za práci nakonec platil, ale peníze posílal, jak se s Petrem domluvili jako splátky dluhu u zdravotní pojišťovny. Jednou sebral peníze v bratrově domě a odešel. Hned v druhé hospodě se opil, jak nejrychleji to šlo. Našli ho druhý den s výčitkami a strašnými pocity viny. (viz kapitola diskuse – Relaps č. 1)

David bratra neodsoudil, ale už si nepřál, a by u nich zůstával. Davidova manželka pomohla Petrovi najít další léčbu tentokrát komunitní. Oba ho tam odvezli a přáli mu štěstí. Před nástupem se Petr nenáviděl. Nechápal, jak takhle mohl podruhé přijít o bratra a jeho důvěru. Pomýšlel i na sebevraždu jako trest pro sebe a úlevu pro ostatní. Na příjmovém oddělení byl kvůli plné kapacitě terapeutické komunity (TK) skoro měsíc. Seznámil se tam s o pět let mladší Anetou. Ta také čekala na nástup do TK, byla závislá na pervitinu a lécích. Za Petrem „dolézala“, evidentně se nudila, a chtěla si povídat. Petr si jí příliš nevěšmal, ale to jí neodradilo. Po nástupu do komunity byl opět velice nespůsobilý z nového prostředí, bylo ale hodně práce (pracovní terapie) a to Petrovi vyhovovalo. Skupinovou psychoterapii znal už z psychiatrické léčebny. Nejprve se moc nezapojoval, ale po

absolvování své životopisné skupiny, kde mu většina klientů udělila pozitivní zpětné vazby, se rozmluvil i na skupinách. V komunitě byl druhý měsíc, když přijímali Anetu do nulté fáze. Mezi tím prý z přijímacího oddělení utekla a znovu se vrátila. Jak Petra viděla, rozzářily se jí oči. Neustále vyhledávala jeho přítomnost a žádala si jeho pozornost. Po několika týdnech ho „z ničeho nic“ políbila. Petr si nebyl vědom, že by Anetě dával jakékoliv náznaky náklonnosti nebo dokonce lásky. Nic takového necítil. Bohužel při polibku je přistihl další klient a okamžitě byla svolána mimořádná skupina. Tu uvedl klient tím, co viděl. Slovo si vzala Aneta a bez náznaku lítosti z porušení pravidla začala popisovat dlouhodobý vztah s Petrem, zakládající se podle ní na hlubokých citech. Svou řeč končila slovy, že za tento vztah bude bojovat. Petr nechápal nic z toho, co řekla. Hájí se tím, že popřel Anetino tvrzení, čímž jí velmi ublížil. Začala hystericky plakat a obviňovat ho ze lži. Celá tato mimořádná komunita skončila hlasováním o odchodu Anety a Petra z komunity. Podle Petra se na něj všichni dívali jako na lháře, zrádce a zbabělce, co Anetu jen využil a teď si chce zachránit kůži. Podle Petra, Aneta všechny dokonale zmanipulovala. Pro porušení kardinálního pravidla byli oba vyloučeni z komunity. (viz kapitola diskuse -VRS č. 2)

Petr se vrátil do Prahy. Báł se zůstat na ulici, nechtěl mít už s drogami nic společného, peníze u sebe ale žádné neměl. Zašel za matkou. V slzách se jí omlouval, řekl jí, co se stalo. Věděla od Davida, jak se Petrovi u něj dařilo. A tak se domluvili, že u ní může bydlet měsíc, než si něco najde. Druhý den ho dovedla za svou známou, sociální pracovnící. Ta pomohla Petrovi obstarat chybějící doklady, vyřídít si zařazení do evidence pracovního úřadu a začali spolu řešit jeho dluhy. Většina věřitelů přistoupila na splátkové kalendáře. A Petr konečně začal mít naději na normální život. Věděl, že to bude ještě hodně práce, ale byl motivovaný za tím jít. Od Pracovního úřadu dostal několik zprostředkovaných nabídek práce, především u stavebních firem. U jedné ještě ten měsíc nastoupil. K pracovnímu místu nabízeli možnost ubytování. A tak se ve stanovené lhůtě odstěhoval od matky. V nové práci se mu dařilo. Horší to bylo na ubytovně, kde většina zaměstnanců hojně popíjela alkohol. (viz kapitola diskuse -VRS č. 3)

Jiné návykové látky Petra naštěstí v bližším okolí neohrožovali. Se svými kolegy se po pár měsících víceméně přátelil, nadřízení s ním byli spokojeni. Svoje finanční závazky se snažil platit v čas. V té době se seznámil s Věrou. Dělal ve firmě, kde pracoval, účetní. Byla o pět let starší. Měla malého syna Jakuba a byla už přes dva rok rozvedená. Petrovi se moc líbila, po dlouhé době zatoužil po blízkosti a důvěrném vztahu. Ani Věře nebyl Petr zřejmě lhostejný. Po několika týdnech se Petr osmělil a požádal Věru o schůzku. Když

Věra pro oba v kavárně objednala víno, věděl Petr, že musí s pravdou ven. (viz kapitola diskuse -VRS č. 4)

Bál se o nadějný vztah, bál se své pracovní místo, bál se hodně. Ale pověděl jí o své závislosti na alkoholu i pervitinu, o svých léčbách a svých současných nadějích na život bez návykových látek. Nejspíš velké sympatie, otevřenost a pochopení pomohli začínajícímu vztahu dobře vykročit. Petr se podle svých slov do Věry zamiloval. Několik měsíců se scházeli. Petr se s Jakubem několikrát setkal, ale netrávili spolu zatím žádný čas. Na letní prázdniny odvezla Věra Jakuba ke své matce na vesnici. Jezdila za ním na každý víkend a v týdnu měla více času na Petra. Petr se na léto k Věře téměř nastěhoval. Na ubytovně spal už jen o víkendu, když byla s Jakubem. Koncem léta začaly první hádky. Když v pátek Věra odjížděla za synem, Petr jí přemlouval, ať s ním alespoň jeden víkend zůstane. To Věře nebylo vůbec příjemné. Podle jejích slov, jí nutil volit mezi vlastním synem a Petrem. Když mu to dala najevo, hádal se, že to tak není. Petr nechtěl o Věru přijít. Bál se, že až léto skončí, nebudou se vídat jako dřív. Možná i trochu žárlil na Jakuba. Nevěděl, co má dělat. Ani Věře nebylo v hádkách a nepochopeních dobře. Když zas Petr jednou naléhal, ať na víkend zůstanou spolu, řekla mu, ať jede s ní. To Petra rozhodilo. Vůbec se necítil na setkání s Věřinou matkou a neuměl si ani představit trávit na jednou tolik času s Jakubem. Vycouval a v naštvání a lítosti odešel. Hodně o tom přemýšlel. Věděl, že nechtěl o Věru přijít a to znamenalo nějak patřit do její rodiny. Po víkendu o tom s Věrou mluvil. Dal jí najevo, že o ní nechce přijít, a že by rád byl s ní i s Jakubem. Věra byla nadšená. Domluvili se, že v září budou trávit čas společně s Jakubem a když vše dobře půjde, nastěhuje se k nim Petr nastálo.

