

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



KASUISTICKÁ PRÁCE

**Autorka: Kateřina Mladá
(3. ročník adiktologie)**

**PRAHA
2010**

OBSAH

1. ÚVOD	5
2. ANAMNÉZY.....	5
2.1 Rodinná anamnéza	5
2.2 Osobní – zdravotní a sociální anamnéza	7
2.3 Pracovní anamnéza	8
2.4 Trestně-právní anamnéza	9
2.5 Drogová anamnéza.....	9
3. SITUACE VÝCHOZÍHO BODU	11
4. CHARAKTERISTIKA NÁVYKOVÉ LÁTKY - PERVITIN	12
5. LÉČEBNÉ INTERVENCE	13
5.1 Účinné faktory psychoterapie.....	14
5.2 Prevence relapsu	16
5.3 Motivace	17
6. ROZVAHA	20
7. POUŽITÁ LITERATURA.....	26

ABSTRAKT KASUISTICKÉ PRÁCE

Jméno: Kateřina Mladá
Obor: Adiktologie Rok imatrikulace: 2007
Vedoucí práce: Doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc.
Počet stran: 20

Abstrakt:

Tato kasuistická práce se zaměřuje především na téma *vzniku a vývoje závislosti v dysfunkční rodině, somatickou komorbiditu a správný matching*. Hlavním cílem je tak poukázat na faktory vzniku závislosti pramenící z rodinného prostředí, somatická onemocnění, která mohou mít vliv na vznik závislosti a ukázat správnou praxi kvalitního matchingu.

Kasuistická práce je rozdělena do následujících částí: (1) Anamnézy – zde je popsána klientova situace z pohledu rodinného, osobního, zdravotního, sociálního, pracovního, trestně-právního a drogového (2) Situace výchozího bodu – popisuje celkovou situaci klienta ve stávající době, v které se s ním setkávám (3) Charakteristika návykové látky pervitin – zde je popsána návyková látka, ze závislosti na níž se nyní klient léčí. Látka je popisována především z hlediska klientova stavu (4) Léčebné intervence – zaměřené jak obecně – účinné faktory psychoterapie, tak konkrétně na oblasti, které je potřeba u klienta pokrýt – prevence relapsu a motivace (5) Rozvaha – zde jsou diskutována hlavní témata celé kasuistické práce s ohledem na konkrétního klienta a na informace pramenící z jednotlivých částí kasuistiky. Nachází se zde také souhrn celého případu – co v průběhu klientovi léčby chválím, kritizuji, dále doporučuji a na co upozorňuji.

Klíčová slova: matching, somatická komorbidita, pervitin, rodinné faktory vzniku závislosti, prevence relapsu

Abstract:

The case study is mainly oriented on the topic of the formation and development of the drug dependence in the dysfunctional family, somatic co-morbidity and correct matching. The main target is to show the factors of the formation of the drug dependence based on a family environment and the somatic illnesses which can also influence the formation of the addiction and point out the correct use of the quality matching.

The case study is divided into the following parts: (1) case history – the description of the client situation from the point of view of the family, personal, health, social, work-related, criminal record and drug dependence; (2) the situation of the starting point – describes the whole situation of the client in the time when I first meet him/her; (3) the characteristic of the illegal drug methamphetamine – the description of the drug on which the client is dependent and for which the client is ongoing the treatment. The drug is described in term of the client's state; (4) the treatments' interventions – shows both the general part of the effective psychotherapeutic factors and the particular parts which need to be covered in case of the client, i.e. the motivation and the prevention of relapse; (5) consolidation – the discussion of the main topics of the whole case study with regard to the particular client and to the information sequent upon the each part of the case study. The summary of the case study is also included in this part – what I praise, criticize, recommend and warn in case of the client's treatment.

Keywords: matching, somatic co-morbidity, methamphetamine, family factors of drug dependence, prevention of relapse

1. ÚVOD

- S klientem jsem se setkala v létě roku 2009 v Denním stacionáři, kde jsem absolvovala 14ti denní stáž.
- Klient se jmenuje Karel, je mu 34 let. V denním stacionáři se nyní třetím týdnem léčí ze závislosti na pervitinu. V minulosti byl závislý na alkoholu. Kvůli alkoholové závislosti absolvoval 1,5 roční ambulantní léčbu, kterou úspěšně dokončil. Byl také silným kuřákem marihuany, nyní během léčby kouří jen cigarety. Bydlí u své družky a jejich dvou dcer. Je vyučený truhlář, v oboru ale nikdy nepracoval.
- Na kazuistice bych ráda ukázala *vznik a vývoj závislosti v dysfunkční rodině, somatickou komorbiditu a správný matching*.
- Etické požadavky byly splněny. V práci jsou pozměněné biografické údaje reálného klienta, který s použitím kazuistiky souhlasil.

2. ANAMNÉZY

2.1 Rodinná anamnéza

Karlově matce Marii je 55 let. Je vyučenou kuchařkou. Po vyučení pracovala v závodní jídelně jedné pražské fabriky, většinu svého života ale pracovala jako kuchařka v jídelně základní školy. S matkou má Karel od malička velmi složitý vztah, v kterém jak ale sám popisuje je mnoho lásky a respektu. Celý jeho život je protkán konflikty s matkou, které ale vždy nakonec po určité době dopadly smírně. V době, kdy Karel pil, byla matka dokonce tou hybnou silou, která ho donutila navštívit lékaře. O užívání pervitinu Karlova matka dlouho nevěděla, o celém problému se dozvěděla, až když se Karel rozhodl léčit – v tomto rozhodnutí jej plně podporuje.

Biologického otce Karel nezná, nikdy o něm doma nemluvili a podle jeho slov ani nikdy neměl tendenci po jeho identitě jakkoli pátrat. Když byl malý kluk, tak se babičky (z matčiny strany) jednou na svého otce zeptal. Z odpovědi si pouze pamatuje, že otec zemřel, protože hodně pil.

O svém biologickém otci jako o *svém pravém otci* Karel nikdy nesmýšlel, zřejmě kvůli tomu, že si na něho vůbec nepamatoval. Jako o otci mluví až v souvislosti s dalším partnerem své matky, Pavlem, s kterým měla druhého syna, Mirka.

Karlovu matku si vzal Pavel, když bylo Karlovi pět let. Byl o 10 let starší než ona. Pavel byl herec. Hrál v putovním malém divadle, s kterým v maringotkách objížděli celou republiku. S Marií se do sebe velmi zamilovali a tak kvůli ní zůstal v Praze, kde si našel místo v jednom malém divadle pro děti. Všichni tři spolu žili jako rodina. Karel měl Pavla velmi rád, i když přiznává, že ví, že Pavel si od něj udržoval odstup a přemlouval Marii k dalšímu, *jen jejich dítěti*. Marie další dítě dlouho nechtěla (bála se, že dvě děti neuživí) a tak se Karlův bratr Mirek narodil, až když bylo Karlovi deset let. Pavel měl z narození vlastního syna velkou radost, brzy však poznal, že uživit čtyřčlenou rodinu není z důvodu výše jeho platu jednoduché. Začal zůstat v divadle dlouho do noci, vracel se opilý a brzy ráno zase odcházel neznámo kam. Matka ale jeho chování neustále omlouvala a tolerovala. Po několika dlouhých týdnech jeho pití a nadávek celé rodině začal matku i oba syny bít! Tato rodinná situace trvala asi půl roku, poté Pavel po jedné hospodské rvačce zemřel. Marie nesla jeho smrt velmi těžce a dávala ji za vinu sobě i svým dětem - prý Pavel neunesl tíživou finanční situaci celé rodiny. Marie se téměř přestala o oba syny starat a uzavřela se jen do sebe. Bydleli společně, téměř veškerou péči o ně ale přebírá babička, která k nim chodila na časté návštěvy.

