

**Univerzita Karlova v Praze**

**1. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



**Simona Smetanová**

**Relaps, modely relapsu, prevence relapsu**

(kazuistická práce)

Relapse, models of relapse, prevence of relapse

(case report)

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: PhDr. Jiří Libra

Praha 2017

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla všechny použité informační zdroje a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla použita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze dne 18. 7. 2017

Podpis

## **Poděkování**

Je mou milou povinností na tomto místě poděkovat mému vedoucímu bakalářské práce PhDr. Jiřímu Librovi za cenné rady, metodické vedení a věcné připomínky.

**Identifikační záznam:** SMETANOVÁ, Simona. *Relaps, modely relapsu, prevence relapsu* [The Relapse, models of relapse, prevence of relapse]. Praha, 2017. 60 s., 1 příl.  
Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika Adiktologie. Vedoucí práce PhDr. Libra, Jiří.

## **ABSTRAKT BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

**Jméno:** Simona Smetanová

**Obor:** Adiktologie

**Vedoucí práce:** PhDr. Jiří Libra

**Téma Bakalářské práce:** Relaps, modely relapsu, prevence relapsu (kazuistická práce)

**Klíčová slova:** Relaps - prevence relapsu - modely relapsu - rizikové faktory - klient

V této práci si kladu za cíl zmapovat problematiku relapsu v širším slova smyslu. Začínám širším pojetím závislosti, její definicí a znaky. V teoretické části se také zabývám vymezením základních pojmů, laps, relaps, recidiva, dle několika autorů. Dále uvedu možné příčiny relapsu, jako jsou rizikové faktory či spouštěče, které zvyšují riziko relapsu a mohou být tedy pro klienty rizikové, a jak je významné s nimi o takových situacích mluvit. Poslední část teoretické práce je věnována prevenci relapsu, a jsou uvedeny vybrané modely prevence relapsu a vybrané techniky podle Geri Millerové. S uplatněním modelů PR dále pracuji v empirické části své práce.

Praktickou částí je kazuistická práce, kvalitativní výzkumný desing jednoho klienta, který se s relapsem v minulosti setkal a zároveň ve svých minulých léčbách několikrát relapsoval. S klientem jsem se seznámila v terapeutické komunitě, kde už nějakou dobu pobýval a za mé přítomnosti se snažil o přestup do třetí fáze. Cílem praktické části práce je prezentovat na konkrétním případě rizikové situace, které předcházely jeho relapsům. Pomocí teoretických poznatků pojmenovávám předcházející rizikové faktory, rizikové chování a následný relaps. Zároveň se pokouším o klinickou ilustraci a rozbor relapsu, který vnímám v jeho drogové kariéře jako důležitý.

## **ABSTRAKT OF BACHELOR THESIS**

Relapse, models of relapse, prevention of relapse (case report)

**Keywords:** relapse - prevention of relapse – models of relapse – risk factors – client

The aim of this paper is mapping of relapses in a broader sense. Start from a wider concept of dependence to its definitions and characters. In theoretical part I deal with the definition of basic concepts, lapses, relapses, recidivism, according to of a several authors. I also mention the possible causes of relapse, such as risk factors or triggers, which increase the risk of relapse and can therefore be risky for clients and how important they are to talk about such situations. The last theoretical part devoted to the prevention of relapse include selected models of relapse prevention and selected techniques according to Geri Miller. The empirical part of my work continues with use of the PR models.

Practical part is casuistic work, the qualitative research project of one client who has encountered a relapse in the past and several times in his past treatments. I met the client in the therapeutic community, where he had lived for some time and tried to move to the third phase in my presence. The aim of this practical part of this thesis is to present on a specific case the risk situation that preceded its relapses. Using theoretical knowledge, I identify past risk factors, risk behaviors and subsequent relapses. At the same time, I try to illustrate the clinical presentation and analysis of the relapse that I perceive in his drug career as important.

## Obsah

<b>1. Úvod - Cíl práce .....</b>	<b>9</b>
<b>2. Teoretická část .....</b>	<b>10</b>
<b>2.1 Závislost, syndrom závislosti - definice, klasifikace .....</b>	<b>10</b>
<b>2.2 Craving .....</b>	<b>11</b>
2.2.1 Craving - projevy .....	12
2.2.2 Zvládání cravingu a jeho léčba .....	13
<b>2.3 Relaps, laps, recidiva .....</b>	<b>17</b>
2.3.1 Příčiny relapsu .....	18
2.3.1.1 Rizikové situace, Dynamika relapsu- skrytí předchůdci .....	18
2.3.1.2 Efekt porušení pravidla a kognitivně-behaviorální model procesu relapsu .....	20
<b>2.4 Prevence relapsu .....</b>	<b>22</b>
2.4.1 Modely prevence relapsu .....	24
2.4.2 Model prevence relapsu Marlatta a Gordonové (kognitivně-behaviorální model) .....	25
2.4.3 CENNAPS model ( modelGorského centra aplikovaných věd) .....	26
<b>2.5 Vybrané techniky prevence relapsu .....</b>	<b>28</b>
2.5.1 Poradenské techniky (Millerová, 2011) .....	28
2.6 Práce s prevencí relapsu v systému péče .....	31
<b>3. Kasuistika .....</b>	<b>33</b>
<b>3.1 Úvod - Stanovení cíle, důvod výběru subjektu, použité metody .....</b>	<b>33</b>
<b>3.2 Anamnézy .....</b>	<b>33</b>
3.2.1 Rodinná anamnéza .....	33
3.2.2 Osobní a sociální anamnéza .....	34
3.2.3 Zdravotní anamnéza .....	36
3.2.4 Trestně právní anamnéza .....	37
3.2.5 Drogová anamnéza a kontakty se službami .....	38
3.2.5.1 Experimentování s NL v období studia na ZŠ .....	38
3.2.5.2 Syndrom závislosti .....	39
3.2.5.3 Sexuální život na drogách .....	40
3.2.5.4 Záměna primární drogy .....	41
3.2.5.5 První léčba, první relaps .....	42
3.2.5.6 Druhá léčba, druhý relaps .....	45
3.2.5.7 Třetí relaps .....	46
3.2.5.8 Poslední léčebná zkušenost .....	47
3.2.6 Kontakty se službami .....	48
3.2.7. Diagnóza podle MKN – 10 .....	50
<b>4. Rozvaha případu, diskuze .....</b>	<b>51</b>
<b>5. Závěr .....</b>	<b>55</b>
<b>6. Seznam použité literatury .....</b>	<b>56</b>

<b>7. Seznam použitých zkratk</b> .....	<b>58</b>
<b>8. Přílohy</b> .....	<b>59</b>

## 1. Úvod - Cíl práce

Na samotném začátku práce si připomeneme některé definice závislosti, jelikož k ní relaps neodmyslitelně patří. Rovněž uvedu vymezení základních pojmů, příčiny relapsu, některé modely relapsu a v neposlední řadě prevenci relapsu. Teoretickou část budu opírat o soubor znalostí získaných z odborné literatury, jejíž seznam bude uveden v samotném závěru této práce.

Druhá část práce je kazuistika klienta na základě jeho zkušeností s relapsem a životního příběhu. Klient splňoval hned několik pro mě velmi důležitých kritérií. Potřebovala jsem klienta či klientku, který bude mít diagnostikovaný syndrom závislosti, bude mít za sebou více než jednu neúspěšnou léčbu a bude mít zkušenosti s relapsem a recidivou a zároveň si bude relaps plně uvědomovat a v nynější léčbě na něm pracovat.

Sběr dokumentů a informací k vlastní kazuistické práci vychází z více zdrojů. Významným zdrojem informací byly rozhovory s klientem, v prvním rozhovoru jsme se věnovaly dětství, rodině, studiu. Další rozhovor se opíral o klientovy zkušenosti s návykovými látkami, neboli jeho drogové anamnéze a životní etapě, kterou na návykových látkách prožil a zbylé dva rozhovory mi popisoval jeho předešlé zkušenosti s léčbou/léčbami, relaps či recidivy, nynější léčbu a jeho práci na prevenci relapsu a v neposlední řadě jeho plány do budoucna. Dále sem měla možnost nahlédnout do klientovy dokumentace vedené v terapeutické komunitě, kde se nacházel dotazník EuropAsi, vstupní a výstupní list z předešlé léčby, životopis klienta a průběžné hodnocení nynější léčby, i tyto zdroje zařazuji do zdrojů informací k mé kazuistické práci. S klientem jsem trávila velmi času, a proto se budu snažit vyvarovat subjektivním dojmům a názorům, proto mi byly velmi cenné rozhovory vedené s pracovníky terapeutické komunity, kteří mi poskytovali velmi objektivní a profesionální pohledy a hodnocení průběhu klientovi léčby. Klient i pracovníci terapeutické komunity byli seznámeni a souhlasili se záměrem a způsobem naložení s informacemi mé bakalářské práci, zároveň se zavazují, že veškeré informace, které by mohly identifikovat mého klienta, byly pozměněny, neuvádím skutečná jména a ani jméno zařízení.

## 2. Teoretická část

Za cíl si v teoretické části práce kladu zmapovat problematiku relapsu. Začínám širším pojetím a definováním závislosti a jejími znaky, krátce se budu věnovat cravingu, který k závislosti neodmyslitelně patří a který by neměl být tabuizován, jelikož může a nemusí vést k relapsu. Pokusím se definovat a vymežit relaps a jevy s ním související, odkryji některé rizikové faktory a situace, které mohou vést k relapsu. V závěru své práce uvedu některé modely prevence relapsu a techniky prevence relapsu.

### 2.1 Závislost, syndrom závislosti - definice, klasifikace

Pokud v adiktologii mluvíme o závislosti, je tím míněna především závislost na psychoaktivních látkách nebo na samotných procesech.

Mezinárodní klasifikace nemocí MKN - 10 je definuje syndrom závislosti jako soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládání při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, prioritizace užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená tolerance pro drogu a někdy somatický odvykací stav. Syndrom závislosti může být pro specifickou psychoaktivní substanci (např. tabák, alkohol nebo diazepam), pro skupinu látek (např. opioidy) nebo pro širší rozpětí farmakologicky rozličných psychoaktivních substancí. Značnou charakteristikou pro syndrom závislosti je touha, často velmi silná (nazývaná též jako craving = bažení) užívat návykovou látku. Diagnóza závislosti by se měla opírat obvykle o přítomnost třech a více jevů opakujících se během jednoho roku (Nešpor, 2011) :

**a) silná touha nebo pocit puzení** užívat látku,

**b) potíže v sebeovládání** při užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo o množství látky

**c) tělesný odvykací stav:** Látkou může být užívána s úmyslem zmenšit příznaky vyvolané předchozím užíváním této látky, případně dochází k odvykacímu stavu, který je typický pro tu kterou látku. K mírnění odvykacího stavu se také někdy používá příbuzná látka s podobnými účinky.

**d) průkaz tolerance** jako vyžadování vyšších dávek látek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami,

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

**f) pokračování v užívání přes jasný důkaz škodlivých následků** a to zdravotních i psychických.

Příznaky závislosti můžeme obecně rozdělit na psychické a fyzické příznaky, kdy do psychických budeme řadit například silnou touhu čili bažení

(craving, překládaný jako bažení) a do fyzických příznaků pak nutnost zvyšovat dávku, tedy zvyšující tolerance nebo abstinční příznak. Psychická složka pak bývá často pomíjena či bagatelizována, nicméně právě kvůli ní je nesmírně důležité, aby klient abstinující od návykové látky absolvoval například terapeutickou komunitu, přesto pro každého může být vhodný jiný typ léčby. A je to právě psychická složka konkrétněji například bažení, které může být příčinou a rizikem recidivy (Nešpor, 2010).

## 2.2 Craving

Již v roce 1955 definovala komise odborníků Světové zdravotnické organizace tzv. craving (bažení) jako touhu pociťovat účinky psychoaktivní látky, s níž měla osoba dříve zkušenosti. V Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN – 10) je bažení popsáno jako „silná touha nebo pocit puzení užívat látku nebo látky“. Bažení ovšem souvisí i s dalšími znaky závislosti, jako jsou zhoršené sebeovládání, nebo to, že někdo v návykovém chování pokračuje navzdory škodlivým důsledkům, které jsou mu známé (Nešpor, 2007).

Bezpochyby je craving jedním z hlavních projevů závislosti, kterému jsou klienti vystavováni téměř od počátku své závislosti a doprovází je nejen v léčbě. Setkat se s ním mohou při dlouhé pauze v užití dávky, při abstinenci, ale také pokud se setkají se situací, kdy by dříve drogu užili. Pokud se craving u klienta objeví, doprovází ho bezpochyby stres, nutí člověka jednat určitým způsobem, jelikož má nutkavý charakter, zároveň zhoršuje sebeovládání. U klientů se objevuje i oslabení paměti, soustředění a schopnosti se správně rozhodovat, právě proto je nutné téma cravingu nebagatelizovat (Nešpor, 1999).

Nešpor (2010) ve své práci charakterizuje subjektivní příznaky cravingu jako:

- vzpomínky na pocity pod vlivem návykové látky nebo fantazie na toto téma často nutkavého charakteru,
- svírání na hrudi, bušení srdce, svírání žaludku, sucho v ústech, třesy, bolesti hlavy a v různých částech těla, pocení,
- silná touha po návykové látce, úzkost, stísněnost, únava, slabost, zhoršené vnímání okolí, neklid, vzrušení, podrážděnost.

Craving by v léčbě závislostí neměl být podceňován. Nešpor (2011) ve své knize uvádí, že bažení obvykle zvyšuje riziko recidivy, nicméně autoři Rohsenow a Monti (1999) poznamenávají, že tomu nemusí tak být vždy.

Kalina a kol. (2011) ve svém mezioborovém glosáři pojmů craving popisují jako silnou touhu po psychoaktivní látce nebo pocit puzení tuto drogu užít. Dodává, že craving je jedním ze základních kritérií pro diagnózu závislosti. Silná touha po droze je také příznakem některých odvykacích stavů.

Ze zkušeností klientů, s kterými jsem se setkala, vím, že craving může být jistým faktorem či rizikovým projevem při vzniku relapsu a je tedy nutné mu

věnovat velkou dávku pozornosti. Craving je třeba si uvědomovat, mluvit o něm a pracovat s ním v prodělávaných léčbách. Pokud tedy klient bude vystaven cravingu, nemusí to vždy znamenat, že zrelapsuje. Zároveň také všem relapsům nemusí craving předcházet.

Kunz a Kampe (cit. in Kalina, 2000) uvádějí, že craving během období abstinence 20-120 týdnů udává zhruba 60-70% abstinujících. To vypovídá o tom, že craving se nemusí objevovat jen na začátku abstinence, ale že přetrvává.

Nelze však konstatovat, že craving je samostatnou příčinou relapsu. Kuda (2003) ve své práci však uvádí, že obecně lze říci, že craving je „hybnou silou“ celého procesu relapsu. Můžeme konstatovat, že je přítomen dokonce u 100% relapsů. Na druhou stranu klinická praxe ukazuje, že craving (v různé intenzitě) zažívá v prvních měsících abstinence naprostá většina závislých, přesto u nich nevede vždy k relapsu. Craving můžeme vnímat jako ukazující na nevyváženost životního stylu závislého. Je velmi efektivní učit klienty „využít“ craving jako indikátor spokojenosti s vlastní životní situací.

Podle Nešpora (2003a) z klinické praxe víme, že křadě relapsů a recidiv návykového chování dochází, aniž by postižený pocítoval 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.

2. Alexithymie byla původně popsána u psychosomatických nemocných, ale zdá se, že je častější i u některých skupin závislých pacientů.

3. Cravingové pocity specificky odrážejí i to, co dotyčný obecně postrádá (např. intimitu, pocity sounáležitosti).

4. Důvodem nedostatečného sebeuvědomění může být i nadměrná únava související s nevyváženým životním stylem.

5. Důvodem špatného vnímání cravingu bývají nerealistické nároky na sebe a tendence si myšlenky související s cravingem zakazovat a nepřipouštět.

6. 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.

### 2.2.1 Craving - projevy

Craving (bažení) zkoumali zejména američtí vědci (in Nešpor, Csémy 1998) za pomoci moderních zobrazovacích metod, k nimž patří magnetická resonance mozku, pozitronová emisní tomografie a další postupy. Některé z těchto metod umožňují prohlížet si mozek živého člověka asi tak, jakoby byl rozkrájen na řezy. Při pozitronové emisní tomografii se prokázal během bažení zvýšený metabolismus glukózy v určitých částech mozku. Na základě těchto vyšetření se objevují dva typické obrazy při bažení. To by mohlo svědčit o tom, že není jedno bažení, ale bažení dvě:

1. Tím prvním je bažení, k němuž dochází po odeznívání intoxikace návykovou

látkou. U závislých na kokainu se v této situaci objevil útlum aktivity řady mozkových center po jejich předchozí nadměrné aktivaci (Stocker, S., 1999). Tento typ bažení bychom mohli v souladu s Isbellem (1995) označit jako tělesné bažení, i když tento název není zcela přesný.

2. Druhým typem bažení je bažení, které vzniká po delší abstinenci např. při pohledu na návykovou látku, při setkání s typickým prostředím, kde člověk dříve návykovou látku požíval, nebo při setkání s lidmi, kteří drogy berou. Při tomto typu bažení se objevuje aktivita v poměrně specifických oblastech mozku (dorsolaterálního prefrontálního kortexu, nukleus caudatus, nukleus accumbens, limbického systému včetně amygdaly a do mozečku). Tento typ bažení nazval Isbell (1995) jako bažení psychické.

Můžeme tedy rozlišovat bažení fyzické/tělesné, které vzniká při odeznívání účinku návykové látky nebo bezprostředně po něm a na straně druhé máme bažení psychické, které se objevuje po delší abstinenci a nemusí být zjevným spouštěčem s ohledem na výše zmiňovaná vyšetření (Nešpor, 2011).

Craving tedy můžeme chápat jako subjektivní jev, neboli to co klient prožívá a uvědomuje si. Tato fakta jsou dále významná pro klienta v léčbě, ale i v doléčování a po něm. Pokud si klient začne uvědomovat projevy cravingu, nebude je popírat a následně o nich bude mluvit například i v rámci terapie a pracovat na těchto jevech, je to dle mého názoru velký krok ke zvládnutí těchto projevů, zároveň bude klient vybaven schopností rozpoznat a lépe vnímat své chutě a pak je velká pravděpodobnost, že dokáže na základě zmíněné vybavenosti lépe předcházet relapsu.

Nešpor (2003a) uvádí některé subjektivní příznaky cravingu a řadí je do následujících podskupin:

- 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.

Na základě těchto skutečností si myslím, že subjektivní jevy mají na klienta velmi silný vliv a jsou tedy pro samotného klienta významnější a právě proto by se neměly podceňovat či bagatelizovat.

### 2.2.2 Zvládnutí cravingu a jeho léčba

Z mého pohledu je zvládnutí či zvládnutí cravingu velmi důležitým předpokladem pro úspěšnou, dlouhotrvající abstinenci. Zkouška, zdali klient zvládne úspěšně překonat bažení, není a nemusí být jednorázovou záležitostí. To, že se bažení u klienta objeví, nesmí být bráno jako projev selhávání či jako nechť pokračovat v abstinenci a proto by toto téma mělo být předmětem diskuse, aby se u klienta neobjevily pocity viny, deprese což vede ke zvýšenému riziku recidivy,

neboť jak výše zmiňuji, craving je jedním z projevů závislosti a proto je velmi pravděpodobné, že se objeví u každého člověka závislého na návykových látkách nebo se závislostním chováním. Ze zkušeností, které jsem získala během stáže v terapeutické komunitě, vím, že pravidla klientům zakazují vést nevhodné hovory na téma drog, jelikož takový rozhovor může craving vyvolat. Na druhé straně klientovi může usnadnit překonat bažení, když se například na skupinové terapii se svými pocity, často nepříjemnými, svěří a dojde emoční podpoře.