Petr měl velké pochybnosti, o sobě jako o náhradním otci pochyboval asi nejvíc. Nevěděl, jak na něj bude Jakub reagovat, bál se, že když se mu nebude líbit, ztratí Věru. Najednou se všeho bál. Byl roztěkaný a nepříjemný. Jednou se strhla větší hádka, bylo to asi týden před tím, než se měl vrátit Jakub. Petr vybuchl kvůli „maličkosti, kterou už si nepamatuje“. Měl pocit, že je všechno ztraceno, že už Věru nikdy neuvidí. S těmito pocity nevydržel na ubytovně a šel do města. Byl pátek večer. Měl u sebe dost peněz a koupil si pervitin od prvního dealera, kterého potkal. Zbytek noci strávil po barech a opíjel se. (viz kapitola diskuse - Relaps č. 2)

Bylo mu zle. Vraceli se mu vzpomínky na období, kdy prodával pervitin a na psychotické stavy. Zbytek víkendu se snažil dát se do pořádku. Bál se psychózy, bál se, že ho takhle někdo uvidí, a že ho vyhodí z práce. Zavřel se na ubytovně a nikoho k sobě nepustil. Do práce dál chodil, ale Věru nekontaktoval. Bál a styděl se jí říct, co se stalo. Měl velké

výčitky svědomí. Věra ho v práci nezastihla a šla za ním tehdy poprvé na ubytovnu. Když ho našla, zhroutil se, přiznal, co se stalo. Chtěl se jít znovu léčit. Věra zůstala s ním. Nechtěla ho opustit a on kvůli ní nechtěl jít do ústavní léčby. Spolu objevili denní stacionář, kde Petr nastoupil do denního stacionárního programu. Ještě před nástupem se nastěhoval k Věře. Cítil se mizerně a snažil se jí znovu nezklamat. Dodnes nechápe, proč zůstala s ním a ještě ho vzala k sobě. Ve stacionárním programu se mu dařilo, snažil se ze všech sil si z terapie odnést, co nejvíc. Mluvil často o své přítelkyni a o jejím malém synovi, ke kterému má stále blíž a blíž. Hodně se bál dalšího relapsu, už nikdy nechtěl své drahé ani sebe zklamat. S průběhem terapie, při které dostával pozitivní zpětné vazby jak od klientů tak terapeutů, se mu zvedalo sebevědomí. Byl se sebou spokojenější a terapeutům se zdál být i šťastnější. Neustále se ale obával dalšího relapsu. Bylo mu doporučeno doléčovací centrum, kam hned po ukončení tohoto programu nastoupil. Nastoupil i do nové práce. V nové práci i ve vztahu s Věrou a Jakubem se mu dařilo.

Věra začala mluvit o společné dovolené. Petr stále ještě splácel plno dluhů a neuměl si představit, jak opatří na dovolenou peníze. Pro Věru to bylo zřejmě velmi důležité, a navrhovala, že dovolenou zaplatí sama. Petr se ale cítil poníženě a chtěl zaplatit alespoň svůj díl. V práci si domluvil hodiny navíc a i na víkendy sháněl melouchy apod. Kvůli práci vynechával skupiny v doléčovacím zařízení. Poprvé zapomněl, podruhé už si vědomě domluvil práci ve stejném termínu. Domů k Věře se vracel až pozdě večer. Ta se ho snažila pochopit, i když radost z toho neměla. Po několika týdnech v takovém zápřahu byl vyčerpaný a často unavený. Stále nevydělával dost, aby stihl našetřit na dovolenou. Jednou večer po cestě z práce potkal jednoho ze svých bývalých spolužáků z učiliště. Petr věděl, že bral pervitin a jeho prodejem se živil. Nejprve vše vypadalo jako přátelské setkání, když vzápětí vytáhl spolužák dvě dávky pervitinu „jako na oslavu“. Petr odmítl, ale spolužák se odbýt nenechal. Petr naléhal, že už musí jít. A spolužák ustoupil s tím, že je to dárek a ten se neodmítá. Strčil mu sáček do ruky, rozloučil se a s úsměvem odkrácel. Petr se zarazil, ale ruku strčil do kapsy a šel směrem domů. Hlavou mu běželo spoustu věcí. Byl unavený. Přišel domů a šel si lehnout, nemohl ale usnout. Zanedlouho vstal, vzal z bundy sáček s pervitinem a s třesoucí se rukou ho spláchnul do záchodu. Třásl se z toho ještě druhý den. Zavolal do doléčovacího centra a domluvil si schůzku. Později vše řekl i Věře. (viz kapitola diskuse - VRS č. 5)

Na skupiny do doléčovacího centra ještě několik týdnů docházel. Dnes je mu 29 let a doléčovací centrum již nenavštěvuje. Dál žije se svou přítelkyní a jejím synem. Pravidelně pracuje a splácí ještě některé ze svých dluhů. S otcem se nestýká, ale navázal kontakt

s mladší sestrou z otcovy strany. A dál udržuje vztah s bratrem a jeho rodinou. S matkou má podle jeho slov nyní dobrý vztah.

Petrova historie návykového chování v bodech

- Petr začal kouřit cigarety ve svých třinácti letech. Po roce je kouřil už pravidelně. Nikdy se nepokoušel přestat. A dodnes kouří 10-20 cigaret denně.
- Marihuanu zkoušel poprvé kouřit ve čtrnácti. Kouřil jí příležitostně asi do osmnácti let. Nikdy si jí nijak zvlášť neoblíbil.
- Alkohol Petr poprvé popíjel ve třinácti letech. S častější konzumací začal asi v šestnácti, už v té době pro něj 5-10 piv denně nebyl žádný problém. I ve škole běžně popíjel se svými spolužáky na praxích. K pivu se občas přidaly i destiláty.
- První zkušenost s Pervitinem měl Petr v osmnácti letech. Necelý rok ho užíval intranasálně a téměř denně nebo obden. V devatenácti letech začal s injekční intravenosní aplikací. Frekvence užívání po vyloučení z nástavbového studia klesala spolu s finančními příjmy. V období, kdy pracoval jako dealer a žil u výrobce pervitinu. Užíval i několik gramů denně.

2.3 Léčebné intervence

Petrova první léčba, začala v psychiatrické léčebně, kam byl přivezen městskou policií ve špatném psychickém i fyzickém stavu. S paranoidními bludy, perzekučního charakteru a fyzicky naprosto vyčerpaný strávil 14 dní na krizovém oddělení, kde mu byla podána antipsychotika, a byl pod stálým dohledem. I když ho psychotické stavy začaly opouštět, byl stále vyděšený a nervózní. Koncem druhého týdne mu lékař doporučil nastoupit ústavní tříměsíční (tj. krátkodobou) léčbu jeho závislosti.

Zde bych se chtěla vyjádřit k matchingu navrhované péče a Petrových potřeb. Dle škály CMRS bych motivaci okolnostmi viděla u Petra jako stoprocentně naplněnou. Neměl kam jít – kde bydlet. Neměl práci. Rodina se o něj nezajímala a necítil se vůbec dobře. Jeho vnitřní motivace k léčbě byla založená na strachu. Báł se svých psychotických stavů. Věděl, že „dál už brát nesmí, pokud se nechce zbláznit“. Myslím, že motivovaný tím rozhodně byl. Připravený Petr, myslím také byl. Léčbu tou dobou viděl jako svou jedinou alternativu. I když o ní nevěděl téměř nic. Co se vhodnosti týče, byl návrh ústavní péče jistě vhodným řešením i vzhledem k Petrovým psychickým komplikacím. Otázkou zůstává, zda krátkodobá léčba byla dostačující. Dle mého názoru neměl Petr v krátkodobé léčbě dostatek času a prostoru objevit a otevřít příčiny svých problémů natož s nimi pracovat. Proto bych za vhodnější považovala dlouhodobou léčbu. Nebo nějakou formou léčby navázat na dokončenou ústavní léčbu. Petr tehdy o jiných typech léčby neměl ponětí. V tom bych viděla nedostatek matchingu navrhované péče a Petrových potřeb.

Jak už bylo řečeno, Petr se v léčbě necítil dobře, byl úzkostný, měl zlé sny, a byl často nervózní. Přesto jeho náhled na závislost i jeho motivace k abstinenci udělali během léčby obrovský pokrok.

Na kole změny dle modelu Prochaska – DiClementi se Petr během pár týdnů po převozu do psychiatrické léčebny „svezl“ z fáze prekontemplace, přes kontemplaci a rozhodnutí až k fázi aktivní změny.

I to, že se odhodlal kontaktovat svého bratra, svědčí o odvaze k jednání a snaze po změně. Léčbu úspěšně dokončil. Podle jeho slov si, ale neodnesl nic jiného než upřímné přání vydržet abstinovat a strach, že to nezvládne.

Právě v tuto chvíli by byla podle mě nejvhodnější následná péče ve formě ambulantních návštěv doléčovacího centra, zapojení do programu prevence relapsu a individuální psychoterapie psychodynamického typu, právě kvůli tomu, aby objevil všechny příčiny

svého užívání a nahradil negativní prožitky, nejen ze svého dětství, pozitivními prostřednictvím terapeuta v bezpečném prostředí.

