

Univerzita Karlova v Praze
Evangelická teologická fakulta

Bakalářská práce

Lucie Faltinková

Relaps u drogových závislostí v o.s. Sananim

Vedoucí: Ing. Mgr. Jan Dočkal, CSc.
2005

Chtěla bych poděkovat vedoucímu mé bakalářské práce Ing. Mgr. Janu Dočkalovi, CSc. za metodické vedení a cenné připomínky. Děkuji také o.s. Sananim Praha za ochotu a možnost absolvovat odbornou stáž v tomto zařízení.

Prohlášení

1. Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci *Relaps u drogových závislostí v o.s. Sananim* zpracovala samostatně a výhradně s použitím uvedených pramenů a literatury.
2. Tuto práci nepředkládám k obhajobě na jiné škole.
3. Souhlasím s tím, aby uvedená práce byla v případě zájmu pro studijní účely zpřístupněna dalším osobám nebo institucím.
4. Souhlasím s tím, aby uvedená práce byla publikována na internetových stránkách Jaboku.

V Praze dne 26. 5. 2005.

Lucie Faltinková

Lucie Faltinková

OBSAH

1. ÚVOD.....	1
2. NĚKOLIK POJMŮ A SOUVISLOSTÍ.....	3
2.1 POJEM ZÁVISLOST.....	3
2.2 PÉČE O OSOBY ZÁVISLÉ NA NÁVYKOVÝCH LÁTKÁCH V o.s. SANANIM....	4
2.3 STAV A TRENDY SOUČASNÉ DROGOVÉ PROBLEMATIKY V ČR.....	5
2.4 SEZNÁMENÍ S o.s. SANANIM.....	7
3. PROGRAM NÁSLEDNÉ PÉČE.....	11
3.1 CO JE NÁSLEDNÁ PÉČE.....	11
3.2 PRO KOHO JE NÁSLEDNÁ PÉČE URČENA.....	12
3.3 PROGRAM DOLÉČOVACÍCH CENTER.....	13
3.4 FÁZE PROGRAMU NÁSLEDNÉ PÉČE V o.s. SANANIM.....	15
4. RELAPS U DROGOVÝCH ZÁVISLOSTÍ.....	18
4.1 PŘIBLÍŽENÍ POJMU RELAPS.....	18
4.2 VYSOCE RIZIKOVÉ SITUACE.....	19
4.3 VAROVNÉ SIGNÁLY.....	21
4.4 PRÁCE S RELAPSEM V o.s. SANANIM.....	23
4.5 OHROŽUJÍCÍ RODINNÉ KONSTELACE.....	24
4.6 OSOBNOSTNÍ CHARAKTERISTIKY PŘÍSPÍVAJÍCÍ K RELAPSU.....	26
5. PREVENCE RELAPSU.....	29
5.1 CO ZNAMENÁ PREVENCE RELAPSU.....	29
5.2 CÍLE PREVENCE RELAPSU.....	30
5.3 PŘÍPRAVA SKUPINY PREVENCE RELAPSU V o.s. SANANIM.....	31
5.4 ZVLÁDÁNÍ A ROZPOZNÁVÁNÍ VYSOCE RIZIKOVÝCH SITUACÍ.....	32
5.5 ROVNOVÁHA ŽIVOTNÍHO STYLU.....	36
5.6 SYNDROM PORUŠENÍ ABSTINENCE.....	37
5.7 RELAPS JAKO SOUČÁST PROCESU LÉČBY.....	39
5.8 SEZENÍ SE ZRELAPSOVANÝM KLIENTEM V o.s. SANANIM.....	40
5.9 PRÁCE S RODINOU V o.s. SANANIM.....	41
5.10 POSOUZENÍ EFEKTIVITY PROGRAMU.....	43
6. VLASTNÍ ŠETŘENÍ.....	46
6.1 PRŮZKUMNÝ SOUBOR, METODY ŠETŘENÍ.....	46
6.2 STANOVENÍ HYPOTÉZ.....	47
6.3 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ.....	47
6.4 OVĚŘENÍ HYPOTÉZ.....	50
7. ZÁVĚR.....	52

9. SEZNAM PŘÍLOH.....	55
RESUMÉ.....	56

1. ÚVOD

Několik posledních let přineslo cosi jako revoluci v oblasti závislosti na drogách. Měli jsme a máme možnost být svědky překonání překážek mezi jednotlivými disciplínami, které se zabývají závislostmi. Z toho vyplývají nové možnosti spolupráce mezi nimi. Ať chceme nebo ne, ať toto téma považujeme za zprofanované nebo ne, drogová závislost se dotýká každého z nás. Stala se nedílnou součástí moderního (našeho) života a je na nás, jakým způsobem se k ní postavíme. Postavit se jí musíme, lhostejnost se nevyplácí. Toto byl důvod, proč jsem si za klíčovou oblast své bakalářské práce zvolila závislost na drogách.

Téma relaps mě zaujalo tím, že je podstatnou součástí léčby, a přitom se o tomto fenoménu v souvislosti s drogovou problematikou jako celkem příliš nemluví. Možná je důvodem to, že relaps je určitým pronásledujícím fenoménem pro všechny, kteří se na léčebném procesu podílejí, protože lze obecně říci, že je to přinejmenším neočekávanější výsledek intervencí u závislého chování. Věřím, že má bakalářská práce může přispět k větší obecné informovanosti o relapsu u drogových závislostí, přestože vím, že toto téma vysoce přesahuje možnosti mé práce.

Výzkumy se tímto jevem začaly více zabývat až během posledního desetiletí. K podstatnému výsledku zkoumání patří tendence přestat pohlížet na závislost jako na nemoc, kdy jediným léčebným cílem je abstinence. V tomto případě je relaps chápán jako naprosté selhání, konec, zmaření dosavadních snah. Teorie prevence relapsu se naopak zaměřuje na klientův neustále pokračující proces změny, ve kterém terapeut hraje roli jakéhosi učitele či průvodce. Je to proces (zahrnující i relapsy), který prožívají lidé, když mění své chování. Relaps je zde vnímán jako prosté selhání při dosahování cílů, které si klient stanovil na určité období. Ne nic definitivního.

Někteří autoři rozlišují mezi pojmy laps a relaps. Za laps u drogových závislostí označují jednorázové „uklouznutí“. Pod pojmem relaps chápou určité opakované jednání. Tento model dělení ale není v běžné odborné praxi téměř používán, a tak jsem ani já z něho nevycházela. Ve své práci jsem se držela modelu, kdy relaps rovná se jednorázové či opětovné užití drogy během krátkého časového období. Tím myslím zhruba 1 – 3 dny.

Cílem mé bakalářské práce je seznámit s tímto jevem a se způsoby práce s relapsem v občanském sdružení Sananim, kde jsem absolvovala měsíční stáž. Dále chci nastínit

úskalí i možná „pozitiva“, která samotný relaps obnáší. Vycházela jsem z odborné literatury, časopisů, rozhovorů s některými terapeuty v o.s. Sananim a také z vlastní zkušenosti s tímto zařízením.

Po přiblížení základních pojmů drogové problematiky, nezbytných pro pochopení kontextu, a představení o.s. Sananim, se dále věnuji procesu následné péče, kde objasňuji souvislosti mezi relapsem jako teorií a prací s ním v samotné praxi.

Stěžejní část bakalářské práce seznamuje s pojmem relaps a s aspekty, které mohou k jeho výskytu přispět, dále s prevencí tohoto jevu a v neposlední řadě s psychickým dopadem relapsu, kde chci ukázat, že nemusí mít pouze negativní formu.

Bakalářská práce se rovněž zabývá rodinou klienta, způsoby, jakými se s touto rodinou v Sananimu pracuje a důvody této spolupráce. Závěr práce tvoří vlastní šetření, jehož cílem je zmapovat u klientů doléčovacího centra některé faktory týkající se relapsu.

2. NĚKOLIK POJMŮ A SOUVISLOSTÍ

K tomu, abych se mohla věnovat problému relapsu u drogových závislostí, bych nejdříve ráda stručně připomněla, co pojem drogová závislost představuje a jaké jsou možnosti péče o osoby se závislým chováním. V rámci této péče totiž dochází právě k prevenci relapsu.

2.1 Pojem závislost

Závislost je jedním z mnoha problémů, které alkohol a další návykové látky způsobují. K vysvětlení pojmu závislost na návykových látkách bych ráda použila definici Světové zdravotnické organizace podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí.

„Syndrom závislosti je skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více“¹. Hlavní popisnou charakteristikou tohoto syndromu je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky, alkohol nebo tabák. Toto poté v extrémních případech poškozuje jedince i jeho okolí. V opačném případě, pokud jedinec nemá možnost danou aktivitu vykonávat, lze očekávat frustraci a distres. Pokud po období abstinence dojde k návratu užívání látky, vede to často k rychlejšímu znovuobjevení jiných rysů syndromu, než je tomu u jedinců, u kterých se závislost vůbec nevyskytuje. Poškození jedince se týká somatické, psychické i sociální oblasti.

K tomu, abychom mohli bezpečně diagnostikovat závislost nám dopomáhá několik průvodních znaků závislosti. Jsou to silná touha nebo pocit puzení užívat látku, potíže v sebeovládání, tělesný odvykací stav, průkaz tolerance k účinku látky, dále dochází k postupnému zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů a k pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků užívání. Tyto znaky dále vysvětlím.

Velice silné a naléhavé puzení užívat určitou látku je craving neboli bažení. Je důležité rozlišovat bažení tělesné, které vzniká při odeznívání účinku návykové látky

¹ Viz Nešpor. *Návykové chování a závislost*, s. 14.

nebo krátce poté a bažení psychické, které se může objevit i po delší době abstinence. Existuje ale několik spolehlivých projevů charakterizujících psychické bažení. Je to např. oslabení paměti, zhoršení postřehu, zvýšení tepové frekvence, vyšší aktivita potních žláz a snížení kožní teploty. Klient si může osvojit určité spektrum způsobů, jak bažení zvládat. Takový klient je pak ve výhodě.

Potíže v sebeovládání úzce souvisejí s cravingem, ale nepředstavují to samé. Bažení evidentně zhoršuje sebeovládání. Ale i lidé, kteří trpí silným bažením, mohou mít zachované sebeovládání. Craving je příznakem spíše subjektivním, zatímco potíže v sebeovládání se zcela jasně týkají chování jedince.

Dalším znakem je tělesný odvykací stav. Potíže při odvykání mají často opačný charakter, než jaké jsou účinky látky. Mohou to být například pocení, přechodné halucinace nebo iluze, třes apod.

Růst tolerance k návykovým látkám se projevuje tím, že k dosažení stejného účinku je zapotřebí zvýšení dávky látek. Dále případy, kdy stejné množství látky vyvolá menší účinky, než na jaké je klient zvyklý. Také může docházet k poklesu tolerance, např. vinou řady léků či v důsledku předchozí abstinence.

V souvislosti s užíváním návykových látek samozřejmě dochází k zúžení spektra chování a trávení času. Většina času a energie je vynaložena na shánění látky, její aplikaci, zotavení atd.

Posledním znakem je moment, kdy klient pokračuje v užívání látky, i když si je vědom škodlivých následků svého jednání.

2.2 Péče o osoby závislé na návykových látkách v o.s. Sananim

V péči o závislé osoby je uplatňován systém tzv. diferenciované péče. To znamená, že se používají různé postupy léčby podle toho, v jakém stádiu se klient nachází a podle jeho osobnostních charakteristik. Existuje několik faktorů, které jsou brány v úvahu při stanovení specifické léčby. Jsou to:

- tělesný stav pacienta (např. vážné poškození související s návykovou látkou)
- faktory týkající se psychického stavu (např. porucha osobnosti, psychotická onemocnění apod.)
- druh látky a délka jejího užívání

- rodinná situace (tzn. příznivá, nepříznivá, závislost v rodině apod.)
- sociální vztahy klienta (např. pohybuje se pouze mezi uživateli návykových látek)
- dostupné možnosti léčby (tzn. kapacita zařízení, kvalifikovanost týmu apod.)

Tyto faktory jsou brány v úvahu pokud se pro klienty vybírá ten nejvhodnější druh léčby, který se pojí s určitým typem zařízení. Po výběru typu zařízení a nástupu do léčby se už klient plně podřizuje jeho zavedenému způsobu léčby. Každý typ má svá specifika a vyhovuje různým požadavkům.

Zařízení o.s. Sananim zahrnuje ve svém systému péče a léčby tato zařízení²:

- terénní programy
- kontaktní centrum
- TK Karlov a Němčice
- denní stacionář
- CADAS
- doléčovací centrum

Jednotlivým zařízením se věnuji podrobněji v podkapitole č. 2.4.

2.3 Stav a trendy současné drogové problematiky v ČR

V této kapitole jsem vycházela z Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v ČR v roce 2003.

Stavem a trendy drogové problematiky se na území České republiky zabývají nejrůznější instituce včetně vlády ČR. Hlavním iniciačním, poradním a koordinačním orgánem je Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky. Koordinací aktivit na místní úrovni se zabývá 14 krajských koordinátorů.

Problémy současné protidrogové politiky jsou především zastaralá legislativa, dále podceňování a někdy až bagatelizace problémů, které se týkají užívání všech návykových látek, především v případě alkoholu a tabáku. A v nemalé míře také

² Viz příloha č. 1.

politizace tohoto tématu. Politikové si své postoje k problému často vytváří spíše na základě osobních názorů, než na základě odborných výzkumů.

Setkáváme se s relativně novým přístupem pohledu na závislost, který kritizuje tradiční medicínský model (závislost = nemoc). Tento model vychází z bio-psycho-sociálního chápání závislosti a zaměřuje se na klientovu schopnost své chování měnit, převzít kontrolu. Na tomto modelu stojí prevence relapsu o.s. Sananim. V rámci mé práce se mu budu věnovat podrobněji.

V postojích společnosti k problematice drog nedošlo k výraznému posunu, stále přetrvává vysoká tolerance vůči legálním drogám jako alkohol a tabák. Co se týče řešení drogové problematiky, převládají zastánci tvrdšího postihu. V roce 2003 se také mírně zvýšil počet osob, které by souhlasily s legalizací marihuany.

V současné době pokračuje v České republice obdobný vývoj drogové problematiky jako za několik posledních let. Vývoj je obecně charakterizován jako příznivý, nedošlo k žádným významným negativním změnám.

Celkově lze říci, že pokračuje trend předešlých let. To znamená, že klesající tendenci má problémové i experimentální užívání pervitinu a heroínu, zatímco roste experimentální a rekreační užívání konopných látek a extáze, dále kouření cigaret a zdravotně rizikové formy konzumace alkoholu.

Problémovým se také jeví mírně rostoucí užívání těkavých látek, jejichž uživatelé nejsou dostatečně podchyceni léčebnými institucemi.

Mladí lidé subjektivně vnímají vzrůst dostupnosti marihuany a extáze, pokles heroínu a pervitinu, což potvrzuje současný trend.

Existují výrazné rozdíly v rozsahu užívání drog mezi jednotlivými kraji. Příčinou užívání drog a zároveň podmínkou rozsahu užívání je výskyt rizikových sociálních, zdravotních a enviromentálních faktorů v jednotlivých krajích. Mezi kraje s největším výskytem užívání drog patří kraj Ústecký, hl. m. Praha, kraj Jihomoravský, Olomoucký a Plzeňský. Z dlouhodobějšího pohledu se ale ukazuje, že rozdíly mezi jednotlivými kraji se postupně zmenšují a dostupnost drog se vyrovnává.

Co se týče infekcí spojených s užíváním drog, situace ve výskytu nových případů HIV infekce je od poloviny 90. let stabilizovaná. U injekčních uživatelů drog dochází k poklesu počtu hlášených akutních případů u virové hepatitidy typu B a C.

Poměr žen a mužů v léčebných zařízeních je dlouhodobě 1:2. Výjimkou jsou uživatelé léků, kde je tento poměr opačný. Co se týče počtu léčících se klientů podle typu užívané

drogy, na prvním místě jsou stimulanty, dále opiáty, konopné látky a hypnotika zároveň s těkavými látkami. V jednotlivých typech léčby se ovšem liší jejich poměr.

Průměrný věk klientů, kteří nastoupili léčby nebo kontaktovali nízkoprahové zařízení, roste. Podíl injekčních uživatelů na počtu všech léčených uživatelů je dlouhodobě necelých 90 % u heroinu a zhruba 80 % u pervitinu.

2.4 Seznámení s o.s. Sananim

Občanské sdružení Sananim je největší nestátní organizací v ČR, které poskytuje služby v oblasti péče a léčby závislostí na nealkoholových drogách.

O.s. Sananim poskytuje ambulantní psychiatrickou péči osobám s diagnózou „škodlivé užívání návykových látek“ a „závislost na návykových látkách“ s vymezením pro nealkoholové drogy. Vychází ve své práci z předpokladu, že klient je hlavním aktérem svého rozvoje a sám si rozhoduje, co po zařízení chce, tzn., že není pacientem, který by byl pasivním článkem léčebného procesu. Odborní pracovníci nejsou experty na život klienta, ale jeho průvodci.

Zdravotní péče zahrnuje individuální, skupinovou, rodinnou a komunitní psychoterapii, krizovou intervenci, sociální práci a péči denního psychoterapeutického stacionáře. Především v Kontaktním centru je poskytována základní lékařská a ošetrovatelská péče o somatická onemocnění. To má význam zejména pro klienty, kteří svého praktického lékaře nemají nebo ho nevyhledávají.

Provoz všech programů a zařízení o.s. Sananim je přibližně ze 70-80% finančně podporován státními dotacemi a dotacemi krajů či obcí. Ostatní finanční a provozní prostředky jsou získávány od soukromých subjektů, vlastní činností a také od českých a zahraničních nadací, fondů a programů.

Sdružení velmi úzce spolupracuje se státním sektorem a samosprávou. V rámci spolupráce s jednotlivými regiony poskytuje Sananim např. odbornou podporu při vytváření koncepcí a programů protidrogové politiky v místech kde působí, a to především formou spolupráce s protidrogovými koordinátory, jejich vzděláváním a členstvím odborníků Sananimu v protidrogových komisích. Sananim se také podílí na činnosti A.N.O. – Asociace nestátních organizací zabývajících se prevencí a léčbou drogových závislostí. Také se aktivně zapojuje do činnosti mezinárodních organizací FESAT, EFTC CEEC (Evropské asociace terapeutických komunit) a aktivně

spolupracuje s řadou dalších evropských organizací a agentur, jako např. Trimbos, EATI, DrugScope, ENDSP (Evropská síť služeb ve vězeních), Cranstoun Drug Services atd.

Součástí o.s. Sananim je také Drogová informační služba. Ta se zabývá shromažďováním a distribucí seriózních informací, které se týkají drogové problematiky. Provozuje servery www.sananim.cz, www.drogovaporadna.cz a server zaměřený na primární prevenci www.odrogach.cz. O.s. Sananim pro své klienty také provozuje chráněnou keramickou dílnu.