Bažení se může objevovat a zase ztrácet za různých okolností a v různých situacích, které může mít klient s drogou spojené.

Dle Nešpora (2011), silné bažení může vést k popírání, racionalizacím a zbytečnému vystavování se rizikovým situacím a připravovat půdu pro recidivu. Naopak překonání bažení a úspěšné zvládnutí této rizikové situace může dodat sebedůvěru a pak může posloužit jako pozitivní zkušenost do budoucna, kdy navíc zpravidla po delší abstinenci bažení slábne a začíná se objevovat v delších intervalech.

Metod, které posilují úspěšné zvládnutí cravingu je více, avšak mnohá literatura odkazuje na Karla Nešpora (2011).

Kuda (2008) nabízí práci „Prevence relapsu“ principy, jak je možno touhu zvládnout a porozumět jí. Jasné uvědomění si příčiny touhy a jejího vývoje pravděpodobně ulehčí klientovi od strachu a pocitů viny.

Uvádí následující principy odvykání:

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 léčící se člověk dostane do určitých situací, které byly silně spojeny s jeho/její dřívějším braním drog.
3. Příležitostné braní drog (a někdy i předepsaných medikací) udržuje a posiluje u ex-usera spouštěče touhy po droze. To je důvod, proč "kontrolované braní" téměř nikdy nefunguje - touha začne být příliš silná.
4. Postupné přivykání si na nebezpečné situace a nepodlehnutí touze spolu s podporou a dobrým plánováním může pomoci 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 spouštěči 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 s 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 neznamená, 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 svobodu volby: můžete se nyní pokoušet jí zmenšovat a bojovat s ní, nebo zůstat její obětí.

Principy, které Kuda (2008) uvádí, jsou nesmírně důležité a to nejen pro nás (adiktology), ale primárně pro klienty samotné. Upozorňují na široké spektrum možných rizik a doprovodných situací od informování přes varování až po rady jak se zachovat, když klient relapsuje. Také je velmi důležité, aby klienti byli informováni o tom, že je silná touha po dobu abstinování od drogy bude doprovázet a někdy bude velmi silná a oni by měli vědět, jak tuto touhu zvládat. Dále, že craving není něco, za co by se měli stydět a uzavírat ho v sobě, ale naopak by si téma touhy po droze měli vzít k řešení například na terapeutických sezeních.

S dalšími strategiemi přichází Nešpor (2011) :

- Vyhýbat se situacím, které bažení 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
- V čas 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)

Výše zmíněný přehled strategií zvládání cravingu Nešpor prezentuje na základě klinických zkušeností a výzkumu.

Nešpor (2011) se také zmiňuje o anticravingových lécích, které snižují bažení po návykové látce. Konkrétní příklady uvádí pouze ke vztahu k alkoholu, kde je uveden naltrexon a acamprosat, což jsou léky, které nejsou návykové a měli by jednak zabránit recidivě nebo ji dokonce rychleji zastavit. Další látkou kde také můžeme využít anticravingových léku je nikotin. Zde se nabízí využití léku vareniklinu, který je parciálním agonistou nikotinu. V zásadě nejsou tyto léky hrazeny zdravotní pojišťovnou a pro klienta je tedy využití anticravingové léčby značně nákladné. S léčbou, kde se využívá léků na potlačení bažení, jsem se setkala u profesorky Králíkové, kde jsem se léčila z vlastní závislosti na nikotinu. Ze své vlastní zkušenosti bych doporučila využití těchto preparátů oddalovat jako poslední možnost léčby. Léčba pro mě byla velmi finančně náročná, a kdybych ji neměla z části hrazenou rodinou, nemohla bych si ji dovolit. Jako další negativum jsem pocítila vedlejší účinky v podobě časté nevolnosti a ve velmi těžkém setrnutí v abstinenci po vysazení preparátu.

Kalina (2015) v souboru technik, které autorovi pacienti často svépomocně objevili a ověřili, nalézá klasické behaviorální techniky, založené na podmiňování a habituaci, techniky práce s myšlenkovými schémata včetně Stop!techniky, odvádění pozornosti, náhradní strategie apod.

Kuda (cit. in Kalina 2015) upozorňuje na rizika tabuizace cravingu v některých léčebných zařízeních, může to být jedna z příčin, proč klient craving potlačuje, nepřiznává a vytěšňuje z vědění. Ztrácí tak ale možnost naučit se ho účinně redukovat. Po léčbě, v konfrontaci s nároky každodenního života, a tedy i vysoce rizikovými situacemi se pak zákonitě dostavuje silný craving, na který klient není připraven, cítí se zaskočen a často zažívá pocity viny a selhání.

Ať už si klienti vybudují vlastní strategie zvládání cravingu, nebo použijí výše zmíněné je dle mého názoru nesmírně důležité toto téma otevírat již v samotném začátku léčby, aby klienti byli připraveni na to, co je čeká. Jak jsem již výše zmínila, je craving součástí závislosti, jejím znakem a tudíž je velmi zásadní téma cravingu s klienty rozebírat. Principy, které uvádí ve sborníku Kuda (cit. in Kalina, 2015) jsou pro klienty z mého pohledu velmi přínosné. Přináší jakési pochopení a informace pro klienty při jejich cestě k celoživotní abstinenci. Velmi zásadní informací je pro klienta bod číslo 8, který hovoří o relapsu, jako o něčem z čeho se musí klient ponaučit v budoucnu, nikoli, že je ho třeba vnímat jako selhání či zklamání. Značná většina klientů, s kterými jsem se setkala na stážích a měla zkušenosti s relapsem, za tuto skutečnost cítili stud a naprostá menšina neprodleně po zrelapsování vyhledala odbornou pomoc právě kvůli pocitu viny, selhání a zklamání.

### 2.3 Relaps, laps, recidiva

Pojem relaps zdaleka nepoužíváme jen v adiktologické terminologii. Velký lékařský slovník relaps vysvětluje jako, opětovné objevení příznaků nemoci, která byla v klidovém období. Typickým příkladem nám může sloužit některé nádorové onemocnění, kdy po období remise můžeme pozorovat vrácení příznaků.

Jednotnou definici pojmu relaps bychom zřejmě hledali těžko, proto relaps můžeme vnímat například jako přerušení procesu změny (Hendershot, Witkiewitz, George et al., cit. in Kalina a kol., 2015)

Adiktologická terminologie pak popisuje relaps jako návrat k pití nebo užívání jiných drog po období abstinence, často doprovázený návratem příznaků závislosti. Rychlost, 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).

Washton (2006) poukazuje na to, že je relaps možné chápat jako komplexní jev, který zahrnuje víc jak pouhé jednání. Na relaps tedy může pohlížet jako na dynamiku nebo proces, které podmiňují určité síly, které se dotýkají patrných i nepatrných postojů klientových změn v chování, jednání a důležitosti hodnot. A teprve na základě těchto změn v chování, hodnotách a jednání se postupně vrací k užívání návykové látky. Proto se klienta může zmocnit relaps a to ještě dříve, než skutečně drogu užije (WASHTON, ZWEBEN, 2006).

Relaps také můžeme chápat jako nějakou překážku na cestě k dosažení cíle, který si klient nastavil, čili celoživotní abstinenci, stejně jako návrat k rizikovému chování, neboli užívání návykové látky (Kalina, 2013).

U některých autorů se pak setkáváme s odlišením „relapsu“ od „lapsu“. Kdy „laps“ vnímáme jako jednorázové uklouznutí, neboli jednorázové užití návykové látky, které nevede k žádnému symptomu. Z lapsu může klient relapsovat, pokud se navrátí k užívání návykové látky a pokud se symptomy objeví (nejméně jeden, nejvýše dva). Tím se dostáváme k částečné „remisi“. Jinými slovy, relaps je vrácení k předchozímu stavu, kdy klient ztrácel kontrolu nad svým jednáním, kdežto při lapsu pak není ztráta kontroly. Pokud však bude mít klient opakovaně diagnostikován syndrom závislosti, pak můžeme hovořit o „recidivě“.

Relapsu tedy předchází laps, pokud klient poruší abstinenci jednorázovým užitím návykové látky, může se ze svého činu jednak poučit a vrátit se zpět k abstinenci. Takový laps Hendershot et al., 2011 (cit. in Kalina a kol., 2015) nazývá prolapsem a představuje příležitost pro nové učení. Na druhé straně se pak klient může dostat do relapsu.

Abstinence je jediným cílem léčby a uzdravy, v abstinenci pojetém přístupem jsou i jiné přístupy, které o abstinenci nemluví jako o cíli, ale jako o prostředku, nástroji. Laps je vnímán jako spínač, který spustí recidivu, a jedinec se vrací na začátek léčby, neboť jeho selhání znamená devalvací všeho, čeho doposud dosáhl, včetně léčby (Kalina a kol., 2015).

A proto by jedním z hlavních cílů a náplní prevence relapsu mělo být zabránění toho, aby se z lapsu stal relaps.

Ať už budeme pohlížet na relaps jako na pozitivní či negativní jev je zjevné, že k závislosti na návykových látkách neodmyslitelně patří a úkolem adiktologických služeb je, aby se téma relapsu otevíralo, pracovalo se s ním a zároveň netabuizovalo. Zdali budeme pracovat na tom, aby si klienti osvojovali jisté vlastnosti či strategie, které následně budou využívat ke zvládnutí rizikových situací, nebo s nimi budeme mluvit konkrétněji o tom, co budou dělat když zrelapsují, ta podstata bude stejná a stejně důležitá.

Buehringer a Platt (viz Kalina, 2000) uvádí na základě jednoho ze svých výzkumů, že do jednoho roku po řádném dokončení léčby, která trvala 360 dní, relapsuje až 50% klientů. Hunt (1979) (cit. in Kalina a kol., 2015) uvádí, že většina klientů relapsuje v období dvanácti měsíců po dokončení léčby závislosti, obzvláště zranitelné období je podle Hunt prvních devadesát dní po léčbě.

Pokud se vrátím ke zkušenostem ze své stáže v terapeutické komunitě, tak ze skupiny 12 klientů 10 přiznalo, že to není jejich první léčba. Z tak malého vzorku se jistě nedají dělat závěry, avšak pro mě to byla skutečnost zarážející. Většina klientů přiznala, že se za relaps stydí, vnímají ho jako vlastní selhání a uvedli, že stejné pocity mají členové jejich rodiny, které s relapsem ztrácejí k pacientům důvěru. Vnímám, že je velmi důležité takové mínění změnit a uvažovat o relapsu jako o důležitém indikátoru efektivity léčby, avšak neodkazující na její výsledek. S relapsem by se následně mělo pracovat a využít ho pozitivně do budoucna. Přijít na jeho spouštěcí mechanismy, pracovat na nich, ponaučit se a udělat z relapsu zpětnou vazbu.

### 2.3.1 Příčiny relapsu

#### 2.3.1.1 Rizikové situace, Dynamika relapsu- skrytí předchůdci

Marlatt a Gordonová (1985) definují vysoce rizikové situace, které představují ohrožení pocitu sebekontroly jedince a zvyšují riziko relapsu. Tyto situace vystavují člověka spouštěčům, ale to, zda uklouzne, určuje způsob jejich zvládnání (cit. in Kalina a kol., 2015).

- 1) Negativní emocionální stavy:** tvoří příčinu až 35% všech relapsů. Příčiny těchto stavů jsou většinou intrapersonální. Mezi nejčastější patří frustrace, vztek, úzkost, deprese či nuda. Tyto negativní stavy jsou nejčastější skupinou vysoce rizikových situací, jež zvyšují riziko relapsu (Kuda, 2003). Ke zvládnutí těchto pocitů je klíčové rozpoznat důvody, proč se klient cítí skleslý, snažit se myslet pozitivně, nezůstávat o samotě, udělat si radost (Kalina a kol., 2015).
- 2) Intrapersonální konflikty:** jsou příčinou 16% všech relapsů. Patří sem negativní konfliktní vztahy s partnery, přáteli a členy rodiny. Další skupinou interpersonálních konfliktů jsou konfrontace v zaměstnání či v jiných sociálních situacích (Kuda, 2003). Účinnou první strategií je situaci co nejrychleji opustit (Kalina a kol., 2015).

**3) Sociální tlak:** vyskytly se u 20% všech relapsů. Sociální tlak může být přímý, například setkání s drogovým známým, který mi drogu nabídne. Může však být i nepřímý, kdy se závislý nachází v blízkosti osoby či skupiny, které užívají drogy, například na párty (Kuda, 2003). Klient by se měl snažit takovým situacím vyhýbat, dopředu si plánovat jak zareaguje, a učit se odmítat. Pokud se do takové situace dostane, může využít pomoc přátel (Kalina a kol., 2015).

Z praxe doléčování vyplývají některé další možné příčiny re/lapsů, například zklamání očekávání, chybějící ocenění, sociální izolace, sebemedikace, či pocity osamění (Pavlovská, 2015). Weiss et al. (2009) a Anonymní alkoholici (<http://www.anonymnialkoholici.cz>) doplňují ještě stres, vyčerpání, depresi, sebelítost, přílišná očekávání od ostatních, polevování v pravidlech a režimu či mantra „to se mi stát nemůže“ (Kalina a kol., 2015).

Kuda (2000) uvádí ve svém sborníku „Tematické skupiny“ 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. Braní 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

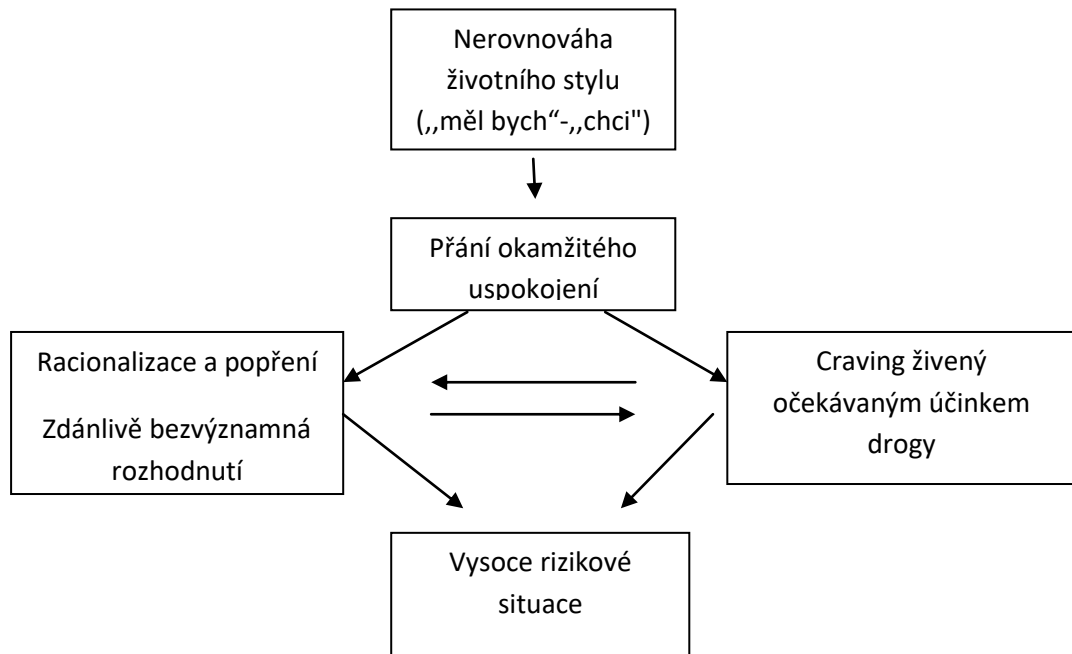
Kromě výše zmíněných rizikových situací (Marlatt, Gordonová a Kuda) se můžeme setkat ještě s jinými seznamy rizikových situací, ale dle mého názoru se situace pouze překrývají.

Mezi další významné rizikové faktory relapsu můžeme řadit i craving, ačkoli není jednoznačnou příčinou, ovšem sehrává v rozvoji relapsu neopomenutelnou roli (viz. kapitola 1.2 Craving).

V průběhu procesu relapsu lze zaznamenat jasné varovné signály. To je často frustrujícím zážitkem pro terapeuta, který tyto signály vnímá, ale závislý je odmítá. Dělá pak sérii zdánlivě bezvýznamných rozhodnutí, která jej k uklouznutí posouvají (Kuda, 2008). Marlatt a Gordon (1985) v souvislosti s tím mluví o tzv. skrytých předchůdcích relapsu neboli o jakýchsi pre-rizikových situacích (Kuda, 2008).

Nerovnováha životního stylu je v tomto modelu považována za základní faktor v procesu relapsu. U nás je tento fakt někdy opomíjen. Jednoduše je možné představit si tuto nerovnováhu jako nepoměr mezi tlaky zvenčí („měl bych“) a tím, co dělá jedinec pro sebe („chci“). Základním předpokladem je, že celková „úroveň stresu“ úzce souvisí s nerovnováhou životního stylu, která umožňuje vznik pocitů

sebedeprivace. Jedinec si potom často sám pro sebe zdůvodňuje, že si dopřeje závislé chování („dlužím si cigaretu, napítí“ atd.) a tak se zvyšuje pravděpodobnost relapsu. Někteří závislí si také pocity sebedeprivace akumulují, aby si vytvořil potřebu okamžitého uspokojení (fenomén „poslední kapky“) (Wanigratne et al., 1990)



**Obr. 2** Skrytí předchůdci relapsu (Marlatt a Gordon, cit. in Kuda, 2008)

Situace, kdy klient prožívá silnou potřebu dopřát si závislé chování (např. intoxikaci), je spojena s pocity viny. Pak nastupují obranné mechanismy, kterými se jedinec snaží redukovat tyto nepříjemné pocity. Klíčovými obrannými mechanismy jsou racionalizace a popření. To vede k plánování relapsu. Pak můžeme tento proces vidět jako sérii drobných rozhodnutí, kterým říkáme zdánlivě bezvýznamná rozhodnutí (Kuda, 2008).