Petrova druhá léčba byla s ohledem na matching s Petrovými potřebami myslím velký omyl. Jeho švagrová tehdy vybrala terapeutickou komunitu nejspíš proto, že o této formě slyšela od známých, jiný typ léčby pravděpodobně neznala a šlo jí především o to, že chtěla Petra někde „ubytovat“. Okolnosti této situace už nebyli tak motivující jako v případě první léčby. Zůstával jen problém s bydlením. Vnitřně motivovaný Petr nejspíš byl, jeho pocity před nástupem do TK hraničili s autoagresí. Nenáviděl se a poprvé v životě myslel na sebevraždu. Opět se nacházel v situaci, kdy měl pocit, že nemá jinou volbu, než další léčbu.

Pro TK jsou indikováni především klienti s dlouhodobou a těžkou drogovou kariérou, značně nezralí, nemotivovaní či výrazně problémoví z hlediska psychosociálního (např. s rozpadlým sociálním zázemím, s kriminální anamnézou, dlouhodobě nepracující apod. Nemyslím si, že by na tom Petr byl v této fázi „tak špatně“. Naopak se domnívám, že by právě v tento moment byla pro něj ideální ambulantní léčba nebo následná péče v kombinaci se službou chráněné bydlení, kde by bylo snazší začít řešit Petrovu sociální situaci (dluhy, doklady, dávky / práci). Mohl by být stále v kontaktu s rodinou svého bratra, která by měla větší možnost ho v léčbě a dalším životě podporovat.

Petrova druhá léčba netrvala ani tři měsíce.

Situaci, za které byl z komunity donucen odejít, jsem měla možnost vyslechnout pouze z Petrovy strany a jeho popis a vysvětlení mi přišlo subjektivní a možná zkreslené. Proto bych se k této situaci nerada vyjadřovala.

Jako další intervenci, bych viděla zásah Petrovy matky a domluvení schůzky se sociální pracovnící. *Domnívám se, že tato intervence byla naprosto vhodná a žádoucí a dala Petrovi nejspíš víc než obě předchozí léčby dohromady. Dala mu naději na normální život. Dala mu později i práci, která má pro Petra význam terapie. Jeho sebevědomí a tím myslím i vlastní účinnost zaznamenala podstatný nárůst. I to bylo jistě důvodem, proč vydržel téměř dva roky abstinovat od všech svých závislostí.*

2.4 Situace výchozího bodu

V době, kdy jsem se s klientem poprvé potkala, byl na začátku již třetí léčby. S diagnózami Syndrom závislosti na pervitinu F 15.2 a alkoholu F 10.2 (Charakteristika Syndromu závislosti a obou návykových látek viz Přílohy 1 a 3) urazil už velký kus cesty ke své úzdavě. Stále se ale cítil ohrožený svou závislostí.

Volba denního stacionáře byla myslím s ohledem na matching s Petrovými potřebami dobrá. V situaci, kdy měl bezpečné a podpůrné zázemí v podobě přítelkyně a bezdrogového bydlení. Kdy byl motivován podporou své přítelkyně a tím, že o ni nechtěl přijít. Myslím, že tahle intenzivní ambulantní péče mu dala prostor pro větší sebepoznání a náhled na svou „nepříliš tragickou“ situaci. Jak jsem alespoň vycítila, v denním stacionáři byl jedním z těch „nadějnějších“. Myslím, že i on sám to tak chápal a domnívám se, že i to mělo vliv na jeho sebevědomí a sebeúctu.

Jak už bylo zmíněno, ve stacionárním programu se mu dařilo, snažil se ze všech sil si z terapie odnést, co nejvíc. Mluvil často o své přítelkyni a o jejím malém synovi, se kterým se postupně sbližoval. S průběhem terapie, při které dostával pozitivní zpětné vazby jak od klientů tak terapeutů, se mu zvedalo sebevědomí. Byl se sebou spokojenější a terapeutům se zdál být i šťastnější. Neustále se ale obával dalšího relapsu. Bylo mu doporučeno doléčovací centrum, kam hned po ukončení tohoto programu nastoupil.

Během dalších měsíců, si Petr našel nové zaměstnání, stále bydlel a dosud bydlí u své přítelkyně i s jejím synem. Splácel své dluhy. A docházel na skupiny i na individuální psychoterapii do doléčovacího zařízení.

V doléčovacím zařízení byl asi nejspokojenější, ani ne tak ze začátku (Petr má vždy obavy z nového prostředí a každý nástup do léčby nebo zaměstnání je pro něj malým stresorem – více viz kapitola diskuse: klientovy specifické rizikové situace), ale později, když si na nové prostředí zvykl, mu tahle forma péče a podpory připadala nejvhodnější. V doléčovacím programu byl velmi spokojený. Z hlediska matchingu byla tato služba pro Petra v danou chvíli ideální.

2.5 Souhrn případu, rozvaha

Závislost jako taková nemá jen jednu příčinu, ale je výsledkem mnoha faktorů, působících na daného jedince. U Petra bych chtěla klíčové body etiologie jeho závislosti nastínit v kontextu bio-psycho-sociálního modelu závislosti.

Z biologického hlediska bych zmínila zejména genetickou predispozici dětí alkoholiků ke zvýšené toleranci alkoholu. Oba Petrovi rodiče holdují alkoholu a v případě jeho otce bych si troufla mluvit přinejmenším o škodlivém užívání, ne-li o závislosti. Otázkou však zůstává, do jaké míry se tato predispozice uplatňuje. Podle výzkumů mají alkoholici odlišnou hormonální sekreci adrenálních žláz. V játrech se jim ukládá méně cukru a nejsou schopni jej využívat tak jako běžný jedinec. Cukr se ukládá v játrech ve formě glykogenu a glukosy, při zátěži se cukr může uvolňovat do tkání, kde je ho potřeba. Dále existují interakce alkoholu s určitými látkami v mozku jako je dopamin a serotonin, které ovlivňují centra limbického systému, tato centra zajišťují pocity slasti. Jakoby tkáně alkoholiků spíše upřednostňovaly alkohol před potřebou cukru (Kudrle, 2003). Myslím si, že Petr mohl po otci zdědit vyšší práh pro toleranci alkoholu, když byl schopen vypít poměrně velké množství alkoholu již v relativně nízkém věku.

Psychologický úhel pohledu ukazuje na Petrovo dětství a problémové vztahy s rodiči. Rozvod rodičů a stejně tak násilné konflikty mezi nimi mohly být pro Petra velmi traumatizující. V chování obou Petrových rodičů vidím velké nedostatky a prohřešky vůči němu. Petrova matka, zdá se, byla sama svou rodinou poznamenána a k výchově synů přistupovala ponejvíc materiálně. Když chválila, tak Davida, a to Petrovi na sebevědomí a sebeúctě jistě nepřidalo. Myslím, že byl jako dítě nedostatečně přijat/přimknut. O jeho zájmy a způsob trávení volného času nejevil zájem ani jeden z rodičů. Petrův otec se zajímal jen o práci a o ničem jiném s Petrem nikdy ani nemluvil. V tom, že už od dvanácti let jezdil Petr pomáhat otci na stavbu, vidím snahu o sblížení, ke kterému, ale nikdy nedošlo. Osobou Petrovi nejbližší byl nejspíš jeho starší bratr, který se ho v Petrových patnácti letech zřekl. Myslím, že to mělo na Petrův vývoj velký dopad. Petr měl vždy problém najít cestu k opravdovému dlouhodobému přátelství. Domnívám se, že i to by mohlo souviset s nějakým z nevyřešených vývojových konfliktů.

Ze sociálního hlediska byl problém jak v rodině, tak v kolektivech. Pro Petra bylo obtížné najít přátele ve většině sociálních prostředí. Užívání alkoholu a drog mu podle mého názoru pomáhalo tento fakt překonat.

3. Diskuse

V této kapitole bych chtěla ukázat možnou aplikaci teorie na práci s klientem prostřednictvím rozborů jednotlivých rizikových situací a relapsů, které klient prodělal, a které by ještě mohly v jeho budoucím životě vzniknout. U těch, pak to, jak by se jim dalo předejít popřípadě je zvládnout pomocí intervencí a strategií prevence relapsu. Dle technik behaviorální terapie závislosti by tyto rozборы spadaly pod funkční analýzu. Při té zjišťujeme faktory, které vyvolávají a udržují závislé chování. V tomto procesu hledáme individuální zdroje spouštěčů užívání. Což zahrnuje zmapování interpersonálních situací, různých emočních stavů a vnějších situací, které souvisejí či souvisely s užíváním návykových látek či s relapsy.