Mirkovi je nyní 24 let a studuje vysokou školu – obor matematika, fyzika na PfuK. Současně pracuje v jedné telekomunikační společnosti. Dva roky má přítelkyni, s kterou sdílí společný podnájem. Bratři spolu vycházejí velmi dobře, před tím, než se stal Karel závislým na pervitinu, se velmi často navštěvovali. Karel má podle svých slov od Mirkova útlého dětství tendence ho chránit. Po smrti Pavla se musel také o Mirka téměř po všech stránkách starat, jelikož jejich matka druhou smrt svého partnera nesla velice těžce. Mirek *zatím* neměl s alkoholem ani jinými drogami žádný problém. Prý nechce dopadnout stejně jako jeho otec.

Co se týče prarodičů, znal Karel jen babičku Věru z matčiny strany. Dědeček Václav z matčiny strany zemřel velmi mladý na komplikace při zánětu slepého střeva.

Babička Věra bydlela na venkově kousek za Prahou. Karel má na ni velmi hezké vzpomínky. Od jeho dětství k nim chodila často na návštěvy a i přesto, že neměla Pavla ráda, kvůli dětem se snažila přetvařovat. V emotivních, důvěrných a intimních věcech se stala Karlovou důvěrníci na místo matky, s kterou tyto věci Karel vůbec nesdílel. Po Pavlovi smrti se babičky návštěvy ještě znásobily. Babička celé rodině vařila, uklízela jim byt, starala se o ně.

Babičku i v období dospělosti Karel na venkově velmi rád navštěvoval a často u ní trávil třeba i několik dní.

Babička Věra zemřela na jaře 2000.

2.2 Osobní – zdravotní a sociální anamnéza

Karel se narodil v roce 1975. Matka ho 14dní přenášela, porod byl ale fyziologický bez komplikací. Karel prodělal běžné dětské nemoci, žádná z nich neměla těžký průběh. V mateřské školce navštěvoval logopeda, s jehož pomocí byly všechny vady řeči odstraněny. Karel byl vždy silné dítě, většinou většího vzrůstu nežli jeho vrstevníci.

V šesti letech, těsně před nástupem do školy byl u něho diagnostikován *akutní atopický ekzém*, který se objevoval hlavně v obličejové části a kvůli čemuž si Karel „vybrečel“ že nepůjde první školní den do školy. Problémy s atopickým ekzémem se s Karlem táhly celé dětství. Ekzém se objevoval nárazově, hlavně v obličeji ale i v podkolení, na vnitřku lokte nebo na krku. Doktoři Karlovi předepisovali spoustu léků, které ale většinou nezabíraly. Podle nárazovosti objevování byla většina doktorů toho názoru, že se jedná o alergii nebo psychosomatickou reakci, nikdy ale nebylo pořádně zjištěno, o jakou alergii by se mělo jednat. Dnes má Karel ekzém jen velmi mírný a převážně ve vlasové nebo neobličejové části. Používá na něj hormonální masti.

Karel jako dítě navštěvoval mateřskou školku, vychodil základní školu, poté nastoupil na Střední odborné učiliště, kde se vyučil v oboru truhlář. Na základní škole neměl v dětském kolektivu žádné potíže. Už v této době (stejně jako po dobu dalšího jeho života) se zařadil do role „třídního šaška“, proto byl v kolektivu velmi oblíbený a měl spoustu přátel. Díky této roli neměl žádné komplexy ze svého ekzému, který se v tomto věku u něho vyskytoval hlavně v zimním období. Obrovský stres ale přišel ve chvíli, kdy měl Karel nastoupit na učiliště. Stejně jako když šel do první třídy i v tomto období se u něho ekzém projevil velmi akutně. Báł se, jak ho spolužáci přijmou a zda bude mít takovou roli v kolektivu jako na základní škole. Zpočátku se tedy v nové třídě cítil velmi nejistě a spíše se stranil. Postupem času mu ale jeho role, jakou měl dříve, začala chybět a snažil se zařadit se do třídního kolektivu. Začal proto se spolužáky chodit do hospody a na různé koncerty, kde pití velkého množství alkoholu bylo pravidlem. Karel se snažil, co se týče pití, s ostatními držet krok aby správně „zapadl“. Ze stejného důvodu začal s kouřením cigaret. Postupně se díky „nočním tahům“ s třídní partou dostal v kolektivu zpět na svou pozici a jeho ekzém už nikdo,

ani on sám, zas na nějakou dobu za vadu nepovažoval. S prospěchem Karel i přes velké flákání problémy nikdy neměl a tak získal výuční list bez větších problémů.

Karel nikdy neměl mnoho koníčků. Nikdo ho v žádné jeho zálibě nepodporoval. Na základní škole občas hrával s klukama fotbal, ale nikdy se do žádného fotbalového týmu nepřihlásil. Truhlařina Karla velmi bavila, v prvních měsících studia se jí dokonce věnoval i ve svém volném čase doma, v období kdy však zapadl do třídní party, už mu na to nezbýval čas.

S navazováním vztahů s opačným pohlavím měl Karel zejména v pubertě velké problémy. Spojuje to hlavně s atopickým ekzémem, kvůli kterému se obzvláště před děvčaty velmi styděl. V období, kdy ho ale neměl, mu sebevědomí nechybělo, a s konverzací a následně navázáním vztahu neměl problémy. První vážný vztah měl Karel až v 23ti letech. Vztah trval 4 roky, nakonec ale skončil kvůli Karlově stále větší zálibě v alkoholu. Následovalo několik vztahů, kterým Karel ale nepřikládá vůbec žádnou důležitost. Nyní Karel žije 5 let se svou družkou, bydlí u ní v bytě, kde s nimi žijí její dvě dcery (13 a 16 let).

2.3 Pracovní anamnéza

Po vyučení neměl Karel vůbec žádnou chuť začít pracovat, proto si žádnou práci nesháněl. Do práce nastoupil až na naléhání matky a babičky, které mu našly místo

na dráze, kde dělal údržbáře v depu. Zde s velkými problémy vydržel asi pět let. Nakonec ho vyhodili pro nedodržování pracovní docházky a porušování pravidel (chodil do práce často opilý). Poté Karel asi dva roky nikde nepracoval a podle svých slov se snažil dát hromady. V 28mi letech ho jeden kamarád (ještě ze základní školy) dostává na místo barmana v jednom velmi luxusním pražském baru. Karel začal velmi usilovně pracovat, protože poznal, že mu tato práce přináší nemalé peníze. Bohužel mu víceméně přinesla i závislost na pervitinu. Karel je nyní na neschopence, ale chce si tuto práci udržet za každou cenu. Říká, že jeho životu přinesla nový rozměr - spoustu zábavy, peněz a nových známých.