### 2.3.1.2 Efekt porušení pravidla a kognitivně-behaviorální model procesu relapsu

V efektu porušení pravidla (abstinence) jde o psychologickou past vznikající ze zákazu určitého chování, tj. rozhodnutí nebo donucení nikdy už něco nedělat (Marlatt, Gordon, 1985, cit in Kalina a kol., 2015). Způsob, jakým je zákaz chápán, má vliv na jeho dopady. Někteří klienti i terapeuti si pravidlo „nikdy více“ vykládají absolutně, bez prostoru pro chyby a se sebetrestajícím pocitem, že při jeho překročení nastanou zlé důsledky. Tento tlak vyvolává uvedený efekt, čímž se zvyšuje pravděpodobnost lapsu a při uklouznutí je pak nižší šance zabránit rozvoji relapsu (Wanigratne et al., 2008). A právě efekt porušení pravidla a irelevantní

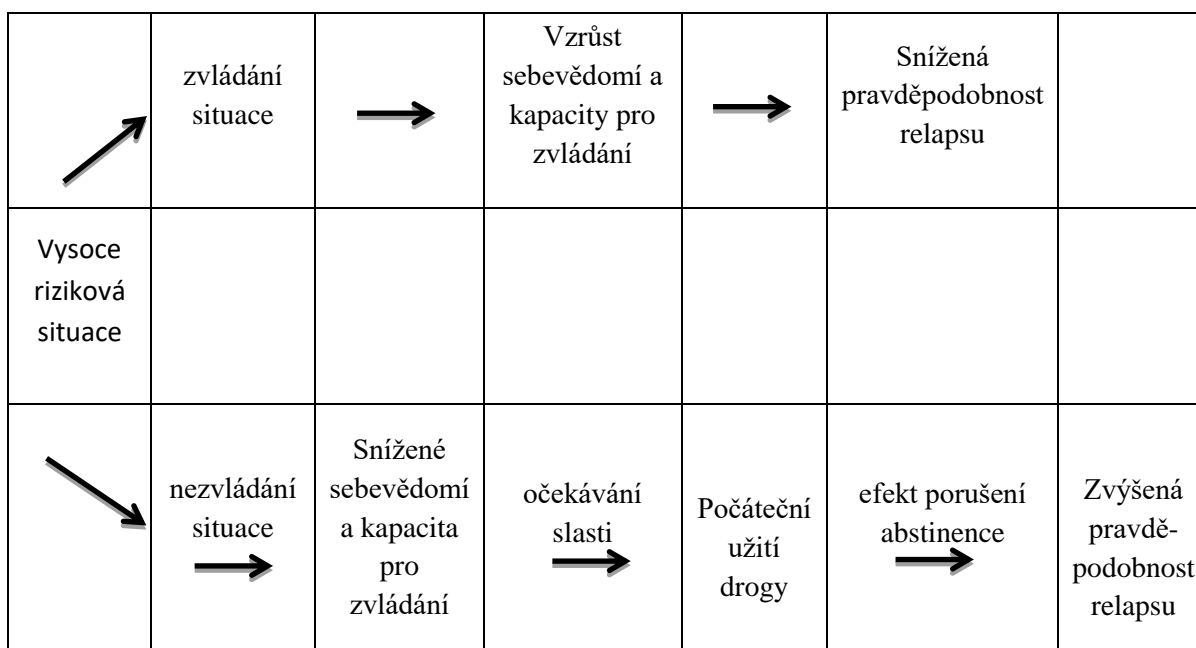
rozhodnutí jsou dvě psychologické „pasti“, které mohou ohrozit klientovu snahu o abstinenci.

Marlatt a Barrett v roce 1985 vypracovali na základě klinických výzkumů a svých zkušeností z praxe kognitivně-behaviorální model relapsu, kdy relaps nevnímáme jako jednorázovou událost.

Kognitivně-behaviorální model prevence relapsu (viz obr. 1) poukazuje, jak může klient reagovat na kontakt s vysoce rizikovými situacemi, a že pokud se jedinec octne v takové situaci, často dochází k relapsu. Tyto situace obecně můžeme definovat jako jakékoliv situace ohrožující abstinenci klienta a zároveň zvyšují pravděpodobnost následného relapsu. Většinou to mohou být zdánlivě nevýznamná/nepodstatná rozhodnutí, které jsou součástí klientova rozhodovacího procesu. A právě kontakt s vysoce rizikovými situacemi jsou v tomto modelu zásadním střetem, z kterého klient může vyjít dvěma způsoby.

První možností reakce na vysoce rizikovou situaci je využití efektivního chování a zvládnutí této situace, jednoznačně je to ta lepší varianta, kdy se dostaví vzrůst sebevědomí a nová zkušenost, jak později případné další rizikové situace úspěšně zvládnout. Na základě zvládnutí situace se dostaví snížená pravděpodobnost relapsu.

Druhou možností reakce na vysoce rizikovou situaci, která se odehrává ihned po lapsu, je, že klient není schopen využít efektivní chování ke zvládnutí rizikové situace, dojde ke snížení pocitu vlastní účinnosti a pro klienta se zvýší přitažlivost drogy jako prostředku k překlenutí krizové situace, a to zvláště, očekává-li pozitivní účinky drogy. Jak atraktivita drogy roste, roste i pravděpodobnost, že klient v zátěžové situaci užije. Jako důsledek se objevuje popsáný efekt porušení abstinence, který patří mezi vysoce rizikové situace a který se projevuje souborem příznaků, jako jsou deprese, rezignace, pocity viny z vlastního selhání, hněv a snížené sebevědomí (Kalina a kol., 2015).



**Obr. 1** Kognitivně- behaviorální model procesu relapsu  
**Zdroj:**Marlatt a Barrett, 1994, in Pavlovská, 2015.

## 2.4 Prevence relapsu

Od původního pohledu na závislost a její léčbu jako na medicínskou záležitost uplynulo již mnoho let. V současnosti pracujeme převážně s modelem prevence relapsu, jež se postupem času modifikoval a upravoval různými směry. Obecně všechny vycházejí z modelu Marlatta a Gordonové (1985), liší se však v přístupu k relapsu, v pojetí jeho prevence a zpracování, v metodách, které využívají (Pavlovská, 2013)

Obecně lze mluvit o prevenci relapsu jako o cíli práce s klientem nebo jako o metodě, která si klade za cíl předcházet relapsu, popřípadě snižovat intenzitu, ale využít k tomu specifický pohled na schopnosti kompetence závislé osoby (Kuda, 2008).

Prevence relapsu (dále jen PR) je 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 zvládání. Programy PR kombinují behaviorální, kognitivní techniky a strategie, zaměřené na podporu rovnováhy životního stylu. Svým zaměřením patří tedy PR do skupiny kognitivně-behaviorálních přístupů.

Tento přístup je založen na teoretickém modelu průběhu relapsu, popsaném Marlattem a Gordonem (1985). Tyto 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. Tato teorie považuje relaps za součást procesu úzdravy a jeho kvalitní zpracování individuem za faktor snižující pravděpodobnost dalšího relapsu. V praxi PR jsou klíčovými pojmy: zvyšování sebeuvědomění, anticipace a vyhýbání se rizikovým situacím, kontraktování, atd. Původně byl vyvinut pro osoby závislé na omamných a psychotropních látkách (OPL). S úspěchem je však v současné době používán při léčbě všech typů závislého 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).

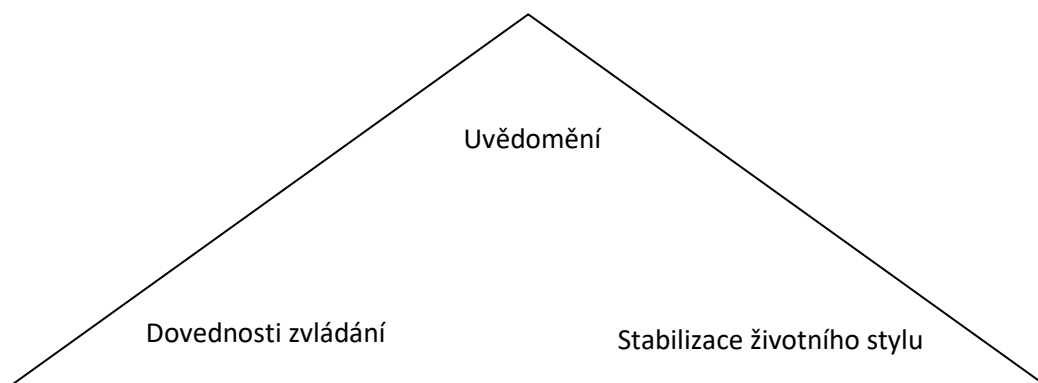
Filosofie PR je vedena předpokladem, že závislost je výzva k růstu a ne nemoc, která člověka stahuje dolů a nazpět. Pokud život je sérií výzev, které je třeba překonat, výzva závislosti je unikátní. Závislé chování může zabíjet, protože ze špatných zvyků se mohou stát vražedné zvyky – to je výzva. Ale na rozdíl od ostatních „chorob“ závislé chování může být překonáno osobním úsilím člověka. Je tedy patrné zdůrazňování osobní participace závislého na změně jeho chování.

Prevence relapsu je tedy kognitivně-behaviorálním přístupem, který se zaměřuje na zvyšování kontroly kombinováním nácviku dovedností zvládání, kognitivní restrukturalizace a intervencí zaměřených na stabilizaci životního stylu. Nejde tedy jen o to naučit klienta vyhýbat se rizikovým situacím, ale tyto situace anticipovat a efektivně je zvládat - tj. vybavit klienta dovednostmi snižující riziko relapsu (Kuda, 2003).

Dle Kudy (2008) nejde jen o to naučit klienta vyhýbat se rizikovým situacím, ale tyto situace anticipovat a efektivně je zvládat. Cílem tedy je vybavit klienta dovednostem snižujícím riziko relapsu. Terapeut PR vede klienta tak, aby se po ukončení formálního terapeutického vztahu stal svým vlastním behaviorálním terapeutem.

Setkání jedince s vysoce rizikovou situací je v kognitivně behaviorálním modelu vnímáno jako klíčový okamžik. Rozhodující je, zda je v tu chvíli jedinec vybaven dovednostmi situaci zvládnout, nebo ne. Jsou situace, kterým se klient může úspěšně vyhnout, některé ale musí zvládnout. Bylo by ovšem chybou podporovat naše klienty v domněnce, že je možné se všem rizikovým situacím vyhnout. Často se například nechtějí klienti po ukončení léčby vracet do města, kde prožili drogovou kariéru. Věří, že se tím vyhnou všem rizikovým situacím. Jsou však zaskočení, když se objeví stejné rizikové situace, kterých se obávali v původním bydlišti (Kuda, 2008),

Kuda (2008) dále ve své práci uvádí, že je pro klienty nesmírně důležité, aby byli vybaveni dovednostmi pro zvládání rizikových situací, protože právě tato schopnost je stěžejní a klíčová v prevenci relapsu. Jako další dva základní prvky uvádí náhled a stabilizaci životního stylu.



**Obr. 3** Cíle prevence relapsu (Kuda, 2008)

Na obrázku č. 3 jsou znázorněné obecné cíle prevence relapsu, ve kterých jde o to vybavit klienta:

- dovednostmi identifikovat rizikové situace, předvídat je a vyhnout se jim nebo je zvládnout
- strategiemi jak zabránit rozvoji lapsu v relaps a zvýšit tak klientův pocit vlastní účinnosti.

Kalina (2013, kap. 27) shrnuje složky prevence relapsu:

- 1. Psychoedukace:** Klient se seznamuje s modelem relapsu, což mu umožňuje orientaci ve vlastním jednání a jeho zdrojích.
- 2. Zvědomování:** Klient mapuje své zkušenosti, rozpoznává signály rizikových situací.
- 3. Hledání alternativ:** K dosavadním nefunkčním vzorcům v myšlení, jednání a životním stylu hledá efektivnější strategie předvídání a zvládání rizik.
- 4. Tvarování chování, nácviky:** Vybavení klienta dovednostmi pro zvládání
- 5. Intervence k životnímu stylu:** Nevyvážený životní styl je zdrojem rizikových situací (Kalina a kol., 2015).

Jak jsem již zmínila v textu výše, abstinence nemusí být klientovým cílem v léčbě. Důležité je, aby vstup do programu PR a léčby byl dobrovolný, jelikož je nezbytné a nutné, aby klient projevoval aktivní účast a přístup, neboť bez těchto předpokladů nelze s klientem pracovat. PR byla tedy vyvinuta především pro udržení navozených změn. Obsahovat by ji měla tzv. následná péče, avšak lze tento program postavit již na samý začátek a to do základní léčby.

#### 2.4.1 Modely prevence relapsu

Rawson, Obert, McCann a Marinelli-Casey (1993) uvádějí velmi užitečný přehled devíti modelů prevence relapsu (Millerová, 2011):

- 1.** Model prevence relapsu Marlatta a Gordonové.

2. Model Gorského Centra aplikovaných věd.
3. materiály pro prevenci relapsu u uživatelů crack kokainu.
4. Pojetí prevence relapsu u problémového užívání alkoholu.
5. Prevence relapsu u závislosti na marihuaně.
6. Prevence relapsu u užívání kokainu.
7. Model tréninku úzdravy a svépomoci.
8. Intenzivní ambulantní model.
9. Maticový neurobehaviorální model.

Millerová (2011) uvádí u každého modelu také publikace, ve kterých je možné devět modelů prevence relapsu nalézt. V následujícím textu se budu věnovat pouze některým modelům prevence relapsu, které pokládám za hlavní a v léčbě závislosti za základ všech modelů prevence relapsu.

#### **2.4.2 Model prevence relapsu Marlatta a Gordonové (kognitivně-behaviorální model)**

Kognitivně- behaviorální teorie užívání drog a prevence relapsu se odklání od tradičních modelů závislosti jako nemoci. Millerová uvádí, že bývá charakterizován jako program, v jehož rámci klient řídí sám sebe ve snaze zvýšit pravděpodobnost udržení změny chování. Tento model nachází podporu ve výzkumných studiích v teoretické i praktické rovině (Larimer, Palmer a Marlatt, 1999, cit. in Millerová, 2001).

Cílem je klienty naučit předvídat skutečný i potencionální relaps tím, že se posiluje jejich povědomí o vlastním chování a o volbě mezi různými typy chování, jejich schopnost zvládat zátěžové situace, sebeovládání a sebedůvěra/sebekontrola nad situací/sebeúčinnost (Marlatt, 2000, cit. in Millerová, 2011)

Tento model je možné uplatnit jako způsob udržení nějaké specifické změny nebo jako celkovou změnu životního stylu. Pokud jde o specifický návyk, cíl je rozdělen do dvou částí:

1. Předvídání a prevence relapsu po dosažení změny návykového chování.
2. Překonání lapsu před nástupem plného relapsu.

Stoupenci tohoto modelu se domnívají, že je možné jej použít na jakékoli návykové chování, jež bylo tvořeno vzorcem kompulzivního návyku, kdy se jedinec snaží dosáhnout okamžitého uspokojení (Millerová, 2011).

Tento model založený na teorii sociálního učení vychází ze čtyř předpokladů (Millerová, 2011):

1. Závislost je zažitý maladaptivní návykový vzorec chování.
2. Na chování mají vliv behaviorální determinanty a důsledky.
3. Lidé nemohou za rozvoj návyku nebo za to, že se jej nemohou jednoduše zbavit.
4. Únik z koloběhu závislosti není možný bez změny návyků prostřednictvím spoluúčasti a odpovědného přístupu.

Proces změny chování má tři fáze (Millerová, 2011):

1. předsevzetí a motivace
2. uskutečnění behaviorální změny
3. dlouhodobé udržování behaviorální změny.

Relaps je vnímán jako proces o dvou krocích. Krokem 1 je laps, kdy osoba poruší stanovený behaviorální cíl. Krok 2, relaps, čili návrat k chování existujícímu před léčebnou intervencí, závisí na tom, jak jedinec pohlíží na příčinu prvotního lapsu. Model prevence relapsu se snaží zaujmout k úzdavě ze závislosti realistický, praktický přístup. Nazírání na relaps jako na běžnou součást úzdavy umožňuje poradcům, aby při práci s klienty vystoupili ze své rodičovské, autoritářské role (Millerová, 2011).

Poradce ale musí klást důraz na to, že relaps není nutnou součástí úzdavy. Poradenské techniky by se měly soustředit na aplikaci abstraktní teorii prevence relapsu na klientův vlastní život, samozřejmě za pomoci terapeuta. Výsledkem by pak mělo být klientovo vyšší sebeuvědomění. A díky vyššímu sebeuvědomění by měl být klient schopen lépe registrovat a vnímat signály upozorňující na nebezpečí relapsu.

Klienti by si za pomoci poradců měli osvojit následující specifická cílová chování (Millerová, 2011):

1. Identifikovat situace, jež jsou pro ně vysoce rizikové.
  2. Osvojit si dovednosti potřebné k zvládnání vysoce rizikových situací.
  3. Osvojit si relaxační dovednosti a dovednosti zvládnání stresu.
  4. Zamýšlet se nad očekáváním pozitivních výsledků: „domysli, co se stane, když se napiješ“ (až do nevyhnutelného konce).
  5. Zamýšlet se nad okamžitými a pozdějšími dopady návykové činnosti.
  6. Vědět, jaké kroky je třeba uskutečnit, dojde-li k relapsu.
- Uplatňovat kontrolu nad chováním prostřednictvím programového relapsu.

#### **2.4.3 CENNAPS model ( modelGorského centra aplikovaných věd)**

Gorského vývojový model úzdavy se hojně využívá v soukromých zařízeních poskytujících léčbu závislosti na chemických látkách. Přestože Gorského práce poskytuje celou řadu klinických doporučení v rámci kognitivně-behaviorálního náhledu, postrádá specifickou metodologii, jež by mohla být předmětem dalšího výzkumu. Ve své práci se Gorski zaměřuje na závislost na alkoholu a kokainu. Model řeší klientovu odpovědnost ve vztahu k jeho povědomí o spouštěcích relapsu, procesu relapsu, procesu relapsu a o chování, jež při zvládnání zátěžových situací představují alternativu k užívání alkoholu/drog (Millerová, 2011).

Gordon (2003) říká, že tento model je vhodný především pro klienty, kteří jsou motivováni, usilují o abstinenci, ale nedaří se jim to.

Gorski byl jedním z prvních adiktologických odborníků, který vypracoval materiály pro oblast prevence relapsu, jež prosazovaly pohled na relaps jako stav

mysli předcházející vlastnímu užití, který se vyznačuje varovnými signály interní a behaviorální povahy (Millerová, 2011). Gorského model sestává z šesti fází (Millerová, 2011):

1. *Přechodná fáze* - dochází k popírání problému s alkoholem, kdy se jedinci domnívají, že jsou schopni své užívání kontrolovat. Toto stádium opouštějí, jakmile si uvědomí, že tomu tak není.
2. *Fáze stabilizace* - jedinci si uvědomují, že mají problém, ale s užíváním nemohou přestat.
3. *Raná fáze údravy* - Jedinci si uvědomují, že musejí uskutečnit vnitřní změnu a naučit se fungovat bez drogy.
4. *Střední fáze údravy* - začínají si uvědomovat, že si v životě musejí nalézt určitou pevnou pozici a začít obnovovat své vztahy a řešit profesní záležitosti.
5. *Pozdní fáze údravy* - osvojují si maladaptivní životní vzorce, které si osvojovali jako děti.
6. *Fáze udržování* - Jedinci vnímají závislost jako problém, jenž je bude provázet celý život, z čehož plyne potřeba každodenní rekonvalescence a práce na sobě samém.

Gorského model je úzce spjat s dvanáctikrokovým programem údravy, což může částečně vysvětlovat, proč se v tak značné míře využívá v soukromých zařízeních zaměřujících se na léčbu závislosti. Prevence relapsu pak vychází z toho, v jaké fázi modelu změny se daná osoba nachází. Gorski popisuje devět zásad, kterými se je třeba řídit při práci na prevenci relapsu (Millerová, 2011; Kalina a kol., 2015):

1. *Autoregulace* - dochází ke stabilizaci činností každodenního života (fyzická, psychická i sociální).
2. *Integrace* - rizika relapsu se zkoumají z hlediska sebepodrávajícího chování, budování vztahů, nižší míry bolesti a vytváření anamnézy relapsu (techniky zaměřené na sebepoznání).
3. *Obeznamení s problémem* - daná osoba je přesně informována o faktorech, které obecně přispívají relapsu (vzdělání v problematice relapsu).
4. *Sebepoznání* - je schopna registrovat varovné signály relapsu.
5. *Dovednosti zvládání* - zvládání varovných signálů a rizikových situací.
6. *Změna* - stanovení cílů na každý den a hodnocení plánů údravy.
7. *Přehled* - daná osoba si vede evidenci jednotlivých změn.
8. *Podpora ze strany blízkých osob* - to napomáhá prevenci relapsu.
9. *Udržování* - plán prevence relapsu se průběžně aktualizuje.