Vysoce rizikové situace (VRS) a prodělané relapsy jsem pro snazší orientaci očíslovala a budu se jimi chronologicky zabývat.

VRS č. 1 – nastala po první léčbě, kdy klient bydlel u svého bratra na vesnici. Bylo pravděpodobně zvykem, že mužská část místní populace, ke které v té době Petr bezpochyby patřil, chodí pravidelně do místní hospody, kde všichni popíjí alkoholické nápoje. Tuto VRS bych zařadila do kategorie Interpersonálních faktorů. Konkrétně se jedná o přímý sociální tlak ze strany bratra. Tato VRS se objevila časně po ukončení léčby, kdy byl klient stále hodně odhodlaný a motivovaný pro abstinenci. Zároveň byl z hlediska základních potřeb uspokojený a jeho životní styl byl vcelku vyrovnaný. Ze stresorů, které na něj tehdy působily, bych chtěla zmínit nové sociální prostředí, které možná také pomohlo klientovi tuto situaci zvládnout. Jeho obavy z nového kolektivu mu usnadnily přestát bratrovo přemlouvání. Tuto VRS klient výborně zvládnul.

Relaps č. 1 – nastal několik měsíců po VRS č. 1 za stejných okolností. Tomuto relapsu předcházela téměř učebnicová prerelapsová situace (viz Kalina, 2000). Klient svoje pocity před relapsem popsal jako znechucení, smutek a naštvání. Dále byl depresivní, uzavíral se do sebe a téměř nekomunikoval. Do jaké míry to zaznamenalo jeho okolí, v té době bratrova rodina, není jasné. Počátek relapsu bych viděla i v cravingu v tomto případě pravděpodobně neuvědomělém, nebo spíše nepřiznaném. Klient měl tendence si myšlenky související s cravingem nepřipouštět a zakazovat. Jeho reakcí na tyto pocity byla pak nadměrná fyzická práce, kterou sám vyhledával. V tom vidím snahu po zvládnutí této situace. Tato strategie zvládnutí cravingu se klientovi myslím velmi osvědčila, fyzická námaha, ale i soustředění ho od cravingu jistě v atace ochránilo. Následovalo období, kdy tuto strategii nemohl uplatnit. Craving a později i nutkání k užití návykové látky začaly

zvyšovat pravděpodobnost relapsu. Přidaly se symptomy vedoucí k relapsu, jako deprese, sebelítost, zapomínání na vděčnost a v poslední okamžiku i nepoctivost, které ho dohnaly k relapsu. VRS ze které později tento relaps vzešel, by patřila do intrapersonální kategorie, konkrétně negativních emočních stavů. Za vznikem této VRS by mohla být nerovnováha životního stylu ve smyslu nerovnováhy mezi „měl bych“ a „chci“. Klient v té době vděčně vypomáhal bratrovi k lepšímu živobytí, ale jeho vlastní vývoj a budování vlastního života stagnovalo. Měl vlastně důvod být z toho smutný a našťvaný, měl pocit, že si nemůže dovolit něco si přát, něco změnit, udělat něco pro sebe. Neviděl pro sebe žádnou budoucnost. Jeho pocity po relapsu byli v procesu operantního podmiňování jistě trestajícími. Nenáviděl se za to, že bratrovu důvěru zklamal a přišel tak o něj i jeho rodinu. Domnívám se, že v budoucnu by podobná situace nemusela nastat. Klient má v současné době svůj život (práci, domov, rodinu) na kterém pracuje. Kdyby se ale mělo v budoucnu něco podobného opakovat, je třeba klienta vybavit strategií pro takovou rizikovou situaci. Způsob, který by byl pro nácvik takové strategie vhodný, by mohla být imaginace zvládnání.

VRS č. 2 – Vyloučení z TK indukované zařízením z důvodu problémového vztahu v zařízení (podle Buehringer a Platt, 1992, cit. in Kalina, 2003, je to nečastější důvod pro předčasné ukončení léčby). Předčasné ukončení léčby má pro klienta vážné důsledky: u těch, kteří léčbu nedokončili, je pravděpodobnost relapsu 60-90%.

O psychickém rozpoložení klienta v situaci po vyloučení, která by se už ze své podstaty nazývala rizikovou, víme jen o odhodlání k abstinenci a strachu z jejího porušení. Podstatná se zdá být okolnost, že klient u sebe neměl žádné peníze. Ačkoliv postrádám v této situaci a dějích, které jí předcházeli větší objektivní přehled. Domnívám se, že právě absence nebezpečí, které by plynulo z většího množství peněz (kdyby je klient u sebe měl). Možná donutila klienta vyhledat lepší strategii, která vedla ke zvládnutí této situace.

VRS č. 3 – Tuto rizikovou situaci způsobovala přítomnost alkoholu na ubytovně, kde klient v tu dobu bydlel. Samotná návyková látka funguje často jako stimul („spouštěč“) cravingu a nutkání k užití návykové látky. I v tomto případě klient jistě využíval svou osvědčenou strategii pro zvládnání cravingu, a to práci, kterou měl. Myslím, že velké zlepšení jeho sociální situace a s tím související motivace k udržení změn v klientově životě mu dávala sílu, sebevědomí a tím i vlastní účinnost tuto VRS přestát.

VRS č. 4 – Klientova nová známost objednává na první schůzce pro něj i pro sebe víno. I tato riziková situace obsahovala přítomnost „spouštěče“ v podobě návykové látky. Klient jistě přemítal o tom, že pokud chce mít plnohodnotný vztah se svou přítelkyní, bude

jí muset o svých problémech s návykovým chováním povědět. Nejspíš nečekal, že tak učiní na první schůzce. Jelikož se k tomu ale v takovou chvíli odhodlal, musel být pevně přesvědčen, že je to nevyhnutelné. Situaci perfektně zvládl. Zde bych ještě chtěla dodat, že pro klienta není snadné navazovat přátelství a představa požití sklenky vína, u něj jistě spustila nutkání a craving zprostředkovaný očekáváním pozitivních výsledků po užití.

Relaps č. 2 – V situaci kdy si klient užíval časté společnosti své přítelkyně, se začal blížit okamžik, kdy se bude muset četnosti těchto příjemných chvílí vzdát, což mu pochopitelně nebylo příjemné. Vše vedlo k hádkám a později rozhodnutím, která byla učiněna pod tlakem a bez většího promyšlení. Domnívám se, že nerovnováhu životního stylu ve smyslu nerovnováhy mezi „měl bych“ a „chci“ vedla k rizikové události, kterou si klient v tomto případě sám připravil. Tato událost začala několika symptomy vedoucích k relapsu. Chtít příliš mnoho a přílišná očekávání od druhých vedli k hádavosti. Strach, že přijde o „příjemné“, které se mu dostávalo, ho donutil k životním krokům, na které ještě nebyl připraven. S blížícím se nástupem domluvených událostí rostl u klienta strach a pochybnosti o jeho schopnostech. Příliš mnoho stresu vyústilo v hádku s přítelkyní (hádky patří k „velké trojce“ oblastí souvisejících s vysokou četností relapsů), kterou považuji za „poslední kapku“ kterou si klient přidal do naakumulovaných pocitů stresu a sebedeprivace. Zde si vytvořil potřebu okamžitého uspokojení, ke kterému také došlo, ne však plně podle očekávání. Zřejmě jiná konstelace set/setting proměnila uspokojení ve směs nepříjemných pocitů a strachů. To, že u sebe měl větší množství peněz, by se dalo považovat za zdánlivě irrelevantní rozhodnutí, mě však přijde vyloženě jasně plánovitě a domnívám se, že to tak vidí i klient.

VRS č. 5 – Zde šlo o náhodné setkání s bývalým spolužákem, který klientovi vnutil pervitin. Tato VRS patří k těm, kterým se nelze vyhnout a nelze je ani předpokládat. Patří do kategorie interpersonálních faktorů a jde zde o přímý sociální tlak ze strany bývalého spolužáka – výrobce pervitinu. „Přihláška do klubu“, jak je nazvaná další z „velké trojky“ má podle Marlattovy studie (Marlatt a Gordon, 1980, cit. in Wanigaratne a spol., 2008, str. 72) na svědomí až 20% relapsů. K tomu, že se klient vystavil velkému riziku, když z této situace okamžitě neodešel a skončil s návykovou látkou v kapse, mohla vést frustrace z toho, že nestíhal vydělat dost peněz, jistě i vyčerpání a v neposlední řadě, tak jak uvádí Anonymní alkoholici, „ochabnutí v disciplíně, když vynechával skupiny v doléčovacím centru. Konkrétně právě „zapomenutí“ a později i „rozhodnutí“ vynechat skupinu v doléčovacím zařízení by se dalo označit za zdánlivě irrelevantní rozhodnutí vedoucí

k vysoce rizikové situaci. Pro lepší zvládnání podobných situací bych doporučila trénink asertivního chování.