V současné době sdružení provozuje osm hlavních programů:

- terénní programy
- kontaktní centrum
- TK Karlov a Němčice
- denní stacionář
- CADAS
- doléčovací centrum

Dále řadu doplňujících programů – k nejvýznamnějším patří práce ve věznicích.

Terénní programy

Zabývají se prací s intravenózními uživateli drog přímo na ulici. Cílem je minimalizace zdravotních a sociálních rizik, která jsou spojena s užíváním nealkoholových drog. Prostřednictvím výměny injekčního materiálu se programy snaží o snížení výskytu infekčních chorob typu HIV, nebo hepatitidy C mezi uživateli. Hlavní služby těchto programů jsou výměna sterilních injekčních setů, distribuce zdravotnického materiálu, distribuce letáků o nebezpečích spojených s užíváním drog, sběr použitých injekčních stříkaček, sociální a zdravotní poradenství, krizová intervence a první pomoc, motivační trénink, doporučení dalších zařízení a vydávání časopisu Dekontaminace.

Kontaktní centrum

Nízkoprahové zařízení charakteristické svou dostupností pro uživatele drog. Nabídka služeb lze do určité míry využívat anonymně. Jedná se o klienty, kteří aktuálně nemohou nebo nechtějí abstinovat. Cílem je opět minimalizace zdravotních a sociálních

rizik a budování důvěry mezi klientem a zařízením. Zařízení se zabývá především prevencí šíření HIV pozitivitu či jiných infekcí (hepatitis), minimalizací zdravotních a sociálních rizik a tréninkem tzv. bezpečnějšího užívání návykových látek, především u intravenosních uživatelů drog. Cílem tohoto přístupu není okamžitá abstinence klienta, ale výhled možné abstinence.

TK Karlov a Němčice

Terapeutické komunity, které nabízí chráněné prostředí. Klienti mají možnost se podílet na spolořozhodování o postupu své léčby. Délka rezidenční léčby je v TK Karlov 6-10 měsíců, v TK Němčice 10-15 měsíců. TK Karlov je jedinou komunitou v ČR, kam si matka může vzít své dítě. Prostředky léčby jsou skupinová psychoterapie, pracovní terapie, speciální skupiny určené výhradně pro matky s dětmi, individuální a rodinné poradenství, trénink odpovědnosti a sociálních dovedností, sport a další volnočasové aktivity. Klíčové je zde učení se režimu.

Denní stacionář

Ambulantní psychoterapeutické centrum. Může předcházet, doplňovat nebo nahrazovat ústavní léčbu. Staví na klientově dobrovolnosti a motivovanosti. Program probíhá formou skupinové a individuální psychoterapie a socioterapie. Cílem je pomoci klientovi při získání náhledu, propracování změny v sebepojetí, vztazích, sociální integraci a životním stylu. Dále pomoci s udržením abstinence a prevencí relapsu. Také se snaží podporovat klienty v jejich osobním zrání a stabilizaci. Klienti, kteří dokončili léčebný program v Denním stacionáři, mají možnost absolvovat ambulantní program následné péče v Doléčovacím centru Sananim.

CADAS

Nebo-li Centrum ambulantní detoxifikace a substituce. Mezi hlavní metody tohoto centra patří farmakoterapie, psychoterapie, poradenství a soc. práce. „Pokud jde o specifickou farmakoterapii, CADAS používá buprenorfin pro ambulantní detoxifikaci a časově omezenou substituci opiátů.“³

³ Viz www.sananim.cz.

Doléčovací centrum

Tomuto typu zařízení se podrobněji věnuji v kapitole č. 3. Jeho hlavním cílem je předcházet relapsu u klientů. Slouží k upevnění abstinčních návyků po léčbě, k plynulejšímu přechodu z „chráněného“ prostředí léčby do „normálního“ prostředí každodenního života. Klade si za úkol pomoci klientovi najít si své místo ve společnosti a „poradit si“ sám se sebou.

V následující kapitole se budu podrobněji věnovat následné péči. Následná péče, jako program zaměřený především na udržení dosažených změn v klientově životě, je totiž úzce spjatý s problémem relapsu. Prevence relapsu tvoří stěžejní část tohoto programu. Některá zařízení poskytující tyto služby v České republice lze najít v příloze⁴.

⁴ Viz příloha č. 2.

3. PROGRAM NÁSLEDNÉ PÉČE

3.1 Co je následná péče

Následná péče je poslední fází procesu léčby u závislého klienta, kterou poskytují doléčovací centra. Logicky sem proto patří intervence zaměřené na udržení změn chování, kterých již klient dosáhl. Je to péče, která je klientovi poskytována po odchodu z jeho léčby. „V širším pojetí se týká všech služeb, které klient po léčbě využije, od pracovního poradenství přes chráněné bydlení až po psychoterapeutické programy. V užším pojetí je to péče zaměřená na podporu a udržení abstinence po léčbě.“⁵ Jinými slovy je to pomoc závislému, který se navrácí do „normálního“ života, pomoc při vytvoření optimálních podmínek pro jeho dlouhodobou abstinenci, posílení stabilizace jak osobní, tak stabilizace celkového životního stylu a prevence relapsu. Jde tedy o psychoterapeutickou práci a o sociální pomoc. Je to obtížné období, kdy klient konfrontuje poznatky a dovednosti, které získal během léčby, s běžným životem.

Hlavním motivem většiny klientů, kteří vstupují do programu následné péče, je strach z možného selhání neboli z relapsu. Do té doby totiž klient abstinoval v chráněném prostředí terapeutické komunity nebo jiného léčebného centra. Nyní klientovi začíná období abstinence, která záleží pouze na něm a za kterou nese odpovědnost. Program následné péče si klade za cíl vybavit svého klienta vědomostmi a dovednostmi tak, aby mohl zvýšit svoji sebekontrolu, a snížit tak pravděpodobnost relapsu.

Klient může v náročné situaci znovu vzít drogu (tzn. mít relaps), ale pokud je v kontaktu s odborníkem, může tuto situaci zvládnout tak, že se poučí z toho, že podcenil vzniklá rizika, a nemusí dojít k opětovnému intenzivnímu užívání drogy. Dále si v doléčovacím centru může osvojit dovednost monitorovat svoji situaci, tzn. schopnost rozpoznávat rizikové situace a faktory, které vedou právě k opětovnému požití drogy – čili k relapsu.

Mezi další dovednosti, které má klient možnost získat, zpravidla patří osvojení různých praktických dovedností (jednání s úřady apod.), schopnost self-managementu (tzn. lepší organizace svého času, svých povinností, určování si priorit atd.), klient se

⁵ Viz www.drogovaporadna.cz.

3. PROGRAM NÁSLEDNÉ PÉČE

3.1 Co je následná péče

Následná péče je poslední fází procesu léčby u závislého klienta, kterou poskytují doléčovací centra. Logicky sem proto patří intervence zaměřené na udržení změn chování, kterých již klient dosáhl. Je to péče, která je klientovi poskytována po odchodu z jeho léčby. „V širším pojetí se týká všech služeb, které klient po léčbě využije, od pracovního poradenství přes chráněné bydlení až po psychoterapeutické programy. V užším pojetí je to péče zaměřená na podporu a udržení abstinence po léčbě.“⁵ Jinými slovy je to pomoc závislému, který se navrácí do „normálního“ života, pomoc při vytvoření optimálních podmínek pro jeho dlouhodobou abstinenci, posílení stabilizace jak osobní, tak stabilizace celkového životního stylu a prevence relapsu. Jde tedy o psychoterapeutickou práci a o sociální pomoc. Je to obtížné období, kdy klient konfrontuje poznatky a dovednosti, které získal během léčby, s běžným životem.

Hlavním motivem většiny klientů, kteří vstupují do programu následné péče, je strach z možného selhání neboli z relapsu. Do té doby totiž klient abstinovat v chráněném prostředí terapeutické komunity nebo jiného léčebného centra. Nyní klientovi začíná období abstinence, která záleží pouze na něm a za kterou nese odpovědnost. Program následné péče si klade za cíl vybavit svého klienta vědomostmi a dovednostmi tak, aby mohl zvýšit svoji sebekontrolu, a snížit tak pravděpodobnost relapsu.

Klient může v náročné situaci znovu vzít drogu (tzn. mít relaps), ale pokud je v kontaktu s odborníkem, může tuto situaci zvládnout tak, že se poučí z toho, že podcenil vzniklá rizika, a nemusí dojít k opětovnému intenzivnímu užívání drogy. Dále si v doléčovacím centru může osvojit dovednost monitorovat svoji situaci, tzn. schopnost rozpoznávat rizikové situace a faktory, které vedou právě k opětovnému požití drogy – čili k relapsu.

Mezi další dovednosti, které má klient možnost získat, zpravidla patří osvojení různých praktických dovedností (jednání s úřady apod.), schopnost self-managementu (tzn. lepší organizace svého času, svých povinností, určování si priorit atd.), klient se

⁵ Viz www.drogovaporadna.cz.

setká s nabídkou pozitivních alternativ (např. volnočasové aktivity) a neméně důležitou schopností, kterou lze získat je možnost naučit se relaxovat.

Tým programu následné péče proto tvoří široké spektrum odborníků z mnoha oblastí, který je sestavený na základě potřeb klientů. Při sestavování týmu je ale nutné mít na paměti, že hlavním cílem tohoto typu zařízení je postupné uvolňování vazeb klienta na instituci. To znamená, že není nezbytně nutné mít v týmu tolik odborníků, aby se vyhovělo veškerým potřebám klienta. „Základní tým programu následné péče musí obsahovat profese jako psycholog, speciální pedagog, sociální pracovník.“⁶

V České republice je v současné době celkem 12 zařízení, která se specializují na následnou péči. Všechna tato zařízení jsou zřízena nestátními neziskovými organizacemi a jsou financována převážně ze státního rozpočtu. Služeb těchto zařízení využilo v roce 2002 přibližně 400 klientů⁷.

3.2 Pro koho je následná péče určena

Je určena abstinujícím osobám, které se rozhodly změnit svůj stávající způsob života a jsou pro to ochotné aktivně něco udělat. To znamená, mají náhled a motivaci k dlouhodobé abstinenci. Klient obvykle musí mít za sebou minimálně 3 měsíční dobu abstinence, v ideálním případě absolvovanou detoxifikaci a minimálně krátkodobou léčbu.

Mohou existovat celkem tři skupiny klientů:

- klienti, kteří po ukončení léčby v komunitě nastoupili do programu chráněného bydlení
- klienti z komunit i léčeben, kteří program absolvují ambulantně
- matky s dětmi

Záleží na každém doléčovacím centru, jakou má cílovou skupinu klientů.

Můžeme se setkat i s klienty bez předchozí odborné pomoci. U těch je nezbytný alespoň základní náhled na potřebu dlouhodobé abstinence. Často jsou charakterističtí praktickou potřebou pomoci při nalezení svého místa ve společnosti a znovuzařazení do běžného života.

⁶ Viz Kalina a kol. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*, s. 209.

⁷ Viz Mravčík a kol. *Výroční zpráva ve věcech drog v ČR v roce 2003*.

3.3 Program doléčovacích center

V těchto centrech je obvykle využíván tzv. strukturovaný program, který zahrnuje ambulantní individuální a skupinovou terapii, dále poradenství v sociální sféře života, tzn. potíže při získání zaměstnání, dokončení školy, získání bydlení apod.. Případně zde probíhají aktivity jako svépomocné skupiny, arteterapie atd. Klienti se podílejí na organizaci volnočasových aktivit. Veškerý program je koncipován tak, aby se do něj mohli zapojit i klienti, kteří už pracují.

Existuje osm hlavních složek programu následné péče: lékařská péče; psychoterapie; prevence relapsu; sociální práce; práce s rodinnými příslušníky; chráněné bydlení; práce, chráněná pracovní místa a rekvalifikace a volnočasové aktivity. Tyto jednotlivé složky se vzájemně prolínají. Je důležité pohlížet na ně jako na komplex.

Lékařská péče – přispívá ke stabilizaci fyzické stránky klientů. Mnoho z nich má dojem, že po absolvování léčby jsou zdraví i fyzicky, a neuvědomují si, že je čeká období nutné fyzické rekonvalescence. Časté zdravotní problémy jsou hepatitida typu B a C, gynekologické obtíže, může se vyskytnout i HIV.

Psychoterapeutická péče – a to zejména individuální, socioterapie a skupinová terapie. Nejedná se ale o žádnou „hloubkovou“ psychoterapii, která by si dala za úkol vyřešit všechny klientovy problémy. Je nutné si předem dobře diagnostikovat, které z problémů jsou řešitelné v aktuálním čase. Jde spíše o podpůrnou psychoterapii, protože hlavním cílem následné péče, na který nesmíme zapomínat, je stabilizace abstinence a k ní především by se mělo terapeutické působení vztahovat. Samozřejmě je možné v rámci sítě specialistů předat klienta do další péče.

Prevence relapsu – obava z možnosti relapsu je hlavním motivem závislého k nastoupení programu následné péče. Pod pojmem prevence relapsu se myslí snaha vybavit klienta dovednostmi a vědomostmi tak, aby se zvýšila jeho sebekontrola a tím se snížila pravděpodobnost, že opět užije drogu. Klient se učí rozpoznávat situace, které v něm vyvolávají chuť užít drogu, a nacvičují se možné reakce na tyto situace.

Sociální práce – přesto, že v minulosti byla často dost podceňována, dnes je jednou z hlavních součástí programu doléčování. Podílí se velkou měrou na stabilizaci

životního stylu klienta. Mnoho klientů není v začátcích schopno samostatně řešit problémy zaměstnání, bydlení, vzdělání, finanční situace, právní problémy z minulosti, sociální dávky, základní vojenská služba atd.

Program práce s rodinou - má dvojí rozměr. Jednak klasické pocity selhání dospělých jako rodičů, zklamání atd., což ovlivňuje celkovou atmosféru rodiny. Dalším rozměrem pak je celkem častá patologická symptomatologie v rodině. Rodiče musí dokázat přijmout skutečnost, že se velmi citelně podílejí na výsledku procesu léčby svého dítěte, ke kterému ovšem může patřit i relaps. Zejména toto je důležité, aby si rodiče uvědomili. Jinak mohou mít na své dítě velmi vysoké nároky a nepřipouštět si, že může udělat chybu. To může být velikým tlakem, který může být významným faktorem zvýšení pravděpodobnosti relapsu.

Chráněné bydlení – tuto službu poskytují pouze některá doléčovací centra. Je to možnost ubytování na určitou omezenou dobu (obvykle půl roku až jeden rok) pro klienty, kteří se nemají po absolvování léčby kam vrátit nebo je jejich zázemí pro ně ohrožující. Za ubytování se platí nízký nájem. Klient je zde vázán určitými pravidly a povinnostmi, dochází tak jako ambulantní klienti do doléčovacího programu. Doba strávená v tomto typu ubytování je určena k tomu, aby měl klient dostatek času sehnat si zaměstnání a samostatné bydlení.

Zaměstnání, rekvalifikace – tato část se týká práce, rekvalifikace a chráněných pracovních míst. V této oblasti je často nutná velice intenzivní pomoc, protože mnoho klientů nebylo nikdy zaměstnáno a nemají vybudovány jakékoliv pracovní návyky. Často jsou také nedostatečně odborně kvalifikováni. Tento problém mohou řešit tzv. chráněné dílny. I tady je ale třeba přistupovat citlivě, pečlivě zvážit, zda je klient skutečně tolik handicapovaný, aby nemohl pracovat v běžné pracovní síti. Mohlo by tak docházet ke zbytečnému izolování klienta. Je efektivní, pokud sociální pracovník programu následné péče spolupracuje s místním úřadem práce a popřípadě i firmami.

Volnočasové aktivity – často dochází k případům, kdy si klient v obavě z možného relapsu zaplňuje den příliš mnoha povinnostmi nebo naopak po práci vůbec neví, co s „prázdným“ odpolednem. V rámci následné péče by měly být klientovi nabízeny různé alternativy trávení volného času.

3.4 Fáze programu následné péče v o.s. Sananim

Pokud chceme rozfázovat program následné péče, musíme si nejprve uvědomit, na jak dlouhou dobu je náš program koncipován. Standardní program trvá obvykle zhruba šest měsíců (délku je třeba individualizovat na základě potřeb konkrétního klienta). V o.s. Sananim, kde jsem absolvovala svoji měsíční stáž, je program rozdělen celkem do tří fází v délce dva až tři měsíce.

Těmto třem fázím programu následné péče předchází první kontakt. Ten se u ambulantních klientů skládá z dvou setkání klienta s pracovníkem doléčovacího centra. V této době se uskuteční vstupní pohovor a jsou odebrány (popřípadě aktualizovány) anamnestické údaje⁸. Ve vstupním pohovoru klient obdrží základní informace o programu. Pracovník zjistí základní klientova data (jméno, rodné číslo, trvalé bydliště a kontaktní adresu, případně zaměstnání, dosažené vzdělání, typ a délka léčby, doba abstinence atd.). Na základě těchto údajů a zjištění aktuální situace klienta pracovník spolu s ním hovoří o jeho nejbližších plánech. Klient má zhruba zformulovat svou zakázku – čili co od programu očekává, co chce řešit a jak s tím chce pomoci. Pokud klient z nějakého důvodu nemůže nastoupit do doléčovacího centra (nesplněné podmínky, které se týkají délky abstinence, věku, klient aktuálně užívá drogy apod.), je mu vysvětleno proč nemůže nastoupit a v případě jeho zájmu jsou mu předány kontakty na jiná léčebná zařízení. Anamnestický pohovor slouží k získání údajů z rodinné a zdravotní anamnézy, dále se zjišťuje průběh drogové kariéry, předávkování, absolvované léčby, relaps popřípadě recidiva, osobní anamnéza, sociální situace a další. Tyto údaje slouží k podrobnému zmapování klientovi osobní historie a vývoji jeho potíží se souvislostmi, především s užíváním návykových látek. V každém takovémto pohovoru je nutné zjistit, které problémy klient již vyřešil nebo se pokoušel řešit a jak to dopadlo.

V o.s. Sananim klient po tomto prvním kontaktu dochází min. 2x týdně na individuální konzultace s jeho garantem (přidělený pracovník). Toto období trvá 1-3 týdny. Klient má v tuto dobu možnost zjistit, zda má i nadále o doléčovací program zájem a zda je do něj schopen docházet. S garantem sepíše tzv. terapeutický kontrakt. To znamená, že je stanovena intenzita docházky klienta a je vyjádřen jeho souhlas s pravidly doléčovacího centra.

⁸ Viz příloha č.3.