## 2.5 Vybrané techniky prevence relapsu

V České republice je prevence relapsu součástí léčby, především pak následné péče, kde se s ní můžeme setkat asi v nejintenzivnější formě. Pavlovská (2015) pak upozorňuje na to, že každé zařízení, ať už jde o jakoukoli úroveň systému adiktologické péče, by mělo mít vyjasněno, co v dané službě znamená re/laps, jak ho vnímají terapeuti, při jeho případném zpracování také vnímat, co relaps znamená pro samotného klienta, a teprve následně zvažovat, jak s ním zacházet.

Wanigaratne et al. (2008) popisují strategie prevence relapsu, které dělí na behaviorální a kognitivní.

### Behaviorální strategie

Sem patří jakékoli aktivní chování. Důležitým mechanismem změny je sebemonitorování, kdy si klient vede podrobné záznamy o určité aktivitě s cílem naučit svědomě se soustředit na chování, které si přejeme změnit, a tak lépe identifikovat své spouštěče, vysoce rizikové situace, a odhadnout důsledky, které pro něj dané chování má. Technika využívá rozhodovací matice a deníků pití/braní drog. Monitoring zahrnuje také analyzování snů a fantazií, v nichž klient přichází do kontaktu s drogou či relapsuje. Mezi další techniky řadíme odchod z dané situace, odstranění předmětů souvisejících s užíváním drog, zatelefonování podpůrné osobě či nácviky meditace a relaxace.

### Kognitivní strategie

Sem řadíme kognitivní restrukturalizaci, kdy se klient učí identifikovat a měnit myšlenkové pasti (např. odhalené zdánlivě bezvýznamných rozhodnutí), a myšlení na důvody, proč chce klient abstinovat (lze nosit s sebou napsané pro případ cravingu). Dalšími technikami jsou nácvik relapsu, verbalizování prožitků relapsu či imaginace zvládnutí rizikových situací v průběhu terapeutického sezení (Gordon, 2003).

#### 2.5.1 Poradenské techniky (Millerová, 2011)

G. A. Marlatt a J. R. Gordonová (Millerová, 2011) také doporučují komplexní léčebné strategie, kam patří zkoumání klientova životního stylu, rozvíjení pozitivních závislostí nebo náhražek za návykové chování, vytváření „role pozorovatele“, kdy se klienti ze své nutkové potřeby spíše učí, než že by se jí podvolovali, a budování klientova „systému varování před relapsem“, který včas avizuje blížící se nebezpečí potencionálního relapsu.

Při procesu plánování PR si je možno pomoci dvěma technikami - rozhodovací maticí a mapováním.

Rozhodovací matice je tabulka porovnávající důsledky eliminace návykového chování s důsledky jeho pokračování.

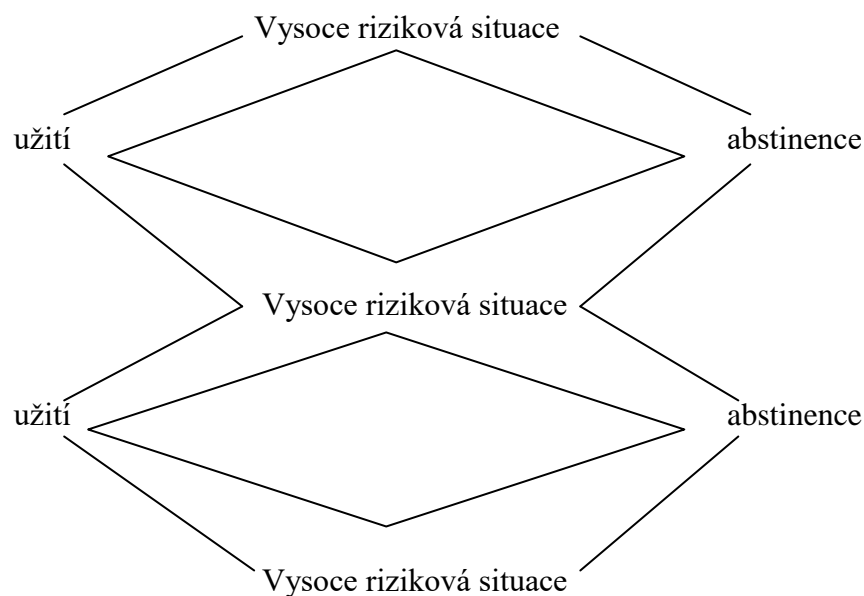
	Okamžité důsledky Pozitivní Negativní	Pozdější důsledky Pozitivní Negativní
<b>Přestat užívat nebo vydržet neužívat (OPL)</b>		
<b>Dál užívat nebo Znovu/znova začít (OPL)</b>		

#### **Obr. 4** Rozhodovací matice

Matice sestává z osmi kolonek rozdělených na dva oddíly. První oddíl složený ze čtyř částí, si všímá pozitivních a negativních důsledků eliminace návykového chování.

Druhý oddíl, rozdělený do čtyř částí, si všímá pozitivních a negativních důsledků pokračujícího návykového chování. Poradce a klient musejí tuto matici vyplnit na počátku léčebného procesu, a stanovit tak míru klientovy motivace a jeho cíle. Pomocí této techniky bude terapeut také schopen lépe poznat klientovy hodnoty a míru jeho odhodlání, což jsou prvky, které doposud nemusely mít konkrétní podobu (Millerová, 2011).

Na techniku rozhodovací matice navazuje další technika, tj. mapování. V této technice jde o to, že klient a terapeut společně načrtnou mapu prevence relapsu pro daného klienta. Na takové mapě musí být znázorněna klientova aktuální pozice a místo, kam by chtěl v průběhu léčby směřovat a dojít. Taková mapa nemusí znázorňovat jen aktuální polohu a cíl. Je možné do mapy zahrnout v okolí rizikových situací dráhy, které se rozbíhají různým směrem, na čemž si klient může lépe uvědomit příčiny a důsledky užívání i abstinence.



**Obr. 5** Mapování (Millerová, 2011) - příklad obecné strategie

Dle této mapy, může terapeut také odhalit, které části prevence relapsu klient ve svém procesu léčby zanedbává a kterým (rizikovým) situacím by se měl klient vyhýbat.

### **Deset nejběžnějších nebezpečí**

Podle Millerové (2011) tato technika patří k nejlepším poradenským technikám, které je možno použít u závislých jedinců, patří povědomí o běžných nebezpečích, jimž jsou závislí lidé obecně vystaveni v následujících situacích:

1. Ocitnou se v blízkosti známých drog, uživatelů drog nebo míst spojených s užíváním drog.
2. Zažívají negativní pocity.
3. Oddávají se pozitivním pocitům.
4. Nudí se.
5. Dopřávají si jakékoli látky ovlivňující psychiku.
6. Pociťují fyzickou bolest.
7. Myslí na to, jak se dostat do "rauše".
8. Náhle získají větší finanční obnos.
9. Užívají léky na předpis, jež mají psychotropní účinek.
10. Domnívají se, že je možné drogy příležitostně (bez problémů) užívat.

Je důležité vnímat tento výčet jako obecná rizika pro osoby závislé. Zásadní je, aby si terapeut z tohoto výčtu vybral, které nebezpečí může být pro daného klienta rizikovým a ten pak specifikoval.

## "TIPS" jak zvládat zátěžové situace (National Institute on Drug Abuse, 1994)

Millerová také uvádí zkratku TIPS (českým významem tipy tvořené čtyřmi slovy - TRUTH, INFORMATION, PRIORITIES, SUPPORT), kterou vydal Americký Národní institut pro užívání drog a mají závislým pomoci a připomínat jak zvládat obtížné situace. Klíčovou roli v této technice tvoří výše zmíněná slova tvořící zkratku TIPS.

Pravda, informace, priority a podpora. Pravdou se myslí, že by se klient měl svěřovat se svými pocity, které prožívá a neměl by se za ně v žádném případě stydět či je popírat. Další důležitou věcí je, aby shromažďoval relevantní fakta o své situaci, tedy informace, které zabrání utváření si domněnek. Prioritami se pak míní, aby se klient zaměřoval pouze na věci, které jsou pro něj opravdu důležité. A podpora, která je pro klienta velmi důležitá a nejen v rizikových situacích, ale po celou dobu léčby i doléčování.

## HALT(zkratkové slovo tvořené - HUNGRY, ANGRY, LONELY, TIRED)

Millerová (2011) uvádí jako poslední techniku HALT, se kterou se pracuje v některých svépomocných skupinách. Tento akronym varuje před případným relapsem tím, že závislému připomíná, aby se vyhýbal příslušnému hladu (H), hněvu (A), samotě (L), a únavě (T). Pokud užijeme tuto techniku při práci s klientem, diskutujeme o tom, jak poznat, jakým způsobem behaviorálně ventilují tyto pocity: Jací jsou, když mají hlad, když se zlobí, když jsou sami nebo unavení? A pokud budou schopni dát konkrétní podobu behaviorálním indikátorům HALT, tyto projevy je mohou upozornit na to, že je čas zastavit se a v reakci na tuto potřebu začít uplatňovat techniky péče o sebe sama.

Prevence relapsu je v práci s klientem velmi důležitá a proto by měla být nedílnou součástí léčby. Na relaps by se nemělo zapomínat jak na začátku léčebného procesu, tak v samotném dokončování. Pro klienta jsou dle mého názoru nesmírně důležité relevantní informace na dané téma, podpora a nějaký sebe-náhled. Terapeut by pak měl předvídat obtížné situace, kterým v procesu uzdravy mohou být klienti vystaveni. A právě výše zmíněné techniky mohou pomoci k dodržení abstinence.

## 2.6 Práce s prevencí relapsu v systému péče

Dle Kudy (2008) byla prevence relapsu vyvinuta především jako program pro udržení navozených změn. Jedná se tedy o fázi po ukončení základní léčby, o tzv. následnou péči. V současnosti je však přijímán názor, že je vhodné aplikovat prevenci relapsu již během léčby, a to za předpokladu sladění metody a celkového přístupu daného léčebného programu.

Není tedy možné a žádoucí, aby se na prevenci relapsu pracovalo stejnými technikami a metodami v celém systému péče, ale je nutné tyto techniky

přizpůsobit na konkrétní stupeň léčby. A v takovém případě můžeme požadovat prevenci relapsu za efektivní a věcnou.

V ČR se prevence relapsu využívá především v oblasti následné péče (Kalina a kol., 2015). V doléčování je jedním z typů skupin využívaných v procesu doléčování skupiny prevence relapsu, někdy též nazývané tematické skupiny.

Dle Kudy (2008) je obava z relapsu klíčovým motivačním faktorem klientů pro vstup do doléčovacího programu.

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. A to nám může připomínat přístup terapeutických komunit.

Kuda (2008) také uvádí a upozorňuje na tabuizaci tématu drog, cravingu a relapsu v některých terapeutických komunitách.

A v takovém případě klient postrádá informace, jak s těmito tématy efektivně pracovat a jak zvládat své chutě či relaps. A pouze dle mého názoru si dokážu představit, že u takového klienta, který je nevybavený podstatnými informacemi, může být vyšší riziko relapsu nebo minimálně nepřipravenost zvládnutí rizikových situací. Nelze se chovat tak, že tyto situace nenastanou a proto vnímám za více než důležité vybavit klienty alespoň základním manuálem jak rizikové situace zvládat. Při své stáži v terapeutické komunitě jsem byla přítomna několika přiznáním na skupinách, o obavách z relapsu a o chutích, nejen že tato témata byla probírána na pravidelných skupinách prevence relapsu, ale mohlo se dané téma řešit i na jiných skupinách.

Zařazování skupin zaměřených na prevenci proto nemusí znamenat narušení abstinенční léčby, ba naopak.

Kalina (2008) ve své práci tvrdí, že systematická pozornost věnovaná cravingu a prevenci relapsu přináší do programu další účinné faktory, jež zvyšují pravděpodobnost udržení klienta v léčbě, a tím dosažení léčebného efektu. S filozofií abstinенčně orientované léčby se však může stýkat potřeba při prevenci relapsu velmi podrobně probírat zkušenosti klientů s rizikovými situacemi a připravovat je i na zvládnutí potenciálního re/lapsu.

## **3. Kasuistika**

### **3.1 Úvod - Stanovení cíle, důvod výběru subjektu, použité metody**

Svou kasuistickou práci budu věnovat klientovi, kterého jsem potkala při své studijní stáži v terapeutické komunitě, kde se léčil pro diagnózu F10 a F11 a jehož případu jsem se podrobně věnovala.

Jedná se o kvalitativní výzkumný design, protože zde zkoumám jeden sociologický objekt do hloubky a v širším kontextu. Sběr dat pro případovou studii se zakládá na interview s klientem a pracovníky zařízení, dále na pozorování, analýze dostupných dokumentů v terapeutické komunitě a zvukového záznamu.

S cílem ukázat na konkrétním případě klienta „proces uklouznutí do relapsu“ a jak tenká hranice mezi abstinencí a relapsem někdy může být. Pokusím se zároveň zaměřit na vnímání relapsu klientem, a také, jestli se jeho pohled na relaps s počtem absolvovaných léčeb mění. Zhodnotím správnost indikace služeb pro klienta a doplním o možnosti práce na prevenci relapsu z teoretických poznatků své práce.

Klient mě zaujal kvůli počtu recidiv a relapsů, které ve své drogové kariéře prodělal a zároveň pro svůj nynější pohled na problematiku relapsu, zvládnání cravingu a zvládnání rizikových situací. Tyto skutečnosti byly pro můj výběr klienta klíčové. Hlavní kritéria při mém výběru byla tedy diagnóza závislosti a v minulosti prodělaný relaps. Klient souhlasil se zpracováním informací k účelům mé práce. Ve své kasuistické práci neuvádím skutečná jména osob, názvů měst ani zařízení, ve kterém jsem klienta poznala. Práci jsem vypracovala se zvláštním zřetelem k etickým otázkám a striktně jsem dbala na zachování anonymity klienta, kterého prezentuji, a zároveň i jeho rodiny a přátel. Pro lepší orientaci v textu jsem klienta pojmenovala jménem Karel.

### **3.2 Anamnézy**

#### **3.2.1 Rodinná anamnéza**

Karel se narodil do úplné rodiny, která žila ve větším městě v panelovém bytě. Karlova matka vystudovala střední odborné učiliště, ale na konkrétní obor si Karel nevzpomíná. Uvádí, že pracovala jako sanitářka v lékárně a později jako šatnářka. Popisuje ji jako nekuřačku a abstinentskou, během života byla několikrát hospitalizovaná v nemocnici pro velmi těžké astma a později jí byla diagnostikována rakovina trávicí soustavy. Otec vystudoval střední průmyslovou školu a celý život pracoval v oboru v tamější teplárně. Otec byl léčen pro leukémii. Karel má jednu sestru, která je o 6 let starší.

Díky velmi špatnému vztahu s oběma rodiči a komplikovanému dětství, se Karlova matka se svými rodiči již od mládí nestýká. Matčiny rodiče tedy Karel nikdy nepoznal. Matku popisuje jako pečovatelskou, vždy se velmi hezky starala o celou rodinu, zároveň je starostlivá a vždy vytvářela atmosféru domova. S otcem neměl Karel nikdy zdravý vztah. Popisuje ho jako konfliktního, autoritativního, převážnou část svého času trávil v práci a když byl doma pil alkohol a na Karla byl zlý, přísný a agresivní. Vybavuje si, že s otcem měl neustále nějaké konflikty, které většinou pro Karla končili fyzickým trestem.

Otec s matkou měli, z pohledu Karla, hezký vztah, chovali se k sobě pěkně, ačkoli byl otec matce často nevěrný. Na matku otec nikdy nevtáhl ruku, ale Karla otec fyzickými tresty nešetřil. Karel uvádí, že co si už od dětství pamatuje, tak otec hodně pil alkohol, tento zlozvyk přetrvává dodnes spolu s alkoholem je otec navíc velmi silný kuřák. Momentálně ani jeden z rodičů již nepracuje, oba jsou v důchodovém věku. O své sestře toho Karel nemá moc co říct. Je o šest let starší, její dětství bylo bezproblémové, vycházela s oběma rodiči a v patnácti letech odešla z domova. Karlův otec mu ji často dával příkladem. Karel s ní v současnosti nemá dobrý vztah, nekomunikují spolu a to pravděpodobně kvůli Karlovi závislosti. O sestře jen ví, že v současné době žije s manželem a dvěma dětmi ve velkoměstě.

Na prarodiče z otcovy strany vzpomíná rád, jako malý kluk k nim jezdil na prázdniny, s babičkou měl vztah hezký, s dědou si však příliš nerozuměl. Byl totiž přísný, zlý a často pil alkohol. Karel v něm viděl kopii svého otce. Babička zemřela na rakovinu trávicí soustavy, dědovi chronicky selhávalo srdce.

### 3.2.2 Osobní a sociální anamnéza

Karel si ze svého raného dětství velmi nevybavuje. Vyrůstal v kompletní rodině spolu se starší sestrou. Karel byl zdravé dítě, prodělal běžné dětské nemoci. Vzpomíná jen na jeden úraz při jízdě na kole, kdy prodělal otřes mozku. V dětství jiné úrazy, operace, nebo vážné nemoci neguje.

Ve školce poznal svou první lásku, do školky chodil rád. Vzpomíná, že již v té době potřeboval kolem sebe partu kamarádů. V chování neměl výrazné odchylky a ze strany učitelek v MŠ na něj nebyly stížnosti.

Na základní školu docházel ve stejném městě. První stupeň na základní škole ho učení bavilo a prospěchové výsledky tomu adekvátně odpovídaly. Známkový chování měl nesnížené a sám se řadil v té době mezi nadprůměrné žáky. Mimo školu měl mnoho koníčků, byl velmi sportovně nadaný, hrál fotbal, závodně běhal za základní školu štafetový a překážkový běh. Nejvíce ho bavily kolektivní sporty. Mezi další jeho koníčky patřil počítač, na kterém dokázal hrát hry i několik hodin denně. V této době také popisuje silnou touhu patřit do nějaké skupiny, říká, že neustále musel patřit do nějaké party, které ale nějak výrazně neměnil. V období prvního stupně na základní škole zatím neinklinoval k návykovým látkám.

Druhý stupeň popisuje jako zlomový. Jelikož většina jeho kamarádů z „party“ přestupovala do matematické třídy, tak i on sám přestoupil, aby o své přátele nepřišel. Po celý druhý stupeň základní školy přestával mít zájem o své staré

zájmy, které ho do té doby zaměstnávaly a bavily. Vždy se pro nějaký nadchnul a zájem po krátké době opadnul. Matematickou třídu nebral nijak vážně, stačilo mu procházet, veškerý čas chtěl být se svou partou přátel. Nezájem o studium se odrazil na jeho prospěchu, který se zhoršil, nosil domů poznámky a byl neustále ve škole napomínán za vyrušování v hodině.