Ke specifickým problémovým (potencionálně rizikovým) situacím u tohoto klienta bych zařadila každý jeho příchod do nového sociálního prostředí. Asi pro mnoho lidí podobná situace není z nejsnazších. Této situaci se lze vyhnout, ale výsledkem by byla sociální izolace klienta a tím zásadně narušena rovnováha jeho životního stylu a nenaplněna jedna ze zásadních lidských potřeb. A proto je potřeba na tyto situace klienta připravit. V prvé řadě je dobré si ujasnit, jak se klient dřív v takových situacích choval, jaké strategie a vzorce chování používal. Ještě před první léčbou většinou skončil u užívání návykových látek, což využíval jako prostředek pro „zapadnutí“ do nového kolektivu. Po léčbě se pak orientoval především na práci a bez pocitu „zapadnutí“ si na okolí zvykal. Ani jeden vzorec chování není zrovna žádoucí. Důležité je identifikovat tuto situaci jako zdroj stresu v klientově životě. Techniky prevence relapsu obsahují i strategie zvládnání stresu. Jejich základní postup je identifikovat negativní myšlení a chyby v myšlení (u klienta Petra by některé z negativních myšlenek mohli být „Nikdy nedokážu jít mezi cizí lidi, aniž bych se necítil trapně.“, „Nikdy nikam nezapadnu“ nebo „Nedokážu se začít bavit s někým cizím/novým“) následně napravovat chyby v myšlení (v tomto případě prozkoumat zda nejsou tyto myšlenky přehnané, s falešnými předpoklady nebo iracionální a se sklony ignorovat pozitivní prožitky) a nakonec nahradit negativní myšlení pozitivním (to by u Petra mohlo znít např. „Dřív jsem se bavil s cizími lidmi a zase to dokážu.“ nebo „Kdykoliv jsem přišel do nového prostředí, časem jsem se cítil dobře a našel si přátele.“). Pořád se jedná o postupy kognitivně behaviorální terapie. Na druhou stranu by se naše pozornost mohla věnovat i příčinám, proč je pro klienta setkání s novými lidmi tolik stresující, které by se daly objevit a možná i odstranit pomocí individuální psychodynamické psychoterapie. Chci tím jen naznačit, že nelze brát kognitivně behaviorální psychoterapii za jedinou možnou a správnou. Ačkoliv ve své práci prakticky rozebírám jen její postupy. Chci zdůraznit především význam metody prevence relapsu a nezanevírám a nijak nesnižuji význam a účinnost jiných psychoterapeutických směrů.

Dalším pro klienta důležitým (rizikovým) momentem bylo, když se nemohl zabavit prací. Fyzickou práci a soustředění při ní Petr využívá jako strategii zvládnání cravingu. Funguje u něj velmi dobře, a osvědčila se v několika VRS. Problém by mohl nastat, kdyby klient nemohl tuto strategii v případné atace chutí použít, jak se stalo např. v situaci předcházející relapsu č. 1. Pro klienta by bylo velmi užitečné, kdyby si osvojit ještě nejméně jednu strategii pro zvládnání cravingu, pro případ, že by tuto nemohl použít.

Z výčtu mnoha strategií zvládání cravingu podle Nešpora (2003a) bych klientovi nejspíš doporučila tělesné cvičení nebo jinou formu odpoutání pozornosti.

Co se týká vytvoření a stanovení terapeutických cílů v klientově případě, by se dle jeho přání, jistě objevila úplná abstinence.

V souhrnu bych mezi specifické intervenční strategie vhodné pro tohoto klienta zařadila: Imaginaci zvládání (zvláště negativních emočních stavů vyplývajících ze ztráty rodiny, přítele nebo zaměstnání, viz Relaps č. 1), nácvik strategie pro zvládání stresu (především kvůli novým sociálním prostředím), trénink asertivního chování (pro lepší zvládání přímého sociálního tlaku, viz VRS č. 5) a nakonec práci s cravingem, konkrétně naučit se rozpoznávat jeho projevy a tím si ho lépe uvědomovat a připouštět. Během terapie si potom vyzkoušet a osvojit další strategie zvládání cravingu, aby objevil ty, které budou právě u něj fungovat. Mezi globální intervenční strategie a intervence týkající se životního stylu bych pak zařadila jako vhodné: identifikovat další zdroje stresu v klientově životě, objevit pozitivní aktivity, jimž se lze věnovat. Dospět tak k umírněnému a vyrovnanému životnímu stylu. Ačkoliv by šlo práci, v případě tohoto klienta, identifikovat jako pozitivní závislost nedoporučovala bych to. Například trénink komunikačních a sociálních dovedností nebo již zmíněný nácvik strategie zvládání stresu bych považovala za vhodnější.

4. Závěr

Relaps je jevem, jenž nelze od problematiky drogových závislostí oddělit. Tato práce si kladla za cíl zmapovat problematiku relapsu v širších souvislostech. Pokusila jsem se zde demonstrovat pohled, který říká, že relaps je událostí, která může být pro klienta přínosem.

V teoretické části uvádím různé pohledy na tematiku relapsu, předkládám výklad jevů, které s relapsem úzce souvisí, snažím se uvést základní charakteristiky tohoto problému a v neposlední řadě se také zmiňuji o metodách prevence relapsu.

Empirickou část této práce jsem věnovala kazuistice. Cílem bylo dokumentovat na konkrétním případě psychologické aspekty relapsu a možnou aplikaci teorie na případovou práci prostřednictvím rozborů jednotlivých částí procesu relapsu.

Na závěr bych touto prací chtěla upozornit na význam prevence relapsu a jejích metod jak v základní léčbě, tak v doléčovacích zařízeních. A význam návaznosti péče.

Na setkání s metodou prevence relapsu si musel klient od počátku své první léčby počkat několik let. Až v doléčovacím zařízení, kde byla tato metoda nepřímo vyřčenou zakázkou, se věnoval tomu, co pro něj osobně bylo nejdůležitější a nevhodnější. Naučil se zvládat stres spojený s komunikací a navazováním kontaktů a vtažů s novými lidmi. Dnes zná i několik strategií pro zvládání cravingu a ví, jak důležitý je vyrovnaný životní styl. Věřím, že už nebude mít se závislým chováním v budoucnu problém a pokud ano bude vědět, jak se zachovat.

Literatura

De Leon, G. (2005). Terapeutické komunity pro drogové závislosti: vývoj v Severní Americe. In Nevšímal, P. (ed). Terapeutická komunita pro drogově závislé I. – Vznik a vývoj. Praha: Krajský úřad Středočeského kraje / o.p.s. Magdaléna

Gorski, T., T. (1990). Cennaps model of Relaps preventiv. Journal of Psychoactive Drugs, vol. 22(2), Apr-Jun 1990

Kalina, K. (2000). Kvalita a účinnost v prevenci a léčbě drogových závislostí, Praha Inverze / SANANIM

Kalina, K., a kol. (2001). Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí. (C) Úřad vlády České republiky, vydalo o. s. Filia Nova pro Radu vlády ČR - Meziresortní protidrogovou komisi, ISBN 80-238-8014-4.

Kalina, K. (2003). Předčasné ukončení léčby a jeho prevence. Kapitola 7/4. In Kalina, K. a kol. (2003). Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup. Úřad vlády ČR. 1. vydání.

Kalina, K. (2008). Terapeutická komunita. Obecný model a jeho uplatnění v léčbě závislých. Praha: Grada Publishing

Kalina, K. a kol. (2008) Základy klinické adiktologie. Praha: Grada Publishing

Keller, D. S. (1999). Odkrývající teorie ve službách prevence relapsu. Kapitola 4 in Rotgers, F., a kol. (1999). Léčba drogových závislostí. Praha: Grada Publishing

Kuda, A. (2000). Tematické skupiny-prevence relapsu, Olomouc, P centrum

Kuda, A. (2003). Relaps, prevence a zvládání relapsu. Kapitola 7/5. In Kalina, K. a kol. (2003). Drogy a drogové závislosti. Úřad vlády ČR. 1. vydání.