2.4 Trestně-právní anamnéza

Karel nebyl nikdy stíhaný ani trestaný, jak během problémů s alkoholem, tak během závislosti na pervitinu. Říká, že užívání pervitinu v baru bylo „bezpečné“. Navíc mu práce vynášela hodně peněz, takže krádeže kvůli penězům na drogy u něho vůbec nefigurovaly.

2.5 Drogová anamnéza

První zkušenosti s alkoholem měl Karel zhruba ve svých dvanácti letech, z přípitků na různých rodinných oslavách. Poprvé vyzkoušel cigaretu ve svých čtrnácti letech, ale vůbec mu nechutnala. Kouřit začal až v 17ti letech na učilišti, kvůli tlaku vrstevníků.

Alkohol začal ve větší míře pít na učilišti, kde se jeho prostřednictvím snažil získat lepší pozici mezi spolužáky. S partou spolužáků chodil do hospody téměř každý den, „pod obraz“ se ale opíjel jen o víkendy – limitovaly ho finance. Po ukončení učiliště s každodenním pitím přestal. Po příchodu do nové práce chodil „na pivo“ jen o víkendech. Přiznává ale, že z hospody téměř nikdy nepřišel střízlivý, často dokonce nebyl schopný dojít domů vůbec a probudil se ráno někde na ulici. V týdnu ho dál od hospody držela hlavně matka a babička, které začaly jeho pití přirovnávat k pití jeho otce a začaly mít strach, aby nedopadl stejně. Nakonec se jim ale Karla od alkoholu stejně uchránit nepodařilo a Karel začal pít čím dál tím víc. Nejprve začal do hospody chodit i v týdnu, postupně začal pít i doma. Vrcholem bylo, když začal chodit ráno do práce rovnou z hospody nebo když do práce kvůli opilosti nepřišel vůbec. Vyhodili ho. Karel si v tuto chvíli začal uvědomovat, že má s alkoholem problém, na léčbu však vůbec nepomýšlel. K návštěvě odborníka ho přesvědčila až matka za pomoci babičky a to víceméně pomocí výhrůzek (vyhodí ho z domu, nebudou se s ním stýkat). Karel nakonec absolvoval detoxifikační léčbu a 1,5 roku dlouhou ambulantní léčbu, kterou nyní velmi chválí. Dospěl během ní k náhledu na svůj alkoholismus, a plně si uvědomil, že nechce skončit jako jeho biologický otec nebo Pavel. Ve chvíli, kdy si všechny tyto věci uvědomil, pochopil, že si už nechce s alkoholem nikdy zahrávat. Alkohol se pro něj stal *strašákem*. Nyní od alkoholu úspěšně abstinuje.

Během léčby a po jejím ukončení se Karel přestat stýkat se svými přáteli, s kterými chodil do hospody. Jeden kamarád ho ale často navštěvoval doma, a jelikož si nemohli dát ani skleničku, přinesl jednou jeho kamarád marihuanu. Karel byl nadšen novou zkušeností a marihuana jim začala dělat „společnici“ během každé návštěvy. Postupně ji Karel začal kouřit i o samotě. Stala se jeho zástupnou drogou.

Když bylo Karlovi 28 let, nastoupil jako barman do jednoho luxusního baru v centru Prahy. Karel měl hned po nástupu do nové práce velké problémy se změnou denního rytmu. Celou noc trávil v práci a přes den spal. Spát přes den ale vůbec nemohl a tak byl v noci ještě unavenější. Trvalo mu dlouhé měsíce, než si na tento nový rytmus zvykl, pořád mu ale nebylo nejlépe. Po dvou letech práce v baru nastoupil na jeho pozici nový kolega, s kterým do baru začali chodit i jeho přátelé. Karel se divil, jak může mít pořád tolik energie, když stejně jako on, byl za barem nováčkem. Odpověď byla jednoznačná, vše v klidu zvládá za pomoci *pervitinu*. Společně s odpovědí přišla i nabídka, aby to Karel zkusil taky. Karel nejprve odmítl, protože měl strach – nechtěl riskovat další závislost a byl pevně rozhodnutý pervitin nevyzkoušet. Zlom ale přišel na přelomu roku, kdy Karel trávil v práci každou noc. Byl natolik vyčerpaný, že kolegovi sám o pervitin řekl. Tak ve svých 31 letech Karel poprvé vyzkoušel pervitin.

Z účinku pervitinu byl nadšený. Vydržel za barem několik dní bez jediné známky únavy. Stále si ale uvědomoval, že pervitin je droga a tak ho užíval jen v nejvytíženějším období, kdy byly v baru nějaké akce nebo měl více služeb za sebou. Tento stav trval necelé dva roky. Poté Karel přiznává, že z pervitinu přestal mít strach a začal ho brát jako svého „pomocníka“. Užíval pervitin nejprve každý víkend, později pokaždé, když do baru přišli známí jeho kolegy, kteří pervitin také užívali. Poprvé si Karel uvědomil, že dávky pervitinu zvyšuje a bere častěji, když na jeho „divné“ chování upozornila jeho přítelkyně. Bylo jí divné, že si Karel bere více služeb než dříve a že následně celý čas, který tráví doma, prospí. Karel, který byl vždy vysoký a statný nyní také nápadně zhubl. Karel to vnímal jako varovný signál a tak si vzal dovolenou s předsevzetím, že si v hlavě všechno urovná a s pervitinem skoncuje. Během dovolené už se ale nemohl dočkat znovu chvíle, kdy půjde do práce a celou noc „propaří“. Práce už pro něj nebyla práce, ale mejdan, během kterého dokáže vydělat i slušné peníze a tato kombinace se mu velmi zamlouvala. Přišlo období, kdy Karel bral několik směn za sebou a často v práci zůstával s kolegou a jeho kamarády i přes den do začátku další směny. Dávky pervitinu postupně zvyšoval a bral častěji. V tomto duchu se Karlův život nesl asi rok. Zlom nastal ve chvíli, kdy na

jeho užívání přišla jeho přítelkyně, která vše oznámila majiteli baru. Karel dostal „nůž na krk“, buďto přijde o práci a přítelkyni a její dcery (o všech Karel mluví jako o „svejk holkach“) nebo bude dál fetovat. K rozhodnutí pro první možnost nakonec přispěl i fakt, že Karel začal mít *halucinace* – hlavně sluchové.

Karel celou dobu užíval pervitin intranasálně, takže problémy spojené s intravenózní aplikací žádné neměl. Neměl ani problémy se sháněním peněz, jelikož práce za barem v luxusním baru mu vynášela dost peněz. Navíc měl peníze z prodeje domu, který po babiččině smrti jeho rodina prodala. Pervitin získával Karel zejména od svého kolegy a jeho přátel, kteří do baru pravidelně chodili.

Karel nastoupil na Detox, kde absolvoval celou léčbu. Léčba spočívala ve vysazení stimulantů a symptomatické léčbě obtíží. Po Detoxu nastoupil Karel do denního stacionáře o.s. Sananim.

3. SITUACE VÝCHOZÍHO BODU

S Karlem se setkávám během své 14ti denní stáže v Denním stacionáři o.s. Sananim. Karel je v léčbě zatím jen krátce (třetím týdnem). Na první pohled je to vysoký muž, který působí dojmem, že dříve býval velmi statný a silný („dílo“ pervitinu). Je moderně oblečený a upravený. Jeho chování se velmi mění. Chvillemi působí sebejistě, klidně, dokáže hovořit smysluplně. Takový je Karel hlavně při volnějším programu. Jindy je roztěkaný, zklíčený a má problém ze sebe vypravit jediné slovo. Takový je Karel hlavně během psychoterapeutických skupin nebo mužských skupin.