V sedmé třídě, spolu se svým kamarádem, poprvé vyzkoušel cigaretu a marihuanu. Marihuanu si brali od bratra toho kamaráda, který jí pěstoval. Ten samý kamarád od svého bratra nekradl jen marihuanu, ale i rozpouštědla. Karel svou přibližně měsíční zkušenost s rozpouštědly popisuje jako velmi nepříjemnou a negativní. V osmé třídě na základní škole přiznává svůj první pohlavní styk s přítelkyní svého kamaráda. S jiným kamarádem poprvé vyzkoušel metamfetamin a tripy. Ve čtrnácti letech si našel první dlouhodobou partnerku Pavlu, s kterou byl následujících přibližně deset let.

Po základní škole nastoupil na střední průmyslovou školu, obor dřevařství, kterou úspěšně dokončil. V období, kdy studoval na střední škole, si uvědomoval depresivní nálady, o tomto období vypráví jako o „ponurém“. Zároveň se začal zajímat o hudbu a snažil se také založit kapelu. V období maturity, i díky špatnému vztahu se svým otcem, začal bydlet s přítelkyní u jejích rodičů. Aby se uživil a zároveň mohl alespoň symbolickou částkou přispívat rodičům přítelkyně na bydlení, našel si brigádu u izolační firmy. Z brigády měl velmi dobrý přísun peněz, přibližně 16.000 Kč měsíčně.

Po střední škole nastoupil do práce a s přítelkyní, která byla kuchařkou, si našli společné bydlení. Oba trávili v zaměstnání hodně času a doma se jen mýjeli. Karel jí byl velmi často nevěrný, tvrdí, že ji bezmezně miloval, ale nedávala mu v jejich intimním životě, to co potřeboval. Ve svém životě byl potom ženám často nevěrný, ale nikdy u svých milenek nehledal víc, než sex, který je pro něj v životě velmi důležitý.

Ve 20 letech měl nastoupit povinnou vojenskou službu, ale jelikož měl vlivné známé, zařídil si civilní službu na nedalekém plaveckém bazénu, kde i po ukončení civilní služby zůstal v pozici plavčíka, ovšem po doděláním si plaveckých zkoušek. Domácnost finančně udržovala a dotovala Pavla, měla velmi těžkou práci ve fabrice. Dnes se Karel stydí, že se nechal od ní živit a sám měl velmi lehkou práci za velmi nízkou mzdu. Po celou dobu o víkendech pil alkohol a užíval návykové látky. Víkendy většinou trávil s přáteli, jelikož Pavla byla abstinentka a s drogami sice zkušenost měla, ale odmítala v užívání pokračovat. V tomto období vyzkoušel i jinou práci, děláni izolací v metru, ale práce, z jeho pohledu, byla velmi fyzicky náročná a finanční odměna neúměrná práci a tak se vrátil do předchozí práce na bazén, kde se nechal zaměstnat jako strojník a příležitostně si vydělával brigádně u svého strýce ve firmě.

Karel začal pěstovat marihuanu, často ji neužíval, ale stala se mu cennou měnou ve výměně za drogy jiné. V Karlově životě se schylovalo k zásadnímu zvratu v jeho drogové kariéře, kdy začal užívat pervitin opět takřka denně. Pavla zjistila, že ji Karel podvádí, rozešli se, byt si nechal Karel a nastěhoval si do něj svou milenkou Karolínu. S Karolínou spolu žili 4 roky, kdy se u něj rozjela závislost

na methamfetaminu. Svě nadužívání návykové látky přisuzuje nespokojenosti ve vztahu s Karolínou. Poslední rok užíval i. v. a rozešli se spolu kvůli Karlovu neustálému podezírání z nevěry, dnes si uvědomuje, že měl tzv. „stíhy“.

Karel ve svém životě přiznává mnoho partnerek a milenek, do jisté míry se i jeho neustálé nevěry dají považovat za návykové chování. Uvědomuje si, že vztahy s ženami pro něj mohou být i nějakým spouštěčem cravingu. Přesto si nemůže pomoci a opakuje své vzorce chování i v partnerském životě.

Z práce byl vyhozen, kvůli drogám, Karolína se s ním rozešla ze stejného důvodu. Zde odstartovala Karlova nová drogová kariéra. Po odchodu z práce, čerpal finance ze stavebního spoření, které si založil a platil, když ukončil školu. Stavební spoření brzy vyčerpal, peníze investoval a prohrál v hazardních hrách a automatech. Jeho rodina o závislosti věděla, tak se s nimi raději nestýkal.

Po tom, co mu vyhořel byt, byl na dně. Vyměnil metamfetamin za opiáty, ale často se k metamfetaminu vracel a jak sám říká: „byly situace, kdy mi bylo jedno, co si dám“. Vždy platil za drogy pro sebe i pro své toxikální přítelkyně. Do života mu později vstoupil pro něj důležitý člověk a přítel, říkejme mu Marty. Marty byl muž středního věku, vlastnil byt, chodil do práce a neměl rád návykové látky. Vzal si Karla pod svá "křídla", nastěhoval si ho do bytu a chtěl mu pomoci s léčbou. Marty se s Karlem domluvil, že mu pomůže s léčbou. Když však nic nepomohlo a Karel stále užíval návykové látky, bylo jasné, že je nutná hospitalizace ve specializovaném léčebném zařízení. Karel svým slibům nedostal a musel se odstěhovat. Domluvil si tedy svou první léčbu v 28 letech. Za nedlouho po propuštění relapsoval a tento vzorec se opakoval ještě 3x. Karel se snažil po celou dobu pracovat, velmi mu pomáhal jeho strýc, který měl firmu a tak Karla zaměstnával, ale když si všimnul, že Karel začal užívat návykové látky, tak s Karlem spolupráci ukončil. Rodiče vždy po léčbě dlouho udržovali v přesvědčení, že abstinguje. Matka jeho závislost často oplakávala, otec nad ním zanevřel stejně jako jeho sestra.

### 3.2.3 Zdravotní anamnéza

V dětství Karel prodělal běžné dětské nemoci, pro otřes mozku, který si způsobil nehodou na jízdě kole, byl hospitalizován v nemocnici, délku pobytu ani komplikace léčby si nevybavuje. Vážné zdravotní komplikace a úrazy byli vždy pod vlivem návykových látek. Uvádí zlomeninu lýtkové kosti - fibuly, zlomeniny několika žeber, pravé ruky a prostředního prstu na levé ruce. Zlomeniny prodělal následkem úrazů v práci pod vlivem drog, přesné období, kdy úrazy prodělal, si již nepamatuje. Jako další prodělal ledvinovou koliku, následek užívání návykových látek. V neposlední řadě je Karel pozitivní na HBC pro kterou je sledován na specializovaném oddělení. Jiné neuvedené nemoci, příkladem HIV, přenosné hematogenně, či sexuálním stykem v minulosti neprodělal a nyní neguje. Medikován Antabus (disulfiramum) pro léčbu závislosti na alkoholu.

### 3.2.4 Trestně právní anamnéza

Jak jsem již zmínila, Karel se téměř po celou dobu až po nástup do léčby snažil pracovat, proto se rozsáhlé trestné činnosti nedopouštěl. Trestně stíhán byl pouze za řízení pod vlivem omamných a psychotropních látek, v testu mu vyšly pozitivně opiáty a metamfetamin. Byl mu zabavený řidičský průkaz a dostal dvouletou podmínku na 5 měsíců vazbu. Následně byl zadržen při řízení bez dokladů, ale nebylo to posouzeno jako maření a Karel zaplatil pouze pokutu. Dále se doznává k trestné činnosti, za kterou však nebyl trestán a ani při ní nebyl nikdy přistihnut.

Výše jsem již zmínila, že Karel pěstoval marihuanu, nikdy však nebyl za přechovávání, držení či distribuci marihuany odsouzen. Drogu nepěstoval ani tak pro sebe a své užívání, jako spíš pro další nakládání s látkou, distribuci. Mezi další trestný čin, při kterém nebyl přistihnut, a tudíž odsouzen je nedovolená výroba metamfetaminu (známého jako pervitin). Opět drogu nevyřáběl pro svoje potřeby, ale hlavním důvodem byla distribuce, k této činnosti můžeme neodmyslitelně přiřadit nedovolené přechovávání prostředků pro výrobu metamfetaminu. Mimo pěstování marihuany a výroby pervitinu, chodil na pole s makovitými rostlinami (mák setý), které plodí makovice, nezralé makovice obsahují mnoho alkaloidů například morfin a kodein, které jsou látkami potřebnými pro výrobu opia. Tyto makovice nařezával, sbíral vytékající tekutinu, z které následně vyráběl opium. Za sběr i distribuci opět nebyl nikdy souzen, jelikož nebyl přistižen. I o této trestné činnosti říká, že ji nedělal pro sebe, ale hlavním důvodem byl zisk z distribuce. Přiznává, že několikrát kradl v obchodech, krádeže byly spíše drobnějšího charakteru a ceny odcizovaných předmětů si hlídaltak, aby když bude přistižen, nebyl odsouzen.

Doma u svých rodičů pak odcizil téměř vše, co se dalo dál nějak prodat. Nejčastěji to byly šperky a peníze. Rodiče Karla rovněž na policii nikdy nenahlásili. Pod vlivem alkoholu několikrát napadl člověka. Říká, že pod vlivem alkoholu byl často agresivní a stačila mu maličkost, aby se vyprovokoval. Zde můžeme vidět jistou podobnost mezi Karlem a jeho otcem.

V období, kdy přecházel z metamfetaminu na opiáty a v době, kdy nechtěl užívat heroin, připouští falšování receptů, kvůli medikaci obsahující některé z opiátů. Jako poslední trestný čin uvádí přechovávání a ohrožování střelnou zbraní, za tento trestný čin nebyl souzen. Veškeré uvedené trestné činy Karel páchal pod vlivem návykových látek a při páchání trestné činnosti si neuvědomoval závažnost činů, dokonce si nepřipouštěl, že dělá něco trestného. Nepamatuje si přesné období páchání konkrétních činů, přesto uvádí, že veškerou činnost praktikoval od svých přibližně 20 let do 36 let.

### 3.2.5 Drogová anamnéza a kontakty se službami

#### 3.2.5.1 Experimentování s NL v období studia na ZŠ

Karel již od dětství přihlížel alkoholismu svého otce a dědy. Zpočátku ho návykové látky vyloženě nelákaly. Když mu bylo 8let, jeho o šest let starší sestra si domů pozvala několik přátel, aby společně oslavili její narozeniny. Rodiče doma nebyli a Karel společně s ostatními pil alkohol, konkrétně míchal rum s coca-colou. Na svou první zkušenost s alkoholem má nepříjemné vzpomínky. Bylo mu zle, zvracel a bolela ho hlava.

Další a tehdy už zásadní zkušenost byla v sedmé třídě, když s kamarádem ze třídy kradli jeho bratrovi tabák a marihuanu, kterou si sám pěstoval. Karel vzpomíná, že to byl největší „feťák“ v okolí. S marihuanou už měl lepší zkušenosti, líbili se mu stavy, které mu dávala. V té době ještě nevnímal, že jeho užívání může mít nějaký dopad. Do experimentování s drogami ho nikdo nenutil a netlačil. Říká, že nejvíce ho na drogách lákaly stavy, které na nich jsou a také to, že se na nich cítil být jako „frajer“. Marihuanu užíval celkem pravidelně, vzpomíná, že jeho užívání záleželo na tom, jestli ji sehnal. Do týdne vykouřil přibližně 10-20 marihuanových cigaret. Mimo ní kouřil tabákové cigarety, což je jediná závislost přetrvávající dodnes. V tom samém období (v sedmé třídě) a se stejným kamarádem ukradli jeho bratrovi i rozpouštědlo, které inhalovali z igelitového pytlíku. Podle Karla to byla jeho zřejmě nejhorší zkušenost s drogou. Nejen že mu bylo špatně, motala se mu hlava, zvracel, cítil se otupěle, ale i agresivně. Přesto že mu tyto následky inhalace rozpouštědel nevyhovovaly, užíval je spolu se svým kamarádem ještě přibližně měsíc, než nahradil rozpouštědla jinou látkou. Rodiče ani škola v té době neměli ani tušení, že Karel experimentuje s návykovými látkami.

Tehdy se s jiným kamarádem, říkejme mu Pavel, dostal k tripům, byl to pro něj nesmírný zážitek. V té době už docházel do osmé třídy na základní škole. Po špatných zkušenostech s rozpouštědly, poznal něco, co mu dělalo neuvěřitelné stavy. Stále toto experimentování zdůvodňuje pro svou zvědavost, říká, že v té době ho drogy neomezovaly, nepocíťoval závislost a vlastně užíval, protože chtěl, ale ještě nemusel. Látky, které užíval v té době, absolutně nevnímal jako drogy, jako něco na čem se mu rozjede závislost a pro něj se odstartuje peklo. Nepřipouštěl si, že by ho jeho užívání mohlo omezovat a nepřemýšlel ani nad tím, co přesně užívá, jaké účinky daná látka má nebo jak se to odrazí na něm samotném. S Pavlem pak tripy užívali pravidelně každý víkend společně s alkoholem a marihuanou. Už nebyl víkend, který by celý abstinovat. Drogy buď dostával od Pavla, který na tu dobu, od rodičů míval velké kapesné, nebo je dostali od někoho jiného. V době na základní škole nemusel mít brigády, aby si na drogy vydělal.

Krátce před koncem základní školy s Pavlem vyzkoušeli metamfetamin, aplikace nosem. Pro Karla to opět byla krásná zkušenost, a jelikož si ve stejné době našel partnerku, rád využíval metamfetaminu při sexu. Do konce základní školy Karel dokázal svůj tajný život plný drog skrývat, bydlel stále u rodičů. Jeho starší sestra již bydlela s přítelem v jiném městě, přesto se o Karlově experimentování dozvěděla a Karlovi řekla, že pokud s tím neskončí, řekne to rodičům. Slibu nedostala, měla už svůj život a ani s rodiči nebyla v častém kontaktu.

*Karel měl již genetickou predispozici k závislosti a navíc měl silně negativní příklad ve svém otci, který byl závislý na alkoholu. Proto by z mého pohledu bylo vhodné jižna základní škole indikovatpro Karla krátkou intervenci primární prevence, například v rámci školy.*

### **3.2.5.2 Syndrom závislosti**

Po základní škole studoval střední průmyslovou školu, obor dřevařství. Braní drog se snažil udržet pouze o víkendech. Pravidelně kouřil cigarety. Na střední škole se mu začali objevovat depresivní nálady. Čas rád trávil sám v ponuré atmosféře. Jeho koníčky již dávno vyměnil za drogy a jediné co ho mimo ně zajímalo, byla hudba. Poslouchal velmi depresivní hudbu a měl sen, že jednou kapelu založí.

Jeho nálady se odrážely i v drogovém životě, začal více pít alkohol, do školy chodil jen když musel a zároveň pomalu přestával bydlet doma a většinu dní a nocí trávil u rodičů své přítelkyně. Karel říká, že matku to sice mrzelo, ale jelikož se stále hádal s otcem, byla to jistá úleva i pro ni. O Karla se rodiče takřka nezajímali, neměli na něj žádné nároky ani očekávání. Rodiče jeho přítelkyně nechtěli Karla živit a tak si našel brigádu u firmy, která dělala izolace. Brigádou si vydělal dobré peníze a zároveň stíhal školu, ve které prospíval s průměrným hodnocením. Peníze z brigády již začínal vkládat do drog a přibližně kolem 18 let si uvědomil, že už pervitin užívat musí. Užíval neřízené množství, jeho přítelkyni to nevadilo, snad proto, že nevěděla, že Karel užívá denně. Karel tvrdí, že díky tomu, že nebyl kontrolován a svým způsobem „neřešil finance“ se jeho závislost ještě více rozjela. Pervitin už potřeboval, aby mohl fungovat a užíval sám. Zpětně se Karel diví, že na něm jeho přítelkyně nic nepoznala.

V 19 letech úspěšně ukončil školu a spolu s přítelkyní se odstěhovali do vlastního podnájmu. Karel ji miloval, přesto ji často podváděl, ale své výčitky utápěl v alkoholu. Když na svůj život kouká zpětně, tak tvrdí, že alkoholikem byl vlastně již od základní školy. Alkohol ho doprovázel životem a k tomu jen přidával, vyměňoval a ubíral jiné návykové látky, zároveň si uvědomuje, že alkohol může být u něj jistým spouštěčem. Čekat ho měla povinná vojenská služba, která by mohla ledacos změnit, ale díky vlivným známým do vojenské služby nastoupit nemusel a vyhnul se tomu civilní službou na nedalekém plaveckém bazénu. Práce plavčíka byla velice nenáročná, v práci měl výborný kolektiv a často společně konzumovali alkohol. Karel se nemusel omezovat ve své závislosti ani na metamfetaminu. Jeho přítelkyně v té době pracovala v továrně, práce byla velice fyzicky náročná, ale dobře finančně ohodnocená a veškeré výdaje společné domácnosti platila ona. Vzpomíná, že v době, kdy pracoval na plaveckém bazénu, neměl tolik peněz, aby je mohl dávat do pervitinu a tak se snažil dávky snižovat a oddalovat. Prý snad díky alkoholu se mu to docela dobře dařilo. Přesto kvůli nedostatku peněz začal pracovat u svého strýce, který měl firmu a protože měl Karla vždy velmi rád, tak ho brigádně zaměstnal. Peníze dostával na ruku a tak

nemusel nic vykazovat státu, čili přísun peněz měl opět na jeho nutné výdaje veliký.

Bylo mu 23 let, když začal pěstovat marihuanu, prý ani ne tak pro sebe jako pro výměnný obchod. Jeho přítelkyni pěstování nikterak nevadilo, jelikož Karel od doby, kdy začal marihuanu pěstovat, tak ji zároveň přestal kouřit. V městě, kde Karel žil byla hospoda, kde se daly sehnat všechny možné drogy, on do ní chodil. Marihuanu buď prodával a za peníze si koupil pervitin, nebo ji přímo za pervitin měnil.

*V tomto období již Karel splňoval několik znaků závislosti. Jednak již nemohl bez pervitinu fungovat - silná touha nebo pocit puzení, dále již začínal pociťovat - odvykací stav, byl nucen dávky postupně zvyšovat - průkaz tolerance a v neposlední řadě postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů. Patrné v tomto období nastává, že Karel měl z pervitinu více potěšení a tak o léčbě ani neuvažoval. Míru motivacev jeho procesu změny bych hodnotila jako ve fázi prekontemplace, jelikož užívání drogy vnímá jako prospěšné. Hodnotím tak podle modelu stádií změny motivace podle Prochasky a DiClemente (1992).*

### **3.2.5.3 Sexuální život na drogách**

Pro Karla nastalo období, kdy bez pervitinu nevstal z postele, a přesto byla jeho přítelkyně k jeho závislosti slepá, obecně spolu téma drog neřešili. S rodinou se Karel nestýkal nijak často a uznává, že jako „feták“ nevypadal, aby mohl budít podezření ve svém okolí. Vzpomíná, že ani neměl moc přátel, drogy užíval sám. Pomalu nastávalo období, kdy pervitin přestával přinášet ty kouzelné dary, pro které ho Karel začal užívat a užíval i nadále mile rád a začal si brát svou daň. Karel už nebyl tak nabytý energií a začínal nestíhat svou práci, také se opět dostavily „stíhy“, že je mu partnerka nevěrná. Zkrátka už neměl převahu on, ale měla nad ním převahu droga, kterou užíval.