Kuda, A. (2008) 16. Prevence a zvládání relapsu. Kapitola 16. In Kalina, K. a kol. (2008) Klinická adiktologie. Praha, Grada Publishing

Kudrle, S. (2003) 2/1 Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. In Kalina, K. a kol. (2003) Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup. Úřad vlády ČR. 1. vydání.

Nešpor, K., Csémy, L. (1998). Alkoholizmus a drogové závislosti: Craving (bažení) a psychoterapie. Ročník 33

Nešpor, K., Csémy, L. (1999). Craving (bažení) jako společný rys mnoha závislostí a jak ho zvládat, 2. vydání, Praha: Sportpropag

Nešpor, K., (2003a). Odvykací syndrom a craving – klinické a behaviorální aspekty. Kapitola 2/5. In Kalina, K. a kol. (2003). Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup. Úřad vlády ČR. 1. vydání.

Nešpor, K. (2003b). Diagnostika a diagnostická kritéria poruch vyvolaných návykovými látkami. Kapitola 4/2. In Kalina, K. a kol. (2003). Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup. Úřad vlády ČR. 1. vydání.

Marlatt, G. A., Gordon, J. R. (1985). Relapse prevention: Theoretical Rationale and Overview of the Model. New York.

Minařík, J. (2008) Přehled psychotropních látek a jejich účinků. Příloha in Kalina, K. a kol. (2008) Klinická adiktologie. Praha, Grada Publishing

Morgan, T. J. (1999). Techniky behaviorální terapie závislosti. Kapitola 8. In Rotgers, F. a kol. (1999). Léčba drogových závislostí. Praha: Grada Publishing

Rotgers, F. (1999). Behaviorální teorie léčby drogové závislosti – aplikace vědeckých postupů v praxi. Kapitola 7. In Rotgers, F. a kol. (1999). Léčba drogových závislostí. Praha: Grada Publishing

Rotgers, F., a kol. (1999). Léčba drogových závislostí. Praha: Grada Publishing

Wanigaratne, S., Wallace, W., Pullin, J., Keaney, F., Farmer, R. (2008). Prevence relapsu pro závislá chování. Manuál terapeuta. Praha: Centrum adiktologie, Psychiatrické kliniky, 1. Lékařské fakulty a VFN, Univerzity Karlovy v Praze a Sdružení SCAN, 1. Vydání

Přílohy

Příloha 1

Syndrom závislosti (Fx.2)

Definuje Karel Nešpor (2003b).

V MKN-10 se uvádí, že „... užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost, než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více.

Před tím než začal Petr zneužívat pervitin a alkohol, chtěl dál studovat, měl ambice dodělat si maturitní zkoušku. Po tom, co dal přednost užívání těchto návykových látek, přestal do školy chodit a byl z nástavbového studia proto vyloučen. V období před svou první léčbou nejevil zájem ani o své zdraví natož o studium.

Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák.“ Definitivní diagnóza závislosti by se měla stanovit pouze tehdy, jestliže během posledního roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů

- a) silná touha nebo pocit puzení užívat látku,

S bažením má Petr značnou zkušenost. Užil si ho především v období, po tom, co přestal s otcem chodit o víkendech do práce. A jeho finance se začaly tenčit.

- b) potíže v kontrole užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky,

O ztrátě kontroly u Petra není pochyb, hlavně v období, kdy pervitin prodával a pro sebe měl neomezené množství pervitinu zadarmo. Někdy ani nevěděl, jaké množství v ten den užil. Stejně tak měl Petr problém kontrolovat se i v pití alkoholu. Časté byly u něj několika denní „tahy“. Několikrát se opil i do bezvědomí.

- c) tělesný odvykací stav, jestliže je látka užívána s úmyslem zmenšit jeho příznaky, což je zřejmé z typického odvykacího syndromu pro tu kterou látku nebo z užívání stejné (nebo velice příbuzné) látky se záměrem zmenšit nebo odstranit odvykací příznaky,

Ranní kocovinu spravoval Petr pravidelně menším množstvím alkoholu

- d) průkaz tolerance jako vyžadování vyšších dávek látek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami (jasné příklady lze nalézt u jedinců, závislých na alkoholu a opiátech, kteří mohou brát denně takové množství látky, které by zneschopnilo nebo i usmrtilo uživatele bez tolerance),

Troufám si tvrdit, že dávky, které v období před první léčbou Petr užíval, by byly i pro začínajícího uživatele bez tolerance ohrožují na životě.

Totéž si myslím i o jeho toleranci k alkoholu. Jeho běžná denní spotřeba, by rozhodně i příležitostného uživatele zneschopnila.

- e) postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmu ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky, nebo zotavení se z jejího účinku,

Kromě zanedbávání studia a docházky, by sem jistě patřila ztráta zájmu o dřívější přátele, o hře na kytaru a sportu nemluvě.

- f) pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následku.

Nejvíce si Petr uvědomoval následky svého užívání, když se u něj objevovaly psychotické stavy. V období před tím než byl převezen do psychiatrické léčebny, byl jistě naplněn i tento jev.

Příloha 2

Psychotická porucha (tzv. toxická psychóza, F1x.5)

Podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) je to porucha, která vznikla během nebo bezprostředně po požití látky a která se projevuje smyslově živými halucinacemi typicky sluchovými (časté jsou halucinace více smyslů), záměnou osob, bludy (často paranoidními nebo perzekučními) anebo vztahovačností, psychomotorickými poruchami (vzrušení nebo stupor) a abnormálními emocemi (od intenzivního strachu až k extázi). Vědomí je většinou jasné, nicméně někdy se může projevit i určitý stupeň poruchy vědomí, který se však nevyvine v těžkou zmatenost. Zahrnuje alkoholovou halucinózu, alkoholickou žárlivost, alkoholickou paranoii a tzv. *toxické psychózy po pervitinu*, konopí nebo halucinogenech.

Definice psychotické poruchy vyvolané psychoaktivními látkami podle MKN-10 a diagnostických kritérií Americké psychiatrické asociace (DSM-IV) jsou si velmi blízké. DSM-IV však obsahuje kromě této diagnostické kategorie i další poruchy, které se v MKN-10 vůbec nevyskytují: Jedná se o emoční poruchu vyvolanou návykovými látkami, úzkostnou poruchu vyvolanou návykovými látkami, sexuální poruchu vyvolanou návykovými látkami

a poruchu spánku vyvolanou návykovými látkami.

Léčba toxických psychóz vyžaduje většinou vhodnou farmakoterapii a lékařskou péči.

Aby se diagnostikovala psychotická porucha vyvolaná návykovými látkami, musí stav trvat nejméně 48 hodin. Na druhé straně by měla psychotická porucha po návykových látkách při abstinenci částečně vymizet nejpozději do jednoho měsíce a plně do 6 měsíců. Pokud by se tak nestalo, jednalo by se nejspíše o jinou duševní poruchu (např. schizofrenii), jejíž propuknutí mohlo být návykovými látkami spoluzapříčiněno (Nešpor, 2003b).

U Petra se první příznaky toxické psychózy po pervitinu objevily ve třiaadvaceti letech. Tou dobou užíval velké množství pervitinu už několik měsíců denně. Schválně jsem uvedla definice psychotické poruchy (DSM-IV), neboť právě v ní jsem našla Petrovy začínající problémy. Těmi byly poruchy spánku, které Petra ze začátku příliš netrápily. Po několika týdnech začali být ale velkým problémem. Problémy s usínáním a neosvěžující spánek měly za následek denní obtíže. Petr se nemohl soustředit, zapomínal, střídala se u něj únava s napjetím, byl podrážděný, náladový. Často ho tehdy bolela hlava. Nezřídka zakopával, vzpomíná na několik úrazů v té době.

Co se týká halucinací, objevovali se až v období těsně před hospitalizací. Před tím byl jen velmi vztahovačný. Později měl „různé strachy“, že ho někdo pozoruje, že o něm někdo mluví, že ho chce spolubydlící otrávit. Vše několikrát vyvrcholilo napadením spolubydlícího. Petr byl přesvědčen, že mu spolubydlící usiluje o život. Krátce pře tím než byl hospitalizován, trpěl perzekučními bludy. Snad proto, že se choval „zvláštně“ a později i agresivně ho městská policie „sbalila“ a odvezla do psychiatrické léčebny, kde mu byla podána antipsychotika.