Klient si na jednotlivé fáze stanovuje svůj osobní plán doléčování. Zde vymezuje problémové i neproblémové oblasti svého života. V tomto plánu si stanoví cíle, kterých chce dosáhnout v jednotlivých fázích doléčování. Osobní plán pomáhá také zmapovat klientův náhled na jeho situaci. Klient si na základě také tohoto dokumentu může uvědomit, zda pro něho ony problémové situace představují riziko opětovného užití drogy čili relapsu. S tím už se pak učí pracovat – učí se jak v takovýchto situacích reagovat, jak je zvládat či jak se jim vyhýbat.

1. fáze doléčovacího programu:

Tato fáze zpravidla trvá 2-3 měsíce (opět délka je stanovena podle individuálních potřeb klienta). Klient v této fázi absolvuje skupinovou i individuální terapii a zaměřuje se na osobní cíle, které si stanovil ve svém osobním plánu pro toto období.

Hlavními cíli v této fázi bývají především psychická stabilizace po návratu z léčby, prevence relapsu, prevence rizika, že klient vypadne z programu a samozřejmě řešení aktuálních problémů klienta – ať už sociálních, zdravotních či psychických.

2. fáze doléčovacího programu:

Při nástupu do druhé fáze tohoto programu by měl klient zhodnotit cíle, kterých se mu podařilo dosáhnout a stanovit si osobní plán na toto období. Tato fáze trvá zhruba 2-3 měsíce (opět pouze orientační údaj).

V této fázi je hlavní snahou klienta pracovat na upevnění své pozice ve škole či v zaměstnání. „Klient se orientuje ve své situaci a sám si stanovuje další úkoly, které by měl udělat pro zabezpečení svého života bez drog (zajištění volnočasových aktivit, řešení některých sociálních záležitostí jako je pravidelné splácení dluhů apod.).“⁹

3. fáze doléčovacího programu

Jedná se o poslední fázi programu. Přestup probíhá podle stejného principu. Tato fáze trvá opět zhruba 2-3 měsíce. Klient se postupně odpoutává od doléčovacího centra a jeho podpory. Jeho cíle jsou dlouhodobějšího rázu a přesahují program následné péče

⁹ Viz *Operační manuál Doléčovacího centra Sananim*, str.36.

doléčovacího centra. V této fázi by měl být klient již zcela samostatný, schopný si zajistit veškeré své potřeby a zázemí.

Mnoho zařízení v tomto oboru provozuje pro své klienty, kteří už opustili zařízení zvláštní skupinu. Tato skupina má specifickou funkci. Udržuje kontakt mezi zařízením a jeho bývalými členy. Ex-klienti tak mají možnost být v kontaktu s lidmi, s kterými je pojí vesměs stejné problémy. Mohou se o ně podělit, popřípadě se inspirovat, jak si s tím poradili druzí. Také je tu možnost říci si o pomoc nebo podporu a především povzbuzení v další abstinenci.

Ukončení programu následné péče

K ukončení programu může dojít z několika důvodů. Nejlepším je samozřejmě řádné ukončení programu. Klient má i poté možnost obrátit se na svého garanta s problémem.

Dále může dojít k ukončení programu z důvodu přání klienta, vyloučení na základě porušení pravidel doléčovacího centra (např. klient neabstinuje, je agresivní vůči kolegům a personálu atd., každé zařízení má svá vlastní pravidla).

Klient může být také přerazen do jiného léčebného zařízení z důvodu změny jeho indikace. Například je zařazen do terapeutické komunity z důvodu opětovných relapsů nebo má akutní psychiatrické potíže, které se nedají zvládat ambulantně a bez pomoci odborníka.

Také se může stát, že klient přestane navštěvovat program ještě v přípravné fázi. Pokud chce po nějaké době znovu do programu nastoupit, má samozřejmě možnost, pokud platí to, že stále abstinuje.

Při ukončení pobytu je zpracována závěrečná zpráva. Každý klient má v těchto typech zařízení zpravidla možnost zavolat na krizový mobilní telefon. Této služby může využít ve chvíli, kdy má například nepřekonatelnou touhu užít drogu, či ji už užil a potřebuje pomoc nebo podporu nebo prostě neví, co dál.

4. RELAPS U DROGOVÝCH ZÁVISLOSTÍ

Poté, co jsem uvedla, jak zhruba vypadá centrum a program, kde se především na relaps zaměřují, bych se nyní chtěla věnovat už samotnému problému relaps, jeho specifikům, tomu, co mu předchází, ale také co po něm následuje.

4.1 Přiblížení pojmu relaps

Stručně řečeno je to: „návrat k pití nebo k užívání jiných drog po období abstinence, často doprovázený návratem příznaků závislosti.“¹⁰ Čili situace, kdy se klient po určité době své abstinence vrátí buď jednorázově nebo opakovaně k droze. Slovníky hovoří o klientovu selhání.

Relaps je definován jako návrat k předešlému stavu, který je charakteristický pocitem ztráty kontroly. To ale nemusí být definitivním výsledkem. „Prevence relapsu vychází z klinické praxe a výzkumu, který jasně ukázal, že ve většině případů jednorázové porušení abstinence nemusí logicky vyústit k návratu na původní úroveň užívání.“¹¹

Toto pojetí poskytuje mnohem více prostoru pro poučení se z chybného kroku a možnost pracovat na nápravě. Na rozdíl od názoru, že jednorázové užití automaticky znamená obnovení nemoci a obviňuje klienta ze selhání a zmaření dosud vynaloženého úsilí (v případě chápání závislosti jako nemoci).

Poučení z relapsu ale není samozřejmostí. Podle studií se pouze 1/3 dotázaných domnívá, že je to možné, což ještě neznamená, že by to sami dokázali. Důležité je nejen se vyvarovat chyb, ale umět se z nich také poučit, pokud k nim došlo.

Relaps se obvykle vyskytuje se souborem příznaků, které bývají označovány jako „syndrom porušení abstinence“. Jedná se tu o pocity a emoce zaměřené proti sobě samému, proti terapeutovi, zařízení a například i rodičům. Mohou to být pocity zklamání, prohry, deprese, podceňování, pocity viny, hněvu. Dále rozpaky a stud z tohoto selhání. Klient má často pocit, že „nic nemá cenu“, že „to nedokáže“, „je to zbytečné“.

¹⁰ Viz Kalina a kol. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*, s. 91.

¹¹ Viz Kalina a kol. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*, s. 118.

Nejen klient ale takto prožívá situaci. Osoba, která absolvovala léčbu, získala náhled a určitou dobu abstinovala, se opět obrátila k droze. Také u samotných terapeutů vyvolává slovo relaps asociace typu „zklamání“, „selhání, pocit viny“, „selhání léčby“, „vyčerpání“, „návrat k předešlému – zpět“.

Relapsy jsou velmi častou součástí celého procesu léčby. Frederick Rotgers¹² uvádí, že zhruba u 60 % klientů, kteří skončili léčbu závislosti na nikotinu, alkoholu a heroinu, nastal během prvních 90 dnů od konce léčby relaps. Četnost relapsů během prvního roku odhaduje na 70 – 74 %.

V reakci na toto dokonce někteří terapeuti zařadili relaps do stadií procesu léčby. Tuto situaci vnímají jako důležitý bod léčby – určité místo, kde se klient rozhoduje mezi dvěma variantami. Buď zvolí cestu zpátky k závislému chování nebo druhý směr k pozitivním změnám chování. Závislý v té době má už zkušenosti s abstinencí a s pozitivy, která přináší. Často pak opětovné užití drogy nenaplní jeho očekávání. Mnoho klientů epizodicky užije drogu například proto, že se potřebuje ujistit, že jeho rozhodnutí abstinovat bylo správné, tudíž má cenu v něm pokračovat.

Co je tedy důležité proto, aby k relapsu nedošlo? Je to především klientova schopnost náhledu na jeho závislost. Mnoho z nich si skutečně připustí svoji závislost právě až po relapsu. Dalším důležitým a neméně náročným krokem je změna pohledu na drogu. Dokázat přestat se dívat na drogu jako na něco úžasného, co si bohužel musím odepřít. Toto je velice obtížný úkol a vyžaduje určité osobní vyzrání. Neméně důležitou je důvěra – často bývá prvním člověkem terapeut, komu může klient věřit. Takto se také učí věřit sám sobě.

4.2 Vysoce rizikové situace

Vysoce rizikové situace neboli spouštěče relapsu, bývají velice nepříznivým faktorem pro udržení abstinence. Pod pojmem rizikové situace rozumíme jakoukoliv okolnost, která představuje ohrožení sebekontroly, a tím zvyšuje riziko možného relapsu. Člověk, který prošel léčbou, může zůstat zranitelný, občas až do konce života, vůči některým místům, lidem, pocitům a událostem. Klient, který se léčí nebo doléčuje, by se měl naučit procházet některými nebezpečnými situacemi. Přirozeně to

¹² Viz Rotgers a kol. *Léčba drogových závislostí*, s. 181.

neznamená, že by měl například záměrně navštěvovat místa, kde jsou prodávány drogy nebo kde dochází k jejich aplikaci. „Přiměřené konfrontace jsou ty, ke kterým by tak jako tak po nějakém čase došlo – plat, nákup v lékárně nebo drogerii, dojíždění do zaměstnání atp.“¹³ Je dobré si předem projít tyto situace a promluvit si o možných nebezpečích, které nesou. Mít nadhled přispívá k bezpečnosti.

Podle G. Marlatta¹⁴ můžeme rizikové situace rozdělit na tři druhy:

- 1) Negativní emoční stavy – jsou nejčastější příčinou, objevují se až u 35 % relapsů. Patří sem například stres, frustrace, deprese, nuda nebo úzkost a smutek. Klient se chce zbavit těchto nepříjemných pocitů, se kterými se dříve mohl vyrovnávat pomocí drogy.

Vysoce rizikovou situaci ale také mohou představovat pozitivní emoční stavy. Někteří klienti líčí tuto situaci jako okamžik, kdy se cítí dobře, sebejistě a tyto pocity si chtějí zintenzivnit – z „hezkého si udělat ještě hezčí“.

- 2) Interpersonální konflikty – jsou to konfliktní situace s členy rodiny, partnery, kamarády, kolegy atd. Vyskytují se u zhruba 16 % všech relapsů. Patří sem jakékoliv konfrontace v sociálních situacích.

- 3) Sociální tlak – nalézá se zhruba u 20 % všech relapsů. Marlatt ho dělí na přímý a nepřímý. Za přímý sociální tlak považuje setkání závislé osoby s „drogovým známým“, kde hrozí nabídka drogy. Za nepřímý sociální tlak považuje například návštěvu taneční párty, kde se závislý klient pohybuje v blízkosti osob, které užívají drogy.

Dalšími rizikovými situacemi mohou být například negativní tělesné stavy (dlouhodobé obtíže, bolesti apod.) nebo také craving, který je ústředním tématem prevence relapsu. Mnoho dalších riziko-vyvolávajících faktorů je většinou velmi individuální. Jsou to ve velké míře vzpomínky a pocity, které má klient spojeny,

¹³ Viz Kuda. *Tematické skupiny prevence relapsu*, s. 15.

¹⁴ G. A. Marlatt, profesor a ředitel Centra pro výzkum návykových chování, Washingtonská Univerzita, Seattle.

například s určitými osobami nebo s místem, kde si v minulosti aplikoval drogu, dále filmy, hudba atd.

Patří sem také různé situace náročné na psychiku člověka jako je stres, konflikty nebo také úzkost. Snad každý z nás používá nějaký druh činnosti pro zvládnutí úzkosti. Pro osoby s návykovým chováním je často závislost způsobem takového zvládnutí. Toto chování přináší okamžitou úlevu. Úleva od pocitů úzkosti je velmi vděčný prožitek, takže je pravděpodobné, že se toto chování bude opakovat. Dalším blízkým propojením úzkosti a závislosti jsou navzájem promísené účinky abstinčních příznaků a úzkosti. Tyto faktory opět zvětšují pravděpodobnost relapsu.

Klientova odpověď na jednotlivé spouštěče jeho chutí se může časem měnit. Proto je dobré, aby si svůj seznam nebezpečných situací upravoval a aktualizoval.

K zvládnutí vysoce rizikových situací je zapotřebí velká dávka sebekontroly. Klienti se do těchto situací často nedostávají náhodně. Tyto události bývají doprovázeny určitou „slepotou“ k rizikům různých malých kroků a rozhodnutí, které klienta přivádějí do blízkosti drogy.

V programu následné péče klient pracuje na zvyšování sebekontroly, čímž může tyto situace bezpečněji zvládat, nebo se jim alespoň pokusit vyhnout. Prevence relapsu prakticky probíhá na těchto třech pilířích:

- pomoc klientovi rozpoznávat tyto rizikové situace a zvyšování sebekontroly
- dále je cílem vybavit klienta dovednostmi, které mu pomohou předcházet tyto situace a bezpečněji je zvládat, pokud se do nich už dostane
- a v neposlední řadě je to pomoc při stabilizaci klientova životního stylu. To obnáší široké pole socioterapeutických aktivit

4.3 Varovné signály

Ještě před samotným relapsem lze u klienta upozorovat jisté varovné signály, tzv. pre-rizikové situace. Jedním z předchůdců je například „nerovnováha životního stylu“¹⁵. Tím se rozumí nepoměr mezi představami a tlaky okolí a vlastními představami a aktivitami, které člověk dělá pro sebe. To znamená rozpor mezi tím, co bych měl a co chci. Z tohoto samozřejmě vzniká stres a deprimující pocity.

¹⁵ Viz Kalina a kol. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*, s. 120.

Dalším předchůdcem relapsu může být craving neboli bažení (také nazýváno jako „chutě“). Ten většinou bývá spouštějícím faktorem, zvláště v situacích jako je výše zmíněná nerovnováha životního stylu a vysoká míra stresu – tzn. pravděpodobnost relapsu se zvyšuje. Neexistuje však rovnice tvrdící, že craving = relaps.

Toto vše je doplněno pocity viny. V té chvíli přicházejí na řadu obranné mechanismy, které to zejména popírají a racionalizují. Klient se nachází v situaci, kdy si touží dopřát drogu. Racionalizace v této chvíli může fungovat jako omluva, ospravedlnění k tomu, aby si onu drogu vzal. V této situaci může přijít na řadu i popření skutečných důvodů k tomuto chování. Tyto obranné mechanismy pomáhají zmírnit vinu a úzkost, které z dané situace vznikly.

Z těchto faktorů mohou u klienta plynout pohnutky k vytváření bezvýchodných situací. Jsou to série každodenních minirozhodnutí, jako kudy jet, zda navštívit kamaráda apod., která vedou člověka do situace, kdy už je v nadlidských silách dostat svým předsevzetím a odolat pokušení. Člověk si tento myšlenkový záměr uvědomuje buď pouze částečně, nebo vůbec. V tom tkví nebezpečí tohoto postupu myšlení. Klienti si tím často omlouvají své jednání – říkají, že za relaps vlastně nemohli. Poté může dojít k syndromu porušení abstinence, čili k určitým procesům spuštěným porušením pravidla nebrat, které si klient stanovil. Tomuto tématu se budu podrobněji věnovat v kapitole č. 6 Psychický dopad relapsu.

Varovné signály mohou být také deprimující pro terapeuta, který je u svého klienta pozoruje, ale ten je odmítá.

Varovné signály se dají údajně pozorovat už několik dní před relapsem. Okolí klienta na něm může pozorovat nepokoj, nekoordinované pohyby, vzrušivost, depresivitu, uzavírání se, nespolehlivost v kontaktech, narušenou komunikaci – povrchovou či bezvýznamnou, a také poruchy řeči. Klienti své vlastní pocity před relapsem nejčastěji popisují jako znechucení, pocit prohry, bezvýznamnosti. Vliv na rozhodnutí potom může mít například špatná nálada, osamělost, nutkání a pokušení, mezilidský konflikt, ale i nedostatek peněz, problémy s bydlením, zaměstnáním atd.

4.4 Práce s relapsem v o.s. Sananim

Klienti se v relapsové situaci často cítí bezmocní jakkoliv tuto věc zvrátit či alespoň ovlivnit. Připomínají si své předsevzetí abstinovat. Rezignace je potom dále ochromuje. Ihned po prvním lapsu prožívají pocity zahanbení, zklamání, viny a neschopnosti. Toto může vést k tomu, že v užívání budou pokračovat. Podle Kamila Kaliny¹⁶ je ale jen malá část uživatelů schopna ze svého popisu okolností relapsu vytěžit poučení pro budoucnost a napříště jim předcházet, čelit jim nebo se jim vyhnout.

Jak už jsem zmínila, v případě, kdy dojde k relapsu, je možné mu nepodlehout a poučit se z něj. Relaps je situace, s kterou je třeba počítat a začít pracovat už během léčby a následné péče na schopnostech, které jí později pomohou zvládnout. Relapsu předchází vnitřní a vnější okolnosti, které jsou pro terapeuta rozpoznatelné. Rozpoznávat je a také zvládat se může pokusit naučit i klient.

Důležitým momentem v situaci, kdy dojde k relapsu, je získat klienta k terapeutickému setkání. To může představovat problém, protože relaps je častým důvodem vypadnutí z léčby nebo také následkem vypadnutí z léčby. Problém v tomto případě nastává, když se klient po relapsovém zážitku „ztratí“, čili úplně přeruší styky se zařízením a terapeutem.

V případě, že závislý je ochoten pokračovat v terapii, je velice důležité, aby se terapeut dozvěděl co nejvíce podrobností o proběhlé příhodě. Terapeut by se měl pokusit zjistit, co bylo spouštěčem relapsu, co klient dělal před tím, než si opět vzal drogu, co cítil a na co myslel. Také co dělal poté, zda se rozhodl informovat svého terapeuta nebo zda měl myšlenky „se vypařit“.

Prospěšnou může být i práce s rodinou, pokud to situace v rodině dovoluje, protože ostatní členové rodiny nám mohou poskytnout dodatečné důležité informace. Může to pomoci klientovi podívat se na svůj relaps i z jiného úhlu pohledu. Navíc, relaps může následovat po klientových potížích s blízkými osobami. Terapeut jako prostředník jim může pomoci na těchto konfliktech pracovat. Také by měl pamatovat na to, že ne vždy se budou jednotliví členové rodiny shodovat v tom, co relaps způsobilo a jaký je další možný postup v řešení vzniklé situace. Může následovat série obviňování. „Tyto emoce vytvářejí v rámci rodiny klima, které může zvýšit riziko dalších epizod pití nebo užívání návykových látek. Ve společných setkáních je proto důležité hovořit o tom, jak závislí i

¹⁶ Viz Kalina. *Kvalita a účinnost v prevenci a léčbě drogových závislostí*, s. 76.

zbytek rodiny relaps prožívali, ale také poslouchat, co říkají ostatní“.¹⁷ Čili podívat se na situaci i očima jiných a pokusit se z toho vytěžit co nejvíce.

4.5 Ohrožující rodinné konstelace

Rodinná situace může být jedním z klíčových faktorů ovlivňujících závislého. Děti z nefunkčních rodin jsou častými návštěvníky léčebných programů. Klienti zařízení pro závislé mívají často problémy s nezávislostí na jejich rodině. Někdy bývají drogy zoufalým způsobem, jak nezávislosti dosáhnout. Pominu-li klasické ohrožující prostředí jako je rodina, kde užívá drogu ještě další z jejích členů, pokusím se v následujících řádcích uvést některé další ohrožující rodinné konstelace.

Na relapsové situaci se rodina může podílet velmi aktivně. Je to například v situaci, kdy se rodiče přehnaně obviňují z potomkovy závislosti. Mají pocit, že jeho výchovu zanedbali a že to nyní musí napravit. Věnují se mu zcela naplno, snaží se všechen svůj volný čas trávit s ním. Dítě, které s nimi ten čas tráví a vidí, jak se snaží, začne mít provinilý pocit, pokud chce trávit čas jinak, než s nimi. Rodiče vše, co nemají pod kontrolou, začnou považovat za podezřelé. Vždyť jejich dítěti přeci nic nechybí, oni se mu plně věnují, a tak se mu dostává všeho, co potřebuje. Co by mohlo potřebovat, co oni mu nemohou dát? To je pro ně podezřelé. Nepřímé obviňování dítěte spojené s jeho pocity viny rozdmýchává v klientovi pocity, že je vlastně špatný. Když se tyto emoce časem vystupňují a přidá se k nim například vztek na sebe sama, je to jen krůček od rozhodnutí vzít drogu znova, když je tak špatný, tak proč ne?

Některé rodiny se chovají k jejich léčícímu se členovi jako k naprosto slabému člověku. Podle nich neunesou běžné povinnosti ani vše, co si ostatní členové říkají, nebo co si myslí. Přístup terapeuta považují za příliš tvrdý a tajně s dítětem uzavírají mírnější dohody za zády terapeuta.

Dalším přehnaným rodičovským postojem může být naopak naprostá ignorace problému. Vyskytuje se obvykle v bezproblémových rodinách, kde žádný z členů nikdy s drogami ani s jiným závažným problémem do styku nepřišel. Naopak považují se za slušnou rodinu, a tak se i navenek snaží vystupovat. Za léčbu dítěte se před okolím mohou stydět a maskovat ji za omluvy a výmysly. Často také může dojít k obviňování

¹⁷ Viz Rotgers a kol. *Léčba drogových závislostí*, s. 133.

mezi členy této rodiny, zejména mezi rodiči. Hledá se viník. Po návratu dítěte z léčby mají pocit, že celá kapitola je uzavřená, že už není v ničím zájmu se k tomu vracet. Drogy jsou špatné a o špatných věcech se přeci v této rodině nemluví. Rodiče většinou vůbec nespolupracují, protože každého, kdo se pohybuje v problematice drog, považují také za podezřelého. Nejsou většinou ochotni přistoupit na jakýkoliv dialog s terapeutem, pokud ho vůbec navštíví, většinou už nikdy nepřijdou znovu, protože si potvrdili svoji domněnku. Dítě v takovéto rodině nemá dostatečný prostor, nemůže si o svých problémech promluvit, schází mu podpora.

Také přílišná autorita může vést dítě zpět k relapsu. Jsou to obvykle rodiče, kteří mají tendence své děti neustále poučovat a směřovat tou správnou cestou. Závislost dítěte může být v těchto případech tím jediným, co rodinu spojuje. Rodiče se o jeho problém velmi zajímají, studují literaturu, angažují se v procesu léčby. Zjišťují si možnosti a snaží se svému dítěti zprostředkovat tu nejlepší péči, kontaktují mediálně známé odborníky, chtějí mluvit jen s vedoucími apod. Tím hlavním se pro ně postupem času stává problém synovy či dceřiny závislosti – ne jejich dítě. Stávají se odborníkem na jeho závislost. S dítětem často ani moc nemluví, zato mají pocit, že jsou důležití jeden pro druhého. Dítě je tak paradoxně odsunuto na druhou kolej.

Nebezpečnými jsou také nerealistická očekávání členů rodiny. Chtějí se zcela odpoutat od minulosti a chtějí věřit, že léčení přineslo naprostou a trvalou změnu. Potřeby postupného přizpůsobování se závislého člena prostředí ignorují a jeho problémy s tím spojené považují za vymyšlení si. Pokud dojde k relapsu, považují ho buď za naprosté selhání, nebo ho přehlíží.

Dalším případem z rodinných relapsových situací může být stav, kdy se dítě vrací z léčby domů a nejčastěji matka z něho potřebuje mít z různých důvodů někoho stále nesamostatného, nedospělého. Důvodů může být mnoho – osamělá matka má problémy s partnery, bojí se, že dítě odejde z domova a zůstane sama, otec si nechce připustit, že jeho dcera už vyrostla a má právo na vlastní život atd. Dítěti tak vnucují roli opravdového malého dítěte. Snaží se ho k sobě připoutat obviňováním, vyvolat v něm pocit, že je na nich závislý. Ve všem mu vycházejí vstříc a jediné, co za to chtějí je ujištění, že se jeho drogová kariéra už nebude opakovat. To neustále zdůrazňují a připomínají mu jeho drogové činy. Neustále ho kontrolují (jako ono malé děčko), a tím mu dávají najevo, že mu nevěří, že dokáže abstinovat. Čímž dávají najevo, že nevěří v jeho vlastnosti. V okamžiku, kdy dojde k relapsu prohlašují, že to stejně čekali. A vše se opět opakuje.

Také existují rodiny, kde droga pro dítě představuje jediný ostrov soukromí a svobody, kam mu rodiče nemohou.

Klient může přispět k dialogu a porozumění například tím, že dá své rodině k dispozici některé výtisky používané v rámci jeho skupiny. Také je může pozvat na zúčastnění otevřeného setkání skupiny, pokud to pravidla doléčovacího centra dovolují.

4.6 Osobnostní charakteristiky přispívající k relapsu

Proč se někteří klienti po ukončení léčby bez drogy objedou a jiní ne? Proč dva lidé, kteří mají srovnatelné podmínky, reagují na tytéž terapeutické zásahy rozdílně? Pokusím se nyní nastínit některé osobnostní charakteristiky, které mohou činit klienta náchylnějším k relapsu.

- klient se zatím nedokázal podívat na drogu jako na něco negativního; představuje pro něj něco skvělého, co si musí odpírat

Tento příklad drogy jako něčeho, čeho se zbavit nechci, ale musím, byl příčinou prvního relapsu Kláry – klientky doléčovacího centra. Klára žije ve společné domácnosti s matkou, jejím přítelem a mladším bratrem. Má svůj vlastní pokoj. Přítel matky je o čtrnáct let mladší (než matka) a tři roky abstínuje od pervitinu. Je to vyučený elektromechanik, nyní je již tři měsíce nezaměstnan. Zaměstnání často střídá. Kromě současné abstinence nemá žádné vážnější zdravotní problémy. Pije příležitostně, ale klientka uvádí, že „nezná míru“. Většinou to končí značnou opilostí. Je to kuřák. Klára jejich vztah neoznačuje za příliš dobrý, nemá k němu důvěru, neoblíbila si ho. Matce je 36 let, má vysokoškolské vzdělání a je chirurg. Nemá žádné zdravotní obtíže. Pije pouze příležitostně a to velice málo, je nekuřačka. S matkou podle svých slov vycházela, ale jejich vztah byl občas vyhrocený v souvislosti se školou, zejména s kázeňskými přestupky. Klářin vlastní otec je starý 44-45 let, klientka neví přesný věk, téměř se s ním nestýká. Je vyučený. Bratrovi je deset let. Dětství podle klientky bylo hezké, všichni se o ni starali. Když jí byly tři roky, rodiče se rozvedli. Důvodem byl alkohol a nevěra ze strany otce. Matka se znovu vdala, když klientce bylo osm let. Z tohoto manželství má matka druhé dítě.

Klára absolvovala od tří let mateřskou školku. Prošla několik základních škol, důvodem byly kázeňské problémy. Své postavení ve třídě charakterizuje jako role třídního šaška. Učení ji nikdy moc nebavilo. Poté si vybrala 3-letý obor aranžér na středním odborném učilišti. Tam vydržela pouze dva měsíce. Byla vyloučena pro záškoláctví a kázeňské problémy. Po roce nastoupila na střední odbornou školu, kde vydržela tři měsíce. V té době již brala drogy. Následovalo přerušení a nástup do PL Bohnice. Dosažené vzdělání je tedy základní, nyní má v plánu nastoupit do školy dálkově a vyučit se.

Hlavní drogou v tomto případě byl heroin. Začala ho brát ve třinácti letech. Poprvé ho kouřila, zpočátku jen víkendově, občas ho kombinovala s LSD. Heroin brala s půlroční pauzou celkem čtyři roky. Poslední rok ho užívala nitrožilně. Pervitin zkusila v patnácti letech, užívala ho dva měsíce nitrožilně. Několikrát zkusila extázi, ale neoslovilo ji to. Marihuanu v jedenácti letech kombinovala s alkoholem.

Nejdéle vydržela Klára abstinovat půl roku, kdy bydlela u babičky mimo Prahu. Během tohoto období konzumovala alkohol a kouřila marihuanu. Docházela jednou za čtrnáct dní na pohovory do AT poradny. První léčbu absolvovala v PL Bohnice. Čtrnáct dní před ukončením léčby zrelapsovala a byla vyhozena. Týden na to nastoupila do PL Jemnice, kde absolvovala dva měsíce. Z PL Jemnice přestoupila do TK White Light kvůli navázání partnerského vztahu s jiným klientem, což je zakázáno.

V sedmnácti letech podstoupila interrupci, v té době brala drogy každý den. Měla několik sexuálních partnerů, jejich vztahy ale byly pouze krátkodobé. Většinou se jednalo o beroucí partnery. Nyní je bez partnera. Nikdy netrpěla žádnou pohlavní chorobou. Nemá žádné zkušenosti s psychiatrií, ani s psychologem. Prodělala žloutenku typu B, se kterou byla hospitalizována ve FN Motol.

Při rozhovoru byla upravená, velice komunikativní, vyrovnaná. Vzhledově připomíná tzv. „technoholku“.

Jak už jsem uvedla, Klára nebyla v době sepsání této kazuistiky pro abstinenci zcela rozhodnuta. To hrálo klíčovou roli v jejích dosavadních pokusech o léčbu. Určitě se toto téma pro ni stane stěžejním během sezení týkajících se prevence relapsu. Z příběhu také vyplývá, že pro Kláru může představovat rizikovou situaci matčin současný přítel, který abstinuje. Klářina matka se pro ni jeví být oporou, proto je určitě důležité dále pracovat na jejich vztahu a pokusit se matku přesvědčit k navštěvám skupiny pro rodinu a blízké, kterou většina doléčovacích zařízení nabízí. Důležitým tématem v Klářině příběhu je

také vztah s jejím biologickým otcem. Klára by se s ním možná chtěla setkat – není si jista. Tomuto tématu by také měla být věnována pozornost – zda Klára skutečně o setkání stojí, zda jí to může nějakým způsobem pomoci.

Další osobnostní rysy přispívající k relapsu například jsou:

- klient si nepřipouští, že je závislý, pouze se tak někdy označuje; pracuje na odstranění problémů spojených se závislostí; ve chvíli, kdy je vyřeší, vrací se k droze – má přeci splněno
- klient sice abstinuje, ale nezměnil své chování, prostředí, které navštěvuje – tzn. nechává si adresy a telefonní čísla lidí, které zná ze svého drogového období, navštěvuje místa, kde se dá očekávat přítomnost drog, stýká se s lidmi, kteří stále drogy užívají
- klient s velmi nízkým sebevědomím; cítí se za drogy vinný; nechá se zavalit spoustou úkolů, protože neumí odmítat; nestíhá plnit sliby; má pocit, že se mu nic nedaří, přestože se tolik snaží
- klient, který má tak nízké sebehodnocení, že se ani nesnaží; veškeré úkoly mu připadají nad jeho síly, do ničeho se radši ani nepouští, protože by to podle svých představ stejně nedokázal; relaps vidí jako něco nevyhnutelného, co beztak nedokáže ovlivnit
- klient si vybuduje s nasazením veškerých svých sil velmi dobré sociální i profesní postavení; úspěch z toho plynoucí je pro něj ale příliš zavazující; buď zrelapsuje, nebo dostane pocit, že když toho tolik zvládl, zvládne i drogy
- opakem je klient, který ihned po léčbě začne podnikat některé riskantní kroky, tzn. měnit povolání, stěhuje se, rozvádí se a současně navazuje nový vztah apod.; dostává se tak do řady velmi komplikovaných situací; má pocit, že jeho život je plný komplikací, za které nemůže; často do tohoto stavu přivede ještě dítě; to vše se mu nakonec stává omluvou, proč si znovu vzal drogu
- klient, který byl během procesu léčby velice úspěšný, zvykl si na pocit, že je nejlepší; nyní prožívá stres a nejistotu, je sám, bez přátel, mohou se objevit chutě, které dříve neměl a nyní se za ně stydí, protože on je přeci tak dobrý; stydí se to říci někomu, kdo by mu pomohl; to se v něm po nějakou dobu hromadí až do chvíle, kdy to zákonitě vybuchne

5. FORMY PREVENCE RELAPSU

Tak jako na pojmy závislost a relaps, tak i na prevenci existuje mnoho pohledů a možností přístupů, jak daný problém řešit. Rozsah mé bakalářské práce mi neumožní plně se věnovat všem možným přístupům a objasnit jejich metody. Proto jsem si v této kapitole dala za úkol seznámit čtenáře s problémem prevence relapsu základním a shrnujícím pohledem. Nebudu zabíhat do podrobností a specifik jednotlivých přístupů. Ty tady ani nebudu představovat. Chápu tuto kapitolu jako obecné seznámení s pojmem prevence a s tím, co tento pojem obnáší.

5.1 Co znamená prevence relapsu

Pojem prevence relapsu zahrnuje širokou škálu strategií, jak předcházet relapsu u závislého chování. Vychází z předpokladu, že je v klientových možnostech své závislé chování změnit, překonat ho. Z toho vyplývá, že klientovo osobní nasazení a zájem je nezbytnou podmínkou celého průběhu prevence. Je to proces, který má klientovi pomoci změnit jeho závislé chování a tuto změnu dokázat udržet. Pro udržení této změny se snaží klienta vybavit určitými vědomostmi a dovednostmi. Mezi stěžejní pilíře prevence relapsu patří:

- schopnost zvládnání vysoce rizikových situací (tzn. schopnost předcházet, a pokud k nim dojde, tak zvládat ony rizikové situace a schopnost zvládat stresové situace obecně)
- zvyšování uvědomění (tzn. zvyšování náhledu, schopnosti lépe rozpoznat rizikové situace)
- změna a následná rovnováha životního stylu (tzn. veliké množství aktivit, které si klient osvojuje a které se učí pěstovat; mohou sem patřit jak volnočasové aktivity, tak vyřešení např. klientovy bytové otázky, zaměstnání, splacení dluhů apod.)

Tyto tři stěžejní pilíře prevence relapsu jsou vzájemně propojeny a úzce spolu souvisí. Podrobněji se těmto prvkům budu věnovat dále v rámci této kapitoly.

Prevence relapsu zahrnuje techniky zaměřené jak na přemýšlení, tak na chování. Důraz je kladen především na oblast sebekontroly, čili jakýsi „self-management“ a na udržení již dosažených změn a následnou rovnováhu klientova životního stylu.

Techniky prevence relapsu bychom také mohli rozdělit na dva typy. Prvním typem jsou techniky zaměřené na okamžitou pomoc klientovi, na jeho konkrétní zranitelnost, která směřuje k relapsu. Cílem těchto technik je naučit klienta vyhýbat se, popřípadě zvládat vysoce rizikové situace. Patří sem například výuka relaxačních technik apod. Druhým typem jsou techniky obecnější, hlouběji a dlouhodoběji zaměřené na změny klienta. Jsou to techniky zabývající se například změnou životního stylu klienta, posilováním jeho sebedůvěry, dále se zaměřují na jeho postoje k problémům a způsoby, jakými tyto problémy řeší apod.

Role terapeuta

Terapeut působí v programu prevence relapsu primárně jako zprostředkovatel informací. Je to průvodce, učitel, který pomáhá klientům v tom, aby byli schopni si pomoci sami.

Terapeut musí jasně chápat model prevence relapsu a musí být schopný srozumitelně zprostředkovat klientovi, na čem se zakládá. Zároveň musí dobře ovládat komunikační dovednosti. A v neposlední řadě musí samozřejmě perfektně ovládat jednotlivé techniky prevence relapsu.

Prevence relapsu tvoří hlavní prvek programu následné péče, ale může být efektivně využita i během základní léčby, což jsem měla možnost pozorovat na své praxi v Denním stacionáři o.s. Sananim.

5.2 Cíle prevence relapsu

Prevence relapsu pro klienta znamená určitý udržovací program celkové změny životního stylu. Této fázi předchází buď fáze léčby, nebo jasné rozhodnutí, které se týká změny a cílů v klientově životě.

Cílem prevence relapsu je vybavit klienta určitými dovednostmi:

- schopnost rozpoznat, vyhnout se nebo zvládnout rizikové situace
- s ohledem na možné „uklouznutí“ vybavit klienta strategiemi, aby se relaps plně nerozvinul
- posílit v klientovi pocit, že není bezbranný, že má možnosti, jak se s těmito obtížemi vyrovnat
- schopnost rozpoznat zdroje stresu ve svém životě
- schopnost rozpoznat a změnit nezdravé vzorce chování a zvyků
- objevit a začít se věnovat pozitivním aktivitám – tzn. sport, četba, umění atd.
- naučit se efektivně hospodařit se svým časem

Čili celkově naučit se žít vyrovnaným životním stylem.

Nejvyšší procento relapsu se obvykle vyskytuje krátce po léčbě nebo v průběhu následujícího krátkého období. Proto je nutné nasměrovat prevenci relapsu ke konci léčby. Načasování se ale může různit podle potřeb klienta. Jiné bude např. u člověka, který „uklouzl“ po delším období úspěšné abstinence.

Klientům, kteří dokončí program následné péče spojený s prevencí relapsu, je doporučováno, aby navštěvovali následná a podpůrná setkání pro osoby, které prošly celým procesem léčby, zcela se osamostatnily a vrátily do běžného života.

5.3 Příprava skupiny prevence relapsu v o.s. Sananim

Výběr tématu se odvíjí od aktuálních potřeb klientů ve skupině. Informace o těchto potřebách získávají terapeuti od terapeutů ostatních skupin. Jednotlivá témata skupiny by se neměla často opakovat a měla by na sebe v rámci možností navazovat.

Při stanovování tématu by měl vedoucí skupiny dbát na přiměřenost počtu klientů ve skupině a časovému limitu skupiny.

Skupinu vedou dva terapeuti. Oba by měli mít předem jasnou představu o průběhu skupiny. Jeden z nich poté skupinu řídí, druhý vystupuje v roli coterapeuta. V průběhu skupiny coterapeut často provádí zápis důležitých momentů skupiny.

V rámci skupiny se používají různé druhy verbálních technik, neverbální techniky, rozehrívací hry a relaxace. Z pomůcek to jsou nejčastěji tužky a papíry, dotazníky, schémata, nástěnná tabule, archy papíru atd.

5.4 Zvládání a rozpoznávání vysoce rizikových situací

Zvládání vysoce rizikových situací se týká jak jejich rozpoznávání, tak i následně práce s těmito situacemi.

Nejprve je nutné spolu s klientem zjistit, které techniky ke zvládání již dříve používal a které fungovaly, popřípadě nefungovaly. Dále, zda se v klientově okolí vyskytují lidé, které on vnímá jako osoby, které by mu v případě výskytu vysoce rizikové situace mohly pomoci. Jsou to například přátelé, rodina, různé organizace, duchovní osoba apod. Tyto možnosti můžeme dále rozvíjet a postupně k nim připojit další.

Pokud klient na žádné možnosti ani dovednosti nepřišel, žádné nemá, může si pomocí praxe a koncentrace určitý repertoár technik a dovedností osvojit. Ty mu mohou významně pomoci vyhnout se relapsu. Klient se naučí například redukovat úzkostné pocity, zvládat laps, vztek, chutě atd.

Při osvojování si těchto dovedností dostávají klienti řadu domácích úkolů. Mají například u konkrétní situace sledovat předcházející i související myšlenky, pocity a techniky zvládání, o které se pokusili. Vše si zaznamenávat a připravit si více možných alternativ jednání. Osvojují si tím sebemonitorovací techniky a odhalují důležité spouštěče chutí. Mohou tak v budoucnu předvídat rizikové situace.

Vztek se učí klienti zvládat spíše slovy než činy, různým cvičením, rozptýlením se například v kině nebo s přáteli.

Dalším důležitým prvkem prevence relapsu je zvládání chutí. Jedním ze způsobů, jak je zvládat, je pokusit se zjistit, co je spouští. Jediným způsobem, jak toto zjistit, je opět sebemonitorování. Klient tak může být varován, že chutě přicházejí a může se jim vyhnout nebo se na ně alespoň připravit. Monitorovat vlastní pocity a myšlenky by měl dlouhodobě, několik týdnů nebo měsíců, aby získal dostatek informací. Tyto údaje ale nejsou neměnné, proto by si měl všimnout možných změn a získané informace aktualizovat. Někteří terapeutové doporučují vedení deníku. „Klient by si měl vést deník se všemi chutěmi a s dalšími informacemi o tom, jak vážná chuť byla, jak dlouho trvala a co se dělo těsně před tím, než chuť začala.“¹⁸

Poučení o chutích ale ještě bohužel neznamená, že se je klient naučil zvládat ve chvíli, kdy nastanou. Pro tento případ by například měl mít připravený tzv. „balíček pro

¹⁸ Viz Wanigarantne; Wallace; aj. *Prevence relapsu u závislých chování. Manuál pro terapeuty*, s. 63.

případ chutí“¹⁹, což představuje individuálně vypracované instrukce, co dělat v případě, že se chutě dostaví. Takovýto balíček se skládá ze čtyř částí – rozpoznání chuti, relaxační technika, určité pozitivní tvrzení o sobě a rozptýlení se.

Rozpoznat chuť je logicky to nejzákladnější. Nemusí to ovšem být to nejjednodušší, chutě se mohou dostavit zcela nepozorovaně. V okamžiku, kdy to klient pozná, může s danou situací začít pracovat.

První věcí, kterou by v té chvíli měl klient udělat, je uklidnit se. Může mu k tomu pomoci právě nějaká krátká relaxační technika, kterou se naučil třeba na skupině prevence relapsu. Ta by měla zabrat maximálně několik minut. Vhodná je například technika zaměřená na vlastní dech. Člověk se zaměří na svůj dech, například na nosní dírky nebo břicho, kde lze dech dobře sledovat. Při nádechu si v duchu říká „nádech“, při výdechu „výdech“. Pokud nastane během dýchání spontánní přestávka, řekne si v duchu „klid“. Pokud ho něco vyruší, řekne si „jinde“ a opět se vrací k uvědomování svého dechu.

Dále by si měl klient říci určité pozitivní tvrzení o sobě, kterému pomáhá abstinovat od drog. Toto tvrzení by nemělo být příliš složité a mělo by klientovi připomenout výhody abstinence. Klient by si proto měl několik takových vět připravit předem během programu prevence relapsu. Je nutné jim věnovat značnou pozornost a vyhnout se případným dvojsmyslům, které by v krizové situaci šly vykládat různými způsoby. Moc se také neosvědčují věty, které obsahují prvky trestu jako „pokud to nevydržím, tak...“ a věty, kdy si klient říká, že abstinuje kvůli někomu druhému. Klient by těmto svým tvrzením měl bezpodmínečně věřit.

Poslední fází balíčku je rozptýlení se. Klient by měl momentální energii určitým způsobem využít a pokusit se tak odvést svou pozornost od chutí. To je opět velice individuální, obecně ale platí, že by to měla být aktivita velice poutavá a zabrat veškerou jeho pozornost. Fyzické aktivity proto bývají lepší než psychické (např. sledování televize). Aktivita pro klienta musí být příjemná.

Ve chvíli, kdy se klient cítí „v bezpečí“, chuť překonal a uplynula delší doba, by si měl celou situaci rozebrat, uvědomit si, co ji spustilo a vyvodit z toho potřebné informace.

Rizikových situací vedoucích k relapsu se ve velké míře týká následující případ.

¹⁹ Viz Wanigarantne; Wallace; aj. *Prevence relapsu u závislých chování. Manuál pro terapeuty*, s. 64.

Klientka Jana přišla do zařízení na nátlak okolí a na radu psychologa. Cítila se dobře, neměla žádné abstinенční příznaky ani fyzické obtíže, spánkový rytmus měla normální.

Pochází z úplné rodiny, má dceru. Rodiče jsou rozvedeni, ale žijí ve společné domácnosti. Nemá žádné sourozence. Otec klientky pracuje jako elektromechanik. Má zdravotní potíže se srdcem, s játry – je to alkoholik. Průběžně po celý den konzumuje pivo, v poslední době ho kombinuje s lihovinami. Je to silný kuřák. Navázal několik kontaktů s AT poradnami, ale léčit se nechce. Podle klientky otec vůbec neví o její zkušenosti s drogami, ani že se léčí. Vždy k němu vzhlížela, až ve čtrnácti letech nastal zlom, kdy si uvědomila, že pije, a přišlo „vystřízlivění“. Vztah mají ale stále výborný, otec jí pomáhá s dcerou apod. Matka je zdravotní sestrou. Podle klientky má psychické problémy a je prý těsně před zhroucením. Je kuřačka a pije spíše příležitostně. Vztah mají velmi vyhrocený, je to prý už od rozvodu rodičů. Matka ji údajně hodně zatahovala do svých partnerských problémů, dokonce společně navštěvovaly psychologa. Obě konstatují, že jim to pomohlo. Po maturitě odjela klientka na rok do Anglie pracovat jako au-pair a většina problémů se prý urovnala. Vztah s matkou se ale opět vyhrotil, když se matka dozvěděla, že její dcera opět užívá drogy.

Tato klientka absolvovala oba typy předškolního zařízení. Základní školu charakterizuje jako „bez problémů“, učení ji prý bavilo, nikdy neměla snížený stupeň z chování. Střední školu si vybrala ekonomického zaměření. Zde už byla docházka doprovázena užíváním drogy. Školní prospěch to ale výrazněji neovlivnilo, potíže se vyskytovaly spíše výjimečně. Až na maturitu, kterou absolvovala na pervitinu a musela ji opakovat. Má jedno dítě – dceru a absolvovala jeden spontánní potrat. S otcem dcery se seznámila v Anglii, krátce po porodu odjela s partnerem na Slovensko, kde má on rodinu. Nastaly ale problémy s partnerovou matkou a později i s ním, a tak se klientka vrátila do Čech. Vztah s partnerem nikdy neukončila, byla to velmi nejasná situace. Zde v ČR potkala nového partnera. Tuto složitou situaci neunesla a vrátila se k braní drog.

Finanční situaci má nevyrovnanou, nikdy nepracovala, má hodně dluhů a problémy s výživným na dítě, protože ještě neproběhl soud o určení dítěte do péče. Otec neplatí alimenty, ale zatím nebyla podána žaloba na placení výživného. Klientka bydlí u rodičů, otec žije v jednom pokoji, klientka s dcerou a matkou obývají druhý pokoj. Společně se dělí o obývací pokoj a kuchyň. Situace je samozřejmě napjatá.

Klientka užívala pervitin (na radu kamarádky – aby se jí lépe učilo- i během maturity) orálně. Pokoušela se o šňupání, ale vzhledem k poškození nosní přepážky

přešla právě na orální způsob užívání – v kapslích. Nikdy pervitin ani jiné drogy neužívala nitrožilně. Intenzivně brala asi rok, poté odjela do Anglie a tam abstinovala. Alkohol užívá jen příležitostně, podle jejích slov nemá problémy odmítnout skleničku. Vztah k patologickému hráčství také odmítá. V souvislosti s návykovým užíváním pervitinu má celkově oslabenou imunitu a stěžuje si na alergie – téměř vše je prý pro ni alergenem. Nemá žádný typ žloutenky, ani HIV. V souvislosti s tímto ale uvádí, že měla velký počet sexuálních partnerů, ale vždy používala kondom. V necelých šestnácti letech prožila pokus o znásilnění, poté chodila do dětského krizového centra.

Při osobním kontaktu působí psychicky labilně, podle jejích slov se bojí, že až toho na ni bude moc, začne zase hledat únik v drogách. Na schůzce ji doprovázela matka.

Plán odborné péče – klientka absolvovala 3-měsíční léčbu v, nyní se nachází v doléčovacím programu, kam dochází 2x týdně na individuální konzultace.

Hlavním klientčíným tématem během doléčovacího programu je její tíživá situace, která se točí v bludném kruhu: nedostatek peněz, vysoké pracovní vytížení, napjatá situace doma s matkou, pocit viny ze zanedbávání dcery a vracení se myšlenkových pochodů z období braní drog.

Jako nejrizikovější situace vidí to, když se dostane do ohniska nějakého konfliktu doma, na pracovišti atd.

Jak je patrné z této kazuistiky, klientka se často ocitá v rizikových situacích. Sama svoji situaci označila jako bludný kruh, který se vlastně skládá ze samých vysoce rizikových situací. Za nejrizikovější pro sebe považuje jakýkoliv konflikt. Na tom je třeba dále pracovat. Mohou pomoci například různé techniky asertivity, přehrávání si možných konfliktů a nacvičování reakcí na ně, zvyšování sebedůvěry apod. Klientčínou výhodou je to, že si ony rizikové situace plně uvědomuje. To je pro ni dobrým výchozím bodem pro práci s nimi a jejich postupné odstraňování. Těmto krizovým situacím se také může lépe vyhýbat.

Klientka dostala za úkol vypracovat svůj osobní plán. Zahrnuje oblasti jako zaměstnání, abstinence, partnerské vztahy, osobní vyrovnanost, rodinný život, přátelské vztahy apod.

Měla za úkol zhodnotit současný stav těchto oblastí, vyjádřit svůj plán - to, co by chtěla změnit, způsob, jakým toho chce dosáhnout a stanovit si časové období, za které

by toto chtěla splnit. Tento osobní plán vypracovala velmi pečlivě a podrobně. Nestanovila si žádné nereálné cíle, což je samozřejmě velice důležité.

Cílem individuálních konzultací bude provázet klientku v realizaci jejího plánu, pracovat na její současné tíživé situaci, což úzce souvisí s prevencí relapsu, na který by v tomto případě měl být kladen veliký důraz.

Toto je několik obecných způsobů zvládnání vysoce rizikových situací:

- vyhýbání se těmto situacím (místům, lidem apod.)
- dokázat z takové situace prostě odejít
- plánovat si věci dopředu
- naučit se být asertivní
- umět potěšit sám sebe
- posilovat sebedůvěru
- mít přátele, blízké, kteří mi pomohou, na které se mohu spolehnout, mám jejich podporu
- rozpoznat proč se cítím špatně (pokud znám pravý důvod, mohu pracovat na jeho odstranění

5.5 Rovnováha životního stylu

Stres v lidském životě je důležitým faktorem, který u závislých chování může vést k relapsu. Pro prevenci relapsu je vyrovnaný životní styl důležitým faktorem. Co si lze pod pojmem rovnováha životního stylu představit? Je to především rovnováha mezi stresory a mechanismy, které používáme k jejich zvládnání. Ve stresu se cítíme, pokud dojde k nerovnováze, to znamená pokud převažují stresory nad prostředky k vyhýbání se nebo zvládnání stresu.

Stres má různé podoby. Jednoduchým příkladem je nerovnováha mezi pocity *měl bych* a *chci*, které zmiňuji v kapitole 4.3 Varovné signály. Čili rozpor mezi aktivitami, o kterých vím, že je musím udělat (*měl bych*) a činnostmi, které dělám pro své uspokojení, radost (*chci*). Příkladem *měl bych* může být učit se na test, zatímco *chci* představuje setkat se s přáteli. Pro někoho může určitá aktivita představovat *měl bych*, zatímco pro jiného *chci*. Příliš mnoho pocitů *měl bych* často vede k touze dopřát si drogu. Tyto

pocity se také mohou hromadit až do určité meze únosnosti, kdy člověk podlehe a prostě si dopřeje. Zkrátka pokud *měl bych* převáží nad *chci*, dochází k nerovnováze životního stylu.

Dalšími podobami stresu mohou být každodenní starosti i radosti. Větší hrozbu však přirozeně představují stěžejní a důležité události v našem životě. Tím se rozumí pozitivní i negativní události. Častější příčinou relapsu jsou samozřejmě ty nepříznivé, jako například rozvod, ztráta zaměstnání apod.

Pro rovnováhu životního stylu, čili zvládnutí těchto stresorů, je důležitým prvkem osvojení si schopnosti zvládat úzkost v různé míře, naučit se některé sociální dovednosti (např. asertivita) a také schopnost sledovat své myšlenky a rozpoznat varující signály.

Práce s klientem na změně jeho životního stylu je určitým společným hledáním a objevováním klienta a jeho terapeuta. Terapeut by měl pro klienta představovat jakéhosi kolegu, který mu pomůže najít program, který mu bude přesně vyhovovat. Nejprve by měl terapeut zjistit, co jeho klient nebo členové skupiny chápou pod pojmem stres. Dále potom může rozvést diskusi o různých zvládacích technikách a klienti se k tomu mohou vyjadřovat, popisovat, které techniky už použili a které jim přinesly prospěch. Příkladem může být denní relaxace, asertivita, cvičení, víra atd.

To se samozřejmě týká klientů, kteří mají vyřešeny veškeré existenční problémy. Nelze pracovat na změně emocionálních potřeb s klientem, který nemá kde bydlet, nemá si za co obstarat jídlo apod.

Cíle, které si klient zvolí jako první, by měly být jednoduché a snadno dosažitelné. Nemusí si nejdříve například striktně stanovovat, že bude třicet minut denně meditovat, ale může si dát za úkol denně si vyhradit chvíli pro sebe, kdy jen „vypne“ a postupně prodlužovat čas strávený aktivitou a její intenzitu.

5.6 Syndrom porušení abstinence

Syndrom porušení abstinence (Abstinence Violating Syndrome), který je většinou následkem relapsu, je spojen s mnoha psychickými stavy. Má typický krizový průběh, čili ustrnutí (klient se podivuje nad touto situací, diví se, co se mu to stalo), sebeobviňování, poté obviňování ostatních okolo a nakonec buď úspěšné zvládnutí situace a pokračování v práci na sobě, nebo rezignace a pokračování v braní drogy

(často doprovázené hněvem a odmítáním lidí, kteří chtějí pomoci). Tato situace je dále spojena s pocity viny z vlastního selhání, bezmocnosti a skepse. Po relapsu se téměř vždy dostavuje tato krize. Její prožívání klientem je tím silnější, čím více si osvojil pohled na relaps jako na něco katastrofálního, z čehož už není cesty zpět.

Myšlenky a emocionální reakce klienta na první selhání po období abstinence mají významný vliv, který může určovat to, jestli bude následovat úplný návrat k původnímu klientovu chování (čili braní drog) nebo ne. Terapeut by měl svému klientovi vysvětlit rozdíl mezi jednorázovým užitím a recidivou a zároveň to, že jednorázové porušení abstinence nemusí nutně znamenat návrat zpátky. Klient by měl být podporován k tomu, aby se zastavil, podíval se na svůj relaps a využil ho k posílení své abstinence. Terapeut by měl klientovi vysvětlit, že relaps může využít jako zkušenost, z které se lze poučit, díky které je možné zhodnotit, co se stalo, určit si, ve které oblasti nemám žádnou kontrolu, a přezkoumat své rozhodnutí ke změně. Musím ale podotknout, že je to velmi obtížný úkol.

Podle tradičního pohledu na závislost (závislost = nemoc) relaps znamená obnovení onemocnění a řeší se opakovaným nástupem do léčby. Novější přístupy jsou spíše zaměřeny na to, aby pomohly klientovi zmapovat situaci, která nastala, a snížit pravděpodobnost dalšího relapsu. Terapeut by měl klientovi vysvětlit, že tato selhání představují u mnoha lidí součást procesu léčby. Také by mu měl pomoci připravit si svůj „krizový plán“, který by mu pomohl zabránit v tom, aby se z relapsu stala recidiva.

Závislého klienta po absolvovaném relapsu může tížit konflikt mezi tím, co si dal za cíl a mezi tím, jak se chová. To znamená, dal si za cíl abstinovat a nyní si opět vzal drogu. Čím větší je rozdíl mezi cíli, které jsme si stanovili, a mezi naším chováním, tím větší to představuje konflikt. A jako každý konflikt vede i tento k potřebě ho redukovat, což může představovat další užití drogy a současně omezení nároků na vlastní abstinenci. Relaps nám pak lehce může přerůst v recidivu. Z toho tedy plyne, že terapeut by měl svému klientovi pomoci si stanovit reálné cíle, které odpovídají pozici, na které se v procesu léčby nachází. To neznamena, že by mu měl dovolit „si občas dát“, ale jak už jsem se dříve zmínila, uvažovat o možnosti relapsu jako o něčem pravděpodobném, na což je třeba se připravit.

5.7 Relaps jako součást procesu léčby

Je třeba pracovat s faktem, že každý člověk dělá chyby a že je důležité se jich vyvarovat (pokud to jde), ale také se z těch vzniklých dokázat poučit.

Prochaska a DiClemente vidí proces léčby jako kruh, v rámci kterého dochází ke změně chování. Ta se uskutečňuje v sérii několika samostatných fází. První fáze – prekontemplace – je období, kdy si klient ještě neuvědomuje potřebu změny. Další fází je kontemplace, kdy si člověk problém již uvědomuje a přemýšlí, co by s tím udělal. Poté přichází fáze aktivní změny a nakonec fáze udržovací, kdy se jedinec snaží dosaženou změnu udržet. Důležitým prvkem je fakt, že model není lineární, ale kruhový. To znamená, že jedinec, u kterého dojde k relapsu, má možnost opět vstoupit do cyklu a znovu jím procházet.²⁰

Výhodou otevřené diskuze o relapsech je to, že klient ví, co může očekávat. „Pacienti mohou předpokládat, že pokud udělají chybu, není vše ztraceno, mohou přijít na léčení a využít své chyby k tomu, aby se naučili více o sobě samých a o přijatých plánech, směřujících ke střízlivosti.“²¹ Pokud se o nich nehovoří už včas během léčby, později se nám pak může postavit do cesty jako něco nového, na co nejsme připraveni. Klientovi pak může značně komplikovat návrat do léčby. Evžen Klouček z Centra následné péče Drop-in říká, že relaps je signálem oznamujícím terapeutovi, že jeho a klientova práce ještě není u konce a není to jejich chyba. Je to podle něj zcela normální proces, který potřebuje ke svému dovršení čas a ještě další práci v léčbě. Neměl by být chápán jako boj, ale spíše jako určitá výzva. Nejen pro závislého klienta, ale zároveň pro jeho terapeuta a nejbližší okolí.

Okolí by na tuto situaci nemělo reagovat totálním zatracením, ale naopak s tímto faktem dále pracovat. V těchto chvílích je také nutné zabránit rezignaci – jak klienta, tak právě i jeho okolí. Vhodné se nejeví ani příliš rychlé odpouštění bez podrobného probrání příčin relapsu. To může vzniklou situaci bagatelizovat.

Pokud klient prožil relaps negativně, je napůl vyhráno. V tomto případě ho situace, kterou mohl vnímat jako své selhání, může přesvědčit, že rozhodnutí opustit svoji drogovou kariéru a s ní spojený životní styl bylo správné. V takovémto případě to může pomoci celému léčebnému procesu, a dokonce i urychlit terapeutickou práci.

²⁰ Viz příloha č. 4.

²¹ Viz Rotgers a kol.. *Léčba drogových závislostí*, s.182.

5.8 Sezení se zrelapsovaným klientem v o.s. Sananim

Klient, u kterého dojde k relapsu, má povinnost to do 48 hodin oznámit zařízení. Většina klientů toto dodržuje. K dispozici jim je krizový mobilní telefon, kde 24 hodin denně někoho zastihnou.

„Terapeut na telefonu“ se snaží zjistit, kde se klient nachází, jakou drogu si vzal, kam chce nyní jít a co chce dělat, kde bude spát, jak stráví příštích 24 hodin. Snaží se o určitou stabilizaci klienta, domlouvá se s ním, co by v této chvíli bylo nejlepší udělat a kdy přijde na schůzku se svým garantem.

Klienti chráněného bydlení mají zákaz 24 hodin vstupovat do zařízení, aby nepřišli do styku s ostatními klienty – tím dochází k jejich ochraně. Cílem oznámení je domluva s garantem příslušného klienta na prvním možném setkání, ke kterému by mělo dojít co nejdříve. Následuje intenzivní týden – mělo by dojít k alespoň třem setkáním. Většinou je asi na týden přerušena docházka do skupinové terapie. Po této pauze se klient vrací do skupiny, kterou musí s tím, co absolvoval seznámit.

Během sezení s garantem je důležité podrobně rozebrat, co se vlastně stalo, jak k té situaci došlo, kde a kdy se to stalo. S klientem je nutné se věnovat tomu, co dělal než k relapsu došlo, jak se cítil, zda pozoroval určité signály už před tím, jaké okolnosti ho k relapsu dohnaly.

Dále je důležité znovu zdůraznit, že relaps není nic definitivního, že se to stává většině klientů a že ho tato zkušenost může naopak posunout dále. Klient s garantem se domluví, jak budou postupovat dále – tzn. kdy se opět sejdou, než klient začne opět docházet do skupiny.

V programu léčby klient normálně pokračuje. Většinou jsou tolerovány 2-3 relapsy během léčby. Záleží na jejich časovém intervalu a na typu klienta (např. klientovi, který prodělá tři relapsy během asi dvou týdnů a už před tím na něm bylo patrné, že má problémy, o kterých nechce mluvit, tomu je pak většinou doporučen jiný typ léčby – denní stacionář, terapeutická komunita apod.).

Klienti na tuto situaci reagují různě. Často dochází např. k bagatelizaci problému – „co se stalo, stalo se, už se mi to nikdy nestane“. Nebo to naopak považují za veliké provinění, mají pocit viny, terapeuti jim pomáhají a oni je zklamali, celé to „zkazili“, většinou o tom nechtějí příliš mluvit, rozebírat to.

5.9 Práce s rodinou v o.s. Sananim

Kontakt s rodinami závislých klientů je důležitou součástí léčebného procesu. Příbuzní jsou totiž jak postižení rizikovým jednáním klienta, tak někdy i naopak jeho spolupracovníky.

V o.s. Sananim je pro rodiče, rodinné příslušníky a partnery klientů, kteří byli nebo jsou v kontaktu s tímto zařízením, vyhrazena samostatná skupina. Skupina se schází 1x za 14 dní a vždy ji vede dvojice terapeutů. Klient musí poskytnout písemný souhlas s pozváním blízkých na rodičovskou skupinu. Na základě tohoto souhlasu jim garant zasílá písemnou pozvánku. Skupina je otevřená, tzn. že rodiče mohou docházet podle svého uvážení a potřeb. Zahrnuje dvě části – část edukativní a prožitkovou. Témata edukativní části jsou zpracována na základě nejčastějších dotazů rodičů. Témata prožitkové části se často objevují i na sezeních klienta s jeho garantem nebo na terapeutických skupinách klientů. Jde například o témata jako „Proč s tou drogou nemůžu něco udělat místo něj já?“, „Je to možná naše vina...“, „Proč tak strašná změna? Do puberty to bylo dokonalé dítě.“²² a jiné.

Při práci s drogově závislým terapeut obvykle čelí velkému množství problémů. Musí například vhodně vybrat, jakou zvolí intervenci, kolik doporučí konzultací, jak bude řešit pokles motivace, relaps, zda využít svépomocných programů atd. V souvislosti s prací s rodinou je toto ještě složitější, a to v souvislosti s počtem lidí, kterým je potřeba se věnovat.

Práce s rodinou vychází z myšlenky, že mnoho problémů klienta může mít své souvislosti se vztahy uvnitř rodiny. Ovlivnění těchto vztahů a také komunikace mezi členy rodiny může způsobit změny a zlepšení těchto problémů. Nejde o to hledat viníka, ani o přenášení zodpovědnosti za léčbu na rodiče. Jde o hledání možností, které mají jednotliví členové rodiny, k přispění ke zvládnutí obtíží.

Bylo prokázáno, že efektivita léčebného procesu se zvyšuje, pokud se terapeutovi daří do klientovy léčby zapojit jeho rodinu. Záleží ovšem také na efektivitě zapojení. Rodiče mohou svůj podíl na procesu léčby bojkotovat. Například tím, že spolupráci pouze předstírají, v běžném životě si stejně dělají vše po svém. Také mohou léčbu nechat pouze na dítěti, protože mají pocit, že oni už toho za celou jeho drogovou kariéru udělali dost.

²² Viz *Operační manuál Doléčovacího centra Sananim*, str. 52.

Touto kariérou jsou bezesporu zasaženi přímo. V průběhu tohoto období naprosto ztrácejí důvěru ve své dítě. Reakce na to jsou různé. Nejčastěji přicházejí pocity viny, veliké zklamání, mívají pocit, že jako rodiče selhali. Mohou se to snažit skrývat před okolím, jsou zahanbeni. Přichází na řadu vzájemné obviňování a mohou na povrch vyplynout i jejich interpersonální problémy. Jejich zklamání se zvětšuje s případným relapsem a s každým opakovaným odchodem dítěte z léčby, v jejíž úspěšnost věřili.

Tyto pocity samozřejmě vytvářejí negativní atmosféru nedůvěry v rodině. Takovéto prostředí může vést až do situace, kdy závislý obrovskou nedůvěru svého okolí cítí a sám sebe nakonec také začne stavět do patové situace, která neumožňuje připustit to, že by se zlepšil.

Členové rodiny často o závislém příbuzném mluví v negativních souvislostech a také o něm tak smýšlí. Mohou ho považovat za sobce, lehkovážného, bezohledného a celkově nezodpovědného. Podle teorie rodinného systému, kterou uvádí Frederic Rotgers, je nutné, aby terapeut pochopil úlohu role závislosti v rodině a vysvětlil, jak k takovému chování došlo a vysvětlil proč. Blíže vysvětlím na příkladu. Závislý klient má tři sourozence, mezi kterými je naprostý outsider. Rodina mu to vědomě či nevědomě dává najevo. Nedostává se mu ze strany rodičů pozornosti. A když, tak v pouze v případě, že je upozorňován na své chyby a na přednosti svých sourozenců. Jedním z jeho motivů k užívání drogy může být právě potřeba upoutat na sebe pozornost rodičů.

Také se často stává, že na rodinných terapiích mají členové rodiny tendenci mluvit o jednotlivých událostech, ale obracejí se s nimi raději na terapeuta a ne jeden na druhého. Díky tomu se během sezení projevují dysfunkce v rodině, a to je vhodným motivem k intervenci směřující ke změně.

Dalším modelem je situace, kdy se dítě vrací z absolvované léčby, kde prodělalo určitou osobnostní změnu. To samozřejmě klade nárok na rodiče, aby i oni změnili svůj postoj a chování k jejich dítěti. Dítě může začít s pozitivními změnami velmi rychle, zatímco ostatní členové rodiny nemusí stihnout tak rychle zareagovat. Rodiče také mohou být unaveni dlouholetým soužitím se závislým dítětem – obdobím střídajících se abstinencí a relapsů.

Cílem rodičovské skupiny je, aby se blízkým klienta dostalo terapeutické péče a pomoci v oblastech, kde jim závislost blízkého způsobila traumata.

Skupina zpravidla nejdříve působí jako prostředník, který by měl pomoci k tomu, aby se později rodiče se svými dětmi dokázali opět domluvit bez neupřímnosti a komunikačních překážek. Je nutné, aby se rodiče naučili zacházet s tím, co bylo opravdu jako s minulostí a byli schopni se věnovat přítomnosti. Skupina by měla pomoci ke znovuzařazení dítěte do rodiny a k opětovnému nalezení citové a vztahové rovnováhy uvnitř nově uspořádané rodiny. Také by rodičům měla dopomoci k poznání hranice pomoci, která je pro jejich děti ještě únosná, protože překročení této hranice je zároveň informací, že nevěří v jejich vlastní síly znovu abstinovat.

Rodiče v takovémto prostředí mají také možnost doplnit si své znalosti o problému drogové závislosti. Na skupině se mohou dozvědět, např. jaký je typický průběh drogové kariéry, jaké jsou účinky jednotlivých drog, jakými postupy vlastně probíhá léčba, zda mohli něco poznat už předem, jaká jsou zdravotní rizika pro jejich dítě, jak se zachovat v případě relapsu, o čem může takový relaps vypovídat apod.

Ze všech těchto důvodů je jasné, že úloha rodičů v následné péči tvoří velmi důležitou složku. Rodiče si musí uvědomit, že se významně podílejí na výsledku procesu léčby jejich dítěte, ke kterému může také patřit relaps a dočasné zhoršení situace jejich dítěte. V případě, kdy si rodiče nechtějí připustit možné selhání dítěte, mají na něho nepřiměřeně vysoké nároky, které mu neumožňují udělat chybu. To může být velikým tlakem, který zvyšuje pravděpodobnost relapsu.

Práce s rodinou ale není přínosem pouze pro klienta. Rodině může pomoci v překonání pocitů selhání, viny, obviňování i sebeobviňování, může posílit její sounáležitost. Rodičům by zde měl být vyjádřen vděk i uznání za to, co se svými dětmi absolvovali a co pro ně udělali. Mělo by to být také místo, kde se rodiče cítí v bezpečí a bez společenské stigmatizace.

5.10 Posouzení efektivity programu

Posouzení efektivity programu prevence relapsu je jeho nezbytnou součástí. Terapeut může z výsledku vyvodit mnoho údajů důležitých pro jeho jak následující práci, tak i pro možné postupy s daným klientem. Posouzení efektivity mu dává možnost zlepšit program přesně podle nároků klienta.

Při posuzování může brát v úvahu dvě kritéria – spokojenost klienta a efektivitu nebo-li výsledek programu.

Spokojenost klienta

Je možné ji zjišťovat buď po každém sezení, nebo na konci celého programu prevence relapsu. Zjišťování se může provádět například dotazníkem. Pokud se provádí po skupinovém sezení, zpětnou vazbu dobře poskytnou anonymní dotazníky, což ale přináší určité nevýhody. „To samozřejmě neumožňuje používat úpravy a intervence šité na míru konkrétnímu klientovi. Na druhé straně pokud se dotazníky používají po individuální konzultaci nebo nejsou vyplňovány anonymně po skupinovém sezení, faktory sociální žádoucnosti (klient nechce zklamat terapeuta) mohou ovlivnit spolehlivost zpětné vazby“²³

Takto získané informace mohou terapeutovi poskytnou užitečné údaje. Za prvé mohou terapeutovi naznačit jak úspěšné je jeho podání, tzn. jak úspěšně předává klientům informace. Za druhé jak úspěšně klienti jeho informace přijímají. Tyto údaje poté může použít k maximalizaci efektivity programu.

Efektivita neboli výsledek programu

Otázka po výsledku je samozřejmostí při každé provedené práci. Často kladenými otázkami bývá, jak velká část klientů změní své chování, jaká část si tuto změnu udrží, kolik nastane relapsů a po jaké době?

Tradičně se úspěšnost programu měřila právě mírou relapsů. Takovéto kritérium odpovídá definici relapsu jako choroby (tzn. všechno nebo nic – jakmile dojde k relapsu je konec, klient je opět nemocný, veškerá práce byla marná).

Pokud provádíme takovéto hodnocení efektivity měli bychom se ale také zaměřit na jiné vypovídající faktory:

- aktuální psychické zdraví klienta
- aktuální fyzické zdraví klienta
- zaměstnání
- rodinné a mezilidské vztahy
- apod.

Pro získání těchto údajů jsou velmi vhodná již zmiňovaná následná setkání probíhající např. po jednom, třech nebo šesti měsících od ukončení programu. Účelem těchto setkání je jak sběr dat pro hodnocení programu, tak také snaha dozvědět se o

²³ Viz Wanigarantne; Wallace; aj. *Prevence relapsu u závislých chování. Manuál pro terapeuty*, s 30.

změnách, které klienti podnikli poté, co navštěvovali skupiny prevence relapsu, dále sdílení úspěchů i nezdarů klienta při zvládnání abstinence a v hojné míře podpora a povzbuzení klientů.

6. VLASTNÍ ŠETŘENÍ

Ve svém praktickém šetření týkajícím se relapsu u drogových závislostí bych se chtěla věnovat především těmto otázkám:

- I. Jaké procento lidí s návykovým chováním prodělalo relaps?
- II. Kdy nejčastěji dochází k relapsu?
- III. Které situace pro sebe lidé s návykovým chováním vnímají jako nejrizikovější z hlediska hrozby spuštění relapsu?

6.1 Průzkumný soubor, metody průzkumu

Pro toto šetření jsem zvolila dostupný soubor respondentů. Bohužel mi nebylo z technických důvodů umožněno provést toto šetření v o.s. Sananim. Dotazovala jsem se tedy klientů doléčovacího centra Advaita v Liberci ve věku od 16 do 35 let. Jde sice o klienty jiného zařízení, ale o stejný problém. Předpokládám tedy, že odpovědi by byly vesměs stejné a lišily by se početní údaje. Proto výsledky tohoto šetření nevydávám za údaje znázorňující stav problému relapsu v o.s. Sananim. Zařazuji je pouze jako orientační a ilustrující zjištění.

Celkem bylo dotázáno 10 respondentů, z toho 3 ženy a 7 mužů. Tento průzkumný soubor je bohužel příliš malý na to, abych z něho mohla vyvozovat závěry, jejichž platnost by mohla být považována za obecnou. Z tohoto důvodu se budou výsledky mého šetření vztahovat pouze k mému průzkumnému souboru.

Dotazování probíhalo formou dotazníku, který se skládal z desíti otázek²⁴. Kromě první otázky, týkající se pohlaví, byly všechny otázky otevřené, odpověď byla zcela ponechána na respondentovi.

²⁴ Viz příloha č. 5.

6.2 Stanovení hypotéz

Hypotéza č. 1:

Předpokládám, že většina respondentů prodělala relaps.

Hypotéza č. 2:

Domnívám se, že u většiny dotazovaných došlo k relapsu ještě během léčby nebo v rámci prvních tří měsíců po ukončení léčby.

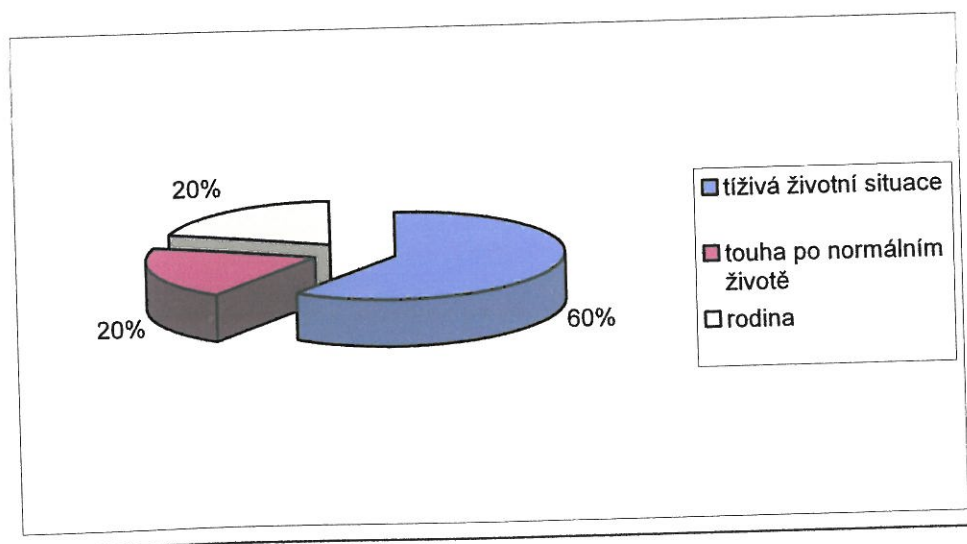
Hypotéza č. 3:

Myslím si, že většina dotázaných vnímá alkoholové opojení a společnost lidí se závislým chováním jako nejrizikovější situaci pro spuštění chutí a následnou možnost relapsu.

Cílem šetření bude ověření těchto hypotéz a zodpovězení průzkumných otázek, které jsem si v dotazníku položila.

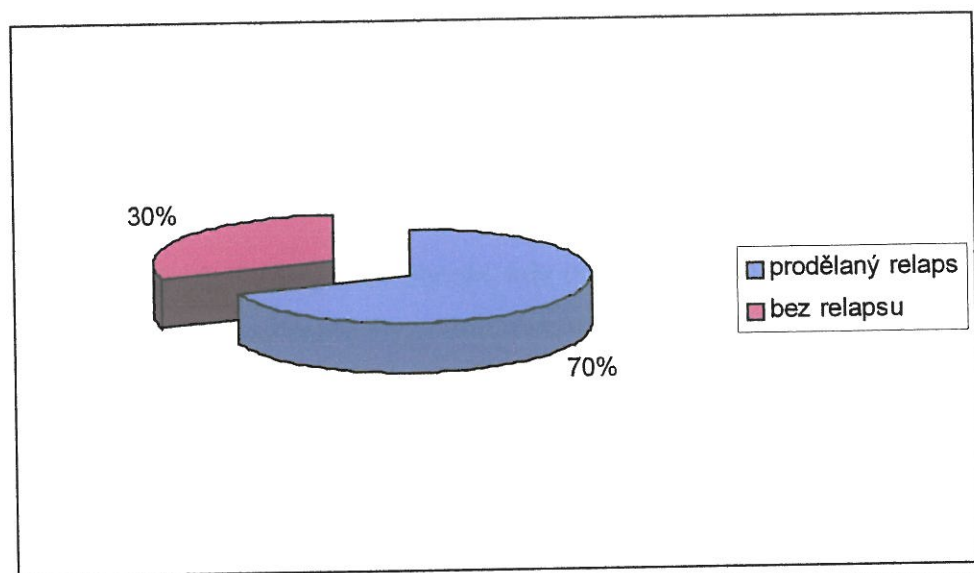
6.3 Výsledky šetření

Graf č. 1: Důvody vedoucí k abstinenci



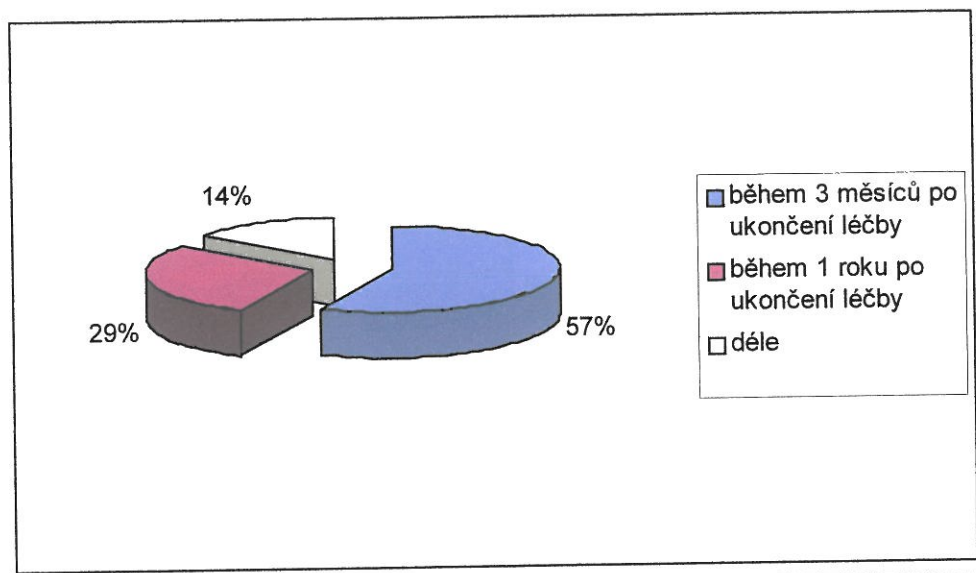
Na otázku „Co Vás přimělo začít abstinovat (popřípadě znovu začít)?“ odpovědělo v dotazníku 6 respondentů, že tíživá životní situace zahrnující zdravotní, sociální a psychické problémy. 2 respondenti označili za důvod snahy o abstinenci touhu po normálním životě, z toho jeden uvedl ještě svoji rodinu. Celkem uvedli rodinu dva respondenti.

Graf č. 2: Výskyt relapsu



Z 10 dotazovaných prodělalo 7 osob relaps. Z toho pouze jednou jen 1 dotazovaný. V jeho případě se aktuálně jednalo o první léčbu. Jeden respondent uvedl, že relaps prodělal 6x, dva 4x, jeden 3x a dva dotazovaní 2x. Největší počet započatých léčení byl 7. Tři respondenti se léčili 4x, dva nyní nastoupili do léčby po třetí.

Graf č. 3: Kdy nejčastěji dochází k relapsu

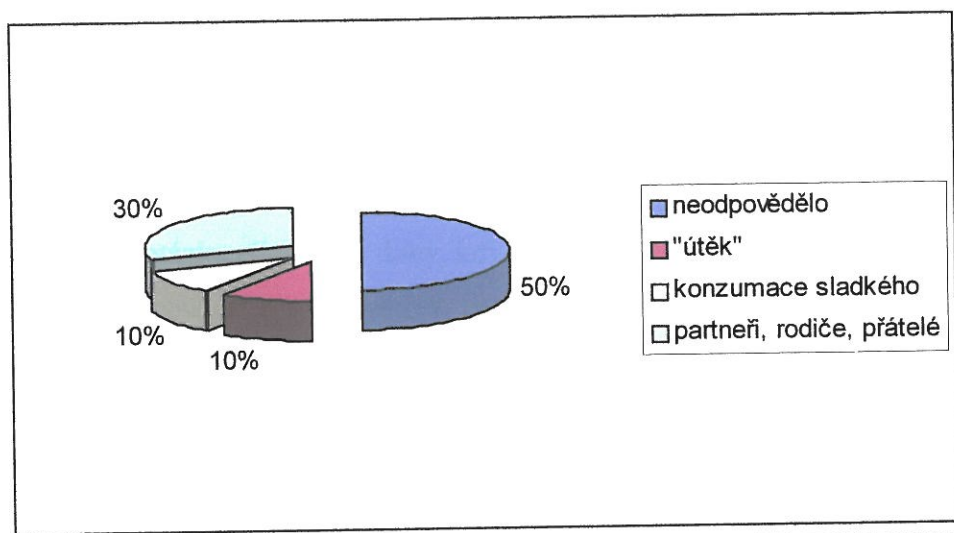


Na otázku č. 6, týkající se období, kdy došlo k relapsu, odpověděli 4 respondenti, že do 3 měsíců po ukončení léčby, 2 dotazovaní prodělali relaps během jednoho roku a jen 1 respondent až po roce. Všichni dotazovaní prodělali relaps vícekrát.

Okolnosti vedoucí k relapsu

Jako velice rizikové nejčastěji respondenti jmenovali pohyb v prostředí, kde dochází ke konzumaci drog a špatnou společnost, tzn. společnost osob s návykovým chováním – tu označili za pravděpodobnou příčinu svého relapsu dva dotázaní. Dále byly zmiňovány osobní problémy, ať už sociální či psychické – např. pocit méněcennosti, obrovská nejistota, neschopnost pochopit sám sebe, problémy s partnerem apod. Častým potenciálním nepřítelem byl také označen alkohol a euforie či ztráta zábran s ním spojená.

Graf č. 4: Činnosti pomáhající zahnat nutkání vzít si drogu



V deváté otázce jsem se respondentů tázala, zda mají nějaké své „triky“, kterými se snaží zahnat chutě a odvrátit tak možný relaps. Musím poznamenat, že polovina dotazovaných na tuto otázku vůbec neodpověděla.

Partneři, rodiče a přátelé byli uváděni nejvíce, dále se objevovala práce a relaxace. Jeden respondent uvedl, že mu pomáhá „útěk“. Jeden dotazovaný řeší tyto rizikové situace konzumací sladkého.

Účast blízkých na rodinné terapii

Všichni dotázaní se shodli v tom, že nikdo z jejich blízkých se rodinné terapie neúčastní. Jeden respondent uvedl, že jsou ale informováni o každém jeho kroku.

6.4 Ověření hypotéz

1) Předpokládám, že většina respondentů prodělala relaps.

První hypotéza se potvrdila. Sedm z deseti dotázaných osob léčících se v doléčovacím centru již prodělalo relaps. Většina z nich opakovaně. Tento výsledek odpovídá tvrzení,

že relaps je součástí procesu léčby a že je to velice pravděpodobný výsledek tohoto procesu. O možnostech práce s tímto faktem pojednávají předešlé kapitoly.

2) Domnívám se, že u většiny dotazovaných došlo k relapsu ještě během léčby nebo během jednoho roku po ukončení léčby.

Odpovědi na otázku týkající se doby, kdy u respondentů došlo k relapsu, potvrdily hypotézu č. 2 pouze z části. U většiny dotázaných (90 %) skutečně došlo k relapsu během jednoho roku po ukončení léčby. Pouze jedna osoba uvedla, že k tomu došlo déle než po roce. Během léčby se relaps vyskytl u jednoho respondenta, několikrát se ale opakoval, respondent ho označil jako recidivu a důvod několika odchodů z léčby. Relaps samotný totiž ve většině doléčovacích center není důvodem k odchodu, pokud se několikrát neopakuje. V takovém případě klient odchází nebo opět nastupuje intenzivní léčbu v zařízení typu léčebná komunita apod.

3) Myslím si, že většina dotázaných vnímá alkoholové opojení a společnost lidí s návykovým chováním jako nejrizikovější situaci pro spuštění chutí a následnou možnost relapsu.

Hypotéza č. 3 se potvrdila. Místa a lidé, která má člověk spojena se svým závislým chováním, představují veliké potencionální nebezpečí. Vyvolávají v člověku mnoho vzpomínek často vedoucích k „chutím“. Klienti center následné péče často uvádí, že na těchto místech a s těmito lidmi je přepadají myšlenky typu „jaké by to bylo si po takové době dát“. Dalším spolehlivým spouštěčem chutí bývá alkohol a s ním spojená ztráta zábran. Proto je alkohol během zhruba prvních dvou třetin doléčování zakázán a následně je klientům doporučováno, aby se této legální droze vyhýbali.

7. ZÁVĚR

Samotnou závislost na návykových látkách můžeme chápat jako proces relapsování. Pro prevenci relapsu toto představuje fakta, s kterými lze pracovat na klientově úspěšné abstinenci.

V případě léčby se neustále setkáváme s problémem porušení abstinence. Proč k tomu dochází? Existují nějaké obecné principy relapsu nebo se tento problém liší případ od případu? Co se děje během období, kdy se klient navrácí do „normálního“ života? Jak má relaps vnímat obyčejný člověk? Kolik šancí má klient vrátit se zpět do léčby a kdy už je to záležitost pro jiný typ zařízení? Na tyto a jiné otázky odpovídá moje bakalářská práce.

Jsem si vědoma toho, že téma, kterým jsem se zabývala, nebylo zcela vyčerpáno. Rozsah bakalářské práce je však limitován a téma ho značně překračuje. Snažila jsem se proto uceleně seznámit čtenáře s nejdůležitějšími aspekty relapsu a přiblížit jim moderní pohled na toto téma tak, jak jsem se s ním měla možnost seznámit v o.s. Sananim.

Na základě získaných poznatků jsem dospěla k závěru, že největší důraz by měl být kladen na to, že relaps je spíše proces, než jednorázový fenomén. Je to něco, co by mělo být vnímáno jako častá součást procesu uzdravy klienta. Ačkoliv to zjevně není žádoucí jev, je to okamžik, ve kterém lze nejen hodně ztratit, ale zároveň také něco získat. To by si měli uvědomit nejen terapeuti, ale také klienti a s tímto závěrem přistupovat k abstinenci. Práce dále ukazuje, že klient má schopnost měnit své závislé chování a je zcela kompetentním v udržení své abstinence. Nikdo jiný by si neměl činit nárok považovat se za experta na jeho život a návykové chování. Klient tímto za své jednání přebírá naprostou zodpovědnost.

Z vlastního šetření a mých zkušeností v o.s. Sananim také vyplývá, že podíl rodinných příslušníků na léčebném procesu je většinou prospěšný, ale ne příliš častý. Je to podle mého názoru oblast, kde by mělo být vynaloženo více úsilí na zapojení blízkých klienta do jeho léčby.

Prostřednictvím zpracování tématu relapsu u drogových závislostí jsem měla možnost získat ucelenější pohled a lépe si uvědomit souvislosti týkající se tohoto problému. Poznala jsem, že vnímání relapsu po léčbě jako jasného neúspěchu nemusí být zcela přesné a výstižné. Ne vždy je okamžitá a naprostá abstinence jediným cílem a měřítkem úspěchu.

8. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Operační manuál Doléčovacího centra Sananim. Praha, 2004.

Výroční zpráva 2003 Sananim. Dostupnost

z [www.<http://www.sananim.cz/annual_report.php](http://www.sananim.cz/annual_report.php).

HAJNÝ, Martin. *O rodičích, dětech a drogách.* 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2001.

133 s. ISBN 80-247-0135-9.

KALINA, Kamil. *Kvalita a účinnost v prevenci a léčbě drogových závislostí.* 1. vyd.

Praha : A.N.O. ve spolupráci s o.s. Sananim, cca 2001. 83 s.

KALINA, Kamil a kol. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí.*

1. vyd. Praha : Úřad vlády ČR, 2001. 118 s. ISBN 80-238-8014-4.

KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup.* 1. vyd.

Praha : Úřad vlády ČR, 2003. 343 s. ISBN 80-86734-05-6.

KLOUČEK, Evžen. *Manuál centra následné péče.* Praha : Drop in, 1999. 17 s.

KLOUČEK, Evžen. Pozitivní aspekt drogového relapsu. *Éthum.* 2000, č. 25, s 53-60.

KUDA, Aleš. Následná péče jako klíčový faktor v systému léčby závislostí. *Adiktologie.*

2001, roč. 1, č. 2, s.

KUDA, Aleš. *Tematické skupiny prevence relapsu.* Olomouc : Středisko prevence, léčby

a doléčování drogových závislostí P centrum, 2000. 119 s.

MRAVČÍK, Viktor a kol. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice*

v roce 2003. Praha : Úřad vlády ČR, 2004. 84 s. ISBN 80-86734-25-0.

- NEŠPOR, Karel; CSÉMY, Ladislav. *Bažení. Společný rys mnoha závislostí a způsoby zvládnání*. Praha : Sportpropag, 1999. 76 s.
- NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost*. 2. vyd. Praha : Portál, 2003. 151 s.
ISBN 80-7178-831-7.
- NEŠPOR, Karel. *Uvolněně a s přehledem. Relaxace a meditace pro moderního člověka*.
1. vyd. Praha : Grada Publishing, 1998. 95 s. ISBN 80-7169-652-8.
- RADIMECKÝ, Josef; Kolářová, Sylva. Informační bulletin pro protidrogové koordinátory. *Praha : Institut Filia, 1999. 20 s.*
- ROTGERS, Frederick a kol. *Léčba drogových závislostí*. Přel. M. Hajný; M. Slácalová.
1. vyd. Praha : Grada Publishing, 1999. 264 s. ISBN 80-7169-836-9.
- WANIGARANTNE, Shamil; WALLACE, Wendy; aj.: *Prevence relapsu u závislých chování. Manuál pro terapeuty*. Přel. R. Kořínek. Great Britain : Hartnolls Limited, 1990. 140 s. ISBN 0-632-02484-4.
- www:<<http://www.drogovaporadna.cz>
- www:<<http://www.sananim.cz/facilities.php?id=12>
- ZOGATOVÁ, Kamila. Typologie relapsu – poznámky praktika. *Adiktologie*. 2002, roč. 2, č. 2, s. 50-57.

9. SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha č. 1 **Schéma struktury služeb poskytovaných o.s. Sananim**
- Příloha č. 2 **Některá zařízení poskytující služby následné péče
v České republice**
- Příloha č. 3 **Anamnestický list**
- Příloha č. 4 **Kruhový model změny s výstupy: Prochaska a
DiClemente (1983)**
- Příloha č.5 **Dotazník**

RESUMÉ

Tato bakalářská práce se zabývá problémem relapsu u drogových závislostí. Relaps je tu prezentován jako možná součást procesu léčby drogové závislosti. Je to okamžik, kdy klient po určité době abstinence jednorázově nebo během krátkého časového úseku opakovaně užije drogu.

Bakalářská práce se soustřeďuje na proces následné péče, která se především zabývá prevencí relapsu. Dále samotným jevem a klíčovými faktory, které mu předchází, a psychickými dopady, které následují. Důležitým prvkem je také práce s rodinou, jak v rámci prevence relapsu, tak také jako pomoc jednotlivým členům rodiny vyrovnat se s náročnou situací, pokud k relapsu u jejich závislého blízkého dojde.

Tato práce představuje relaps jako něco přirozeného, co nemusí nutně znamenat definitivní věc a z čehož se lze poučit a úspěšně pokračovat v abstinenci.

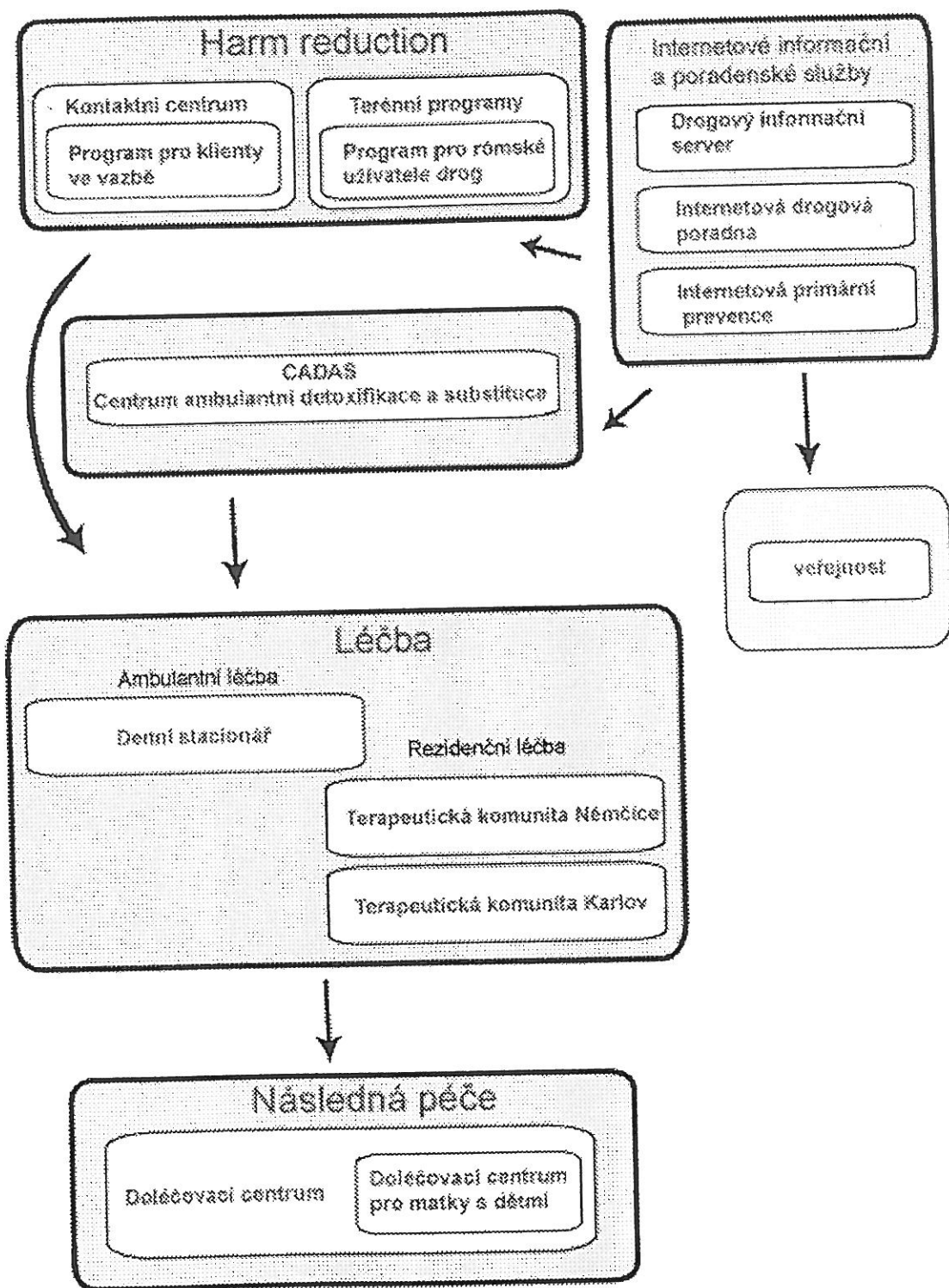
This thesis presents the problem of relapse of drug addictions. The relapse is presented as a possible constituent of the treatment of a drug addiction. It is the moment when client uses a drug once or repeatedly during a short time after the particular time of total abstinence.

The thesis examines a process of aftercare which engages in relapse prevention. The most important topic is a relapse with its preceding key factors and the psychic impacts which follow. The other important topic is also a cooperation with client's family because of relapse prevention and as a kind of therapy for them in case of relapse their addicted relative.

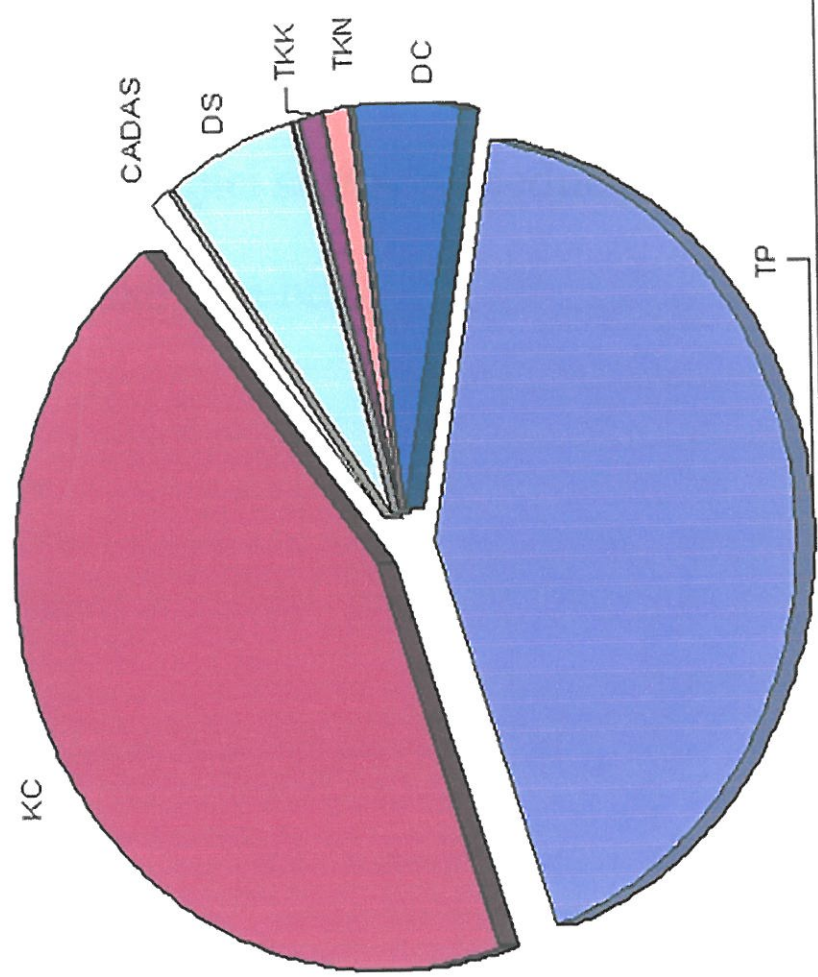
My thesis presents the relapse as a something natural. It doesn't have to be definitive and a client can make a instruction of it and continue in his abstinence successfully.

Příloha č. 1

Schéma struktury služeb poskytovaných o.s. Sananim



Rozdělení klientů-uzivatelů drog, podle jednotlivých zařízení o. z. SAMANIM



Zařízení	TP	KC	CADAS	DS	TKK	TKN	DC
Počet klientů	1954	2069	38	265	57	48	220

Příloha č. 2

Některá zařízení poskytující služby následné péče
v České republice

Některá zařízení poskytující služby následné péče v České republice

Děčín: Děčínské doléčovací centrum

- určeno pro klienty starší 18 let, kteří absolvovali středně či dlouhodobou léčbu, nebo kteří sami dlouhodobě abstinují
- zároveň pracují s ambulantními klienty, kteří zatím žádnou léčbu neabsolvovali, ale připravují se na ni a jsou motivováni
- v tomto zařízení lze přijmout i klienty, kteří vysloveně neodpovídají podmínkám

Český Těšín: Resocializace pro matky s dětmi

- cílovou klientelou jsou závislé ženy, dívky, matky s dětmi ve věku od 17 let
- program je založen na dobrovolnosti a navazuje na dříve absolvovanou léčbu

Liberec: Advaita-občanské sdružení pro rehabilitaci drogově závislých

- určeno pro muže a ženy nad 15 let s diagnózou závislosti na návykových látkách
- minimální doba abstinence od drog je tři měsíce
- nastupují klienti, kteří mají po ukončení různých typů léčeb závislosti či ti, kteří abstinují sami

Olomouc: Sananim Olomouc

- poskytuje dva základní programy: problémovým uživatelům a závislým poradenství a léčbu nebo zprostředkování léčby a osobám po léčbě s minimálně tříměsíční abstinencí a věkem nad 18 let doléčovací program s různými aktivitami následné péče
- dále toto centrum poskytuje psychosociální program pro klienty na substituci metadonem
- přijímány jsou i partnerské dvojice s tím, že do skupinové terapie může chodit vždy jen jeden z dvojice

Pardubice: Centrum AD – Klub hurá kamarád – Dům na půl cesty

- určeno pro klienty ve věku 18 – 25 let
- poskytuje chráněné bydlení abstinujícím klientům, nejlépe po absolvování pobytu v některé z léčeben nebo terapeutických komunit
- pomoc při vytvoření nových sociálních vazeb, poradenství, pomoc při prosazování práv a zájmů, vzdělávací aktivity

Plzeň: Postresocializační podpora RE-ENTR

- určeno pro muže ve věku 18 – 35 let, kteří úspěšně dokončili křesťansky orientovaný resocializační program

Praha: Doléčovací centrum – občanské sdružení Sananim Praha

- doléčovací centrum poskytuje ambulantní doléčování formou odpoledního stacionáře
- základním úkolem je dokončení resocializace osob závislých na návykových látkách
- obsahem činnosti je prevence relapsu a sociální stabilizace klientů, jde o podporu a upevnění změny životního stylu klienta, kde abstinence je nezbytnou podmínkou

Praha: Centrum následné péče Drop in, o.p.s Praha

- centrum Drop in se věnuje nejen klientům z nízkoprahových center, ústavního typu léčby, komunitních zařízení atd., ale také rodičům a blízkým z rodin zasažených drogovým problémem
- centrum se nevěnuje speciální věkové kategorii a služby poskytuje všem vhodným zájemcům bez ohledu na věk
- limitujícím faktorem je klientova dozrálost pro poradenskou práci
cílem je, aby klient byl schopen pokračovat v dalším životě bez opory poradenského kontaktu

Příloha č. 3

Anamnestický list

Anamnestický list

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Rodné číslo

Adresa-trvalé bydliště

Adresa-kde klient žije:

Telefon: Adresa ošetřujícího lékaře:

Zdravotní pojišťovna:

Kontakt na někoho blízkého:

Jméno a příjmení:

Adresa:

Telefon:

1. Nynější onemocnění

1.1. S jakými obtížemi klient přichází, resp. která obtíž konkrétně jej vedla ke kontaktu s námi, jakého rázu jsou tyto obtíže, jak dlouho trvají. Objevily se poprvé, či trpěl-li klient obdobnými obtížemi již někdy dříve (v případě, že klient měl potíže již dříve a pomoc nevyhledal, tak proč).

1.2. Reference: Kde byl klient na léčbě, zda jí ukončil, pokud jí neukončil, tak proč.

1.3. Odkud o nás klient ví:

2. Osobní anamnesa

2.1. Zdravotní anamnesa

2.1.1. Jak probíhal porod. Nemoci, časté, nebo těžké. Sem zaznamenejte všechny vážnější nemoci, kterými klient trpěl. Mělo by se jednat hlavně o nemoci, které nemají souvislost s abusem NL, tj. astma, traumata, operace, ...

2.1.2. Hospitalisace z jiného důvodu než pro abusus návyk. látek

2.1.3. Prodělaná Hepatitis A, B, C. Kdy, je-li chronická, zda klient je evidován v nějaké hepatologické ambulanci.

2.1.4. HIV test. Ano, ne, výsledek, kdy naposledy. Klienta se v souvislosti s infekcí HIV/AIDS otažte také na rizikové chování.

2.2. Psychická anamnesa (jen takové problémy, které nemají souvislost s abusem NL)

2.2.1. Suicidální pokusy, kdy, proč, jak. Sem počítejte i sebevražedné myšlenky, které nebyly realizovány.

2.2.2. Dosavadní kontakty s psychiatrií (ambulantní i lůžková zařízení)

2.2.3. Kontakty s psychologem-poradny, školní psycholog, ...

2.3. Sexuální život: jeho počátky, orientace, problémy. Zaměřte se na promiskuitu, pohlavní choroby.

3. Sociální anamnesa

3.1. Vzdělání

3.1.1. Kde, kdy, co a jak. Nejvyšší dosažené vzdělání. Zaznamenejte i neukončené školy.

3.1.2. Komentář klienta ke škole, jaký byl žák (jak se ve škole cítil, vztahy s vrstevníky).

3.2. Zaměstnání

3.2.1. Současné.

3.2.2. Především-kdy byl naposledy zaměstnán, jak dlouho trvalo jeho nejdelší období zaměstnanosti, jak dlouho trvalo jeho nejdelší období nezaměstnanosti.

3.3. Finanční situace, zdroj příjmů

3.3.1. Dluhy-kolik, kde (VZP, MHD, ...).

3.3.2. Současný příjem, náklady na živobytí.

3.4. Bydlení

3.4.1. S kolika osobami klient v bytě žije, zda jsou tyto osoby uživatelé drog (nebo ex-useři).

3.5. Právní problémy, absolvované tresty

3.5.1. Je v současné době v podmínce, či je-li soudně stíhán (nebo stíhání očekává).

3.5.2. Za co byl klient trestán, nebo obviněn, i když nebyl odsouzen.

3.5.3. Má-li soudně nařízenou léčbu.

3.6. Důležité osoby v životě klienta

3.6.1. Rodina

3.6.2. Přátelé, spolužáci, ...

4. Drogová kariéra

4.1. Hlavní droga (včetně způsobu aplikace a doby užívání, dávky, věku při první zkušenosti s danou drogou):

4.1.1. Heroin

4.2. Ostatní drogy které klient užíval (včetně způsobu aplikace a doby užívání, dávky, věku při první zkušenosti s danou drogou):

5. Zdravotní potíže (tělesné i duševní) spojené s užíváním drog

5.1. Psychické obtíže: Toxická psychosa, suicidální pokusy, ... (tj. stavy, které byly tak závažné, že si vyžádaly konzultaci s psychiatrem, nebo hospitalizaci na psychiatrii, včetně stavů, které by intervenci vyžadovaly, ale z nějakých důvodů k ní nedošlo)

5.2. Předávkování: Tj. pokud byla provedena nějaká intervence nutná k resuscitaci (i laické).

5.3. Odvykací stav: Jak ho klient zvládal.

5.4. Jiné tělesné obtíže spojené s abusem: Abscesy, zápaly plic, flegmony, ... (tj. stavy, které byly tak závažné, že si vyžádaly konzultaci s lékařem, nebo hospitalizaci, včetně stavů, které by intervenci vyžadovaly, ale z nějakých důvodů k ní nedošlo)

6. Absolvované léčby: Všechny ústavní i ambulantní chronologicky. Jak dlouho klient vydržel abstinentovat po absolvované léčbě, jak dlouho klient vydržel abstinentovat sám, bez léčby.

7. Rodina

7.1. Technická charakteristika rodinného prostředí

7.1.1. Bydlení, velikost bytu, soc. status rodiny

7.1.2. Rodiče, věk, zaměstnání + rodné příjmení matky

7.1.3. Sourozenci, věk, zaměstnání

7.2. Osobní charakteristika rodinného prostředí

7.2.1. Hodnocení rodinných vztahů s rodiči a sourozenci. Zde je třeba zaznamenat hodnocení vztahů v rodině

7.2.2. Úplná; neúplná rodina - kdy se rodiče rozvedli, jak to klient snášel, s kým z rodiny nyní žije, jaké kontakty má se svým druhým rodičem

7.2.3. Jiné důležité osoby v životě klienta (z kruhu rodiny)

7.3. Historie závislosti a duševních onemocnění v rodině

7.3.1. O případné rodinné zátěži je třeba se podrobně rozepsat. Pokud klient např. uvede, že jeho děd byl alkoholik, zeptejte se, zda se léčil, ev. kde, ...

7.4. Rodinná anamnesa

7.4.1. Úmrtí, na co, v kolika letech, ...

7.4.2. Důležité choroby - srdeční onemocnění, cukrovka, mrtvice, nádorová onemocnění, ...

8. Doba abstinence:

9. Stav klienta při rozhovoru

9.1. Vzhled pacienta, jeho chování při pohovoru, verbální projev (je zřetelně hostilní, depresivní, úzkostný, paranoidní. ...).

9.2. Spolupráce, náhled na abus. ...

Jeví-li klient známky akutní intoxikace, nebo odvykacího stavu, je nutné to zmínit.

9.3. Jsou nebo nejsou přítomny suicidální myšlenky?

Pracovní plán (cíle) : Váš návrh
Dlouhodobá psychosociální léčba, abstinence.

Datum:

Jméno garanta:

Jméno vyplňujícího a podpis:

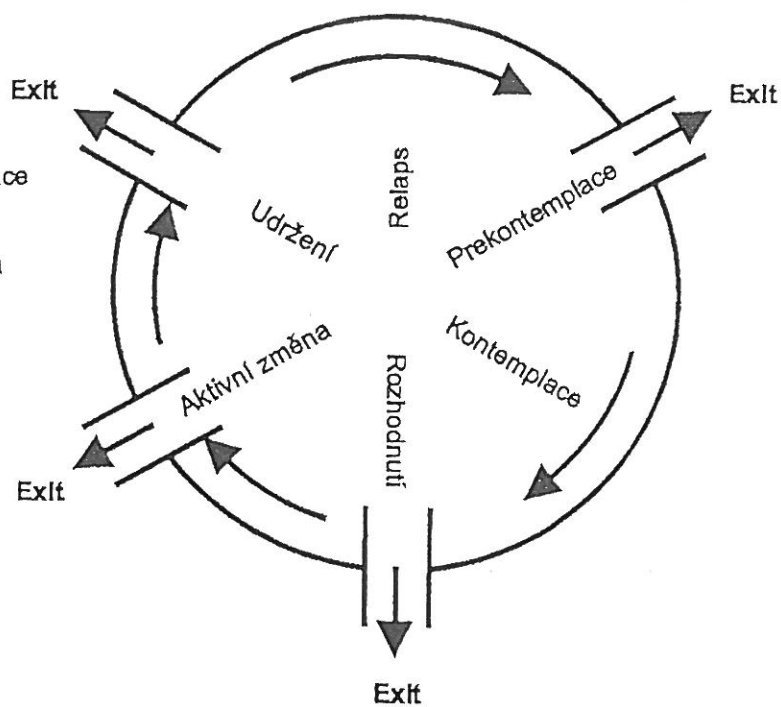
Příloha č. 4

Kruhový model změny s výstupy: Prochaska a

DiClemente (1983)

Šest fází

- Prekontemplace
- Kontemplace
- Rozhodnutí
- Aktivní změna
- Relaps
- Údržení



Příloha č. 5

Dotazník

DOTAZNÍK

- 1) Pohlaví: muž žena

- 2) Věk:

- 3) Kolikrát jste se již léčil/a ?

- 4) Co Vás přimělo začít abstinovat (popřípadě znovu začít)?

- 5) Prodělal/a jste relaps? Pokud vícekrát, napište, prosím, počet.

- 6) Pokud ano, za jak dlouhou dobu po ukončení léčby k tomu došlo?

- 7) Jaká byla (podle Vás) příčina tohoto relapsu?

- 8) Které okolnosti vyvolávající u Vás chuť vnímate pro sebe jako nejrizikovější?

- 9) Máte nějaké triky k ovládnutí chutí – triky k vyhnutí se relapsu?
Pokud ano, popište jaké.

- 10) Účastní se někdo z Vašich blízkých rodinné terapie?