Další ze zásadních zlomů nastal, když se s ním rozešla jeho dlouholetá přítelkyně, která mu přišla na jeho neustálé nevěry. Karla opustila a odstěhovala se, přesto spolu udržovali sexuální poměr, ačkoli on už měl jinou přítelkyni Karolínu, která stejně jako on užívala pervitin. Karolína byla jejich dlouholetá přítelkyně. Zpočátku si velmi rozuměli, dokonce už Karel i ztratil nutkání být své přítelkyni nevěrný. Oba spolu po roce nezřízeně i. v. užívali metamfetamin. Karel už nebyl schopen udržet si brigádu u svého strýce, často na smluvené práce nedorazil, když už dorazil, měl v sobě takové množství látky, že práci nedělal, jak měl a často se dopustil chyb a bohužel došlo i na zdravotní úrazy, které uvádím ve zdravotní anamnéze. „Strýc věděl, že užívám nějaké drogy, pomohl by mi s léčbou, ale já nechtěl a tak jsem odešel“, říká Karel.

V té době se o jeho závislosti definitivně dozvěděli i jeho rodiče a s Karlem ukončili kontakt do té doby, než se půjde léčit. Na plaveckém bazénu, kde v té době pracoval, zatím nic nevěděli, byl to jeho jediný přísun peněz a nebyl velký. Snad proto, že se společně domluvili, začala i Karolína finančně přispívat práci sexuální společnosti. Karel neví, jestli to bylo pervitinem, nebo je opravdu tak žárlivý, ale

podezíral Karolínu, že ji práce baví a své zákazníky si vodí také domu, kde s nimi provozuje sexuální praktiky bez finančního výděлку. Velmi a často se hádali, někdy došlo i na fyzické násilí, které vždy končilo velkou dávkou pervitinu. Hádky se stupňovaly a už jen bylo otázkou času, kdy budou muset jít od sebe. Vztah s Karolínou byl prý jen o sexu a pervitinu. Karel má velmi speciální požadavky v sexuálních praktikách, například mu největší uspokojení přináší skupinový sex a Karolína byla první partnerkou, která mu v jeho sexuálních choutkách vždy vyhověla a zřejmě i proto byla jedinou ženou, kterou neměl nutkání podvádět.

*Zapřemýšleli jsme také o tom, jaký vliv na jeho sexuální život s Karolínou měl pervitin a Karel jednoznačně ví, že pervitin mu ho ovlivňoval velmi. I v dnešní době na jejich sexuální život rád vzpomíná a tvrdí, že to co mu dala ona, už mu žádná jiná žena nedá, zřejmě ji vidí jako osudovou ženu. Zde jsme společně narazili na další problém nebo na rizikovou situaci při léčbě v TK. Pozoruji v komunitě, že Karel vykazuje jisté relapsy i ve vztahu se ženami v komunitě. Společně tyto relapsy pojmenujeme, mluvíme o nich.*

Hádky a násilí vyvrcholili a vztah byl ukončen. Karel střídal partnerky v tomto období velmi často, uspokojoval jen své sexuální potřeby, ale vážný vztah již nehledal, stále doufal, že zvládne nahradit Karolínu ženou jinou. Výměnný obchod „marihuana za pervitin“ již přestával fungovat, prodávat už ji také nechtěl, protože měl strach, že ho sleduje policie a tak svou pěstírnu zrušil. Už nebyl schopný chodit do práce a tak ho vyhodili i z plaveckého bazénu. Karel se ocitl bez příjmu, vzpomněl si, že má stavební spoření, na něm měl uloženo 200 tisíc korun, které následně prohrál v automatech a „profetoval“. V neposlední řadě mu vyhořel byt, prokázáno bylo cizí zavinění, ocitl se na ulici.

#### **3.2.5.4 Záměna primární drogy**

Karel se rozhodl jít za rodiči a poprosit je o pomoc, oni si ale trvali na tom, že k nim může pouze za předpokladu, že se půjde léčit. *V tomto období nebyl sám Karel motivován k léčbě a skutečně nechtěl pracovat na své abstinenci. Jeho motivační stádium bych hodnotila mezi prekontemplačním stádiem a stádiem kontemplace, jelikož si už uvědomoval nevýhody jeho užívání a domnívám se, že pokud by se s Karlem déle pracovalo, vyvolávaly by se u něj pochybnosti, či ho dovést přijít na všechna rizika, mohl by se plně přesunout do fáze kontemplace. Neměl jinou možnost, než bydlet u rodičů, ale za podmínky, že se půjde léčit, proto zde můžeme vidět nevhodné, ale záměrné zvolení typu služby. Kdyby byl Karel správně motivován, byla by vhodná pobytová služba střednědobá až dlouhodobá.*

Nicméně, Karel si našel ve vedlejším městě ambulantní léčbu, do které docházel, avšak velmi zřídka a nepravdělně, drogy užíval dál.

*Jak Karel popisuje, přicházíme na to, že zařízení bylo nízkoprahové, kde probíhala výměna a zároveň konzultace o již zmíněné léčbě, která ale v tomto období neprobíhala a neproběhla.*

Rodiče mu ale věřili, že se léčí. Našel si partnerku Evu, které bylo 19 let a Karlovi v té době 28 let. Zpočátku to byla veliká láska ovlivněná však pervitinem,

Eva stejně jako Karel užívala pervitin i. v.. Už nechtěl neustále skrývat svou závislost před rodiči a nastěhoval se k Evě, která bydlela u svých rodičů. Karla měli vcelku rádi, ale tušili, že s ním není něco v pořádku a nedokázali pochopit, proč nepracuje.

Už dlouho Karlovi pervitin nevyhovoval, popisuje, že na něm nedokázal fungovat, nedokázal chodit do práce natož si ji udržet a skončilo to období, kdy mu dával plno energie a síly. Měl svého stálého dealera a během těch let co k němu docházel, se stali vlastně přáteli. Když si k němu šel opět pro dávku pro sebe i Evu, tak se mu svěřil s tím, jak ho pervitin pomalu ale silně ničí a jak ničí jeho pracovní život i vztahy s rodinou. Dealer mu prodal pervitin a jako bonus pro dlouholetého zákazníka mu dal na zkoušku i látku pro něj dosud neznámou, heroin. Neváhal ani okamžik, a když přišel k Evě, místo pervitinu si vpravil do žíly heroin. Doposud nezažil nic hezčího, krásnějšího, příjemnějšího. Popisuje to jako neustávající orgasmus v každém kousku jeho těla. Neváhal a byl rozhodnut se heroinu nevzdat. Byl schopen si najít práci, opět začal pracovat u strýce ve firmě, a našel si podnájem, kam se s Evou odstěhovali. Tvrdí, že na pervitinu nebyl schopen třeba 14 dní vstát z postele, ale na heroinu dokázal konečně fungovat. Začal přibírat na váze, vypadal už fyzicky lépe a rodiče byli překvapeni, jak Karel vypadá.

Karel tedy užíval heroin, ale pracoval, s Evou byl vztah jen o drogách, sice byl rád, že má vedle sebe krásnou a hlavně mladou ženu, ale zájem o sex už takový neměl a jinak si spolu nerozuměli. Netrvalo dlouho a Karel pocítil, jak je jeho závislost na heroinu silná. Přibližně dva roky fungoval na opiátu naprosto výborně. Jednoho dne však šel do práce, jako každý jiný den, spadl ze střechy a zlomil si ruku. Strýc ho odvezl do nemocnice, kde mu na bolest dali nějaké léky obsahující morfium. Kvůli zlomené ruce nemohl pracovat, nebyl schopný platit byt a tak byl z něho vyhozen a zároveň neměl na své dávky heroinu. Vyhrocené situace přispěli k rozchodu s Evou. Z dávek, které dostával, si našel ubytovnu, kterou byl schopen platit. U svého praktického lékaře žádal o „substituční léčbu“, protože neměl peníze na drogy a věděl, že existují léky, které mu heroin nahradí. Svého lékaře opravdu přesvědčil a léky mu byly předepisovány, jindy padělal recepty. Stýkal se s rodinou, která mu stále věřila abstinenci. Na ubytovně poznal pána, který na ubytovnu chodil za svým bratrem alkoholikem, kterému se snažil pomoci se vyléčit.

### 3.2.5.5 První léčba, první relaps

Zmiňovaný muž byl velmi bohatý a s Karlem se skamarádili. Když mu zemřel bratr, chodil už jen za Karlem, chtěl po něm léčbu. Karel si občas koupil heroin, jinak užíval předepsané léky, které buď dostal od lékaře, nebo zfalšoval recepty. Nutno podotknout, že také pil alkohol, míra nebyla nikterak velká, ale když měl peníze, vždy si nějaký ten tvrdý alkohol koupil.

*Zde bych se vyjádřila ke snaze o substituci heroinu, kdyby Karel vyhledal specializované substituční centru, bylo by to z mého pohledu přijatelnější. Karel by*

*užíval pouze substituční látku a byl by namátkově testován a zároveň by užíval antabus. Soudě z klientova vyprávění o takové možnosti nebyl informován.*

Peníze na ubytovnu tedy dával na heroin a alkohol a tak ho brzy z pronajaté garsonky vyhodili. Vzal si ho pod křídla zmiňovaný přítel. Nastěhoval si ho do bytu a rozhodl se, že Karla vyléčí. Domluvil mu léčbu v na psychiatrickém oddělení, kde se měl léčit ze závislosti, ale jelikož měli plno, byl zařazen do pořadí, do léčby měl nastoupit za 4 týdny. Po celou dobu bydlel u přítele a snažil se snižovat dávky. Na psychiatrické oddělení pro léčbu závislosti opravdu nastoupil. Nejprve musel na „detox“, myslel si, že to jeho tělo nemůže zvládnout, vlastně poprvé poznal, jaká je odvrácená strana jeho milovaného heroinu. Po pobytu na detoxu se přesunul do režimové péče pro osoby závislé na návykových látkách. V průběhu léčby kontaktoval rodinu, které se svěřil, ale navštěvovat ho chodil pouze kamarád, který mu léčbu zařídil. Velmi ho mrzelo, že ho rodina nepodpořila, že se o něj nezajímala. Jeho první léčbu vnímá velmi negativně, říká, že nebyl připraven na to, co ho čeká venku. Aby svou abstinenci v "normálním" životě lépe zvládal, domluvil si doléčovací centrum, začal opět pracovat u strýce.

*Zde bych se krátce vyjádřila ke službám a motivaci. Karel před nástupem do léčby nevěděl, co ho čeká, ale protože neměl kde bydlet, rodina nad ním zanevřela a neměl ani přítelkyni, která by ho v závislosti utvrzovala, tak byl motivován, začal jednat a byl odhodlán se léčit a to bez jakékoli podpory. Psychiatrické oddělení bych hodnotila jako vhodnou léčbu, postrádám v ní však práci na prevenci relapsu, nebo alespoň nějaké základní informace o problematice relapsu. Dle vyprávění Karla se v léčbě ani nediskutovalo o pojmu craving, a proto se ho Karel snažil popírat a nebyl schopen s ním a na něm pracovat. Myslím, že by bylo vhodné klienty informovat například o strategiích zvládnání cravingu podle Nešpora (2011), nebo principy obsažené ve sborníku tematické skupiny a zároveň diskutovat tato témata na skupinových i individuálních terapiích. Domnívám se totiž, že je velmi důležité s klienty o těchto tématech mluvit, aby své chutě nepotlačovaly a pracovaly s nimi. Oceňuji, že Karel následně vyhledal doléčovací centrum v podobě ambulantních návštěv, aby své setrvání udržel. Zde bych zřejmě nenavrhovala nástup do terapeutické komunity, jelikož TK jsou indikovány spíše pro dlouhodobé uživatele, kteří jsou problémový například z hlediska psychosociálního, a tudíž doléčovací centrum vnímám jako lépe zvolenou službu.*

Abstinovat se mu dařilo, splnil si sen a založil kapelu, kde dělal bubeníka a protože neměl kde bydlet, začal bydlet u kluka z kapely na chalupě. Karel říká, že na chalupě se mu nelíbilo, byl tam sám, objevovali se mu deprese, stále víc přemýšlel nad alkoholem a drogami a cítil, že jeho abstinování od drog nebude lehké. Zpočátku fungoval, chodil do doléčovacího programu na skupinové i individuální terapie, které mu velmi pomáhaly, a zároveň chodil do práce ke strýcovi. Opět se začal stýkat s rodiči, které neustále přesvědčoval, že abstínuje a v abstinenci hodlá pokračovat. Otec na něj zanevřel a často mu téma drog připomínal, Karla sotva pozdravil, matka se snažila mezi otcem a Karlem nějak proplouvat a nikoho si nepoštvat proti sobě. O nějaké podpoře ze strany rodiny tedy nebyla řeč. Karel se stýkal jen s kluky z kapely, kteří drogy neužívali, a proto se s nimi cítil v

bezpečí, naopak hodně pili alkohol. V žádném případě se nejednalo o závislost, zkrátka si rádi během zkoušky a po zkoušce dali pár piv, někdy skleničku tvrdšího alkoholu. Karel zprvu odolával, snažil se, ale přibližně půl roku po léčbě si dal pivo a jednu dávku metamfetaminu. Se vším se svěřil v doléčovacím centru a s lapsem pracovali.

*Zpětně si uvědomuje, že to bylo poprvé, kdy se dozvěděl o nějakém lapsu a relapsu a to až v doléčovacím centru. Do té doby si neuvědomoval rizikové situace a ani se jim nesnažil vyhýbat či si nestanovil plány, jak tyto rizikové situace zvládat. Zde bych navrhovala aplikovat jednu z metod prevence relapsu. Vzhledem k okolnostem bych v rámci terapie s Karlem navrhovala, vypracovat rozhodovací matici, aby si uvědomil negativní a pozitivní důsledky jeho dřívějšího návykového užívání, tedy pokud by váhal zda-li pokračovat v léčbě. Zároveň bych doporučila navázat technikou mapování, při které by si pojmenoval a uvědomil vysoce rizikové situace, které ho mohou vést k užití návykové látky a zároveň pracovat na zvládnutí těchto situací, či jak se jim vyhnout. Měl by možnost vidět svou aktuální pozici a znázornit místo, kam by chtěl dojít. Přestože zmiňované techniky bych spíše zařadila do základní léčby. Od zkoušek kapely se začal stranit, pokud nebyl v práci, trávil čas sám na zmiňované chatě a jeho deprese se prohlubovaly.*

Na své třicáté narozeniny byl sám, a protože si chtěl udělat radost koupí nějakého dobrého jídla, tak šel do města, kde potkal svou bývalou přítelkyni Karolínu, společně šli ke Karlovi na chatu, kde mu nabídla před pohlavním stykem pervitin, aby si sex oba užili. Karel na chvíli nezaváhal a pervitin si aplikoval i. v..

*Zde bych si dovolila identifikovat, co předcházelo relapsu podle Marlatta a Gordonové. Karel byl sám, bez rodiny, přítelkyně nebo přátel a tak tomu bylo i na jeho narozeniny, prodělával deprese, tedy negativní emocionální stavy, které jsou nejčastější skupinou zvyšující riziko relapsu, přesto měl snahu odvést svou pozornost tím, že si chtěl alespoň v samotě udělat hezký večer. Dále nezvládnul sociální tlak ze strany své bývalé přítelkyně a zde mi chybí právě práce na prevenci relapsu při střetu s rizikovou situací.*

Na chatě spolu strávili týden, a protože Karel nešel celý týden do práce, strýc nabyl podezření a Karla navštívil v situaci, kdy bylo jasné, že Karlova závislost se opět vrátila. Tak tedy zase neměl práci a bylo tedy nutné si obstarávat finance nelegálním způsobem. Začal krást doma, začal vyrábět pervitin a v té době mu bylo jedno, co si do žil vpraví. Někdy užil pervitin, jindy za pervitin výměnným obchodem získal heroin. V období, kdy byly makovice, získával opium z nich a pak si připravoval drogu sám. Rok žili s Karolínou na chatě, kde společně užívali drogy a v nadmíře pili alkohol. Z toho roku si Karel velmi nevybavuje, byl to rok, který mu proplul mezi prsty. Po roce je vyhodili z chaty, jelikož se zjistilo, co na chatě Karel vyrábí. Karolína Karla opustila, protože nechtěla žít na ulici a šla bydlet ke svému bývalému partnerovi.

### 3.2.5.6 Druhá léčba, druhý relaps

Karel byl sám, nevěděl, co má dělat, kam má jít a jako jedinou možnost viděl léčbu. Šel tedy za rodiči, jestli by si ho u sebe nenechali, než nastoupí do léčby. Souhlasili, ale protože je už několikrát zklamal a okradl, ubytovali ho v garáži, která nebyla zateplená. Domluvil si léčbu v jiné psychiatrické léčebně, která jak jsem pochopila, byla soustředěna pouze na léčbu závislosti na alkoholu. Do léčby opravdu nastoupil, vyhnul se detoxu a šel rovnou na oddělení.

*V druhé léčbě vidím naprosto nevhodně zvolený typ léčebny, jeho motivace k léčbě nebyla velká a do léčby nastoupil z mého pohledu jen proto, že neměl kde bydlet. Léčbu bych zvolila na specializovaném oddělení závislosti na návykových látkách, kde bych se snažila pracovat na jeho motivaci a snažila bych se terapeuticky s klientem pracovat na negativních a pozitivních přínosech jeho užívání a zároveň bych poodhalila skutečný důvod, proč do léčby nastoupil, jelikož si myslím, že by se na něm dalo dále pracovat.*

Po celou dobu pobytu užíval opiáty, které mu vozil jeho přítel a dealer, opravdu abstinovat pouze od alkoholu. Po konzultaci s lékařem mu byla doporučena komunita, do které Karel ale nešel, z pochopitelných důvodů a lékaře po měsíci poprosil o stabilizační propuštění. Propuštěn opravdu byl a vrátil se zpátky domů do garáže, kde ho rodiče nechali bydlet. Karel neměl výčitky, že užívá heroin, pohltila ho hra na „abstinujícího syna“. Pracovat začal opět u strýce, který mu zprvu jeho pohádku o abstinenci uvěřil, ale přibližně rok to trvalo, když začal nabývat podezření a z práce byl vyhozen. Protože Karel neměl na drogy, nebyla sezóna makovic a v garáži nemohl vyrábět pervitin, nastoupil do substitučního programu. Idylická představa, že na substituci bude pracovat, ztroskotala a začínal mít výčitky, že užívá heroin a přitom matce lže o tom, jak abstinuje. Deprese a výčitky gradovaly, až si koupil velkou dávku heroinu, aby si dal zlatou a svůj život ukončil.