Příloha 3

Charakteristika návykových látek

A) Metamfetamin (Pervitin)

Patří mezi psychomotorická stimulantia, charakterizuje Minařík (2008).

Psychostimulantia způsobují celkové povzbuzení organismu, zvyšují se duševní i tělesný výkon. Vzestup výkonnosti je často spojen se zhoršením kvality. Vyšší dávky užití bud jednorázově, nebo kumulativně mohou mít halucinogenní efekt. Mechanismus účinku spočívá ve zvýšení hladiny biogenních aminu - dopaminu, noradrenalinu některá i

serotoninu na synapsích v CNS. Látky zvyšují různými mechanismy koncentraci mediátorů v synaptické štěrbině a zvyšují přenos signálu na postsynaptický neuron.

Hlavními zneužívanými látkami skupiny jsou budivé aminy (nejznámější jsou metamfetamin, amfetamin, MDMA), kokain. Do skupiny patří i některé léky metylphanydát, dexfenfluramin.

V ČR je nejčastěji užívanou psychostimulační látkou metamfetamin. Odhad počtu problémových uživatelů metamfetaminu činí 20,5 tis. Ve většině evropských zemí převládá nad metamfetaminem amfetamin.

V případě metamfetaminu a amfetaminu obecně převažuje aplikace injekční, převážně i. v., typická je také aplikace intranasální. Méně častým způsobem aplikace je inhalace po zahřátí na alobalu, nebo požití per os.

Mezi účinky psychostimulancí patří

- odstranění únavy, urychlení myšlení, usnadnění asociací, zvýšená hovornost
- aktivace osy sympatiku a z toho vyplývající pocit síly a energie
- nechutenství, snížený příjem potravy

Krátkodobé nežádoucí účinky jsou

- sucho v ústech při intoxikaci, zvýšené pocení
- přetížení krevního oběhu, bolesti na hrudi, riziko selhání srdce
- vysoká zátěž a následné nadměrné vyčerpání organismu, stav útlumu s nepříjemnými pocity po odeznění účinku (tzv. dojezd)
- pohybové stereotypy spojené s intoxikací (tzv. vykroucenost)

Na Petrovi jsou dodnes patrné pozůstatky těchto stereotypů. Když se hodně soustředí, není nic znát, ale většina lidí by si toho dnes u něj nejspíš vůbec nevšimla.

- strach a úzkostné prožívání (anxiogenní efekt)
- pocity pronásledování a ohrožení (tzv. stíha)

U Petra se začali projevat až, když běžně užíval víc jak jeden gram denně. Když začínal s prodejem pervitinu.

- mydriasa, spojená se sníženou, nebo vymizelou reakcí zornic na světlo
- nadměrná koncentrace na nějakou, mnohdy nesmyslnou činnost (tzv. záseky)
- urychlení myšlení často souvisí s poklesem kvality

Mezi dlouhodobé účinky patří

- nápadné zhubnutí
- halucinace, převážně sluchové a bludy, typicky paranoidně persekujícího charakteru (toxická psychóza)

– vznik závislosti, závislost na psychostimulanciích je pouze psychického rázu

Vysazení je obvykle doprovázeno únavou, neklidem a intenzivní chutí k užití drogy. Somatické obtíže souvisejí s vyčerpáním organismu po přetížení v době intoxikace a v krátké době z větší části vymizí. Odvykací stav neohrožuje na zdraví ani na životě. Ve vývoji můžeme popsat několik fází:

1. Po vysazení se dostaví únava, až několikadenní spánek s epizodami bdění a příjmem velkého množství potravy. Objevuje se deprese, úzkostné stavy, svět se abstinujícímu jeví bezútěšně šedivý, mohou se dostavit sebevražedné myšlenky.

2. Po odeznění akutních obtíží se dostavuje silná touha po droze, dochází k relapsům. Přetrvává depresivní prožívání, dostavuje se podrážděnost, někdy se objevují poruchy spánku. Trvá řádově dny až týdny.

3. Mírnější obtíže, depresivní symptomatologie odeznívá, touha po droze slábne, i když někdy se dostavuje v neztenčené síle. Obvykle trvá několik týdnů až měsíců.

Rizika užívání

Metamfetamin je neurotoxický pro dopaminergní nervová zakončení a tím způsobuje postupné poruchy motorických funkcí a paměti. Poškození je reverzibilní, nicméně nemusí však vést ke kompletní normalizaci funkcí mozku. Přetížení organismu v souvislosti s užitím látky může vést až k selhání oběhu a dalších tělesných funkcí. Dlouhodobé přetížení organismu vede k poškození kardiovaskulárního systému.

Pervitin

Patří mezi budivé aminy, byly objeveny na přelomu 19. a 20. stol. Typický prášek žluto-fialové barvy, bez zápachu, hořké chuti. Typická je aplikace intranasální nebo injekční, běžné dávky se pohybují od 50 do 250 mg, celkové denní dávky i nad 1 g. Účinek nastupuje u i. v. aplikace ihned, u intranasálního užití za 5-10 minut, při užití per os do 1 hodiny. Biologický poločas je 12 - 34 hod. Hlavní příznaky intoxikace zmizí za 8 - 24 hodin. Z těla se vylučuje močí z velké části nezměněn po řadu dní, detekovatelnost v moči je možná 3-21 dní. Dlouhodobé a časté užívání vede k rozvoji psychické závislosti. Somatickou závislost látka nezpůsobuje.

B) Alkohol

Charakterizuje Minařík (2008).

Chemicky etylalkohol, etanol vzniká kvašením cukru. Látka je lidstvu známa od starověku, stejně tak problémy s jeho nadužíváním. Patří, společně s nikotinem mezi legální drogy. Psychotropní účinek je zprostředkován ovlivněním několika neurotransmiterových systému – dopaminergního, noradrenergního, GABAergního, Jedná se o látku se značnou orgánovou toxicitou, včetně neurotoxicity.

Rozšířen po celé planetě. Spotřeba alkoholu v ČR se pohybuje kolem 10 litru čistého alkoholu na obyvatele. Ve spotřebě piva dlouhodobě zaujímáme přední místo ve světě. Nadměrně konzumuje alkohol asi 1/4 všech mužů v ČR a asi 1/10 žen.

Způsoby aplikace požitím per os. Alkohol dobře prochází biologickými membránami, rychle se vstřebává z trávicího traktu a prochází hematoencefalickou bariérou do mozku. Jiné způsoby aplikace jsou možné, ale málo obvyklé. Farmakokinetika alkoholu se vyznačuje konstantní rychlostí odbourávání (0,12-0,2 promile/hod), stanovení hladiny se provádí v toxikologické laboratoři chromatograficky, orientačně dechovou zkouškou.

Účinek alkoholu závisí na dávce a dalších faktorech, jako je vliv prostředí, dispozice. Stav po požití alkoholu se nejčastěji projeví jako prostá opilost (ebrieta, ebrietas simplex). Malé dávky působí stimulačně, vyšší tlumivě. Na počátku se dostavuje zlepšení nálady, pocit sebevědomí a energie, později dochází ke ztrátě zábran, kritičnosti. Postupně se dostavuje únava, útlum a spánek.

Intoxikace má 4 stádia v závislosti na hladině alkoholu v krvi:

1. Lehká opilost, či excitační stádium (alkoholémie do 1,5g/kg)
2. Opilost středního stupně, či hypnotické stádium (alkoholémie 1,6g/kg až 2,0g/kg)
3. Těžká opilost, či narkotické stádium (alkoholémie více než 2g/kg)
4. Těžká intoxikace se ztrátou vědomí, hrozící zástavou dechu a oběhu, asfyktické stádium (alkoholémie nad 3g/kg).

Krátkodobé nežádoucí účinky

- Intoxikace je provázena mnoha somatickými příznaky v závislosti na výši dávky. Typická je porucha rovnováhy, svalového napětí, zpomalení reakčního času, nevolnost, zvracení.
- Poruchy chování s agresivitou, snížená sebekritičnost může vést k riskantnímu chování s následnými úrazy.

- Při těžších intoxikacích kvantitativní porucha vědomí až smrt.

Petr se několikrát opil do stavů, kdy vědomí ztrácel.

- Patická opilost (patická ebrieta) – relativně málo častá komplikace. Vzniká po vypití malého množství alkoholu, které by u většiny lidí nezpůsobilo intoxikaci. Dochází k poruše vědomí s bludy a halucinacemi, poruchám chování často s auto či hetero agresí. Stav odeznívá po minutách až hodinách, končí terminálním spánkem. Na stav bývá amnézie.

Dlouhodobé účinky

- Poškození gastrointestinálního traktu – poruchy trávení, průjmy, gastritidy. Poškození jater může vést k rozvoji jaterní cirhózy a jícnovým varixům. Chronické poškození může vést k rozvoji nádorového bujení - karcinomu jater, jícnu, žaludku, tenkého střeva a rekta. Může dojít k poškození pankreatu a vzniku diabetu. Významné jsou obtíže spojené s malnutricí při chronickém abusu alkoholu, avitaminosy mohou vést až k život ohrožujícím stavům.

- Funkční a orgánové poškození oběhového systému - arteriální hypertenze, kardiomyopatie.

- Časté jsou poruchy krevetvorby, anémie a poruchy hemokoagulace.

- Poruchy spánku, úzkostně-depresivní stavy.

- Poškození nervového systému je spojeno s neurotoxickým účinkem alkoholu - polyneuropatie, organické poškození mozku. Psychotická porucha vzniká jako následek chronického abúzu, je způsobena poškozením mozku. Stav se projevuje přítomností halucinací, paranoidních bludů, poruchami paměti až do stadia demence.

- Poškození endokrinního systému vede k narušení sekrece glukokortikoidu a testosteronu, u mužů vede k impotenci.

- U těhotných může dojít k vážnému poškození plodu - fetální alkoholový syndrom (FAS).

Z dlouhodobých nežádoucích účinků užívání alkoholu Petr zmínil, pravděpodobnou poruchu koagulace. Když se několikrát zranil, krvácení i z malé ranky trvalo dlouho, než se mu podařilo zastavit. Nikdy se tím, ale víc nezabýval. Poruchy spánku mohly též souviset s jeho abúzem alkoholu. O jiných zdravotních problémech, které by se zneužíváním alkoholu mohly souviset, Petr nemluvil.

Odvykací stav se objevuje po dlouhodobém, intenzivním užívání alkoholu, rozvíjí se během hodin až dní po vysazení, nebo redukci dávek. Maxima dosahuje během druhého dne, hlavní příznaky odeznívají obvykle do týdne. Příznaky zahrnují psychomotorický neklid, třes, pocení, úzkost, nevolnost a zvracení, tachykardii, hypertenzi, slabost, poruchy

spánku. Halucinace, iluze, křeče, a epiparoxysmy (epileptickými záchvaty) jsou již příznaky vážnějšího průběhu. Delirium tremens je nejtěžší formou odvykacího stavu s relativně vysokou mortalitou. Dochází k poruchám vědomí, dezorientaci, halucinacím, bludům s paranoidním obsahem, tachykardií, pocení, hrubému třesu a záchvatům křečí. Maximum obtíží je v noci, typická je inverze spánku. Výrazný psychomotorický neklid si často vyžádá mechanické omezení. Metabolický rozvrat a ohrožení vitálních funkcí vyžaduje intensivní léčbu. Po odeznění hlavní části odvykacího stavu dlouhodoběji přetrvávají poruchy spánku, vegetativní obtíže, úzkostně-depresivní stavy. Odeznívají postupně během měsíců.

Mezi rizika užívání alkoholu patří rozvoj tělesné i psychické závislosti. Závislost se rozvíjí po dlouhodobém užívání, předchází jí poměrně dlouhé období kdy je již patrné tělesné i psychické poškození a kdy je možné abusus ještě relativně „bezbolestně“ zastavit.

Vývoj závislosti popisuje Jellinekovo rozdělení do čtyř vývojových stadií: 1. počáteční (symptomatické) 2. varovné (prodromální) 3. rozhodné (krucální) 4. konečné (terminální).

Pro rozdělení typu závislosti je dosud platná klasická Jellinekova typologie z r. 1940, která rozlišuje 5 typů závislosti na alkoholu:

1. Typ alfa: „problémové pití“, abúzus alkoholu, používaný jako „sebemedikace“ k odstranění dysforie, potlačení tenze, úzkosti, či depresivních pocitů, často pití o samotě
2. Typ beta: příležitostný abúzus, výrazně charakterizovaný sociokulturálně, častým pitím ve společnosti, charakteristickým následkem je somatické poškození
3. Typ gama: (někdy označovaný jako „anglosaský typ“, s preferencí piva a destilátu) závislost na alkoholu, charakterizovaná poruchami kontroly pití, postupným nárůstem tolerance k alkoholu, s typickou progresí konzumace, následovanou somatickým a psychickým poškozením, s výrazněji vyjádřenou psychickou závislostí
4. Typ delta: (označovaný jako „románský typ“, preferující víno) typická je chronická denní konzumace alkoholu, trvalé udržování „hladinky“, bez výraznějších projevů opilosti a ztráty kontroly, s výrazněji vyjádřenou somatickou závislostí a poškozením
5. Typ epsilon: epizodický abúzus (dipsomanie, „kvartální pijáctví“) s obdobími delší, občas úplné abstinence, nepříliš častá varianta závislosti, provázející někdy afektivní poruchy.

Podle zmíněné Jellinekovy typologie jsem Petra zařadila pod typ gama. S jeho preferencí piva a destilátů a s dalšími typickými projevy se jistě jedná o anglosaský typ závislosti.

Značná toxicita alkoholu vede k vážnému poškození organismu. Kromě výše zmíněných poruch a tíže odvykacího stavu se mohou vyskytnout ještě další, život ohrožující komplikace. Jedná se o intoxikační delirium u závislých osob po alkoholovém excesu se symptomatologií podobnou jako při deliriu tremens a Wernickeova encefalopatie způsobená nedostatkem Thiaminu. Druhá z poruch se projevuje typickou triádou - poruchy okohybných nervu, ataxie, a psychické poruchy (apatie, útlum zmatenost, později se může rozvinout v delirium tremens. Stav může prohloubit aplikace glukosy, která vyčerpá poslední zbytky thiaminu.

Když jsem se ptala Petra, zda někdy prodělal delirium tremens, při vyplňování anamnestického dotazníku, nebyl schopný, nebo možná nechtěl odpovědět. I po vysvětlení, jak takový stav vypadá, tvrdil, že neví, zda ho prodělal. Ten samý problém jsme měly u otázky předávkování. Pokud ale k něčemu takovému došlo, zřejmě nebyl hospitalizován, což vyplývá z jiné části našeho rozhovoru.

Mezi léčebné intervence patří detoxifikace – symptomatická léčba poruch metabolického stavu, specifická farmakoterapie spočívá v aplikaci látek na základě zkřížené tolerance. V lehčích stádiích benzodiazepiny (oxazepam), nebo neuroleptikum tiaprid, v těžších spíše klomethiazol (Heminevrin). Při křečích je vhodný MgSO₄ i. m., případně karbamazepin. Významné je podání multivitaminových preparátů, event. thiaminu a kyseliny listové.

Pomoc při abstinenci přináší disulfiram (Antabus), který blokuje degradaci alkoholu. Požití alkoholu pak vede k prudké reakci, která může pacienta i ohrozit na životě. Pro senzitivizační terapii jsou tedy indikováni jen dobře spolupracující, motivovaní pacienti. „Antabusový efekt“ mohou vyvolat i jiné látky (metronidazol, toxiny některých hub). Avitaminosa B1 (Wernickeova encefalopatie-viz výše), aplikovat napřed Thiamin v dávce 100mg i. v., pak teprve glukosu.

Úzkostně-depresivní stavy – vhodná jsou antidepressiva ze skupiny SSRI, která mohou pozitivně ovlivnit také craving.

Zvládat bažení (craving) pomáhá acamprosat a naltrexon. Nezbytné je dlouhodobé užívání (1 rok). Terapie cravingu pomáhá zvládat dlouhodobou abstinenci po úspěšné léčbě.

Příloha 4

Časová osa (na zvláštním listu)

Příloha 5

Dotazník EuropASI (na zvláštních listech)