Rozšifrovat, v jakém stadiu motivace se Karel právě nachází, není jednoduché. Sám tvrdí, že je skálopevně rozhodnutý, že s braním chce přestat. Prý hlavně kvůli rodině. Zároveň ale nehodlá za žádnou cenu ani na chvíli uvažovat o tom, že by bar opustil, kvůli velkému riziku relapsu. Právě proto jsem nedokázala během svého působení v DS rozšifrovat, zda je Karel ve stadiu *Rozhodnutí*, či *Jednání*.

Karel často mluví o tom, že si až teď, po nástupu do stacionáře, uvědomil, jak důležitá je pro něho rodina (přítelkyně, její dvě dcery a matka). Trvá proto na tom,

aby pravidelně chodily do stacionáře na konzultace pro blízké. Všechny, obzvláště matka, jsou na konzultacích velmi aktivní a plně odhodlané Karlovi pomoci.

4. CHARAKTERISTIKA NÁVYKOVÉ LÁTKY - PERVITIN

Karlovou diagnózou je dle MKN – 10 *F15.2 závislost na stimulancích*.

Diagnóza závislosti se dle MKN – 10 stanoví tehdy, jestliže během posledního roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

- *Craving*
- *Narušená kontrola užívání*
- *Odvykací stav*
- *Růst tolerance*
- *Zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů*
- *Pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků*

Karlovou primární drogou je pervitin. Mimo pervitinu užíval ještě marihuanu. Tu podle svých slov kouřil velmi často - pokaždé, když měl službu v baru, nebo když byl sám doma, prostě kdykoli se naskytla příležitost.

Pervitin začal Karel užívat cíleně, kvůli jeho účinkům – pervitin způsobuje celkové povzbuzení organismu, zvyšuje tělesný i duševní výkon, odstraňuje únavu, urychluje myšlení a zvyšuje hovornost (Kalina a kol. 2008). Karel potřeboval vydržet dlouhé noční směny v baru, na které si nemohl zvyknout.

Pervitin užíval Karel primárně pouze v baru, doma jen velmi zřídka. Karel se tak dopravoval do stádia, kdy domu dorazil jen jednou za několik dní a prakticky se přišel jen vyspat. V baru zůstával, i když neměl službu. Pokud byl Karel delší dobu doma, objevovaly se u něho typické příznaky abstinenčního syndromu. Dokázal prospat i několik dní v kuse a pokaždé, když se probudil, vypil obrovské množství vody a snědl vše, co mu přišlo pod ruku. V počátcích užívání mu po dlouhém odpočinku bylo většinou dobře, postupem času se však začala objevovat špatná až depresivní a sklíčená nálada. Tu šel „zahnat“ opět do baru. Kromě všech těchto příznaků bylo na Karlovi velmi znatelné zhubnutí, které pramenilo hlavně z toho, že během „jízdy“, častokrát i několikadenní nesnědl ani sousto. Karel přiznává, že kromě hubnutí se u něho objevil i další nežádoucí účinek stimulancí a to konkrétně halucinace, převážně sluchové. Hlavně po požití dávky měl občas pocit, jakoby slyšel v hlavě hlasy lidí, kteří s ním v danou chvíli nebyli. Když se na ně ale nesoustředil, samy odezněly.

Karel užíval pervitin celou dobu intranazálně, takže komplikace spojené s intravenózní aplikací se u něho nevyskytovaly (abscesy, infekční onemocnění

apod.). Jen vzpomíná, že asi dvakrát se mu po aplikaci spustila krev z nosu. Karlova denní dávka nikdy nepřekročila 1 g.

Karel se za celou dobu, co užíval pervitin, pokusil jen jednou o abstinenci. Bylo to v období, kdy si vzal dovolenou, aby si dal v hlavě vše do pořádku a odtrhl se od drogy. Relaps následoval hned po několika málo dnech (neví přesně, uvádí pět dní). Nutkání po droze bylo tak silné, že šel do baru pro drogu, i když měl dovolenou a přítelkyni v tu chvíli bylo vše hned jasné.

Karel před léčbou v DS nastoupil na Detox, kde absolvoval celou léčbu. Jelikož na pervitinu nevzniká somatická závislost, tak detoxifikace spočívala ve vysazení drogy a léčbě somatických obtíží. Nyní se s Karlovou závislostí pracuje především psychoterapeuticky.

5. LÉČEBNÉ INTERVENCE

S první léčebnou intervencí přišel Karel do kontaktu, když se rozhodl léčit se ze závislosti na alkoholu. Nejprve strávil týden v Praze na **ústavní detoxifikační jednotce**. Zde se Karel podroboval částečné *terapii (zvyšování motivace)*, ale převážně *farmakoterapii*. Uvádí, že užíval **benzodiazepiny** (oxazepam) a různé **vitaminové preparáty**.

Po detoxu nastoupil Karel na **ambulantní léčbu**, která trvala celkem 1,5 roku. Zpočátku navštěvoval Karel psychiatra dvakrát týdně, po roce jednou týdně. Ke konci léčby už jen jednou za 2 týdny. Karel chodil jak na individuální terapie, tak na skupinové terapie. Psychoterapie byla zaměřena především na **zvyšování motivace a prevenci relapsu**. V ambulanci se Karel podroboval také farmakoterapii. Užíval **disulfam** (Antabus) – blokuje degradaci alkoholu – požití alkoholu pak vede k prudké reakci, která může pacienta ohrozit i na životě (Kalina a kol. 2008).

Po úspěšném dokončení ambulantní léčby, kdy Karel ani jednou nezrelapsoval, se dostal k další léčebné intervenci, až když byl závislý na pervitinu. **Denní stacionář** mu doporučil psychiatr, u kterého se léčil ze závislosti na alkoholu. Ještě než Karel nastoupil do léčby v DS, absolvoval Detox a následně několik **motivačních skupin** (součástí DS). Poté musel sepsat životopis, podstoupit několikadenní testování na přítomnost drog a celkem po čtyřech týdnech ode dne, kdy se rozhodl se léčit, nastoupil do léčby v DS. V denním stacionáři tráví Karel 7 hodin denně, kromě víkendů. Program je zde strukturovaný, podobně jako v terapeutických komunitách a stejně tak tu probíhá převážně skupinová

psychoterapie. Klienti zde musí dodržovat přesný časový rozvrh a respektovat soubor pravidel.

5.1 Účinné faktory psychoterapie

Mezi účinné faktory psychoterapie, které se bude Karel v DS podrobovat, i obecně, patří:

- **Pozitivní očekávání** – patří k základním předpokladům psychoterapeutické léčby. Velmi souvisí s motivací. Yalom tento faktor nazývá naděje a staví ho na první místo ve svém výčtu terapeutických faktorů.
 - *Karel má v Denní stacionář, jako zařízení, velkou důvěru a je velmi spokojený se stylem léčby, která zde probíhá. Je přesvědčený o tom, že je na správném místě a že mu zde dokáží pomoci. Karel má o své změně jisté představy, ale jak říká, „chce se držet při zemi“. Hlavním cílem je nebrat pervitin a už nikdy se s žádnou drogou nezaplést!*
- **Věnování pozornosti (Hawthornský efekt)** – „podstatou tohoto faktoru je, že lidé jsou schopni zlepšit své chování, pokud se jim dostává zvláštní pozornosti“ (Prochaska a Nercross, 1999)
 - *Obecně lze říct, že Karel se s neodsuzující pozorností setkával akorát v útlém dětství. Po tom, co dospěl a začal ve větší míře pít, už se pozornost na něj spojovala vždy s alkoholem, později s pervitinem. Nyní se v léčbě dostává do prostředí, kde je mu věnována pozornost přijímající a nesoudící, která do jisté míry dokáže zvýšit jeho morálku a umocňovat naději.*
- **Zvyšování vědomí** – je jeden ze základních procesů změny, který je založen na verbalizaci, sebepoznání a výkladu problémů.
 - *Karel je na skupinách prozatím spíše uzavřený a spíše se vyjadřuje k ostatním, než aby dokázal mluvit o sobě. Stejný problém, jak přiznává, měl už v ambulantní léčbě, kde se také účastnil skupin, ale vyhýbal se jim kdykoli jen mohl. Myslím si, že teď, když je součástí skupiny, která je poměrně stálá, vybuduje si k ní postupně důvěru a bude moci své problémy popsat přesněji a hlavně verbálně. Tím dojde k uvolnění silnějších emocí a zvyšování kontaktu s vlastním jednáním.*
- **Emoční uvolnění, katarze** – faktor založen na premise, že „lidé závislí na drogách mají problémy s ohrožujícím potenciálem vlastních emocí, s jejich

zvědomnění, přijetím a zpracováním“ (Mikota, 1995; Leeds a Morgernstern, 1999).

- *Jediné silné a znatelné emoce, které Karel prozatím projevuje, se vztahují k jeho rodině (družce, jejích dcerám a matce). Na jeho cestě bude nyní důležité, aby se v rámci „otevření“ dostal do kontaktu i s ostatními emocemi, které prozatím nepouští na povrch. Podstatné bude také to, aby jak skupina, tak terapeuti utvořili Karlovi bezpečné prostředí a podporu. Myslím, že velmi emotivní bude, až Karel otevře téma „matka a minulost“ (viz. rozbor).*
- Konfrontace – „znamená vystavení se podnětům, které vedou ke zvyšování vědomí a k emočnímu uvolnění.“ (Kalina a kol., 2008)
 - *Nejprve by se mělo u Karla pracovat na tom, aby začal zpracovávat problémy, kterým se doposud vyhýbal. To povede k tomu, že projeví vlastní emoce, bude moci porovnávat své zkušenosti se zkušeností jiných a pozná, že jeho problém není jedinečný. Následně se mohou přidávat zpětné vazby od skupiny.*
- Volba alternativ – je výsledek konfrontace (klient dopívá k převzetí odpovědnosti za svoje počínání).
 - *Karel bude muset přijmout odpovědnost za to, co doposud ve svém životě učinil. Bude si muset uvědomit, že po léčbě přijde vlastní a svobodné rozhodování a odpovědnost za svůj život ponese jen on sám. Stejně tak někdy v budoucnu už možná nebude odpovědný jen za sebe, ale i za jiné (vlastní rodina). Z toho může v počátcích pramenit nejistota a strach...*
- Tvarování chování – osvojení si nových, adaptivních vzorců chování, na základě různých forem učení.
 - *Během Karlovi léčby by měl být velký zřetel dán hlavně na prevenci relapsu – jak se vyhnout rizikovým situacím, jak drogu odmítnout, popřípadě jak se zachovat po „uklouznutí“. Během léčby si Karel projde také různými rolami – kuchař, zpravodaj, atd., po jejichž vykonávání bude psát závěr, jak se v roli cítil a následně „čelit“ zpětným vazbám. Pomocí různých aktivit (např. psychodrama) by si mohl také vyzkoušet dostat se do role svých rodičů, družky atd. a tak více pochopit jejich vnímání celé situace a jejich chování. Skupina a terapeuti by měli změny v Karlově chování podporovat a upozorňovat na přetrvávající nefunkční vzorce.*

5.2 Prevence relapsu

Jak jsem zmínila výše, Karlova léčba v DS by měla být zaměřena mimo jiné především na *prevenci relapsu (technika kognitivně behaviorální psychoterapie)*.

Prevence relapsu je *program sebekontroly, který kombinuje nácvik behaviorálních dovedností, kognitivní intervence a postupy vedoucí ke změně životního stylu*. (Wanigaratne S., et al., 2008)

Karel by měl ve svém životě a okolí identifikovat rizikové situace, které by mohly ohrozit jeho sebekontrolu a vést k užití drogy. Karel by se měl zaměřit především na tyto situace (jsou považovány za nejrizikovější):

- Negativní emoční stavy – depresivní stavy, frustrace např. z nesplněných očekávání, nuda z nenaplnění volného času,...
- Interpersonální konflikty – neshody s matkou, hádky s přítelkyní, nepochopení dospívajícím „dcerám“, konflikty se šéfem,...
- Sociální tlak – setkání s pravidelnými návštěvníky baru, s kterými užíval pervitin, náhodné setkání s lidmi, kteří užívají drogy,...
- Negativní fyzické stavy – Karel by si měl uvědomit, že je možné, že u něho propukne atopický ekzém znovu v takové míře, jako v dospívání...jak to bude vnímat, jak ho to ovlivní?

Karel by měl získat informace a náhled na konkrétní proces relapsu. Aby nezpanikařil, pokud u něho dojde k požití drogy a věděl, co to vůbec pro něho může znamenat. Měl by vědět, že jednorázové porušení abstinence nemusí přímo znamenat návrat na původní úroveň užívání, ale že se pro tuto jednorázovou epizodu používá pojem „laps“. Laps je tedy *jakékoli samostatné porušení pravidel nebo souboru zásad, které si jedinec sám stanovil a které se týkají četosti nebo typu vybraného cílového chování*. (Wanigaratne a kol., 1990). Karel by si měl uvědomit, že situace „lapsu“ neznamená přímou cestu k návratu k užívání, ale že ve stejné míře může mířit k pozitivním změnám v jeho chování. Není tedy zapotřebí na něj vždy nahlížet jen pesimisticky.

Co tedy bude znamenat v praxi pro Karla prevence relapsu (Wanigaratne;1990)

- Vybavení „dovednostmi“ identifikovat, anticipovat, vyhnout se rizikovým situacím nebo je zvládnout;
- Pokud by mělo dojít k „uklouznutí“, vybavení dovednostmi a strategiemi, jak dosáhnout toho, aby se relaps plně nerozvinul.

- Zvýšení pocitu vlastní účinnosti (*pocit vlastní účinnosti je subjektivní očekávání jedince, zda zvládne danou situaci*).

5.3 Motivace

Otázky Karlovi motivace jsem se už krátce dotkla v kapitole *Situace výchozího bodu* a nadále se jí ještě věnuji v *Rozboru*.

Na tomto místě bych se ráda zaměřila přímo na to, jak probíhal u Karla proces změny při závislosti na alkoholu a jak probíhá a nadále bude probíhat proces změny nyní, během jeho závislosti na pervitinu. Přidávám také intervence, které by uživateli v jednotlivých stádiích měly být poskytnuty.

Vycházím z modelu pěti stádií, kterými jedinec prochází při zahajování a udržování změny, podle Prochasky a DiClementeho, kteří tento proces popsali v 90. letech (Kalina a kol. 2008)

1. Prekontemplace:

= stádium, které předchází uvažování o změně

Alkohol: Karel se v tomto stadiu nacházel v době, kdy chodil po hospodách s kamarády z učňáku a později, když pracoval a problémy s jeho pitím nabírali na obrátkách. Vůbec si neuvědomoval, že má nějaký problém, který by měl řešit

Pervitin: V tomto stádium je Karel v době, kdy bere pervitin jen z toho důvodu, aby zvládal dlouhé směny v práci. Zisky, které mu pervitin přinášel (dlouhá výdrž, více směn, více peněz) zdaleka převyšovaly nad ztrátami.

→ V tomto období klientovi nabízíme „pouze“ informace o snižování rizik, není vhodné ho za každou cenu motivovat. Můžeme ale začít s informacemi o rizicích a problémech, které by mohly vést klienta k hlubší úvaze.

2. Kontemplace:

= období, kdy klient uvažuje o změně, ale přesto stále váhá – staví proti sobě klady, zápory změny atd.

A: Do tohoto období se Karel dostává, když ho kvůli pití vyhodili z práce a ztratil přítelkyni. Uvědomuje si, že tyto problémy jsou přímo spojeny s jeho užíváním alkoholu.

P: Karel do toho období přichází tehdy, když jeho přítelkyně začne upozorňovat na jeho „divné“ chování a on si sám uvědomí, že se tak chová díky pervitinu.

→ V tomto období bychom měli klienty vést především k přemýšlení o rozporu mezi braním a nebraním. Snažit se působit na jejich sebevědomí a motivovat je k drobným změnám.

3. Rozhodnutí

= období, kdy ztráty z užívání drog jsou větší než zisky – klient se rozhoduje ke změně

A: *Období, kdy se Karel rozhoduje léčit – vstup do ambulantní léčby*

P: *Období, kdy se Karel rozhodl navštívit svého psychiatra, ke kterému docházel na ambulantní léčbu a posléze nastoupit na motivační skupiny do DS.*

→ V tomto období bychom měli klientovi navrhnout konkrétní postup, jak dojít ke změně a získat si jeho spolupráci při vytváření následných cílů a strategií.

4. Jednání

= období, kdy klient realizuje navržený program a uskutečňuje změnu

A: *Období, kdy Karel navštěvoval ambulantní léčbu, se všemi jejími prvky (individuální terapie, skupinové terapie, ...)*

P: *Nynější (? Jak jsem uvedla výše, nejsem rozhodnuta, zda je Karel ve stádiu jednání nebo rozhodnutí) období, kdy Karel aktivně dochází do DS a podílí se na všech aktivitách programu.*

→ V tomto období je potřeba vytvářet pevný vztah mezi terapeutem a klientem. Terapeut pomáhá klientovi uskutečnit změnu. Velkou roli zde hraje práce s motivací v předchozích stádiích

5. Udržování

= stadium, kdy je klient schopen žít bez drogy a navrácí se do běžného života

A: *Období, kdy Karel ukončuje ambulantní léčbu. Snaží se vyhnout rizikovým situacím (místům, kam chodil pít, lidem s kterými pil, ...)*

P: *Období, které bude následovat za necelé tři měsíce (pokud dříve nedojde k relapsu). Karel úspěšně ukončí léčbu v DS a bude na něm, do jakého prostředí se vrátí (zda za bar, nebo zvolí jinou variantu práce)*

→ Klient by měl být v tomto období vybaven vědomostmi o strategiích udržení změny a prevenci relapsu. Měli bychom klienta vést ke kontaktu s některým doléčovacím zařízením.

6. Relaps

= období kdy klient selhává – může se vrátit zpět do prvního stádia nebo užívání rychle zastavit

A: *Karel se do toho stádia prozatím nedostal. Od ukončení ambulantní léčby úspěšně abstínuje*

P: *Zda Karel dojde do tohoto stádia a kdy je nepředvídatelné. Já doufám, že jeho druhá léčba bude stejně tak úspěšná jako ta první.*

→ Důležité je, aby klient zvládl psychologickou reakci na selhání. Pokud nás po relapsu znovu vyhledá, měl by od nás dostat psychickou podporu a pomocnou ruku.

Nyní se pokusím zformulovat rozhovor, který bych s Karlem vedla, podle toho, v jaké fázi by se na kole změny zrovna pohyboval (viz. výše).

Vycházím ze situace, kdy měl Karel velké problémy s alkoholem a pod vlivem zbil svou tehdejší přítelkyni.

1. Prekontemplace

K: „Vím, že jsem udělal špatnou věc a Kláře tím hodně ublížil. Náš vztah je asi v háji. Nevím, co to do mě vjelo, myslíte, že za to mohla ta vodka? To určitě ne, mě jen děsně rozzuřilo, že mě zas sekýruje!“

T: „Myslím si, že byste se měl přítelkyni co nejdříve ozvat, omluvit se a celou situaci s ní probrat. A co myslíte tím, že za to mohla ta vodka?“

1. Kontemplace

K: „Nejhorší je, že si z toho incidentu vlastně skoro nic nepamatuju. Ale co, byl pátek, přišel sem domu pod parou, bez startu v hospůdce si ten začátek víkendu už ani nedovedu představit!“

T: „Jasně, začít víkend s kamarády v hospůdce může bejt fajn, ale nepřijde vám, že to přeháníte? Že dřív jste svoji přítelkyni po pár pivech nemlátil a dnes, po deseti panácích vodky ji takhle zřídíte? Měl byste s tím něco dělat...“

2. Rozhodnutí

K: „Přemýšlel jsem nad tím, co jste mi řekl minule a rozhodl jsem se se sebou začít něco dělat, už nechci lidem kolem ubližovat“

T: „Výborně, jsem ráda, že jste nad naším minulým rozhovorem přemýšlel a dospěl k tomuto závěru. Probereme tedy možnosti, co dál dělat.“

(kognitivně behaviorální terapie – zvládání agrese, vzteku,...)

3. Akce

Karel začíná chodit do ambulantní léčby, kde se snaží přestat pít, spolupracuje a dodržuje přesný program

Terapeut ho podporuje a celou jeho léčbu monitoruje.

4. Udržování

K: „Myslím, že se zatím docela držím, do hospody sice zajdu, ale alkohol nepiju. Dávám si zásadně jenom džusy. Kamarádi to berou, i když si občas někdo nějakou narážku neodpustí. Přítelkyně, se ke mně vrátila, hned jak zjistila, že jsem začal s léčbou. Stejně mi ale připadá, že mi nevěří a neustále mě kontroluje.“

T: „Tak to mne těší, zasloužíte pochvalu. A jak by podle vás reagoval vaše přítelkyně, kdyby se naplnily její obavy? Opustila by vás? A co vaše rodina, jak by na případný relaps reagovala?“ (pokračuje prevence relapsu)

5. Relaps

K: „ Tak sem to pane doktore projel na celý čáře, v pátek sem se zase ztřískal. To by mě ještě tak neštvalo, ale nejhorší je, že sem dal Kláře po příchodu domu a po hádce zase pěstí. Nemůžu se na sebe ani podívat...“

T: „Ano, to není nic příjemného, ale já vás chválím za to, že jste přišel, i když to pro vás určitě nebylo jednoduché. Tak mi pěkně popořádku povězte, co se vlastně stalo...“

6. ROZVAHA

Jelikož jsem na této kazuistice chtěla ukázat především *problematické rysy rodinných vztahů jako možné faktory, které vedou ke vzniku závislosti a somatickou komorbiditu*, ráda bych největší část rozvahy věnovala právě těmto dvěma tématům. Podle mého názoru jsou tyto dvě témata stěžejní a psychoterapie by se jim měla v Karlově léčbě věnovat ve velké míře. Samozřejmě jsou aktuální i jiná témata, která by se měla řešit, zmíním je níže.

Nejprve bych se z rodinné anamnézy ráda věnovala *matce*. Karel na otázku, jaký vztah má k matce, odpověděl, že dobrý, v tomto období bez problémů. Když se ho však zeptáte, jaký byl vztah v minulosti, v jeho odpovědích vyčtete zřejmou uhybavost a je jasné, že se mu o dřívějším vztahu s matkou mluvit vůbec nechce. Karel o matce nemluví špatně, přesto je zřejmé, že jejich vztah prošel stádií a problémy, které nebyly vyřešeny a tak stále stojí jako stíny v pozadí. Vždyť Karlova matka po smrti Pavla sice od rodiny neodešla, ale přestala se o oba syny, v období, kdy jí nejvíce potřebovali, úplně starat. Když se po několika letech snažila k synům opět najít cestu, všichni za to byli rádi a o minulosti se nikomu nechtělo mluvit. Celé to období se bez jediného slova přešlo. Karel také díky absenci matky musel

předčasně dospět. Babička, která sice do Prahy dojížděla, aby se o chlapce postarala, nemohla být u nich pořád, a tak starost o mladšího bratra závisela hlavně na Karlovi. Myslím, že vztahu s matkou by se měla v Karlově léčbě věnovat velká pozornost. V Karlově nitru bude dřímat spousta věcí, které budou čekat na to, až je vypustí ven, určitě za doprovodu silných emocí.

S tím, že Karel nikdy nepoznal biologického otce a nikdy se o něm v jejich rodině nemluvalo, je Karel podle mého názoru celkem srovnaný. Větším problémem bude podle mého názoru to, že Pavel, který alespoň v jeho útlém dětství mohl působit jako mužský vzor, dával Karlovi neustále najevo, že není jeho vlastní syn a že chce mít s jeho matkou syna vlastního. O této situaci mluví Karel téměř pokaždé, když se ho na vztah mezi ním a Pavlem zeptám. Absence mužského vzoru je podle mne na Karlovi velmi znát. Podle Vaillanta (1983, 1995) byl málo vělý a problematický vztah dítěte s otcem zjištěn v rodinách, kde se později u dítěte projevila závislost – především na alkoholu. Karel dosud nemá rodinu a ani o jejím plánování neuvažuje. Nemá také žádné koníčky, takže je problém u Karla vyplnit volný čas. Mimochodem absence koníčků a spousta volného času mohla být také jednou z příčin, proč se Karel začal potulovat s kamarády z učiliště po hospodách. Ani matka, ani otec Karlovi nikdy nevěnovali dostatek pozornosti, nepodporovali ho v zálibách a koníčcích a z toho možná pramení i jeho role „šaška“ na základní škole – Karel chtěl mít pozornost alespoň mezi dětmi, když se mu jí nedostávalo doma.

Na tomto místě se zmíním o konkrétních problematických rysech rodinných vztahů (Kalina a kol., 2008) a okomentuji je z pohledu Karlovi rodinné situace.

- Užívání drog rodiči
 - *Karlův biologický otec byl podle babiččinyh slov alkoholik a zemřel v důsledku užívání alkoholu. Stejně tak Pavel, kterého Karel spíše považuje za svého otce, zemřel v období, kdy hodně pil. S ohledem na to, že alkoholismus byl zatím jako jediná závislost prokázán za dědičný, je tedy možné, že Karel měl k alkoholismu dědičné předpoklady.*
- Nedostatečná či přehnaná péče rodičů o dospívající děti
 - *O přehnané péči ze strany rodičů u Karla rozhodně být řeč nemůže. Matka se sice o Karla, v době kdy ještě neměla druhého syna, normálně starala, zato v období, kdy Pavel zemřel, v době Karlova dospívání, o něho nejevila žádný zájem. Jediný, kdo o Karla projevoval v tomto období péči, byla jeho babička, což samozřejmě nebylo dostačující.*

- Špatná komunikace mezi rodiči a dospívajícími
 - *Matka s Karlem v období dospívání mluvila jen o věcech, které byly nějak důležité pro chod domácnosti nebo o věcech týkajících se jeho školy. Vždy to ale působilo tak, jako by ji to ve skutečnosti ani nezajímalo. Co se týče důvěrností nebo intimních věcí, byla Karlovou důvěrníci v tomto období pouze babička, která se snažila Karlovi naslouchat a radit mu. Karel ale nikdy neměl tendence se nějak přehnaně svěřovat ani babičce.*
- Nedostatek jasných pravidel a jejich rozporuplné uplatňování
 - *Karel si mohl dělat, co chtěl. Matka sice občas stanovila nějaká pravidla a úkoly, které měli chlapci dodržovat a plnit, nikdy na jejich plnění ale nedohlížela. Karel měl absolutní volnost, což se projevilo hlavně v jeho flákání po hospodách v období, kdy chodil na učiliště. Neměl žádného otce, který by nad ním držel pevnou ruku.*
- Nedostatečná pozornost vůči vrstevnickým vztahům dítěte a jejich zájmům
 - *Karlova rodina se nikdy o trávení jeho volného času příliš nezajímala. Matku vždy napadlo stanovit nějaké hranice, až když Karel něco vyvedl. S kým se Karel stýká a jaké má kamarády matka vůbec nevěděla a neměla o to žádný zájem. Velký nedostatek v této oblasti vidím hlavně v tom, že Karel nebyl podporován v žádných zájmech, ani koníčcích (viz. výše)*

Další důležitou nepříjemností, která Karla provází celý život je atopický ekzém. Osobně se přikláním k tomu, že toto onemocnění je u Karla z velké části psychosomatické. A to hlavně z toho důvodu, že nejenže jeho objevování bylo z velké míry závislé na ročním období (nejvíce se objevoval v zimě), ale ve velké míře Karla trápilo především v situacích, kdy byl pod velkou stresovou zátěží (nástup na zš, sš,...). Není divu, že když se Karlovi ekzém objevil v obličeji, velmi to snižovalo jeho sebevědomí a styděl se. To do určité míry podle mého názoru určovalo, jaké měl postavení mezi kamarády a jak se sám cítil. Když měl ekzém, byl uzavřený, stranil se. Když ho neměl, byl veselý, dokázal bavit své okolí a neměl problém s dívkami. Na základní škole byl sice oblíbený, především kvůli jeho vtipnému vystupování, ale přiznává, že v období, kdy se mu objevil ekzém, se ho spolužáci spíše stranili, z čehož měl velmi úzkostné pocity. Když nastoupil na učiliště, měl z toho, jak budou na jeho zjev nový spolužáci reagovat takový strach, že se s nimi raději vůbec nebavil. Aby potom zapadl do třídní party, musel s kamarády začít chodit po hospodách a vyrovnat se jim v pití a kouření. Proto si myslím, že právě toto onemocnění mělo výrazný vliv na vznik Karlovi závislosti na alkoholu. Karel se nedokázal se svojí nemocí smířit také hlavně kvůli tomu, že o ní s nikým nemluvil, především neměl ani s kým. Před kamarády se styděl a matka

s ním o tom nemluvila úmyslně, protože si myslela, že když bude dělat, že tento problém neexistuje, Karel pochopí, že není nijak významný. Což se samozřejmě nestalo.

Na vznik závislosti na pervitinu už atopický ekzém takový vliv neměl, jelikož Karel už používal hormonální masti, které mu výrazně pomáhaly.

Myslím, že psychoterapie by se u Karla měla zaměřit také především na *prevenci relapsu*. Jak jsem se zmiňovala výše, Karel nechce vůbec připustit možnost, že by se za bar už nevrátil. Na jednu stranu Karel ukázal, že po léčbě závislosti na alkoholu byl natolik silný, že dokázal pracovat na místě, kde denně přicházel do styku s alkoholem, na straně druhé spadl ale do jiné závislosti. Proto *vidím jeho práci barmana jako velký rizikový faktor pro relaps*. Pokud bych byla na místě terapeuta, snažila bych se Karla přivést k myšlence *obnovení svého původního zaměstnání – truhláře*. Truhlářina ho zpočátku na učilišti velmi bavila, a pokud by si udělal například nějaký rekvalifikační kurz, aby si práci znovu osvojit, mohl by v práci nalézt i koníčka, kterého doposud žádného stěžejního nemá.

Co se týče drogové anamnézy, u Karla je velmi dobře znatelný jeden jev, který dnes není vůbec ojedinělý. Karel takřka ihned po léčbě alkoholové závislosti „přesedlal“ na jinou drogu – *marihuanu*. *Vyměnil jednu závislost za druhou*. Fakt, že přeskakování z jedné závislosti na druhou není ojedinělý, potvrzuje i Youngová, která zjistila, že polovina jejích pacientů, kteří byli závislí na internetu, trpěla již předtím, jinou závislostí (Young, 1998).

Co se týče léčebných intervencí, velmi kladně hodnotím jejich výběr – *kvalitní matching*.

Pro ambulantní léčbu Karel splňoval všechny požadavky – *byl motivován, jeho zdravotní stav nevyžadoval hospitalizaci, byl sociálně stabilní a měl podporu svého blízkého okolí*. Na první pohled se zdá, že ambulantní léčba byla, vzhledem k úspěšnému dokončení a ani jednomu relapsu, velmi kvalitní. Na mne ale působí tak, že byla spíše neúplná. Karel stále nemá vyřešený např. vztah s matkou. Podle mého názoru měla být do léčby zapojena, tak se ale nestalo. Do léčby tedy nebyla zahrnuta žádná rodinná terapie, což je určitě velký nedostatek. Stejně tak se Karel, i po absolvování jedné léčby, stále potýká s tím, že nemá žádné koníčky a neví, jak trávit volný čas. *Na tyto dva problémy bych se tedy stěžejně zaměřila v nynější léčbě*.

Pro léčbu v denním stacionáři Karel také splňoval všechny požadavky – *Karel měl zajištěné bydlení, jeho somatické a psychické komplikace nebyly ve stupni vyžadujícím odbornou nemocniční péči, byl schopný akceptovat program a pravidla, byl motivován a měl neškodící sociální okolí a elementární podporu v nedrogovém prostředí.*

Na závěr bych se ráda zamyslela nad faktem, který mne na celém příběhu Karla zaujal. Jedná se o jeho *motivaci k léčbě*. Když se zaměříme na důvody, proč Karel nastoupil na ambulantní léčbu, kde se léčil ze závislosti na alkoholu a na důvody, kvůli kterým nastoupil do DS, aby se léčil ze závislosti na pervitinu, zjistíme, že se *nejednalo o motivaci vnitřní, ale vždy o motivaci vnější (dle škály CMRS)*. Do ambulantní léčby nastoupil na naléhání matky a babičky a pod hrozbou, že ho vyhodí z domu. Do DS nastoupil proto, že na léčbu naléhala partnerka a hrozila, že ho opustí, stejně tak hrozil majitel baru, že pokud se nepůjde léčit, vyhodí Karla z práce. Z tohoto důvodu mne celkem překvapilo, že ambulantní léčba šla tak „hladce“, když k ní Karel byl vlastně donucen. Nebýt úspěšného dokončení ambulantní léčby a dosavadní abstinence od alkoholu, asi bych na tomto místě vyjádřila pochybnost, zda Karlova léčba v DS bude úspěšná, když do ní nastoupil vlastně jen z důvodu vyhrožování jeho okolí. Jelikož ale tato vnější motivace zafungovala velmi dobře při první léčbě, doufám, že to bude tedy i klíč k úspěchu v léčbě ze závislosti na pervitinu. Každopádně bych terapii zaměřila také hlavně na to, *aby Karel tuto vnější motivaci nebral jako stěžejní, ale snažil se najít i důvody, proč se léčit kvůli sobě a ne kvůli ostatním!*

Když bych měla tedy svůj rozbor Karlova případu shrnout, tak:

- *Doporučuji*
 - Zapojit do léčby matku
 - Zapojit do léčby družku s dcerami
 - Naučit Karla smysluplnému trávení volného času
 - Změnu zaměstnání
 - Otevření tématu „Karlova nemoc – atopický ekzém“ – vyrovnání se s ní – vzít ji jako svojí součást (zároveň by to byla i prevence relapsu – pokud by se Karlova nemoc znovu zhoršila)
- *Chválím*
 - Kvalitní matching
- *Kritizuji*
 - Nedokonalou ambulantní léčbu

- *Upozorňuji*
 - Karlova tendence k nahrazování drogy
 - Vnější motivace

7. POUŽITÁ LITERATURA

Hajný, M. (2008). Psychologické, vývojové a rodinné faktory vzniku a udržování závislosti. In Kalina, K., a kol.: Základy klinické adiktologie. Kapitola 3. Praha: Grada Publishing

Kalina, K., Miovský, M. (2008). Psychoterapie v léčbě závislosti. In Kalina, K., a kol.: Základy klinické adiktologie. Kapitola 12. Praha: Grada Publishing

Minařík, J. (2008). Přehled psychotropních látek a jejich účinků. In Kalina, K., a kol.: Základy klinické adiktologie. Praha: Grada Publishing

Frouzová M. (2008). Závislost na procesech. In Kalina, K., a kol.: Základy klinické adiktologie. Kapitola 17. Praha: Grada Publishing

Dobiášová D, Broža, J., Kalina, K. (2008). Poradenství a práce s motivací. In Kalina, K., a kol.: Základy klinické adiktologie. Kapitola 9. Praha: Grada Publishing

Wanigaratne S., Wallace W., Pullin J., Keaney F., Farmer R., (2008) Prevence relapsu pro závislá chování. Tišnov: SCAN