*Karel i s odstupem času má slzy v očích, říká, že se nenáviděl, byl sám sobě nechutný, záviděl lidem běžné starosti a život. V té chvíli, kdy si koupil heroin, se opravdu chtěl zabít, aby dopřál klidu rodině i sobě. Nelitoval pro to, co chtěl udělat, nemohl za to, že se nepřestával trápit a přesto heroin v té době nevnímal jako nepřítele, ale jako jediný způsob osvobození.* Včas ho našla matka, která přišla do garáže, zavolala záchranku, která ho odvezla do nemocnice. Během pobytu v nemocnici neužil heroin a matka se mu rozhodla naposledy pomoci, sjednala mu léčbu ve stejné psychiatrické léčebně, kde podstoupil svou druhou léčbu. Nastoupil na detox, po kterém si začal uvědomovat jak silně fyzicky závislý na opiátech je. Po detoxu nastoupil na oddělení, kde probíhaly pravidelné testy. Zpočátku opravdu abstinovat, než ho navštívil jeho přítel Honza, který mu přivezl subutex. Občas se vyhnul namátkovým kontrolám tím, že dával moč někoho jiného. Z užití subutexu měl vždy výčitky, které opět zaháněl subutexem. Primář oddělení mu na jeho občasnou užití přišel a Karlovi dal ultimátum, buď odejde a bude vesele užívat dál, anebo zůstane, ale neužije během léčby ani jedinkrát a konečně začne vnímat léčbu vážně. Opravdu se rozhodl abstinovat, léčbu dokončil, a ačkoli mu byl doporučen nástup do komunity, odmítl a vrátil se domu k rodičům, kde opět bydlel v garáži.

Byla zima a nebylo možné v nezateplené garáži vydržet, ale neměl na výběr, rodiče už mu nevěřili a domů ho nechtěli vzít.

*Vzpomíná, že mu velmi chyběla podpora ze strany rodičů. Také si uvědomuje, že nechápe, proč nepodstoupil další léčbu, myslel si, že stačí, když projde detoxem a bude po problému. V tomto případě bych Karlovi indikovala nástup do TK, protože ho hodnotím jako problémového uživatele se značnou drogovou kariérou, dlouhodobého uživatele, který je výrazně problémový z hlediska psychosociálního a který má problémy s motivací. Žil z dávek, které mu stát dával a občas dostával jídlo od matky, ovšem za zády otce. Zimu v nesnesitelných podmínkách přežil a rozhodl se, že si musí najít práci, že si musí najít "normální kamarády a dívku a začít žít normální život bez drog.*

### 3.2.5.7 Třetí relaps

Ve 33 letech si opravdu našel práci, byt a začal žít. Pracoval jako dělník na stavbách, práce byla sice fyzicky velmi náročná, ale na druhou stranu neměl čas přemýšlet nad alkoholem a drogami. Nedostatkem peněz také netrpěl, protože práce byla dobře finančně hodnocená a mohl tedy začít šetřit peníze, za které by si mohl jednou pořídit vlastní byt, nebo automobil. Začal se vídat s ženou, která bydlela ve stejném panelovém domě, byla mu velmi sympatická a i vzhledově ho přitahovala. Netrvalo dlouho a začali mít spolu vztah, ona se nastěhovala k němu a Karel měl první vztah, který nebyl ovlivněn drogou. Ona pracovala jako barmana v nedalekém baru, kam za ní postupem času dokázal chodit, aniž by pil, nebo hrál automaty. Přibližně po roce společného soužití nastaly mezi nimi problémy, přestali si rozumět, často se hádali a Karel nechápal změny nálad u své přítelkyně. Jednoho večera, když ona byla v práci a Karel sám doma se rozhodl jí prohledat věci, jestli nenajde například nějaké důkazy nevěry či něčeho, co by vysvětlovalo její náladovost. Ve skřínce v koupelně našel několik gramových pytlíčků, z kterých jeden obsahoval metamfetamin. Karel byl zdrcen, nevěděl, jak se má zachovat, co má dělat. Šel do nedalekého obchodu, kde si koupil láhev tvrdého alkoholu, vrátil se domů, kde si na stůl dal již zmiňovaný poloplný pytlíček a láhev alkoholu. *„Tento okamžik si vybavuji, jako by se to stalo včera, bylo asi 8 hodin večer, když jsem přišel z obchodu s láhví a posadil se před stůl, na který jsem postavil láhev a perník. Snad do 4 hodin do rána jsem přemýšlel, co mám dělat, jak se zachovat. Tím nálezem perníku se mi obrátil můj život naruby, měl jsem práci, měl jsem krásnou ženu a byt a teď jsem stál před rozhodnutím, zda-li ztratím svou ženu, kterou miluju, nebo začnu užívat s ní a budeme spolu. Tak jsem to opravdu viděl a tak jsem nad celou situací také přemýšlel. Dokonce jsem si byl jist, že ji pomohu tím, že začnu brát s ní, protože ji omezím na dávkách". Zde bych si dovolila označit možné spouštěče, které řadím do skupiny intrapersonálních konfliktů a jistého sociálního tlaku, kterému byl Karel již jednou vystaven a stejně jako tehdy mu podlehl.*

Než se vrátila domů, vypil láhev a užil pervitin nosem, zatím neměl výčitky. Po příchodu jeho přítelkyně ji sdělil, co udělal a jak v minulosti žil, domluvili se, že

společně budou abstinovat a začnou žít život bez drog. Karel vyhledal hned druhý den doléčovací ambulanci, kde se snažil svůj relaps řešit. Myslí, že tak 14 dní se mu dařilo dále již neuklouznout. Pak nastalo období, kdy pervitin oba užívali téměř každý den. Nastal opět ten stejný kolotoč, z práce byl vyhozen a tak začal s výrobou pervitinu. Přibližně po roce se u něj projevila toxická psychóza a věděl, že s pervitinem musí skončit. Opět uvažovali, že se půjdou léčit, ale ani jeden neměl to odhodlání slova naplnit. Začal vyměňovat pervitin za heroin, aplikace i. v., ale jeho přítelkyně zůstala u pervitinu. Později mezi nimi začali spory, které vygradovali, přítelkyni násilně vyhodil z bytu a protože nebyl schopný platit byt, skončil na ulici. Pokusil se kontaktovat svého kamaráda Honzu, u kterého by mohl bydlet, ale zjistil, že zemřel na předávkování. Bylo mu 35 let, kdy se ocitl na ulici. Několik měsíců spal, kde se dalo - nádraží, opuštěné domy, chaty. Peníze získával krádežemi a za peníze si kupoval heroin a alkohol. Na tohle období vzpomíná nerad, stydí se za to jak žil a vypadal.

### 3.2.5.8 Poslední léčebná zkušenost

Ve 36 letech zkolaboval, když si na vlakovém nádraží vpravil do žil zřejmě nečistý heroin. Byl odvezen do nemocnice, kde mu byla zjištěna žloutenka typu C. Vzpomíná, že v nemocnici na něj všichni koukali jako na „feťáka o kterého se nechtějí starat“ a také mu to dávali najevo, bylo to pro něj hrozné. Do nemocnice za ním přišel otec, který mu sdělil, že se za něj stydí, že pro něj umřel a nechce ho už nikdy vidět a že by pro celou rodinu bylo lepší, kdyby zemřel. Pro Karla to bylo hrozné, otec se k němu nikdy nechoval hezky, ale nyní v jeho tváři neviděl známou agresi, lhostejnost či nezájem, ale viděl zoufalství. Poprosil zdravotní sestru, aby mu sehnala kontakt na psychiatrickou nemocnici, kde mají i oddělení pro léčbu lidí se závislostí. Do léčby nastoupil, podstoupil detox a následovala několika měsíční léčba, léčbu vnímal jako zlomovou, za celou dobu pobytu neužil návykovou látku. Po propuštění se cítil velmi silně, měl domluvenou komunitu, ale do ní už nedorazil. Cestou potkal známého dealera, který mu zdarma podal návykovou látku. Karel měl nesmírné výčitky, nechtěl spadnout znovu do závislosti. Zavolal tedy do léčebny, z které vyšel, znovu do ní nastoupil již na pár dnů a z léčebny již nastoupil do terapeutické komunity.

*Z rozhovoru je patrné, že léčebna, kterou si vybral, mu vyhovovala z minulosti prodělaných zřejmě nejvíce. Již od počátku léčby byla možnost pod vedením terapeuta diskutovat craving, to byla pro Karla v rámci terapie nová a příjemná zkušenost. V rámci programu měli skupiny na prevenci relapsu a tak byl Karel poprvé vybaven dovednostmi a strategiemi na zvládání rizikových situací. Uměl je identifikovat a pojmenovat, v léčebně na nich tedy pracovali. Práci s relapsem v zařízení bych zařadila do kognitivně-behaviorální PR, jelikož učili klienty k tomu, aby relaps vnímali jako prostředek učení a nemusí znamenat vrácení k původní úrovni užívání. Pokusím se na poslední relapsovou epizodě ilustrovat klinický průběh. Když byl Karel propuštěn z PL byl, jak jsem výše zmínila, vybaven dovednostmi pro zvládání rizikových situací. Měl plán, že ihned po propuštění*

*pojede do terapeutické komunity, do které však již nedorazil. Pro Karla byla léčba v PL příjemná, našel si v ní mnoho přátel a ačkoli se na jednu stranu do komunity těšil, na druhou stranu cítil smutek a strach, že odchází od lidí, na kterých mu záleží. Cestu do komunity záměrně, ale podvědomě prodlužoval a vlastně si přál se do léčebny vrátit. Na vlakovém nádraží, kde čekal na vlak (a záměrně si jeden nechal ujet) se rozhlížel, až uviděl svého dealera. Údajně ho chtěl jenom pozdravit, ale událost skončila relapsem.*

*Jako zdánlivě bezvýznamné vnímám 1) prodlužování cesty do TK, 2) nechal si záměrně ujet vlak 3) mapování/rozhlížení se po lidech na nádraží 4) pozdravení dealera. Cítím, že Karel si neuvědomoval, že by se podvědomě rozhlížel, kde si drogu obstarat. Dle mého názoru se chtěl moc vrátit do PL a prožíval smutek, podstatu rizikové situace tedy hledám v negativním emočním stavu, který spustil následný craving, který se ale snažil nevědomky popírat. Pokud některé nezvládnul identifikovat. Oceňuji, že po okamžitém uspokojení, vyhledal pomoc a že relaps vnímá jako prostředek k učení v další terapii a prevenci relapsu.*

Historie klientova návykového chování v bodech:

- V 8 letech první zkušenost s alkoholem na sestřiných narozeninách.
- Od 10 let experimentování s tabákem, nekouří zatím pravidelně.
- Ve 12 letech první kontakt s marihuanou později i rozpouštědla
- 13 - 14 let, nahrazení rozpouštědel tripy
- 15 let první kontakt s metamfetaminem, následně pravidelně
- 23 let končí s kouřením marihuany
- 27 let kontakt s automaty
- 28 let primární droga heroin
- 29 let, pokus o substituci léky
- 33 let metamfetamin následně vyměněn za Heroin

### **3.2.6 Kontakty se službami**

*Klientův první kontakt se službami byl v jeho 28 letech. Léčba byla ambulantního bych se snažila interpretovat a prozkoumat relaps ještě podrobněji, zjišťuji skryté předchůdce rizikových situací. Karel sice prožíval negativní emoční stavy, ale příčinou jich nevidím odchodem z PL, jako spíš ve ztrátě jistoty a pocitu rodinného zázemí. Karel se sice pokoušel osvojit si strategie zvládnání rizikových situací, ale*

*charakteru. Karel byl do léčby dle jeho názoru donucen. Rozešla se s ním jeho přítelkyně, shořel mu byt a on neměl jinou možnost, než jít k rodičům a poprosit je, zda-li by u nich nemohl bydlet. Oni však o jeho závislosti věděli a chtěli, aby se Karel léčil. Léčbu nehledal proto, aby mu byla cílená, ale chtěl tak obejít podmínku léčby ze strany rodičů, protože neměl kde bydlet. Vzpomíná, že léčit se ani nechtěl a proto ji nebral vážně. Chodil na terapie, kde spolu s terapeutem diskutovali o případné léčbě a výhodách abstinence.*

*Osobně si myslím, že problém byl již na samém počátku a tím je motivace, klient nebyl vůbec motivován. Léčit se nechtěl a to vidím jako hlavní problém. Další chybou je zvolení vhodné léčby. Pokud by byl klient správně motivován do léčby, navrhovala bych spíše pobytový typ služby.*

Ve 29 letech nastoupil Karel do své druhé léčby do psychiatrické nemocnice na oddělení specializované na léčbu závislostí. V této době byl již závislý na heroinu, před léčbou se pokusil o substituci léky a o snižování dávek. Součástí léčby byl detox, kterým klient prošel, než nastoupil do režimové péče. O této léčbě smýšlí velmi negativně. Bylo to vlastně poprvé, kdy abstinovat od heroinu a poznal, jak moc je na heroinu fyzicky závislý. Průběh léčby vnímá také velmi negativně, neuvědomuje si, že by se nějak soustředili na terapii a léčbu. Léčba byla krátkodobá, spolu s detoxem byl v léčbě tři měsíce. Jelikož si uvědomoval, že mu léčba nepřináší pozitivní zpětnou vazbu, cítil se depresivně a uvádí nedostatek informací, tak si již v zařízení domluvil doléčovací program, protože odmítl nastoupit do terapeutické komunity.

*Léčbu v psychiatrické nemocnici Karel vnímal dost negativně, myslí si, že ho nepřipravili na život venku. Jediné čeho v léčbě docílil, byla detoxifikace látky z organismu. Oproti prvnímu kontaktu se službami, je zde evidentní Karlova motivace. Chtěl dobrovolně nastoupit do léčby a byl motivovaný k abstinenci, ovšem vidím zde stejný problém jako v první léčbě a to je nevhodná volba zařízení pro klientovy potřeby. Zvolila bych spíše službu s delším pobytem, kde by byl prostor na témata týkající se cravingu a rizikových situací. Problém vidím i v tom, že klient odmítl nastoupit do terapeutické komunity, kde je velký prostor pro skupinové a individuální terapie.*

Do doléčovacího programu opravdu nastoupil a delší dobu do něj docházel. Když nezvládl rizikovou situaci a uklouznul, obrátil se na doléčovací centrum, kde vzápětí s lapsem pracovali. Další léčba byla ve 30 letech, nástup byl pro Karla nátlakem ze strany rodičů. Nastoupil do jiné psychiatrické léčebny, která se soustředila pouze na závislost na alkoholu. Při nástupu se vyhnul detoxu a byl přijat na režimové oddělení, kde po celou dobu užíval opiáty, které mu vozil jeho toxi známý, po měsíci pobytu byl propuštěn na svou žádost. O zmíněné léčbě Karel mluví velmi stručně, přiznává, že ji ani jako léčbu nevnímá a nevnímal. Nějakou dobu po propuštění se pokusil o substituční léčbu, protože neměl finanční prostředky na koupi návykových látek, nastali u něj deprese a pokusil se o sebevraždu, po neúspěšném pokusu odvezen do nemocnice a odhodlán se jít léčit. V jeho 31 letech podstoupil opět léčbu v psychiatrické nemocnici, kde prošel detoxem. Na oddělení byl pravidelně testován na přítomnost OPL, občas porušil léčbu užitím subutexu. Primář oddělení mu na jeho užívání přišel a Karel dostal ultimátum. Ve 36 letech nástup do PL oddělení léčby závislostí, první léčba do které byl velmi motivován. Potom nástup do terapeutické komunity, kde jsem se s klientem setkala v období, kdy usiloval o přestup do třetí fáze. A protože se blíží řádné ukončení léčby v TK, smýšlí nad doléčovacím programem a chráněným bydlením, který si našel nedaleko TK. Je také odhodlán si v nejbližší době vytvořit životopis a začít se poohlížet po zaměstnání.

### **3.2.7. Diagnóza podle MKN – 10**

**Klient měl z psychiatrické léčebny diagnózu F11 (Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním opioidů) a F10 (Poruchy způsobené užíváním alkoholu). Klient splňoval:**

- a) silná touha nebo pocit puzení užívat látku
- b) potíže v kontrole užívání látky
- c) tělesný odvykací stav
- d) průkaz tolerance jako vyžadování vyšších dávek látek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami
- e) postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky
- f) pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků

## 4. Rozvaha případu, diskuze

Rozvahu a diskusi případu budu věnovat propojením získané teorie, aplikování na příběh klienta a následnou interpretaci. V jednotlivých prodělaných relapsech, se pokusím o objasnění předcházejících rizikových situací, popřípadě jak by je mohl v budoucím střetu úspěšně a lépe zvládnout, kdyby na prevenci relapsu terapeuticky i v budoucnu pracoval. Pro svou analýzu jsem si zvolila kognitivně-behaviorální přístup podle Marlatta a Gordona (1985), Marlatta a Baretta (1994) a Wanigarantneho a kol. (2008). Mapovat a vyhodnocovat vysoce rizikové situace budu až od první léčby v psychiatrické léčebně, jelikož při docházení do ambulantní léčby nepřestal užívat návykové látky.

### 1. Léčba

Léčba v PL, hodnotí ji velmi negativně, cítil se nepřipravený na život „venku“, v rámci terapeutických sezení se tabuizovalo téma cravingu a dále se nemluví ani o relapsu, a protože si Karel uvědomoval své chutě, o kterých nemohl mluvit, vyhledal doléčovací centrum.

### 1. Vysoce riziková situace (dále jen VRZ)

VRZ nastala, když se Karel vrátil z PL a docházel do doléčovacího centra, splnil si sen a byl členem kapely. Členové kapely si po zkoušce vždy společně sedli, povídali si a u toho popíjeli alkohol. Karel si neuvědomoval, jak nebezpečné je, se takové situaci vystavovat. Nikdo s ním nepracoval na tom, jaké situace vyhodnotit jako rizikové, jaký plán si stanovit při střetu s nimi a zda-li se jim vyhýbat.

### 1. Relaps

Relapsu Karel nezvládl odolávat věčně, až si jednoho dne sedl s přáteli z kapely a dal si pivo s nimi. Ještě ten samý den užil metamfetamin. Zde bych zdůraznila proces, kdy Karel užil prvně alkohol a následně užil metamfetamin, jelikož takové chování se u něj později opakovaně objevilo.

## Vlastní vyhodnocení

Karel se vystavoval vysoce rizikové situaci, kterou bylo popíjení alkoholu členů z kapely. Kdyby byl schopen si v čas uvědomit rizika této situace mohl by přistoupit na jakési vyhýbání se zmíněné situaci. Ačkoli se Karel snažil odolávat bažení, v jeho situaci bylo velmi rizikové se jí vystavovat. Naopak by bylo velmi přínosné si najít na dobu, kdy členové kapely u něho na chatě popíjely, náhradní plán. Podle Kaliny (2013), který definuje tři základní skupiny vysoce rizikových situací, Karel v té době splňoval dvě z nich. Bydlel sám na chatě, pociťoval deprese, často nevěděl jak využít svůj volný čas - negativní emoční stavy. Těmto pocitům nevěnoval velkou pozornost.

V druhém případě se setkal se sociálním tlakem, kdy přihlížel, jak jeho přátelé užívají alkohol. Zároveň po užití alkoholu následně užil metamfetamin, který si obstaral. Zde vidíme opakované vystavování se rizikové situaci, následné užití alkoholu, pod jehož vlivem užil pervitin. Přestože Karel uvádí časté pití alkoholu, nikdy se závislosti na něm více nevěnoval. Zde bych zvažila, jestli alkohol pro Karla není spouštěčem rizikové situace, kdy ztrácí zábrany před užitím drogy.

Po relapsové události se obrátil se zkušeností na doléčovací centrum, kde poprvé s relapsem pracovali. Skutečnost, že Karel vyhledal pomoc, bych hodnotila velmi kladně, jelikož lze vyhledání pomoci zařadit mezi nějaké specifické cílené chování, které je třeba si podle Marlatta a Gordonové (1985) osvojit. Již si uvědomoval rizika vystavování se situacím, kdy po zkoušce kapely byl přítomen u pití alkoholu a tak již odmítal, aby se sezení a popíjení odehrávalo u něj na chalupě. Tím se prohluboval jeho pocit samoty, deprese a zároveň si neuměl vyplnit volný čas.

## **2. Vysoce riziková situace**

VRS na své třicáté narozeniny byl sám, šel si do města nakoupit dobré jídlo, aby své narozeniny v samotě oslavil. Potkal svou bývalou přítelkyni, kterou pozval k sobě na chatu. Karel nemyslel na možnost, že by Karolína pokračovala v užívání návykových látek, nebo si záměr pozvat Karolínu, aby mohl užít záměrně, nepřipouštěl. Negativní emoční stav, konkrétně pocit samoty a deprese ho vyzvali k pozvání Karolíny.

## **2. Relaps**

Po příchodu na chatu byla Karlovi nabídnuta před pohlavním stykem dávka pervitinu - syndrom porušení abstinence. Zde bych uvedla sociální tlak ze strany jeho bývalé přítelkyně. Nesmíme opomenout, že Karolínu vnímá jako osudovou ženu, čili sociální tlak byl silný.

## **Vlastní vyhodnocení**

Rizikový vnímám již samotný fakt, kdy se Karel utápěl v samotě a negativních emočních stavech a nebyl ochotný to změnit. Kromě práce bych doporučovala najít si aktivitu, která bude Karla zaměstnávat a zároveň naplňovat, kde je pravděpodobnost, že pozná nové lidi, kteří neužívají a neužívali návykové látky a pak by s nimi mohl Karel trávit čas, aniž by byl ohrožen.

Střet s bývalou přítelkyní by byl ideální již v samém počátku řešit jinak. Pokud možno bych mu doporučovala, aby se ji snažil vyhnout a v žádném případě ji nezval k sobě domu, pokud si není jistý, že abstínuje stejně jako on. Faktem je, že Karolína pro něj je osudovou ženou a v době střetu se cítil osamělý.

Užití pervitinu před pohlavním stykem vnímám jako samotné téma a na kterém je nutné v budoucnu pracovat v rámci terapie. Pro Karla je pohlavní styk v

životě velmi důležitý, často na něj myslí, i o něm velmi často mluví, uvědomuje si, že nejhezčí zážitky měl pouze na návykových látkách a bez nich mu akt nic nedával. Když už k relapsu došlo, měl Karel vyhledat pomoc a pracovat na prevenci relapsu terapeutickou strategií. Doposud Karel nebyl přítomen skupinové terapii, kde by se téma relapsu společně diskutovalo a on by se mohl například použít z modelů ostatních členů skupiny.

### **3. Vysoce riziková situace**

Karel si po třetí léčbě, našel byt, práci a přítelkyni. Po nějakém čase se harmonický vztah s partnerkou změnil a začali mezi nimi neshody, které končily častými hádkami. Karel u ní našel malý sáček obsahující metamfetamin. Zjištění u něj vyvolalo craving po alkoholu, situaci nebyl schopný zvládnout a alkohol si došel koupit. Nějaký čas rozmýšlel, jak má naložit s drogami a jaké dopady to bude mít, když drogy užije nebo naopak neužije.

### **3. Relaps**

Po dlouhém zvažování možných rizik se napil koupeného alkoholu a následně si aplikoval drogu. S modelem, kdy před relapsem užil alkohol a následně drogu, jsme se již v jeho drogové anamnéze setkali. A na alkoholu jako možným spouštěči bych doporučila, aby Karel pracoval.

## **Vlastní vyhodnocení**

Za rizikový vnímám i fakt, že jeho přítelkyně byla barmanka, mohli bychom tuto skutečnost označit za skrytého předchůdce, a on jako bývalý uživatel návykových látek a alkoholik. Po zjištění, že jeho partnerka užívá pervitin a nalezení drogy v jejich věcech bylo velmi zajímavé, že Karel neměl primárně v mysli, že si drogu aplikuje. Jeho záměr byl jiný, koupit si alkohol a možná ho vypít. Zdánlivě bezvýznamné rozhodnutí si koupit alkohol, mohlo být s podvědomím záměrem snadnějšího porušení abstinence. I zde mohu označit další vysoce rizikovou situaci, kdy prožíval negativní emoční stavy. Je velmi možné, že někde v podvědomí měl zakořenění vzorec napití a následné užití návykové látky jako tomu v minulosti kdysi bylo. Před porušením abstinence můžeme ocenit pokrok, který Karla donutil zvažovat možné pro a proti užití/neužití návykové látky. To mu bylo doposud před porušením abstinence neznámé. Je to součástí modelu, kterého se klienti učí osvojovat specifické cílové chování, které jim napomáhá případný relaps zvládat (Millerová, 2011).

V Karlových léčbách vidím velkou absenci diskuze na téma rizikové situace, relaps a prevenci relapsu, o kterých píše v teoretické části práce. S podrobnou prací a s rozhorem tohoto tématu se setkal až při posledním kontaktu a pobytu v psychiatrické léčebně a následně v terapeutické komunitě. Zde se učil psychoedukace, zvědomoval si své zkušenosti s rizikovými situacemi a učil se rozpoznávat prerizikové situace a práci na nich, dále se snažil nacházet alternativy

k doposud nefunkčním vzorcům myšlení a v neposlední řadě se snažil uplatnit při posledním relapsu nacvičené dovednosti. Karel dříve nebyl schopen uvědomovat si skryté předchůdce relapsu a nedokázal je identifikovat natož s nimi pracovat. Proto bych již v doléčovacím centru po první léčbě navrhovala cíleně mluvit a pracovat na prevenci relapsu v rámci individuálních i skupinových terapií, naučit se rozpoznávat rizikové situace, naučit se definovat efektivnější strategie v kontextu vysoce rizikových situací a naučit se tyto efektivnější situace uplatňovat (Kalina, 2013).

Z prožitých zkušeností lze identifikovat a označit za velmi rizikové situace negativní emoční stavy a sociální tlak, které v minulosti Karel úspěšně neustál, a doporučila bych mu na nich pracovat. Karel v terapeutické komunitě na prevenci relapsu pracuje a snaží si osvojit dovednosti a vlastnosti, které mu pomohou po dokončení úspěšně zvládnout.

Karel vyrůstal v rodině, která nebyla zcela harmonická. Matka se snažila Karlovi vynahradit láskyplný vztah, který otec nahrazoval agresí a zlostí. Karel pochází z rodiny, kde otec a otcův otec byli a jsou závislí na alkoholu. Šustková (2015) říká, že drogové závislosti jsou multifaktoriální onemocnění, na jejímž rozvoji a udržení se podílejí jak faktory genetické, tak vliv prostředí, vývojové a sociální faktory. Pokusím se tedy osvětlit, jaké predispozice k závislosti měl a jaký vliv na něj měli jiné faktory než genetické.

Když se podíváme na genetické faktory, konkrétně na alkoholismus, je uváděna v dospělé populaci až 50% dědičnost (Mayer, Holt, 2005, atp.) Karel uvádí, že téměř od 15let do jeho zatím posledního nástupu do Pl užíval alkohol velmi pravidelně. Sice ho nikdy nevnímal za primární drogu, ale zároveň tuhle závislost velmi v minulosti podceňoval. Na téma alkoholu jsme několikrát diskutovali a označili jsme ho za jakýsi možný spouštěč. Při užití v podstatě ztrácí zábranu pro užití další drogy.

Vývojové a sociální faktory: když Karel nastoupil na základní školu, začínal si uvědomovat, že chování jeho otce k němu není běžné. Uvědomuje si, jak byl neustále vystavován závislosti jeho otce. Otce se bál ať už byl pod vlivem alkoholu nebo ne, snažil se mu vyhýbat a to obnášelo, že netrávil tolik času doma. Rodiče o Karla nejevili zájem, matka se sice snažila, ale otce nikdy nezajímalo, jak Karel tráví čas, nemluvil s ním o běžných věcech a pozornost mu přikládal pouze a jen, když ho fyzicky či psychicky napadal. Naopak ve školním kolektivu chtěl stále někam patřit, mít svou partu a té byl věrný.

Na základě informací, které mi Karel sdělil, je evidentní, že návykové látky mu dali sebevědomí, zároveň originalitu či jedinečnost v náhledu na sebe samého. Vlastnosti, které do doby před užitím zatím nepoznal. Později mu například alkohol pomáhal překonávat depresivní nálady.

## 5. Závěr

Je zjevné, že Karel měl genetické predispozice k závislosti. V dětství to byla právě rodina, která mu byla negativním příkladem, jak se může s návykovými látkami nakládat. Karlovy životní zkušenosti mě donutili se zapřemýšlet o některých pravidlech, se kterými se můžeme v adiktologických službách setkat. Není tomu ani rok, kdy jsem docházela do zařízení, kde byli uživatelé návykových látek. Jedno ze striktních pravidel bylo, zákaz mluvení o chutích, čili cravingu v rámci služby. Mylně jsem se domnívala, že pravidlo se vztahuje pouze na soukromé rozhovory mezi klienty. Nemile mě překvapilo, že klienti se nemohou v zařízení o pocitech bažení svěřovat, z čehož vyplývá, že svoje chutě potlačují, nepracují na nich a ani své zkušenosti nemohou dále předávat, ačkoli by mohly být ku prospěchu ostatním ve skupině. Takové zařízení nepracuje ani na relapsu a v důsledku ignorování těchto skutečností, klient není vybaven potřebnými dovednostmi, jak bažení zvládnout a jak ustát rizikové situace. Následkem popírání svých chutí a naprosté neinformovanosti o relapsu Karel opakovaně selhával. Proto je Karlův případ i závažnější ukázkou toho, kolik musí uživatel návykových látek projít zařízením, kolikrát musí relapsovat, než s ním někdo začne na prevenci relapsu pracovat.

Karel byl do své první léčby v PL dle mého názoru motivován, usuzuji tak na základě toho, že po propuštění z léčebny navštěvoval i doléčovací centrum. Problém však vidím v neschopnosti Karla rozeznat vysoce rizikové situace, kterým se vystavoval. PL vnímám za dobře zvolenou léčbu, ale velmi v ní postrádám práci na prevenci relapsu. Možná je pro terapeuty a zdravotníky léčebny snadnější o tématech bažení a relapsu nemluvit a doufat, že pokud se o nich nebudou zmiňovat tak „nebudou existovat“. Zním psychiatrickou léčebnu, kde pracují na prevenci relapsu v rámci skupinové terapie, a to pravidelně, a v praxi to funguje. Do stejné léčebny Karel nastoupil ve své poslední léčbě, kde poprvé nahlas mohl mluvit o svých chutích a o relapsu. Zde jsem si uvědomila i zásadní zlom v chování Karla, když mu bylo umožněno pracovat na relapsu a relapsoval, okamžitě vyhledal pomoc a snažil se o brzkou nápravu.

Myslím si, že je velmi důležité s klienty o daných tématech diskutovat, seznámat je s nimi a nacházet řešení jak zvládat vysoce rizikové situace a jak se při relapsu zachovat. Na druhou stranu ale zastávám názor, že relaps není nebo nemusí být koncem na cestě k abstinenci, ale novou zkušeností pro samotného klienta.

Zároveň je nám ukázkou toho, jak zdánlivě bezvýznamná rozhodnutí a potlačování cravingu mohou vést k relapsu. Pokusila jsem se také ilustrovat, jak je důležité netabuizovat téma relapsu. Při posledním nástupu do PL byl vybaven strategiemi a dovednostmi pro zvládnutí rizikových situací, ale přesto po propuštění relapsoval. Karel se ale přesto nehroutil, nevrátil se na původní úroveň užívání, ale věděl, že musí ihned vyhledat pomoc a nikdo ho za relaps neodsoudil.

## 6. Seznam použité literatury

Gordon S. M. (2003). Relapse and Recovery, Behavioral Strategies for Change. Pennsylvania:CaronFoundation.Staženo30.4.2017.Dostupnéz:  
[http://www.caron.org/media\\_center/files/RelapseAndRecovery.pdf](http://www.caron.org/media_center/files/RelapseAndRecovery.pdf).

Kalina, K. (2000). Kvalita účinnosti v prevenci a léčbě drogových závislostí. Praha: In verze - SANANIM..

Kalina, K. (2008). Terapeutická komunita: obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí. Praha: Grada Publishing.

Kalina, K. (2013). Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii. Praha: Grada Publishing.

Kalina, K. a kol. (2001). Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí. Praha: Úřad vlády ČR

Kalina, K. a kol. (2015). Klinická adiktologie. Praha: Grada Publishing. 1. vydání.

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. Klinická adiktologie. Praha: Grada Publishing.

Mayer, P., Holtt, V. (2005). Geneticdisposition to addictivedisordes - currentknowledge and futureperspectives. CurrentOpinion in Pharmacol, 5-8.

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10 : desátá revize : aktualizovaná druhá verze k 1.1.2009. 2., aktualiz. vyd. Praha: BomtonAgency, 2008-. ISBN 978-80-904259-0-3. Dostupné také z:  
<http://kramerius.mzk.cz/search/handle/uuid:b99b5460-d6ca-11e4-b880-005056825209>

Millerová, G. (2011). Adiktologické poradenství. Praha: Galén.

Nešpor, K. (2011). Návykové chování a závislost. Praha: Portál.

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

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

Nešpor K, Csémy L. (1999). Bažení (craving). Společný rys mnoha závislostí a způsoby zvládnutí. Praha: Sportpropag.

NEŠPOR, K. Přemáháme bažení, zlepšujeme sebeovládání: informace lidem, kteří se léčí pro návykovou nemoc. [online]. [cit. 2017-07-12]. Dostupné z: <http://www.alkohol-alkoholismus.info/lecba/lekari/nespor-prim-mudr-karel-nespor-csc/svepomocne-materialy-nespor-k/789-premahame-bazeni-zlepsujeme-sebeovladani-informace-tem-kdo-prekonavaji-navykovou-nemoc-prim-mudr-karel-nespor-csc.html>

NEŠPOR, K., SCHEANSOVÁ A. (2010). Prevence relapsu při léčbě návykových nemocí. Praktický lékař [online]. 90(8), 483-485 [cit. 2017-07-12]. Dostupné z: [http://www.prolekare.cz/prakticky-lekar-clanek/prevence-relapsu-pri-lecbe-navykovych-nemoci-32585?confirm\\_rules=1](http://www.prolekare.cz/prakticky-lekar-clanek/prevence-relapsu-pri-lecbe-navykovych-nemoci-32585?confirm_rules=1)

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

Pospišilová, H. (2010). Relaps a prevence relapsu. (Relapse and relapse prevention). Praha 2010. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. Lékařská fakulta, Psychiatrická klinika 1. LF a VFN v Praze.

VOKURKA, M., J., Hugo. (2009) Velký lékařský slovník. 9., aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf, Jessenius.

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. Vydán

WASHTON, A. M., ZWEBEN, J. E. (2006) Treating alcohol and drug problems in psychotherapy practice: Doing what works, New York: Guilford Press.

## **7. Seznam použitých zkratk**

DC - doléčovací centrum

MKN - mezinárodní klasifikace nemocí

OPL - omamné a psychotropní látky

PR - prevence relapsu

TK - terapeutická komunita

PL - psychiatrická léčebna

VRS - vysoce riziková situace

## 8. Přílohy

### Příloha 1

#### **Cyklický model stádií změny - Prochaska a DiClementi (1983)**

Kalina (2013) uvádí Cyklický model stádií změny, zvaný též "kolo změny", který publikovali Prochaska a DiClementi v roce 1983. Odvodili ho z práce s klienty, kteří se chtěli odnaučit kouřit, model se však velmi brzy rozšířil i na celou oblast závislostí i mimo ni.

Model rozlišuje šest stádií:

#### **Prekontemplace**

V tomto období klient o změně ještě neuvažuje. Užívání drogy ho těší, neznepokuje se jím a přináší mu uspokojení. Typické je neuvědomování si užívání drog jako vlastního problému. Problém vidí pouze ve svém okolí.

#### **Kontemplace**

Hlavním rozdílem oproti výše zmíněnému období je, že klient je schopen uvědomit si problémy a spojit je do přímé souvislosti s užíváním návykových látek. V tomto období dále klient zvažuje výhody a nevýhody svého užívání.

#### **Rozhodování**

Nevýhody z užívání drog nabývají převahy nad výhodami. Reálně uvažuje nad změnou své situace.

#### **Jednání, aktivní změna**

Klient se zavazuje k určitému jednání, od něhož očekává změnu. Cílem tohoto stádia je realizace změny.

#### **Udržování změny**

Toto stádium přináší pro klienta výzvu obhájit svou schopnost žít bez drogy sám před sebou i před svým okolím v běžném životě. Zejména po skončení rezidenční léčby je pro klienta velmi náročné, neboť klient nyní není podporován terapeutem.

#### **Relaps**

Pokud relaps nastane, je úkolem klienta spíše pokračovat na kole změny než ustrnout v této fázi. Důležité je klienta informovat, že uklouznutí a relapsy jsou normální, pokud se člověk snaží změnit dlouhodobý návyk.

## Příloha 8a

### Protokol o úplnosti náležitostí bakalářské práce

**Titul, jméno, příjmení:** Simona Smetanová

**Název práce:** Relaps, modely relapsu, prevence relapsu

**Vedoucí práce:** PhDr. Jiří Libra

Prohlašuji, že jsem odevzdal (a) vysokoškolskou kvalifikační práci v souladu s:

**Opatřením rektora č. 6/2010** (dostupné z <http://www.cuni.cz/UK-3470.html>)

**Opatřením rektora č. 8/2011** (dostupné z <http://www.cuni.cz/UK-3735.html>)

**Opatřením děkana č. 10/2010** (dostupné z [http://www.lf1.cuni.cz/file/21321/opad10\\_10.pdf](http://www.lf1.cuni.cz/file/21321/opad10_10.pdf))

Zároveň prohlašuji, že jsem do Studijního informačního systému vložil (a) **plný text vysokoškolské kvalifikační práce** včetně všech povinných souborů podle typu práce: - abstrakt ČJ - abstrakt AJ

Při vkládání textu práce a všech souborů jsem postupoval (a) podle návodu dostupného z [http://www.lf1.cuni.cz/file/25838/navod\\_vkladani\\_prace.pdf](http://www.lf1.cuni.cz/file/25838/navod_vkladani_prace.pdf).

Nahrané soubory jsem následně zkontroloval (a). Odpovídám za správnost a úplnost elektronické verze práce a všech dalších vložených elektronických souborů.

1 exemplář práce svázaný v pevné plátěné vazbě + CD ROM s e-verze práce v příloze obsahuje všechny povinné náležitosti:

Příloha č. 1 – Titulní strana, Prohlášení diplomanta, Identifikační záznam, abstrakt v ČJ a AJ - [http://www.lf1.cuni.cz/file/21323/opad10\\_10\\_pril1.pdf](http://www.lf1.cuni.cz/file/21323/opad10_10_pril1.pdf)

Příloha č. 6- Prohlášení zájemce o nahlédnutí [http://www.lf1.cuni.cz/file/21329/opad10\\_10\\_pril6.pdf](http://www.lf1.cuni.cz/file/21329/opad10_10_pril6.pdf)

Datum:

Podpis studenta

Kontrolu úplnosti náležitostí provedla osoba pověřená garantem: