

**Pražská vysoká škola psychosociálních studií**



**Relaps závislosti na návykových látkách u klientů  
trpících duální diagnózou**

Zuzana Mertová

Vedoucí práce: Mgr. Jakub Zlámaný

**Praha 2012**

**Prague college of psychosocial studies**

**Relaps of substance abuse by clients suffering  
from dual diagnosis**

Zuzana Mertová

The Diploma Thesis Work Supervisor:

Mgr. Jakub Zlámaný

**Praha 2012**

**Anotace:** Tato bakalářská práce pojednává o problematice relapsu závislosti na návykových látkách u klientů trpících duální diagnózou. Věnuje se otázce příčin a rizikových situací vyvolávajících relaps užívání alkoholu u klientů trpících duální diagnózou. V teoretické části se čtenář dočte o základních pojmech týkajících se závislosti, relapsu a duální diagnózy. Tyto pojmy jsou nezbytné pro porozumění následujícímu odbornému textu. Empirická část seznamuje čtenáře s formou použitého výzkumného šetření a technikami sběru dat. Dále obsahuje případové studie doplněné o vyjádření klientů k tématu práce. Empirickou část uzavírá diskuzní kapitola, která případové studie shrnuje. Zároveň je zde uvedeno stručné doporučení autorky pro navazující práci s klienty.

**Klíčová slova:** závislost, návykové látky, relaps, duální diagnóza, případová studie

**Abstract:** This thesis deals with the problem of relapse substance abuse by clients suffering from dual diagnosis. It focuses on the causes and risk situations relapse of alcohol use by clients with dual diagnosis. In the theoretical part, the reader reads the basic concepts related to addiction, relapse and dual diagnosis. These concepts are essential to understanding the next academic text. The empirical part acquaints the reader with the form of used research and the techniques of data collection. It also includes case studies supplemented by statement of clients referring to the theme of this work. The empirical part is closed by discussion chapter, which summarizes the case studies. It is shown here a brief author's recommendations for follow-up work with clients.

**Key words:** addiction, addictive substances, relaps, dual diagnosis, case study

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně na základě vlastních zjištění a pouze a jen s využitím pramenů a literatury uvedené v seznamu.

V Praze, dne 30. 8. 2012

.....

Děkuji především vedoucímu mé bakalářské práce Mgr. Jakobovi Zlámanému za jeho odborné vedení, poskytnutí odborné literatury, cenných rad a připomínek. Dále bych ráda poděkovala všem respondentům, kteří sdíleli své životní příběhy.

## Obsah

<b>ÚVOD</b> .....	<b>7</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>9</b>
<b>1 SLOVNÍK POJMŮ</b> .....	<b>9</b>
1.1 Syndrom závislosti .....	9
1.2 Adiktologie .....	9
1.3 Abstinence .....	9
1.4 Laps (lapsus).....	10
1.5 Recidiva .....	10
1.6 Relaps .....	10
1.7 Psychiatrická komorbidita .....	10
1.8 Duální diagnóza .....	10
<b>2 ZÁVISLOST NA NÁVYKOVÝCH LÁTKÁCH</b> .....	<b>11</b>
2.1 Závislost.....	11
2.2 Kořeny závislosti .....	12
2.2.1 Teoretické modely vzniku závislosti .....	13
2.3 Abstinence .....	15
2.4 Relaps .....	16
2.4.1 Možné příčiny relapsu .....	19
2.4.2 Vysoce rizikové situace vyvolávající relaps.....	20
2.4.3 Craving .....	21
2.4.4 Prevence relapsu .....	23
<b>3 DUÁLNÍ DIAGNÓZA</b> .....	<b>25</b>
3.1 Vývoj pojmu duální diagnóza.....	25
3.2 Typy duálních poruch.....	26
3.3 Etiologie duálních diagnóz .....	28
3.4 Léčba a diagnostika duálních poruch.....	29
3.4.1 Diagnostika a její komplikace .....	29
3.4.2 Modely léčby duálních diagnóz.....	31
3.5 Následná péče pro klienty trpící duální diagnózou.....	35
<b>EMPIRICKÁ ČÁST</b> .....	<b>37</b>
<b>ÚVOD</b> .....	<b>37</b>
<b>4 PŘÍPADOVÁ STUDIE č. 1</b> .....	<b>39</b>
<b>5 PŘÍPADOVÁ STUDIE č. 2</b> .....	<b>48</b>
<b>6 PŘÍPADOVÁ STUDIE č. 3</b> .....	<b>56</b>
<b>7 DISKUZE</b> .....	<b>64</b>
<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>66</b>
<b>POUŽITÁ LITERATURA</b> .....	<b>68</b>
<b>INTERNETOVÉ ZDROJE</b> .....	<b>70</b>
<b>Příloha č. 1: Modely vzniku závislosti</b> .....	<b>70</b>
<b>Příloha č. 2: Užívání návykových látek a jeho komplikace</b> .....	<b>73</b>
<b>Příloha č. 3: Další techniky zvládnání cravingu</b> .....	<b>75</b>
<b>Příloha č. 4: Nejčastější duševní poruchy poruchy vykytující se u duální diagnózy</b> 76	
<b>Příloha č. 5: Důležité zásady pro diagnostiku duální diagnózy</b> .....	<b>79</b>
<b>Příloha č. 6: Kvalitativní výzkum</b> .....	<b>80</b>
<b>Příloha č. 7: Sběr dat</b> .....	<b>82</b>
<b>Příloha č. 8: Etika výzkumného šetření</b> .....	<b>84</b>
<b>Příloha č. 9: Informované souhlasy</b> .....	<b>85</b>

## ÚVOD

V bakalářské práci jsem se rozhodla zabývat tématem relapsů závislosti u klientů trpících duální diagnózou. Jedním z hlavních důvodů, proč jsem si vybrala právě toto téma je, že léčba duálních diagnóz je poměrně mladou problematikou, přesto závažnou. Dalším důvodem výběru tohoto tématu, neméně důležitým, je můj dlouhodobý zájem o klienty, kteří trpí závislostí na návykových látkách. Kvůli kombinaci s duševním onemocněním se pro mě téma stalo zajímavějším.

V této práci bych chtěla poukázat na to, jak psychické problémy úzce souvisí se závislostí na návykových látkách a jak kombinace těchto potíží celkově komplikuje nejen samotnou diagnostiku duální diagnózy, ale zároveň léčbu.

Bakalářská práce je koncipována do dvou částí – teoretické a empirické. V první kapitole teoretické části se nejprve věnuji vysvětlení klíčových pojmů, se kterými se bude čtenář v této části setkávat a jsou důležité pro pochopení textu. Dále zmiňuji definici pojmu závislost, jejími kořeny a pojmem abstinence. Následující důležitá kapitola se týká samotného relapsu, jeho možných příčin, situací jež ho mohou vyvolávat, cravingu a související teorie prevence relapsu.

V následující polovině teoretické části se zabývám problematikou duální diagnózy, tedy jejím vývojem a také zde uvádím, které jsou nejčastější kombinace duální diagnózy. Dále přiblížím čtenáři její etiologii, diagnostiku, způsoby léčby a v závěru předložím možnosti začlenění těchto klientů do společnosti.

Cílem bakalářské práce jsou „příčiny a rizikové situace vyvolávající relaps užívání alkoholu u klientů s duální diagnózou“. Ve výzkumné části této práce se zajímám o to, jak na problém nahlízejí samotní klienti, kteří dříve užívali alkohol a v současné době již abstinují. Na základě jejich názorů můžeme dedukovat různá doporučení pro samotné klienty a práci s nimi. V této kapitole uvádím případové studie, které jsou zpracovány na základě vyprávění životních příběhů klientů, které se vztahují k tématu odborného textu.

Ráda bych zjistila, v jakých situacích se klientů zmocňovala největší chuť  
požít znovu alkohol anebo jakou náladu a emoce cítili ve chvíli, kdy porušili  
dlouhodobou abstinenci.



# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 SLOVNÍK POJMŮ

V této kapitole vysvětlím základní pojmy, o kterých práce pojednává a jsou tedy důležité pro celkové porozumění odborného textu.

### 1.1 Syndrom závislosti

Jde o silnou, přemáhající, někdy i o nutkavou touhu užívat psychoaktivní látky, alkohol nebo tabák. Vyskytují se potíže v kontrole užívání návykové látky v případě, že jde o začátek, ukončení nebo množství látky. Projevuje se somatickým odvykacím stavem při absenci látky, tolerance vůči látce je vyšší, jedinec zanedbává své zájmy. Může se jednat o syndrom, který je přítomen pro jednu určitou látku, pro širší řadu různých látek, ale také pro jednu třídu látek (HARTL, HARTLOVÁ, 2004).

### 1.2 Adiktologie

Kamil Kalina adiktologii charakterizuje jako „*multidisciplinární obor, který se zaměřuje na prevenci, léčbu a výzkum návykových látek a jiných forem potenciálně závislostního chování, jejich dopadů na jedince a na společnost a na sociální reintegraci osob, které v důsledku takových forem chování strádají*“ (KALINA, 2008, s. 11).

### 1.3 Abstinence

Jedná se o stav, kdy se jedinec úplně dobrovolně, vědomě a ze své vlastní vůle zříká užívání nějaké látky, použití něčeho či nějaké činnosti a to z důvodů zdravotních, rozumových a také etických. Proto mluvíme o abstinenci alkoholické, lékové, ale také pohlavní (HARTL, HARTLOVÁ, 2004).

## **1.4 Laps (lapsus)**

Podle Hartla a Hartlové ho můžeme definovat jako chybný výkon. Kalina laps neboli „uklouznutí“ vysvětluje jako „*jakékoliv samostatné porušení pravidel nebo souboru zásad, které si jedinec sám stanovil a které se týkají častosti nebo typu vybraného cílového chování*“ (KALINA, 2003b, s. 118).

## **1.5 Recidiva**

V psychologickém slovníku se dočteme, že recidiva je obecně návrat nebo opakování např. nemoci, ale Vokurka ho vysvětluje přesněji. Mluví o „*návratu k nemoci, která již byla vyléčena nebo u ní vymizely příznaky*“ (cit dle VOKURKA, HUGO, in KALINA, 2008).

## **1.6 Relaps**

Winigaratne uvádí, že pojem relaps oproti recidivě „*může být vnímán jako návrat k dřívější úrovni aktivity následující po pokusu tuto aktivitu ukončit*“ (cit dle WINIGARATNE, in KALINA, 2003b, s. 118).

## **1.7 Psychiatrická komorbidita**

Williams a Cohen ji jednoduše vysvětlují jako výskyt dvou a více symptomů nebo psychických poruch u jednoho jedince (cit dle WHO, 2001, 2004; in KALINA, 2008).

## **1.8 Duální diagnóza**

Pojem duální diagnóza se především týká pacientů, kteří trpí psychickým onemocněním náležejícím převážně do oblasti F.2 (schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy) a F.3 (poruchy nálady). Tito pacienti užívají návykovou látku hlavně proto, že jim dočasně poskytne úlevu od příznaků psychické poruchy, a tak se u nich může rozvinout syndrom závislosti (KALINA, 2008).

## 2 ZÁVISLOST NA NÁVYKOVÝCH LÁTKÁCH

### 2.1 Závislost

V první řadě je důležité věnovat se samotnému pojmu „závislost“ neboli „syndromu závislosti“. V této kapitole uvedu, jak tento pojem vykládá Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10). Dále je nezbytné vysvětlit, kdy označujeme jedince za závislého, tedy, které příznaky doprovází syndrom závislosti.

Mezinárodní klasifikace nemocí uvádí, že syndrom závislosti je „*skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více*“ (MKN-10, 2006, s. 75).

Syndrom závislosti je v MKN-10 dále specifikován jako „*touha (většinou silná, může být až přemáhající) brát psychoaktivní látky, alkohol nebo tabák*“ (MKN-10, 2006, s. 75). Může se jednat také o psychoaktivní látky, které byly předepsány lékařem či nikoliv.

Karel Nešpor uvádí následující příznaky na základě kterých se stanoví definitivní diagnóza závislosti a to pouze za předpokladu, že se u jedince během jednoho roku objeví tři a více těchto symptomů:

1. „*silná touha nebo pocit puzení užívat látku;*
2. *potíže v sebeovládání při užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky;*
3. *tělesný odvykací stav. Látka je užívána s úmyslem zmenšit příznaky vyvolané předchozím užíváním této látky, případně dochází k odvykacímu stavu, který je typický pro tu kterou látku. K mírnění odvykacího stavu se také někdy používá příbuzná látka s podobnými účinky;*
4. *průkaz tolerance k účinku látky jako vyžadování vyšších dávek látky, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami (jasné příklady lze nalézt u jedinců závislých na alkoholu a opiátech, kteří mohou brát denně takové množství látky, které by zneschopnilo nebo i usmrtilo uživatele bez tolerance);*

5. *postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky, nebo zotavení se z jejího účinku;*
6. *pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků: poškození jater nadměrným pitím (depresivní stavy, vyplývající z nadměrného užívání látek) nebo toxické poškození myšlení“ (NEŠPOR, 2000, s. 14).*

Kritéria pro stanovení diagnózy „syndrom závislosti“ také uvádí Diagnostický a statistický manuál Americké psychiatrické asociace (DSM-IV.), kde si můžeme všimnout, že se od výkladu MKN-10 nijak zvlášť neliší. Zajímavé však je, že mezi kritérii pro diagnostiku v DSM-IV. se neobjevuje craving neboli bažení (NEŠPOR, 2000).

## **2.2 Kořeny závislosti**

Kamil Kalina upozorňuje, že pokud chceme porozumět tomu, jak vlastně závislost vzniká, je důležité zaměřit se na podstatu životních dilemat. Na každého z nás působí to, že žijeme ve světě protikladů, jako je zrození a smrt nebo štěstí a utrpení aj. Tyto protiklady v nás vyvolávají napětí, jsou zdrojem neklidu, tužeb a hledání a celkově jsou zodpovědné za základní dynamiku našeho vývoje (KALINA, 2008).

Kořeny vzniku závislosti se obvykle týkají hlubších lidských motivací a potřeb jako je:

- *potřeba vyhnout se bolesti nebo nalézt zklidnění, ale také ulevit si od bolesti tělesné i psychické. Jedná se jak o bolest z prožívané nudy, z neuspokojení, tak i o bolest z pocitů odlišnosti od druhých či nízkého sebehodnocení;*
- *potřeba cítit se energický, výkonný, bezproblémový, zbavit se vnitřních zábran, dosáhnout euforie a radosti (KALINA, 2008);*
- *„potřeba transcendence utrpení v zážitku splnutí a/nebo sebezpřekročení, jednoty se sebou samým a s druhými, jednoty s bohem a podobně“ (KALINA, 2008, s. 18).*

Tyto faktory jsou hluboce založeny. Jsou částečně nevědomé a částečně s uvědomovaným a reflektovaným dopadem. Mají i svou biologickou složku a sílu instinktu. Všechny uvedené faktory nacházejí i své korespondující návykové látky, které umocňují tyto prožitky:

- opioidy - látky, které tlumí bolest,
- stimulancia - látky, jež přinášejí slast a euforii,
- psychedelika - jak už složenina slov napovídá (psyché = duše a delein = zjevovat), látky zjevující cosi z nejhlubších úrovní lidské psychiky (KALINA, 2008).

### **2.2.1 Teoretické modely vzniku závislosti**

Jak se rozvíjí závislost u jedince pomáhají nám porozumět teoretické modely závislosti, kdy odborníci nabízejí čtyřdílný rámec. Nejčastěji mluví o rámci biologickém, psychologickém, spirituálním a o sociálních aspektech, které mají vliv na vznik závislosti.

Geri Millerová tvrdí, že každý z těchto modelů nabízí pohled na problémové užívání návykových látek, jeho příčiny a formy léčení, avšak jednotlivé modely kladou důraz na různé komponenty závislosti. K těmto komponentům patří:

- Kulturní faktory – ovlivňují rozhodnutí jedince, že bude užívat návykové látky, jeho postoje vůči užívání návykových látek, praktiky určité skupiny nebo subkultury a dostupnost drog.
- Environmentální faktory – sem patří faktory učení (modelování, identifikace aj.), principy podmiňování a zpevňování (návykové látky užívá jedinec kvůli příjemným zážitkům a snížení psychické nepohody) a životní události.
- Interpersonální faktory – mezi něž náleží sociální vlivy (volba životního stylu, tlak vrstevníků, očekávání od užívání návykových látek) a rodinné faktory (způsob fungování rodinného systému, genetické vlivy a další.) (MILLEROVÁ, 2011).

Stanislav Kudrle píše, že zatím nebylo potvrzeno nic, co by jasně prokazovalo predispozice pro vznik závislosti. Z toho tedy vyplývá, že u někoho se rozvíjí závislost na základě excesivního pití pro psychologické problémy, u jiného jedince převažují genetické, vrozené dispozice anebo sociokulturní vazby na alkohol, ale také se může jednat o rituály spojené s požíváním alkoholu nebo drog. Avšak nejčastěji jde o kombinaci více, již zmíněných, faktorů. Určité fyziologické faktory (dědičné ale i získané) se tedy kombinují s psychologickými nebo sociokulturními při vytvoření závislosti (KUDRLE, in KALINA, 2003a).

Při návykovém zneužívání alkoholu nebo drog dochází k psychofyziologickým stavům, které jsou v podstatě nedobrovolné, nevědomé a mají posilující povahu vytvářejícího se bludného kruhu (KUDRLE, in KALINA, 2003a).

Pro tuto kapitolu je nejvhodnější uvést bio-psycho-sociální model, neboť z něj striktně vychází teorie prevence relapsu a relaps jako takový je ústředním tématem této práce (KUDA, in KALINA, 2003b).

Biologický, psychologický, sociální a spirituální model chápání závislosti uvádím příloze č. 1.

### **Bio-psycho-sociální model**

Geri Millerová tvrdí, že modely závislosti se v poslední době nejčastěji prezentují jako bio-psycho-sociální. Tento typ modelu vysvětluje kořeny vzniku závislosti na základě kombinace biogenetických rysů s psychosociálními faktory. Tím se snaží o poskytnutí integrovaného komplexního modelu (MILLEROVÁ, 2011).

Podle K. Kaliny se jedná o rozšíření biomedicínského modelu, ve kterém je závislost na návykových látkách chápána jako nemoc. Je tedy pokládána za nemoc chronickou, obtížně léčitelnou, s častými recidivami a nejspíše téměř neléčitelnou (KALINA, 2003a).

Bio-psycho-sociální model je doplněný „o rozměr psychických funkcí, mezilidských vztahů, jejich dynamického vývoje a vzájemného podmiňování“ (KALINA, 2003a, s. 78). Ke vzniku nemoci, v tomto případě drogové závislosti, dochází během vývoje osobnosti při vzájemném působení biologických,

psychologických a vztahových faktorů. Podstatnými činiteli vedoucí k manifestaci poruchy jsou dispozice biologické či genetické, také dispozice psychologické, které jedinec získává v raném dětství. Nelze opomenout zranitelnost (vyvíjející se na základě dispozic v dalším průběhu života) a spouštěče (např. životní události či nároky vývojového období) (KALINA, 2003a).

Bio-psycho-sociální model dále popisuje závislost na základě toho, že pozoruje u konkrétního jedince dopad biologických aspektů na psychologické aspekty a současně jejich dopad na sociální aspekty v rámci průběžného interaktivního procesu (cit dle LAWSON, in MILLEROVÁ, 2011). Avšak na příčiny, které spolu souvisí, nahlíží tento model komplikovaně podle toho, jak daná osoba propadne návykovému chování, jak u něj setrvává a jak s tímto návykovým chováním přestane (cit dle DiCLEMENTE, in MILLEROVÁ, 2011).

Někteří autoři zahrnují do tohoto modelu i čtvrtou oblast – spirituální.

Tento náhled pamatuje na faktory, které závislost komplikují a přispívají k jejímu vzniku a tím se stává přínosným. Dále jeho nespornou výhodou je, že nabádá k individuálnímu posouzení uživatele alkoholu nebo závislého, při němž se jednotlivým příčinám přisuzuje různý podíl. U některých závislých jedinců může převládat biologická složka, zatímco zbylé oblasti nejsou natolik významné. *„Tento model prosazuje komplexní, přitom však individualizované pochopení příčiny závislosti u jednotlivých osob“*, zmiňuje autorka (MILLEROVÁ, 2011).

## **2.3 Abstinence**

Ústředním tématem této práce je pojem „relaps závislosti“ jemuž vždy předchází právě abstinence, proto je nezbytné tento pojem charakterizovat.

Abstinence je charakterizována například jako: *„jednání, které vede ke zdržení se užívání alkoholu nebo jiné drogy z důvodů zdravotních, osobních,*

*sociálních, náboženských, morálních, právních či jiných“* (NMS<sup>1</sup>, 2010, [online].)

Galanter uvádí, že *„pokud má být terapie<sup>2</sup> účinná, musí být dosaženo abstinence a musí zůstat i zachována“* (cit dle GALANTER, in ROTGERS, 1999, s. 77).

## 2.4 Relaps

Nejvýznamnějším pojmem, který je nutné definovat, je relaps. Arnold Washton a Joan Zwebenová uvádějí, že termín relaps je obvykle používán v oblasti léčby závislosti a poukazuje na návrat k užívání návykových látek po období abstinence. V poslední době se ukázalo, že relaps je možné chápat spíše jako komplexní jev, který zahrnuje mnohem více než jen pouhé jednání, kdy jedinec opět začne užívat návykové látky, které mění jeho náladu a rozpoložení. Nyní se na relaps pohlíží také jako na proces nebo dynamiku, jež jsou podmíněny určitými silami, které se týkají zjevných a zároveň také nepatrných změn pacientových postojů, chování a hodnot. Tyto změny postojů, chování a hodnot ho postupně přibližují k opětovnému užívání návykové látky. Tímto způsobem se jedince zmocní relaps ještě dříve, než ve skutečnosti znovu užije alkohol nebo drogy (WASHTON, ZWEBEN, 2006, [přeložila autorka]).

Dále termín relaps *„může být vnímán jako návrat k dřívější úrovni aktivity následující po pokusu tuto aktivitu ukončit nebo redukovat“* (cit dle WANIGARATNE, in KALINA, 2003b, s. 118). Závislý se opět vrací na začátek léčby, neboť jeho selhání znamená neúspěch všeho, čeho zatím dosáhl. Nedodržení abstinence je považováno za selhání a zmaření veškerého dosavadního úsilí (KUDA, in KALINA, 2003b). Pacienti, u nichž došlo k relapsu mají tendenci pociťovat rozpaky, stud nebo deprese z tohoto selhání (ROTGERS, 1999).

Další možnou definicí relapsu podle A. Marlatta a J. Gordona je *„návrat k předchozímu stavu, který je charakterizován pocitem ztráty kontroly“* (cit dle MARLATT, GORDON, in ROTGERS, 1999, s. 181). Závislost na

---

<sup>1</sup> Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti

<sup>2</sup> Terapie prevence relapsu



návykových látkách je příznačná chronickými epizodami relapsů, které jsou pokládány „spíše jako pravidlo, než výjimka“ (cit dle PROCHASKA, in ROTGERS, 1999, s. 181). Během prvních 90 dnů po ukončení léčby závislosti na nikotinu, alkoholu nebo heroinu nastal relaps přibližně u 60% pacientů. V průběhu prvního roku se frekvence relapsů odhaduje na 70-74% (ROTGERS, 1999). Přesto, že se recidiva může nastat kdykoliv po ukončení léčby, podle A. Washtona a J. Zwebenové dochází k většině relapsů v průběhu prvních 3-6 měsíců (WASHTON, ZWEBEN, 2006, [přeložila autorka]).

Relaps odborníci považují za proces, který zahrnuje kognitivní, behaviorální a afektivní procesy, tedy se nejedná pouze o jednorázovou událost. Je nezbytné, aby závislý klient porozuměl tomuto procesu v kontextu jeho chování a životní situace. To je zásadním faktorem, který ovlivňuje udržení navozených pozitivních změn (KUDA, in KALINA, 2003b).

Pacienti v raném stadiu relapsu obvykle vykazují celou řadu změn v myšlení, chování, emocí a postojů. Někdy jsou varovné signály velmi nepatrné a z toho důvodu tedy těžko rozpoznatelné. Pacienti si tedy nemusí uvědomovat varovné signály, které jsou pro ostatní naprosto zřejmé. Proces relapsu může být popisován jako progresivní řetězová reakce nebo jako soubor chování, postojů a událostí, které jsou ve většině případů spuštěny negativními pocity nebo různými stresory.

Tato řetězová reakce může mít mnoho podob, A. Washton a J. Zwebenová ji charakterizují takto:

- nahromadění nebo propuknutí stresu způsobeného negativními událostmi (např. konflikty ve vztahu, finanční problémy apod.);
- stres spustí negativní myšlenky, nálady a pocity, které vedou k tomu, že se člověk cítí být zavalený nebo citově otupělý;
- přehnaná reakce nebo citové ochromení způsobí, že pacient je málo aktivní, nepřijímá opatření a tak může docházet ke stupňování problému;
- pacient se postupně stahuje z jeho zavedeného a znovunabytého systému podpory a každodenní rutiny;

- znovu se začínají vynořovat nežádoucí myšlenky, dochází k podráždění a ke zhoršení stavu, což můžeme pozorovat na stále cyničtějším a skeptičtějším postoji k léčbě a jiným povinnostem;
- pocity marnosti, bezvýslednosti a neschopnosti žít kvalitní život bez užívání drog a alkoholu, spolu s rostoucím přesvědčením, že relaps je nevyhnutelný, zastiňují veškeré pokroky, kterých jedinec dosáhl až do této chvíle;
- objevují se zřejmé poruchy úsudku a impulzivita, což způsobuje, že pacient se stále častěji špatně rozhoduje a tak je ve větším stresu;
- život jedince se stává stále více nezvladatelným, ovládají ho pocity frustrace, zoufalství a sebelítosti, které vedou k posedlým myšlenkám na znovuužití drogy;
- neodolatelné nutkání a chutě užít návykovou látku vedou k vyhledání drogy a opět k závislému chování – řetězec relapsu je nyní kompletní (WASHTON, ZWEBEN, 2006, [přeložila autorka]).

Na relaps může být nahlíženo jako na výsledek „uklouznutí“, které se vymklo kontrole. Avšak nejedná se o ojedinělý případ znovuužití návykové látky, ale relapsy především charakterizuje nejen návrat k původnímu užívání drog, ale i k návykovým vzorcům myšlení a chování. Relapsy jsou spojeny s regresí, která narušuje pacientovu touhu po abstinenci a často způsobuje vypadnutí z léčby. Relapsy mohou být velmi nebezpečné a někdy dokonce i fatální (WASHTON, ZWEBEN, 2006, [přeložila autorka]).

Na závěr je důležité zmínit se o mylných přesvědčeních, týkajících se relapsu. Washton a Zwebenová zdůrazňují tato:

- *Relaps začíná ve chvíli, kdy jedinec začne znovu užívat návykové látky.* Jak již bylo řečeno, relaps je proces, který nastává dlouho předtím, než jedinec opět užije drogu nebo alkohol. Užití návykové látky je závěrem samotného procesu relapsu, nikoliv jeho začátkem.

- *Relaps je nevyhnutelný, nepředvídatelný a většinou se objeví bez varování.* Pravdou je, že relapsu se dá zabránit v případě, že osoba se věnuje varovným signálům a je schopna je rozpoznat.
- *Relaps je vnímán jako selhání léčby.* Relapsy naznačují, že je nutné pozměnit aspekty pacientova léčebného plánu. Je tedy lepší ho považovat za určitý nezdár nebo dočasnou porážku. Pacienti někdy reagují na relapsy přehnaně a tak je jejich návrat do léčby složitější.
- Relaps neznamena, že jsou ztraceny veškeré pokroky, kterých pacient do té doby dosáhl. Často jsou frustrováni z představy, že musí začít znovu od začátku, což může způsobit, že s léčbou raději skončí, než aby čelili tomuto frustrujícímu faktu. Klientům pomáhá uznání pokroku, kterého dosáhly předtím, než došlo k relapsu a potřebují radu, jak použít nashromážděné informace, jež klienta posunou vpřed v léčbě (WASHTON, ZWEBEN, 2006, [přeložila autorka]).

### **2.4.1 Možné příčiny relapsu**

K relapsu přispívá široká škála proměnných a ve většině případů jsou jeho skutečné příčiny determinovány mnoha dalšími faktory. Ojedinele pouze jeden faktor způsobí relaps. Washton a Zwebenová hovoří o následujících faktorech:

- pozitivní a negativní nálady, které ovlivňují stav jedince;
- vnější životní podmínky člověka a spouštěče, jež jsou asociovány s předešlým užíváním návykových látek;
- nedostatečné dovednosti týkající se zvládnání a řešení problémů;
- sexuální spouštěče;
- nerealistické očekávání nebo jiné kognitivní zkreslení;
- přetrvávající stažení se do sebe včetně post-drogové anhedonie a dysforie;
- vědomé a nevědomé motivy opět užívat návykové látky měnící náladu včetně pocitu studu, viny a zůstatků z dřívějšího traumatu (WASHTON, ZWEBEN, 2006, [přeložila autorka]).

Další příčinou relapsu může být předčasné ukončení léčby, ke kterému dochází v důsledku rizikových faktorů, jež se projevují až v průběhu léčby a zásadně ovlivňuje zapojení se klienta do programu. Nejčastěji se jedná o problémy s drogami, osobnostní dispozice, vztahové problémy (v rámci léčebného zařízení nebo programu i mimo něj) a celkový postoj k léčbě. Tyto důvody mají za následek vypnutí z léčby a případně tedy směřují k relapsu.

Jedná se následující možné příčiny:

- důvody, jež souvisejí s drogami: craving, svádění klientů mezi sebou, pochybnosti o možnosti žít kvalitní a smysluplný život bez drog;
- osobnostní předpoklady: nízká schopnost vytvářet vztahy a komunikovat, špatné zvládnání stresu aj.;
- důvody, které souvisejí se vztahy: rozlišujeme na vztahy v zařízení/programu – navázání intimního nebo partnerského vztahu, vlastní potomek v zařízení, vztahy s ostatními klienty, rozpor s terapeutem/terapeuty nebo jejich nepřítomnost, a vztahy mimo zařízení tzv. vnější vztahy – vztahy týkající se rodiny, partnera či přátel;
- celkový postoj k léčbě: pesimismus, chronická váhavost či nerozhodnost, zpochybňování, tendence porušovat pravidla a další (cit dle RAVNDAL, VAGLUM, in KALINA, 2008) .

#### **2.4.2 Vysoce rizikové situace vyvolávající relaps**

Podle A. Marlatta a J. Gordona rizikovými situacemi rozumíme takové situace, které ohrožují sebekontrolu jedince, různé složky jeho života a komplikují tak udržení abstinence (MARLATT, GORDON, in KALINA, 2003b). V rámci této bakalářské práce se jedná o rizikové situace, které mají za následek právě relaps. A. Marlatt a J. Gordon uvádí tři obecné oblasti těchto situací vycházející z výzkumů a klinické praxe:

1. Negativní emoční stavy – nacházíme je u 35% veškerých relapsů a patří mezi nejčastější. Původ je často intrapersonální a mezi nejčastější činitele řadíme frustraci, vztek, úzkost, depresi, nudu a další.
2. Interpersonální konflikty – můžeme je identifikovat u 16 % všech relapsů. Zahrnujeme sem negativní konfliktní vztahy s partnerem, členy

rodiny, přáteli a zároveň se jedná také o konfrontace v zaměstnání či jiných sociálních situacích.

3. Sociální tlak – vykytují se u 20% relapsů. Rozlišujeme sociální tlak přímý např. setkání s „drogovým dealerem“, který přímo nabízí závislému drogu, nebo nepřímý, kdy se jedná o situaci, že se závislý nachází v bezprostřední blízkosti osob, kteří užívají drogy např. na párty (cit dle MARLATT, GORDON, in KALINA, 2003b).

Aleš Kuda k dalším vysoce rizikovým situacím spojeným s relapsem zařazuje i negativní tělesné stavy jako jsou dlouhodobé bolesti, testování kontroly a craving neboli bažení (KUDA, in KALINA, 2003b).

### 2.4.3 Craving

Jednou z obvyklých komplikací abstinence je craving neboli bažení (KALINA, 2008). A. Kuda píše, že se jedná o běžný problém, se kterým se klienti v průběhu abstinence setkávají (KUDA, in KALINA, 2003b).

Craving je v MKN-10 definován jako „*silná touha nebo pocit puzení užívat návykovou látku*“ a je zařazen mezi šest hlavních znaků syndromu závislosti. Komise odborníků Světové zdravotnické organizace charakterizuje craving jako „*touhu pociťovat účinky psychoaktivní látky, s níž měla osoba dříve zkušenost*“ a to již od roku 1955 (cit dle WHO, in NEŠPOR, 2000, s. 16).

Kunz a Kampe tvrdí, že bažení během období abstinence v délce 20-120 týdnů udává přibližně 60-70% abstinujících (cit dle KUNZ, KAMPE, in KALINA, 2008). A. Kuda píše, že často se setkáváme s pojetím cravingu jako samostatné příčiny relapsu. Avšak s tímto názorem, nelze zcela souhlasit. Kuda tvrdí, že craving je spíše „hybnou silou“ celého procesu relapsu. Lze dokonce říci, že craving se objevuje u 100% relapsů. Z toho důvodu je nezbytné věnovat pozornost tomuto pojmu a blíže jej charakterizovat (KUDA, in KALINA, 2003b).

Rozlišujeme craving tělesný a psychický. Tělesné bažení vzniká při odeznívání účinku nebo bezprostředně po něm a psychické bažení se vyskytuje i po delší abstinenci (NEŠPOR, in KALINA, 2003a).

Magdaléna Fišerová uvádí dva důležité mechanismy, které přispívají k bažení po droze:

1. Mechanismus „pozitivního posilování“ - jde o stav, kdy psychotropní účinek navodí silnou touhu po opakování navozeného prožitku (záleží na vlastnosti drogy a citlivosti jedince).
2. Mechanismus nepříjemného odvykacího syndromu – po vysazení návykové látky, kterou jedinec opakovaně užíval, přicházejí nepříjemné a často závažné stavy (somatické i psychické). Ty se jedinec snaží utišit další dávkou (FIŠEROVÁ, in KALINA, 2003a).

Bažení má též své příznaky – objektivní a subjektivní. Mezi objektivní projevy K. Nešpor řadí:

- nálezy, které se týkají aktivace určitých částí mozku,
- zhoršení paměti,
- prodlužuje se reakční čas – tedy je oslabena schopnost postřehu, což může mít za následek vyšší riziko úrazů,
- mimořádná elektrická aktivita sítnice (zjišťuje se pomocí elektroretinogramu)
- zvýšená tepová frekvence u systolického krevního tlaku
- je zaznamenán nižší kožní galvanický odpor
- vyšší salivace (slinění) u alkoholiků

Mezi subjektivní projevy patří:

- Vzpomínky související s pocity pod vlivem návykové látky nebo další fantazie podobně spojené, jež většinou mají nutkavý charakter.
- Jedinec pocítuje svírání na hrudi, bušení srdce, svírání žaludku, sucho v ústech, trpí třesy, bolestmi hlavy a v různých částech těla, nadměrně se potí.
- Typické je prožívání úzkosti, stísněnosti, únavy, slabosti, hůře vnímá okolí, je neklidný, podrážděný apod. (NEŠPOR, in KALINA, 2003a).

K většině relapsům a recidivám dochází přesto, že craving postižený jedinec nepocituje. Často je příčinou nedostatečně uvědomovaný a nerozpoznaný craving, což může mít více důvodů. Jedním z nich může být nízká schopnost sebeuvědomění – pro závislého je nezbytné naučit se lépe vnímat své tělo např. pomocí relaxačních technik, psychiku a obzvlášť emoce např. za pomoci psychoterapie nebo meditačních a relaxačních technik. Dalším důvodem může být, že cravingové pocity odrážejí to, co celkově jedinec v životě postrádá, proto má psychoterapie anticravingový účinek. Také nadměrná únava spojená s nevyváženým životním stylem může souviset s nedostatečným sebeuvědoměním. V případě, že klienti mají nerealistické nároky k sobě samému a myšlenky související s cravingem si nepřipouštějí či zakazují, dochází pak k jeho špatnému vnímání, dokonce i k jeho zesílení. Ke špatnému vnímání cravingu obvykle dochází v situacích „*kdy k recidivě dojde velmi rychle a téměř automaticky v prostředí, kde jsou návykové látky snadno dostupné a kde často docházelo k jejich aplikaci*“ (NEŠPOR, in KALINA, 2003a, s. 121). Je nutné, aby se klient zaměřil na změnu životního stylu, změnu sítě sociálních vztahů, zaměstnání apod. (NEŠPOR, in KALINA, 2003a).

K. Nešpor a L. Csémy (1999) uvádí psychologické strategie cravingu, které jsou dle nich významnější než farmakoterapie buprenorfinem, jež mírní bažení po kokainu (v případě, že je podáván jako látka k substituční léčbě). Zde je pro představu pár technik, jak zvládat bažení (další uvádím v příloze č. 3):

- „*vyhýbat se situacím, které bažení vyvolávaly,*
- *uvědomit si negativní důsledky relapsu/recidivy,*
- *odvedení pozornosti (vhodná četba, hudba, sprcha atd.),*
- *uvědomit si minulé nepříjemné zážitky související s alkoholem, drogami, či hazardní hrou,*
- *uvědomit si výhody abstinence*
- *tělesné cvičení nebo tělesná práce, jít do přírody*“ (NEŠPOR, CSÉMY, in KALINA, 2003a, s. 121).

#### 2.4.4 Prevence relapsu

V současné době je strategie prevence relapsu běžnou součástí léčebného programu, stejně jako skupinová terapie. Teorie prevence relapsu (PR) byla vyvinuta A. Marlattem a J. Gordonem. „*Prevence relapsu se soustřeďuje na identifikaci skupiny jevů podporující závislost*“ (ROTGERS, 1999, s. 78). Mezi ně patří např. vysoce rizikové situace, podmíněné podněty k toužení po drogách a maladaptivní myšlenkové procesy. Tyto faktory působí v průběhu pacientova života a zvyšují tak riziko výskytu relapsu. Model prevence relapsu se zároveň zaměřuje na nevědomé sklony závislých osob vystavovat se podobným jevům i přesto, že se snaží abstinovat (ROTGERS, 1999).

Metoda prevence relapsu je především psychoedukativní, jejíž cílem je naučit pacienty, aby sami byli schopni rozpoznat jevy, tedy varovné signály související se závislostí. Rovněž jim pomáhá rozvíjet schopnosti a strategie, jak minimalizovat riziko vystavování se nebezpečným jevům, nebo riziko užití návykové látky, v případě, že není možné se konkrétní rizikové situaci vyhnout (ROTGERS, 1999).

Jednou z nejdůležitějších strategií relapsu je pomoci klientovi rozpoznat a uvědomovat si varovné signály. V průběhu individuálních sezení pomáhá terapeut klientovi prostřednictvím diskuse identifikovat varovné signály a jiné spouštěče a může tak dojít k opětovnému užití drog nebo alkoholu. Washton a Zwebenová tyto varovné signály a spouštěče rozdělili do několika následujících kategorií:

- **Vysoce rizikové situace:** určitá období dne nebo noci, lidé, místa a věci související s dřívějším užíváním návykových látek, nečinnost, nestrukturovaný čas, přístup k hotovosti, večírky, bary, výročí, oslavy apod.
- **Behaviorální příznaky:** mezilidské konflikty, neschopnost patřičně se vypořádat s životními problémy a stresory, návykové a nutkové chování, impulzivní rozhodování a špatný úsudek, tendence znovu se vracet k užívání drog.



- **Afektivní příznaky:** negativní nálady, emoční labilita, vztek, frustrace, beznaděj, podrážděnost, zmatenost vlastní identity a role, pozitivní nálady, vzrušení, touha oslavovat, sexuální vzrušení.
- **Kognitivní příznaky:** euforické vzpomínky a selektivní zapomínání, opakující se sny o užívání návykové látky, ospravedlňování relapsu, racionalizace polevení a omezení podpůrných aktivit, jež jsou důležitou součástí úzdravy (WASHTON, ZWEBEN, 2006, [přeložila autorka]).

Klienti si často tyto varovné signály neuvědomovali nebo jim věnovali pouze malou pozornost. Tento významný aspekt metody prevence relapsu pomáhá klientům, aby si včas uvědomili, že jim hrozí relaps a přijali vhodná opatření k zastavení tohoto procesu dříve, než dojde k vyvrcholení a jedinec se znovu vrátí k užívání návykových látek (WASHTON, ZWEBEN, 2006, [přeložila autorka]).

Metoda prevence relapsu v první řadě směřuje právě ke změně životního stylu. Aby tato změna byla úspěšná pro závislou osobu je důležité např. identifikovat v životním stylu zdroje stresu, rozpoznat a změnit nezdravé vzorce zvyků, objevit pozitivní aktivity a začít se jim věnovat a stejně tak naučit se efektivněji využívat čas (pro zaplnění vakua, které vzniklo, když se klient vzdal závislého chování). Tímto způsobem může klient dospět k umírněnému a vyrovnanému životnímu stylu (KUDA, in KALINA, 2003b).

Vzhledem k tomu, že prevence relapsu byla vyvinuta jako program pro udržení navozených změn, je podstatné rozhodnutí závislé osoby změnit své dosavadní chování, které musí být vždy upřesněno jasným cílem (KUDA, in KALINA, 2003b).

### **3 DUÁLNÍ DIAGNÓZA**

#### **3.1 Vývoj pojmu duální diagnóza**

Gerri Millerová hovoří o duální diagnóze jako o onemocnění, kdy má klient psychiatrické problémy a současně problémy s užíváním návykových látek (MILLEROVÁ, 2011).

V mnohých publikacích se setkáváme s různými definicemi tohoto pojmu. G. Millerová uvádí, že Úřad pro duševní zdraví státu New York používá pro diagnostiku u klientů s těžkými přetrvávajícími duševními onemocněními, které doprovází problémové užívání nebo závislost na návykových látkách, termín „duševní onemocnění s problémovým užíváním chemických látek a závislostí“. Tento název byl později změněn na „duševně nemocní se závislostí na chemických látkách“ (MILLEROVÁ, 2011).

Osoby, které mají problém se závislostí doprovázenou jiným psychickým onemocněním (týkající se poruch osobnosti na ose II v DSM), byly diagnostikovány jako „duševně nemocní se závislostí na chemických látkách“. Kvůli těmto diagnostickým termínům vznikala komunikační nedorozumění a klienti se tak cítili být stigmatizováni. V současné době tedy Úřad pro duševní zdraví státu New York používá termín „osoby léčící se s komorbiditou psychiatrické a návykové poruchy“. Kvůli tomuto širšímu pojetí je nezbytné, aby kliničtí odborníci pracovali s co nejpřesnější diagnostickou terminologií (MILLEROVÁ, 2011).

V USA a Austrálii mluví nejčastěji o duální diagnóze jako o koexistenci vážné duševní choroby, většinou psychotického spektra a problémového zneužívání návykových látek, zmiňuje autorka (DAVISOVÁ, 2003). Dále také říká, že duální poruchu můžeme chápat jako kombinaci onemocnění a handicapu, včetně smyslového, intelektuálního a fyzického znevýhodnění, duševní choroby, která je komplikovaná návykovým užíváním psychoaktivní látky (DAVISOVÁ, 2003).

### **3.2 Typy duálních poruch**

Kamil Kalina tvrdí, že v mnoha případech zůstávají okolnosti příčiny vzniku duálních poruch nejasné. Nelze tedy jednoznačně říci, jestli na jedné straně duševní onemocnění může zvyšovat riziko vzniku závislosti na drogách, nebo zda na druhé straně závislost zvyšuje pravděpodobnost vzniku psychických poruch, popřípadě zda můžeme vyjádřit jednu základní příčinu pro psychickou nemoc i závislost (KALINA, 2008).

Dále K. Kalina, stejně jako Úřad pro duševní zdraví státu New York, upozorňuje, jak je nezbytné z hlediska komorbidity důkladně pracovat s anamnestickými údaji, přistupovat ke klientům individuálně, nikdy se nespoléhat na jediný zdroj informací a získávat jednotlivé poznatky různými metodami a postupy (KALINA, 2008).

V souvislosti se vztahem psychotických poruch a onemocnění, Jenner (1998) vytvořil strukturovaný model duálních diagnóz, který může být přínosem pro účinnější léčbu. Model popisuje celkem šest typů klientů s duální diagnózou (in KALINA, 2008):

1. *„klienti s onemocněním psychotického spektra (schizofrenie, bipolární afektivní porucha, těžká deprese atd.), kteří současně splňují diagnostická kritéria pro závislost na drogách;*
2. *klienti s onemocněním nenáležícím do psychotického spektra, kteří splňují diagnostická kritéria pro závislost na drogách;*
3. *klienti s onemocněním psychotického spektra, kteří splňují diagnostická kritéria pro zneužívání drog;*
4. *klienti s onemocněním nenáležícím do psychotického spektra, kteří splňují diagnostická kritéria pro zneužívání drog;*
5. *klienti s onemocněním psychotického spektra, kteří užívají drogy rizikovým způsobem, jenž ohrožuje jejich fyzické nebo psychické zdraví;*
6. *klienti s onemocněním nenáležícím do psychotického spektra, kteří užívají drogy rizikovým způsobem, jenž ohrožuje jejich fyzické nebo psychické zdraví“ (KALINA, 2008, s. 77).*

Odhady, jaké kombinace duálních diagnóz převažují, jsou rozdílné. Nace (1992) uvádí, že u problémových uživatelů alkoholu se často vyskytuje doprovodná psychiatrická diagnóza. U mužů se jedná až o 44% a ženy postihuje průvodní psychiatrické onemocnění až ze 65% (in MILLEROVÁ, 2011).

Mirin a Weiss tvrdí, že asi 30% psychiatrických pacientů má problémy s užíváním návykových látek (cit dle MIRIN, WEISS, in MILLEROVÁ, 2011). Také K. Evans a I. Sullivan předpokládají, že více než 50% mladých lidí, kteří

jsou chronicky duševně nemocní, užívají chemické látky ovlivňující psychiku (cit dle EVANS, SULLIVAN, in MILLEROVÁ, 2011).

Regier mluví o následujících hodnotách, které se týkají kombinace návykových a psychiatrických poruch, jež převládají během celého života pacienta (cit dle REGIER, in MILLEROVÁ, 2011):

- 60,7% bipolární porucha
- 47,0% schizofrenie
- 35,8% panická porucha
- 32,8% obsedantně-kompulzivní porucha
- 32,0% jiná afektivní porucha
- 14,7% úzkostná porucha

Definice uvedených psychiatrických poruch předkládám v příloze č 4.

Výše uvedené psychiatrické poruchy reprezentují duální diagnózu především u populace bezdomovců, přičemž se jedná o duální diagnózu závislosti na chemických látkách v kombinaci s patologickým hráčstvím, posttraumatickou stresovou poruchou (PTSD) v důsledku násilného nebo sexuálního zážitku, s poruchami osobnosti, kognitivní poruchou, depresí a úzkostnými stavy. Tyto oblasti, jako jsou bezdomovectví, trestná činnost, somatické onemocnění a stres, který souvisí s traumatem, je nutné zmínit, neboť duální diagnózu komplikují (MILLEROVÁ, 2011).

### **3.3 Etiologie duálních diagnóz**

Cathy Davisová uvádí následující čtyři vztahy, které mohou být příčinou vzniku duálních diagnóz:

- jedna porucha může způsobit druhou
- jedna porucha může nepřímo vést k jiné (např. prostřednictvím vlastní medikace)
- mohou se vyvíjet z různých příčin, ale vzájemně na sebe působí
- společný, nezávislý faktor může zodpovídat za obě poruchy (např. emoční trauma z dětství)

Mnohé etiologické teorie týkající se zneužívání návykových látek a k němu přidružené psychiatrické poruchy jsou v literatuře popisovány jako modely společných faktorů, modely sekundárního zneužívání návykových látek, modely sekundárních psychiatrických poruch nebo jako obousměrný model (DAVISOVÁ, 2003).

Australský výzkum McDermotta a Pyetta ukázal, že duševně nemocní jedinci užívají drogy a jiné psychoaktivní látky ze stejných důvodů jako závislí, kteří duševním onemocněním netrpí. Těmito důvody například jsou:

- Cítit se dobře,
- zlepšit náladu,
- redukovat úzkost,
- zvýšit si sebedůvěru,
- snadněji se socializovat,
- léčit onemocnění,
- předpoklad, že být „opilý“ nebo „zdrogovaný“ je společensky přijatelnější než být „šileneý“,
- zmírnit vedlejší účinky léků,
- zažít výjimečné symptomy svého onemocnění ('přátelské hlasy') (cit dle McDERMOTT, PYETT, in DAVISOVÁ, 2003, [přeložila autorka])

### **3.4 Léčba a diagnostika duálních poruch**

#### **3.4.1 Diagnostika a její komplikace**

K. Nešpor upozorňuje, že jedním ze závažných důvodů, proč je diagnostika duálních diagnóz natolik problematická je, že závislost na návykových látkách, odvykací stav, toxická psychóza apod. mohou napodobovat prakticky jakékoliv duševní onemocnění včetně schizofrenie nebo poruchy osobnosti aj. Avšak může se také jednat o prosté skrývání či úmyslné zkreslování některých příznaků ze strany pacienta, nikoliv pouze o problémy, které jsou způsobené podobností některých stavů a jejich snadnou záměnou. Proto je nezbytné provádět opakovaná diagnostická vyšetření, aby bylo možné oddělit některé stavy od sebe (NEŠPOR, in KALINA, 2003a).

Je téměř nereálné stanovit správnou a definitivní diagnózu na základě jednoho vyšetření. Protože deprese může být vyvolána odvykacím stavem, tělesnými komplikacemi závislosti nebo psychosociálním stresem, důrazně se doporučuje alespoň měsíc abstinovat (in KALINA, 2003a). Tato doporučená délka abstinence se však podle různých odborníků pro danou oblast liší. Například S. Zimberg doporučuje abstinovat 3 až 6 týdnů (cit dle ZIMBERG, in MILLEROVÁ, 2011), K. Evans a I. Sullivan 4 týdny (cit dle EVANS, SULLIVAN, in MILLEROVÁ, 2011) a podle M. Scotta je vhodné abstinovat 4 až 8 týdnů (cit dle SCOTT, in MILLEROVÁ, 2011). Abstinence je tedy velmi důležitá pro stanovení duální poruchy, neboť psychiatrické problémy mohou přirozeně vymizet s tím, jakmile klient zahájí abstinenci. Díky tomu se objasní klientova diagnóza (MILLEROVÁ, 2011).

Důležité je soustředit se a všimnout si chování klienta, které je neobvyklé u běžné populace závislých, aby byl odborník schopen zjistit přítomnost duální poruchy. Můžeme pozorovat rozdíly ve způsobu interakce mezi druhými lidmi a jaké jsou jeho odezvy na léčbu. „*Známky extrémních projevů v myšlení, pocitech a chování, popřípadě neobvyklé prvky v těchto třech oblastech mohou poradce upozornit na možnou přítomnost duální diagnózy*“ (MILLEROVÁ, 2011, s. 99).

Většina uživatelů alkoholu nebo drog může působit dojmem, že trpí psychickými problémy. Zjevné příznaky těchto obtíží mizí s tím, jak se míra abstinence zvyšuje (MILLEROVÁ, 2011).

Vzhledem k tomu, že se tyto dva problémy nepochybně prolínají a to znesnadňuje jejich léčbu, odborníci navrhují řešit klinickou neurčitost tak, že by poradci při práci s touto cílovou skupinou stanovovali „flexibilní diagnózu“. Flexibilní diagnózou je myšleno použití dočasné diagnózy, dokud nebude mít pracovník dostatek informací pro stanovení definitivní diagnózy. Tato forma diagnostikování je vhodná pro klienty trpící duální diagnózou, kteří mají větší potíže přestat užívat návykové látky a vydržet abstinovat (MILLEROVÁ, 2011).

K. Nešpor uvádí další okolnosti, které bychom měli brát v úvahu a zohlednit je při diagnostikování. Mluví o faktu, že ženy se za závislost na návykových látkách stydí více než muži, a proto přiznávají jen psychické potíže a nikoliv návykový problém. Není výjimkou, že ženy závislé na tlumivých lécích

byly předtím neúspěšně léčeny pro deprese, aniž by přiznaly své návykové problémy. Dalším důvodem, proč pacienti tají závislost a vyzdvihují duševní potíže, je jejich snaha získat léky, které by mohli zneužít či prodat (NEŠPOR, in KALINA, 2003a).

Zastírání skutečného zdravotního stavu není výjimečná situace, dokonce je obvyklá a může být pro pacienta nebezpečná. Nebezpečné jsou některé stavy v iniciálním stadiu deliria, které nemusí být lékařem včas rozpoznány a správně diagnostikovány. V případě, že delirantní stavy propuknou mimo zdravotnické zařízení, může být pacient i v ohrožení života např. z důvodu celkového selhání minerálního hospodářství (KALINA, 2008).

Základní požadavky a zásady pro úspěšné provedení diagnostiky a následné stanovení odpovídajícího léčebného plánu nalezne čtenář v příloze č. 5.

### **3.4.2 Modely léčby duálních diagnóz**

Problematika modelů léčby klientů trpících duální diagnózou je stejně tak závažná rozsáhlá jako její diagnostika. Každý z modelů je spojený s určitými nevýhodami ale i výhodami. Tím se bude zabývat následující kapitola.

Kim T. Mueser píše, došlo k zásadnímu rozdělení služeb poskytujících léčbu pro duševní onemocnění a pro závislost na návykových látkách. Následkem toho existují dva různé systémy, které poskytují samostatné služby pro každou poruchu zvlášť. Vzdělávání, školení apod. se liší u obou systémů, stejně jako kritéria pro klienty, kteří těchto služeb využívají. V důsledku byrokratického rozdělení služeb, které samostatně léčí duševní poruchy a problémy se zneužíváním návykových látek a dvou základních pohledů na léčbu duálních diagnóz, až do nedávné doby převládal sekvenční a paralelní model léčby. Každý z těchto přístupů je spojen s řadou problémů, které se týkají administrativy a organizace, ale také se liší filozofickými rozdíly mezi poskytovateli (MUESER, 2003).

V mezinárodní literatuře byly popsány tři přístupy poskytovaných služeb při léčbě duálních diagnóz:

### **Sekvenční přístup**

Tento model léčby je podle K. Muesera chápán jako běžné klinické ospravedlnění pro odepření léčby spíše než jako explicitní léčebný model. Tento přístup neumožňuje klientovi, který trpí duální diagnózou zahájit léčbu v jednom z léčebných zařízení, dokud jeho další porucha nebude vyřešena či dostatečně stabilizována. Sekvenční přístup hájí oddělené programy pro léčbu závislostí a léčbu duševních onemocnění, ale zároveň ignoruje potřeby klienta a větších léčebných zařízení. Například člověk, který trpí schizofrenií a má problém se zneužíváním alkoholu, je informován pracovníkem zabývajícím se léčbou závislostí, že jeho problém s alkoholem nemůže být léčený, dokud jeho schizofrenie nebude úspěšně stabilizována. Schizofrenie však může být ošetřena pouze antipsychotickými léky, ale to se neslučuje s léčebným programem, kde se řeší zneužívání návykových látek. Jiný případ se týká ženy trpící bipolární poruchou se závislostí na drogách, která se jde nejdříve léčit s psychickým onemocněním. Od lékaře se dozví, že léky, které stabilizují náladu, jí nemůže předepsat, dokud její drogová závislost nebude vyřešena (MUESER, 2003).

Nejzávažnější překážkou tohoto modelu je, že nebere v potaz cyklickou a interakční povahu duálních poruch. Užívání návykových látek často zhoršuje průběh duševních onemocnění (např. stimulanty) a časté užívání marihuany mohou mít silný dopad na zhoršení symptomů schizofrenie (cit dle SERPER, 1995, TREFFER, 1978, in MUESER, 2003).

V případě, že se klient nesnaží léčit svou závislost, může být stabilizování jeho symptomů velmi obtížné, dokonce i nemožné. Mimo to, psychické onemocnění se stává závažnějším a klienti trpí mnohem více, což vede k tomu, že závislost se zhoršuje a má mnohem silnější důsledky. Například užívání alkoholu zhoršuje manické epizody, a přesto je alkohol u akutní mánie více konzumován. Z toho vyplývá, že teprve když je mánie farmakologicky zaléčena, může se začít řešit problém se závislostí (MUESER, 2003).

Kromě klinických překážek, které se vyskytují u sekvenční léčby, existují také organizační a administrativní nedostatky. Nejčastější problém je, že klienti nejsou odkazováni na jiný druh léčby. Pokud jim je doporučený jiný způsob léčby, většinou se jim nepodaří uspět. Problém také nastává tehdy, když jsou



kliničtí pracovníci přesvědčeni, že primární porucha pacienta není dostatečně kontrolována, nebo nemají ponětí o závažnosti druhé poruchy. Přestože je klientům doporučeno léčit druhou poruchu, nenastoupí do léčby, neboť nemají příslušnou motivaci, nejsou si dostatečně vědomi důležitosti problému, ale také kvůli obtížnosti navazovat vztahy s novým personálem (MUESER, 2003).

### **Paralelní přístup**

Paralelní přístup léčby poskytuje klientům možnost léčit obě dvě poruchy současně, většinou ve dvou různých léčebných zařízeních, někdy ve stejném zařízení. Teoreticky by se měli poskytovatelé těchto služeb snažit o spolupráci tím, že budou spolu pravidelně komunikovat a shodnout se na základních prvcích léčebného plánu. Jedině tak může být péče o klienta a jeho potíže kvalitní a účinná. V praxi organizační a administrativní překážky brání v aktivní spolupráci mezi odborníky a zároveň odborníci přes duševní poruchy a odborníci přes léčbu závislostí spolu málo komunikují. V důsledku toho spadá břemeno „integrovat se do léčby“ na klienta, který je obvykle dobře připraven zvládnout tuto odpovědnost, ale kvůli kognitivním poruchám, které jsou způsobené těžkým psychickým onemocněním, se může tento úkol stát nemožným (MUESER, 2003).

Jedním z nejdůležitějších faktorů je, že odborníci, kteří se zabývají duševními poruchami a odborníci, kteří pracují se závislými, zastávají ohledně léčby různé filozofie. Jedná se o různé terapeutické přístupy jako je např. rodinná terapie u závislých klientů, kdy je žádoucí zprostředkovat setkání s rodinnými příslušníky, kteří mohou pacientovi vyjádřit svou podporu anebo naopak své znepokojení ohledně jeho užívání návykových látek a zdůraznit, jak moc je důležité tento problém řešit (MUESER, 2003).

Naopak odborníci na léčbu duševních poruch zmiňují, že tato emočně nabitá konfrontační situace může mít pro pacienty s těžkým psychickým onemocněním velmi škodlivé účinky. Může způsobit sociální stažení se do sebe, symptomy relapsu, znovu se nechat hospitalizovat, dokonce se může projevit agrese (MUESER, 2003).

Další důležitý rozdíl mezi léčbou duševních poruch a závislostí spočívá podle Muesera v odlišnosti postojů ohledně toho, jaké chování jim konkrétní léčba umožňuje. Součástí léčebného plánu duševně nemocných je pomáhat pacientům udržet si stabilní bydlení, udržovat a získávat sociální kontakty, pobírat sociální dávky apod. U závislých pacientů je tomu přesně naopak. Součástí tohoto léčebného plánu je snaha po určitou dobu minimalizovat kontakty s okolím a realitou, která by pro ně mohla být nebezpečná (MUESER, 2003).

K. Mueser tvrdí, že tento model léčby je velmi finančně náročný. Některé systémy dokonce klientům zakazují využívat oba léčebné programy najednou (MUESER, 2003).

### **Integrovaný přístup**

Tento typ léčby obvykle poskytuje psychiatrické zařízení, zařízení pro léčbu závislosti či zvláštní program nebo služby pro léčbu komorbidity. Léčebný plán zahrnuje motivační a behaviorální intervence, prevenci recidivy, farmakoterapii a přístupy zaměřené na řešení sociálních aspektů klientových potíží a to vše pod vedením jednoho týmu (MUESER, 2003).

Tyto integrované programy mohou překonat mnoho nevýhod tradičních sekvenčních a paralelních přístupů léčby duálních diagnóz. První nespornou výhodou je, že organizační a administrativní překážky jsou díky integrovanému modelu úspěšně odstraněny. Není totiž nutná spolupráce mezi různými poskytovateli služeb, neboť léčba je poskytována jedním týmem, který je schopný zaměřit se na obě oblasti klienta problému. Vzhledem k tomu, že integrovaný model nahlíží na obě poruchy se stejnou důležitostí a závažností, je vyřešena jedna zásadní otázka a to ta, které onemocnění je nutné začít léčit jako první. Konflikt ohledně odlišných filozofií odborníků pro léčbu duševních poruch a pro léčbu závislostí je minimalizován tím, že lékaři a terapeuti pracují bok po boku, v stejném léčebném týmu a ve většině případech pod stejným zastoupením. Přesto, že filozofické rozdíly se mohou mezi odborníky vyskytovat, je důležité, aby stále pracovali jako tým a vytvořili jednotné sdělení pro klienty, které často vede ke kompromisům, k pokrokům ve sdělení

různorodých názorů a k jednotnému léčebnému přístupu (MUESER, 2003, [přeložila autorka]).

K. Mueser (2003) shrnuje následující klinické překážky, které souvisí s neintegrovanou léčbou:

**Sekvenční model léčby:**

- neléčená porucha zhoršuje ošetřovanou poruchu, takže je nemožné stabilizovat jednu poruchu, aniž by byla stabilizována i ta druhá;
- nelze s přesností určit, která porucha by se měla začít léčit jako první;
- není jasné, kdy byla první porucha úspěšně ošetřena a kdy je tedy možné začít s léčbou druhé poruchy;
- klient není odkazován na jiné léčebné služby.

**Paralelní model léčby:**

- léčba psychických poruch a léčba závislostí na návykových látkách nejsou obsaženy v jednom „léčebném balíčku“;
- poskytovatelé léčby nejsou schopni mezi sebou komunikovat;
- u obou modelů léčby jsou finanční překážky a bariéry ve způsobilosti;
- každý z poskytovatelů léčebných služeb má rozdílný názor na způsob léčby;
- poskytovatelé se neshodují v tom, jakou metodiku by měli v léčbě používat.

### **3.5 Následná péče pro klienty trpící duální diagnózou**

Neméně významné je pro člověka, který trpí duální diagnózou vyhledat následnou péči, která je stejně tak důležitá jako samotná léčba, neboť tou nic nekončí. Pro klienta je totiž podstatné být soběstačný a vést hodnotný život, jak je to jen možné. Proto existují jisté organizace a programy, které se zaměřují na začleňování takto znevýhodněných osob do společnosti.

Rozhodla jsem se čtenáři blíže představit právě občanské sdružení ESET – HELP a jeho program pro osoby trpící duální diagnózou. Důvodem jsou

případové studie uvedené v empirické části této práce, které vznikly díky klientům využívajících služeb občanského sdružení ESET-HELP.

Tyto služby jsou velmi podobné integrovanému modelu léčby. Avšak nejedná se o léčebný program jako takový, ale o rehabilitační program, který vede tzv. multidisciplinární tým (PODHAJSKÁ aj., 2011).

Občanské sdružení ESET – HELP má dlouhodobé zkušenosti se spoluprací s osobami, kteří trpí závažnými duševními poruchami. Jako jedna z mála pracují s lidmi s duální diagnózou a to tím způsobem, že provozuje služby sociální rehabilitace (např. podporované a přechodné zaměstnávání, tréninková kavárna atp.). Ve spolupráci s nimi se na programech podílí Psychoterapeutická a psychosomatická klinika ESET, s.r.o. s Městskou částí Praha 11 (PODHAJSKÁ aj., 2011).

Projekt, jež se snaží o prevenci a léčbu, podporu, rehabilitaci, rekonvalescenci a o pracovní sociální začlenění osob s výše zmíněnými poruchami se nazývá „Podpora aktivního začleňování na trh práce osob se závažnou duševní poruchou“ (PODHAJSKÁ aj., 2011).

Hlavním cílem tohoto projektu je zlepšení dostupnosti zaměstnání a vyšší účast na trhu práce osob s duševním onemocněním nebo duální diagnózou. Vzhledem k tomu, že tato cílová skupina velmi obtížně a minimálně kontaktuje odborné služby, je důležité posilovat a zlepšovat jejich sociální začlenění a sociální podmínky. Způsob jakým o.s. ESET – HELP dosahuje těchto cílů je, že vytváří, proškoluje a zapracovává odborníky tzv. multiprofesních týmů, které budou osoby z cílové skupiny účelně vyhledávat, kontaktovat a poskytovat jim péči v rámci svého území (PODHAJSKÁ aj., 2011).

Projekt se zaměřuje na duševně nemocné osoby, které hůře spolupracují nebo nespupracují vůbec a úkolem multiprofesních týmů tedy je aktivně je kontaktovat, zapojovat je do léčby, rehabilitovat je a umožnit jejich sociální a pracovní začlenění. Členy multiprofesního týmu jsou terénní případový pracovník, case manager, AT<sup>3</sup> psychiatr a terénní psychiatrická sestra.

Nespornou výhodou této týmové práce je spojení různorodých profesí, což umožňuje sdílení, rozložení vztahu s klientem a zastupitelnost. Díky tomu

---

<sup>3</sup> Psychiatr zaměřující se na adiktologii

dochází k propojení léčebných a sociálních přístupů, které je pro osoby trpící duální diagnózou velmi žádoucí a dostávají tak možnost žít kvalitní a smysluplný život (PODHAJSKÁ aj., 2011).

# EMPIRICKÁ ČÁST

## ÚVOD

Empirická část je založena na kvalitativním výzkumu (viz příloha č. 6), který obsahuje tři případové studie klientů trpící duální diagnózou.

Tito klienti, pravidelně dochází do občanského sdružení ESET-HELP, které se zaměřuje na rehabilitaci, resocializaci a poskytuje psychosociální a právní poradenství. Klienty samotné mi doporučila jejich sociální pracovníce a umožnila nám, aby výzkumné rozhovory proběhly v klidném prostředí její kanceláře na půdě ESET-HELPU. Tento prostor klienti důvěrně znali, tedy měli potřebné soukromí a cítili se zde bezpečně.

Výzkumné šetření probíhalo na základě individuálního, polostrukturovaného rozhovoru. V příloze č. 7 více popisují teorii sběru dat.

Měla jsem připravená témata, se kterými jsem klienta, na začátku interview, seznámila a poté ho nechala volně vyprávět jeho životní příběh. V případě potřeby jsem v průběhu pokládala doplňující dotazy.

Informace, na jejichž základě jsem zpracovala uváděné případové studie, jsem pořizovala formou hlasového záznamu.

Z důvodu ochrany osobních dat klientů a etiky výzkumného šetření (viz příloha č. 8), jsem klientům předložila informovaný souhlas k podpisu (viz příloha č. 9).

Pro případovou studii jsem zvolila následující strukturu, na základě které jsem vedla rozhovor:

- základní informace (věk, stav, místo bydliště apod.)
- rodinná anamnéza (zaměstnání, zdravotní stav rodičů a sourozenců)
- osobní anamnéza
  - klientův zdravotní stav od narození do současnosti
  - dětství a vyrůstání klienta
  - oblast vzdělání a kolektivu
- současná sociální anamnéza

- partnerské vztahy a přátelé
- zájmy
- povaha
- psychiatrická anamnéza (zdravotnická zařízení, kde byl klient hospitalizován, s jakými problémy, jeho psychiatrická diagnóza stanovena lékařem)
- doplňující otázky:
  - V jakých situacích se cítíte být ohrožen/a relapsem?
  - Jakou náladu, emoci nebo rozpoložení cítíte ve chvíli, kdy máte pocit, že jste krok od návratu k závislosti?
  - Co Vám pomohlo, že jste závislosti znovu nepropadl/a? V případě, že ano, jaký si myslíte, že to má důvod, co vám chybělo nebo co byste potřeboval/a, abyste se ubránil/a relapsu?
  - Vnímáte občanské sdružení ESET-HELP pro Vás jako přínosné? Jak se Vám spolupracuje s jeho zaměstnanci, kteří tvoří tým?

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zjistit v jakých rizikových situacích, dle názorů klientů, se nejčastěji cítí být ohroženi relapsem.

## **4 PŘÍPADOVÁ STUDIE č. 1**

Prvním dotazovaným byl pan Josef. Pan Josefovi je 59 let, je ženatý, momentálně nezaměstnaný a bydlí v Praze. Podstoupil několik psychiatrických vyšetření, taktéž byl několikrát ambulantně léčený a hospitalizovaný pro závislost na alkoholu a psychické problémy. Od roku 2003 pan Josef abstínuje.

### **RODINNÁ ANAMNÉZA:**

Pan Josef zmiňuje svého dědečka z matčiny strany, který měl problém s alkoholem, babička nikoliv. Nikdy se neléčil a mimo problémů s alkoholem, byl dědeček závislý na tabáku.

Matka trpí schizofrenií, byla hospitalizovaná. Po porodu ji postihla trombóza, kvůli které měla problémy s chůzí a chodila o berlích. V souvislosti s medikací schizofrenie přibírala hodně na váze. V pozdějším věku prodělala mozkovou mrtvici. Po recidivě mozkové mrtvice zemřela.

Otec netrpěl závažnými chorobami. Byl závislý na alkoholu a kouřil a v 60 letech začal mít problémy s ucpáváním cév. Přibližně v 70 ti letech zemřel.

Má o dva roky staršího bratra. Měl potíže s játry. Měl rakovinu v oblasti krku a nemocné plíce. Po operaci plic zemřel. Pan Josef nezná přesné souvislosti.

### **OSOBNÍ ANAMNÉZA:**

Pan Josef se narodil v Praze v porodnici a porod dle jeho výpovědi proběhl bez vážných komplikací.

#### **Zdravotní stav:**

V předškolním věku byl pan Josef hospitalizován kvůli infekčnímu onemocnění, není si jistý jaké konkrétní onemocnění to bylo. Dále si prošel typickými dětskými nemocemi, jako jsou neštovice, příušnice apod. V dětském věku trpěl na nachlazení a chřipky.

Ve osmi letech měl pan Josef rozbitou hlavu, kterou mu v nemocnici museli zašít, ale domnívá se, že otřes mozku neměl. Ve 12 letech měl zlomenou nosní přepážku. Prodělal operaci tříselné kýly, a to třikrát. Jako dítě byl také asi dvakrát v ozdravovně, kde ho postihl zápal plic a zhubl o 7 kilogramů.



V roce 2000 měl pan Josef autonehodu, měl zlomená žebra a poškozené zápěstí. Pan Josef měl úraz oka. Po zakalení čočky mu implantovali transplantát. V roce 2008 se mu stal pracovní úraz, po kterém nastaly psychické problémy a byl hospitalizován v Bohnicích. Stále je ještě v léčbě. Podle názoru pan Josefa se jednalo o napadení.

Má psychosomatické problémy, nízký tlak, trpí motáním hlavy, stavy na mdlobu – 2x omdlel v nemocnici, jednou doma. Motání hlavy se objevilo až po úrazu hlavy.

### **Dětství:**

Na útlé dětství si nevzpomíná, ale vybavuje si, že matka měla po porodu problémy s chůzí, proto se o něj jeho staršího bratra starala babička. Bydleli v malém bytě na Žižkově. Když byly panu Josefovi asi čtyři roky, otec si našel novou partnerku. Pod záminkou výletu na Slovensko, odvezl otec obě děti od matky z Prahy, kde nežili s otcem, ale u "tety a strýce", v podstatě tedy u cizích lidí. Přes čtvrt roku matka neměla tušení, kde děti jsou a stále je usilovně hledala.

Na Slovensku pan Josef i jeho bratr začali navštěvovat základní školu. Po návratu zažádal otec o rozvod a chtěl obě děti do péče. Nakonec soud svěřil děti do matčiny péče a tak se vrátili zpět do Čech.

Po rozvodu si pan Josef vzpomíná na konfliktního otce, který se stále za nimi vracel, bil matku a záměrně jí stěžoval péči o děti neplacením alimentů apod.

Po nějakém čase byla matka hospitalizována se schizofrenií a tak se péče ujala babička. Vzhledem k finančním problémům a dalším okolnostem, dala babička na radu okolí a umístila pana Josefa a jeho bratra do dětského domova. Tam strávili tři a půl roku. Pan Josef říká: „*Babička si myslela, že je to dětský domov, ve kterém budeme jen přes týden a na víkend se budeme vracet domů, ale nakonec jsme tam byli pořád.*“ Matka jí to nemohla odpustit. Snažila se děti navštěvovat, ale byl jí s nimi zakázán styk. Otec po celou dobu neprojevoval zájem, ale nakonec si je z dětského domova odvezl a nadále se měl o děti starat. Nicméně otec na výchovu neměl čas ani finanční prostředky, pracoval celé dny od rána do večera a situaci nezvládal.

Bratr dospíval a s partou kamarádů pořádali mejdany, kterých se účastnil i pan Josef. Tady začaly jeho první zkušenosti s alkoholem, bylo mu 12 let. Postupem času začali s bratrem chodit za školu, o čemž otec neměl tušení. Když na to otec přišel, utekl z domova.

Ve 14 letech byl opět umístěn do dětského domova. Při střední škole byl na internátu.

### **Škola a vzdělání:**

V dětském domově pan Josef prospíval velmi dobře, s vyznamenáním. Přesto, že opakoval osmou třídu, dodělal i devátou třídu. Měl představu, že se půjde vyučit na kuchaře apod., ale v dětském domově mu vybrali elektrotechnickou průmyslovou školu, obor s maturitou.

Na střední škole začal mít větší problémy s alkoholem. Ve třetím ročníku chodil do školy s kocovinou a začal se mu horšit prospěch. Jednou musel dělat reparát, dokonce i propadl, ale nakonec odmaturoval.

### **Zaměstnání:**

Aby nemusel na vojnu, našel si po studiu práci u ČKD Polovodiče, kde pracoval asi 13 let – automatizované systémy. Poté OSVČ spolu s kolegy jako vedlejší činnost, také v oboru řídicích systémů. Dále opět OSVČ – stánek se smíšeným zbožím, společně se známými. Po dvou letech samostatného podnikání ho žena přesvědčila, aby se nechal znovu zaměstnat. Začal pracovat ve firmě, měl na starost řídicí systémy a plyn. Dále pracoval v Chiraně ve vývoji, v EtoDu kreslil a v AutoCADu. Tam pracoval v roce 2000 – 2002. Tehdy začal hodně pít a byl na léčení. Potom bylo těžké práci sehnat. Pracoval také v Lidlu, Bauhausu. Odtud odešel kvůli zdravotním potížím a našel si práci v centru sociálních služeb, kde zajišťoval údržbu včetně instalačních prací. Po úrazu hlavy, dostal výpověď.

V současné době je v pracovní neschopnosti a žádá o invalidní důchod. Rád by opět pracoval, alespoň na částečný úvazek. Přál by si udělat specializovaný kurz na počítače, také ho zajímá ergoterapie.

## **SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA**

V současnosti žije pan Josef se svou manželkou v Praze, v bytě 3+kk. Má nějaké finanční dluhy a to je jedním z důvodů, proč navštěvuje občanské sdružení ESET-HELP. Přál by si, aby mu sociální pracovnice pomohla tento problém vyřešit.

### **Sociální vztahy:**

V zaměstnání se seznámil se svou budoucí manželkou. Mají spolu dceru, která trpí schizofrenií. Je vdaná a má syna. Její manžel jejím zdravotním problémům příliš nerozumí a nevede ji ke spolupráci s lékaři. Vzhledem k tomu, že dcera se svým psychiatrem moc nespolupracuje, svěřuje se převážně svému otci tj. panu Josefovi, což je pro něj někdy dost náročné.

Manželka je hodně pracovně vytížená, vidí se sice málo, ale navzdory tomu spolu vycházejí dobře. Manželka má dominantní povahu a jsou spolu 30 let. To, že přestal a pít a léčil se, velmi prospělo jejich vztahu, problém odpadl.

Ostatní sociální styky ukončil. Měl přátele z hospody, ale s těmi se raději nestýká, aby neporušil abstinenci. Stále je aktivní ve skupině anonymních alkoholiků, kterou vede, ale tu nezahrnuje mezi osobní vztahy. Mimo plánovaná setkání skupiny tyto lidi nevyhledává. Lze říci, že se jedná pouze o pracovní vztahy.

### **Zájmy:**

Věnuje se sportu, zejména plavání, v současné době totiž jiný sport dělat nemůže. Plavat chodí s dcerou. V minulosti hodně sportoval, ale pouze rekreačně. Nejvíce se věnoval běhu, vodnímu slalomu a fotbalu. Také má rád četbu, hudbu – hlavně country a rád cestuje.

### **Povaha:**

Za svůj úspěch považuje pan Josef založení občanského sdružení na pomoc lidem se závislostí na alkoholu. Hodně také vnímá své negativní stránky.

## **PSYCHIATRICKÁ ANAMNÉZA:**

Pan Josef byl několikrát vyšetřen na psychiatrii. V roce 1981 prodělal první léčbu závislosti na alkoholu, která nebyla poslední (viz. níže). Dále, v období abstinence, docházel do denního stacionáře Ondřejov. Další hospitalizace byla v Psychiatrické léčebně Bohnice, kam byl převezen po pracovním úrazu hlavy. Také docházel do denního stacionáře pro neurózy. Následovala hospitalizace v roce 2009 na doporučení z RIAPSu. Z této hospitalizace nemá žádnou zprávu a nezná svou přímou diagnózu.

Naposledy byl hospitalizován šest týdnů na psychiatrické klinice Fakultní nemocnice Lochoťín v Plzni kvůli rodinným a finančním problémům, kdy už toho na pana Josefa bylo moc.

Lékaři mu diagnostikovali smíšenou poruchu osobnosti F 61.0, depresivní poruchu F 32.1 s dekompenzacemi a závislost na alkoholu F 10.2.

## **PRŮBĚH ZÁVISLOSTI A PSYCHICKÝCH PROBLÉMŮ:**

Do 17 let neměl pan Josef s alkoholem problém. O něco později začal pravidelně chodit s kamarádem do hospody a tehdy, na střední škole, začal pít alkohol často. Sám říká, že už tehdy byl závislý. Domnívá se, že jeho závislost se projevila už dříve, a to ve 12 letech, protože pil pravidelně. *„Aniž by si to člověk uvědomoval, tam ta závislost vzniká.“*

Ve třetím ročníku chodil do školy s kocovinou, ale ne pod vlivem. Když si našel po studiu zaměstnání, začal pít mnohem více, neboť bylo více příležitostí – svátky a narozeniny kolegů, státní svátky apod. *„V zaměstnání se pilo běžně. Udělala se akce dvacet, každéj dal dvacku a nakoupili jsme alkohol. To se dělo hodně často a tak jsem se rozpil.“*

V dětském domově se naučil hrát na kytaru, tak v dospělosti založil s přáteli country kapelu a chodili hrát do hospod. Svoji pravidelnou účast odůvodňoval tím, že si jako jediný pamatuje texty a bez něj by se zbytek kapely neobešel. Pan Josef pil spíše v kolektivu. Dospělo to do takové fáze, že do hospody odešel v pátek a vrátil se domů až po pár dnech, aby ho rodina neviděla pod vlivem alkoholu.

Po čase se žena pana Josefa začala zajímat o možnosti léčby alkoholismu a navštívila protialkoholní poradnu. Když pan Josef dostal od ženy ultimátum, buď se půjde léčit, nebo požádá o rozvod, podstoupil první ambulantní léčbu. Po nějaké době byl nově otevřen denní stacionář v Ondřejově, kde strávil přibližně 3 týdny, ale kvůli úrazu léčbu ukončil. Rok užíval antabus a potom 4 roky abstinovat, ani nekouřil. Během období abstinence založil občanské sdružení (bylo zrušeno) a začal se aktivně věnovat sportu. *„Tak jak jsem se náruživě oddával chlastu, tak jsem to převedl na tu střízlivost. Začal jsem jíst zdravě, běhat asi 100 km měsíčně, kamarádi říkali, že jsem úplně zblblnul.“*

Znovu se začal stýkat s kamarády v hospodě, kde hrál na kytaru, ale nepil. Zpočátku si ho ostatní dobírali, ale postupem času ho začali podporovat. A tak když si ostatní dali panáka, pan Josef si objednal čistou kávu.

Po dvou letech abstinence začal znovu kouřit a za další dva roky zrecidivoval. Na další sešlosti s kamarády se cítil ošizený, když automaticky dostal kávu a přátelé panáka. Pod dojmem, že už dost dlouho abstinuje a že už má alkohol pod kontrolou, si objednal panáka rumu. Pomalu, ale jistě se znovu rozpil. Následovaly další ambulantní léčby a pokusy o regulované pití. Někdy se mu to dařilo, jindy vůbec. Když se mu opakované pokusy o regulované pití nedařily, šel se opět ambulantně léčit a nebo navštěvoval denní stacionář v Ondřejově, kde byl celkem asi 5 krát.

V roce 2000 měl pan Josef a jeho manželka autonehodu. Jeho žena byla hospitalizovaná a pan Josef neměl žádný dohled a shodou okolností měl k dispozici finanční prostředky. Při této nehodě, utrpěl úraz a dostal na bolesti tramal. Užíváním toho léku se mu znovu spustila masivní recidiva. Po propuštění manželky z nemocnice nastoupil na ústavní do léčbu k Apolináři, ale odtud ho vyhodili. Až do roku 2003 extrémně pil. Tehdy zažil, co znamená „spadnou úplně na dno“. Přišel o kamarády a žena už ho v tom dál nehodlala podporovat. *„Byl jsem úplně v dezolátním stavu. Říkal jsem si: tak buď v tom budu pokračovat a lidově řečeno, chcípnu nebo se prostě půjdu léčit. Trvalo mi 15 let, než jsem uznal, že to sám nezvládnou a že žádný regulovaný pití pro mě neexistuje.“* Na podzim roku 2003 nastoupil na psychiatrickou kliniku v Plzni, na Lochotín, kde se začal dávat dohromady. Léčba trvala asi 7 týdnů a na jejím

konci začal trpět úzkostmi. Lékaři mu tedy doporučili psychiatrické vyšetření, do té doby v psychiatrické ordinaci nikdy nebyl. Byly mu předepsány antidepresiva z toho důvodu, aby se mohl lépe zapojovat do léčebného programu a vnímat terapii. Pan Josef od roku 2003 do současnosti abstinuje.

Po ukončení léčby ve Fakultní nemocnici Lochotín se vrátil do Prahy a opět nastoupil do denního stacionáře Ondřejov, kde se zúčastňoval doléčovacího programu. Přesto se natolik obával recidivy, že se ještě připojil ke skupině anonymních alkoholiků, což trvalo přibližně rok a půl. Po čase mu skupina AA přestala vyhovovat. Měl pocit, že tam chodí stále stejní lidé a že jsou snad na skupině AA závislí. S tím se pan Josef nechtěl ztotožnit a tak založil další občanské sdružení pro lidi se stejnými problémy.

Podle názoru pana Josefa často zrecidivoval kvůli svému sociálnímu okolí. Ostatní ho znali tak, že pil, byl veselý, společenský a uvolněný. Nejednalo se o nejbližší přátelé, kteří o jeho snaze abstinovat věděli. Ti ho v tom podporovali. Avšak tlak byl většinou způsobený širším okolím známých, kteří o jeho problémech s pitím nevěděli a neměli možnost zaznamenat jeho pokusy o abstinenci. Pod tímto tlakem se většinou pan Josef rozpil.

Domnívá se, že aby se člověk dokázal ubránit recidivě je důležité mít pozitivní vztah k léčbě a kontakt s lidmi, kteří mají podobné zkušenosti s alkoholem.

Pan Josef pil hlavně kvůli tomu, aby se mohl uvolnit a zbavit se úzkostí. Říká o sobě, že má sociální fobii. Alkohol mu pomáhal v tom, aby se cítil lépe a nic mu nebránilo hrát na kytaru a zpívat. Podle něj je jeho sociální fobie následkem pobytu v dětském domově, kde nebyly dostatečné možnosti naučit se sociálním dovednostem. Když byl pan Josef malý, ze strachu z mnoha cizích lidí, nebyl ani schopný jít si do obchodu koupit boty. V dospělosti, když měl požádat ženu o tanec, nebo měl mluvit před jinými lidmi, šlo mu to lépe až když byl posilněný alkoholem. *„Ty účinky alkoholu potlačili tu moji sociální fobii a ať člověk chce nebo nechce, začne toho využívat“.*

Dalším následkem toho, že se nenaučil dostatečným sociálním dovednostem je, že se v dospělosti hodně zadlužil, a jak sám říká je náchylný na reklamu.

Po absolvování různých druhů terapií se mu povedlo sociální fobie zbavit.

Od té doby co abstínuje ho trápí psychické problémy - neurózy, do té doby byly tlumeny alkoholem. Říká, že se nejedná o typické deprese, ale stává se mu, že není schopný vyjít ven z bytu a celý den proleží a prospí.

Zmiňuje svůj potlačovaný hněv na otce. Uvědomuje si, že velký vliv na vznik jeho závislosti má právě jeho nenaplněné dětství. Potřeboval podporu rodiny, pocit bezpečí a úzký kontakt s ní.

Po úrazu – otřesu mozku, začal mít pan Josef sny o tom, že ho někdo pronásleduje. To přecházelo až v denní bludy, kdy se bál vycházet na ulici. To se zlepšilo, ale fobie a obavy z pronásledování a napadnutí má stále dál. Jeho strach přechází do agrese na běžné, menší konfliktní situace reaguje neadekvátně až agresivně. Pan Josef má tendence vidět vše pesimisticky. Jakmile se mu něco přihodí, je přesvědčený, že to dopadne, jak nejhůře může. Tím se velmi často trápí a stresuje ho to.

Při poslední hospitalizaci se objevily i sebevražedné sklony, opět se cítil úplně na dně. Půl roku nedostal nemocenskou, neměl žádné příjmy a žena mu hrozila, že ho vyhodí z bytu apod. Když je mu zle pomáhá vědomí, že problémy odezní. Užívá léky na úzkost, ale jen v případě, když situaci nezvládá. Když je situace méně tíživá pomáhá mu napsat dopis o záležitosti, která ho trápí nebo věnovat se nějaké rukodělné činnosti.

### **DOPLŇUJÍCÍ OTÁZKY:**

1. V jakých situacích se cítíte být ohrožen relapsem?

*„Jedná se o situace, kdy mám velkou trému, třeba když hrajeme s kapelou v hospodě. Nebo dřív, když jsem chtěl pozvat holku na rande. Taky jde o situace tzv. po překonaném stresu. To se stalo, když dceru odvezli sanitkou do Bohnic. Potom, co ji odvezli, tak jsem si sedl do auta, dojel jsem si pro flašku rumu a vypil to.“*

2. Jakou náladu, emoci nebo rozpoložení cítíte ve chvíli, kdy máte pocit, že jste krok od návratu k závislosti?

*„Ústředním tématem mých relapsů je především tréma a sociální fobie. K tomu abych se uvolnil potřebuju právě ten alkohol. Nejvíc mě ohrožuje stres, nervozita, strach apod. Když cejtím, že ten stres nezvládám, tak jsem blízko k tomu abych si dal.“*

3. Co Vám pomohlo, že jste závislosti znovu nepropadl? V případě, že ano, jaký si myslíte, že to má důvod. Co vám chybělo nebo co byste potřeboval, abyste se uchránil relapsu?

*„Když jsem dlouhodobě abstinoval poprvý, hodně mi pomohlo, že jsem úplně změnil životní styl. Se stejnou chutí s jakou jsem pil, tak jsem sportoval a jedl zdravě. Při druhým období abstinence mi hodně pomohlo udržovat kontakt s léčbou a v současný době tomu není jinak. A navíc pozoruju, že sebepoznání a jistá duchovní cesta je pro abstinenci taky hodně důležitá. A na otázku "Co bych potřeboval abych se znova nenapil?" vlastně ani nedokážu odpovědět. Možná nemít finanční problémy nebo potíže ve vztahu.“*

4. Vnímáte občanské sdružení ESET-HELP pro Vás jako přínosné? Jak se Vám spolupracuje s jeho zaměstnanci, kteří tvoří tým?

*„Spolupráce s paní Lucií jakožto sociální pracovnící a s paní doktorkou je pro mě moc důležitý a potřebný. Lucie mi vlastně pomáhá dotáhnout ty moje záležitosti do konce, bez ní bych to kolikrát nezvládnul. Při různých jednáních ohledně mých dluhů a jiných věcí je pro mě velkou oporou a hnacím motorem. Já bych byl schopnej ty věci do nekonečna odkládat a pak by z toho byl ještě větší průšvih. Navíc taky oceňuju, že mám náhled na ty problémy z více stran, ten jednostrannej pohled prostě není dobrej. Hodně přínosný je taky to, že ESET-HELP nabízí právní poradenství, kterýho taky využívám. Fajn je taky komunikace s paní doktorkou. Je skvělý, že tady můžu hodně věcí řešit komplexně. Takže pokud vim o někom, kdo má duální diagnózu, tak ESET-HELP doporučuju.“*



## 5 PŘÍPADOVÁ STUDIE č. 2

Druhým dotazovaným klientem byl pan Petr. Panu Petrovi je 45 let, je svobodný, žije s partnerkou v Praze. Trpí na deprese a stejně jako pan Josef má diagnostikovanou závislost na alkoholu. Mimo uvedené má zároveň problémy s lékovou závislostí na Neurolu. V současné době je v plném invalidním důchodu pro toxickou psychózu, trpěl paranoickými stavy. Posledních pět let abstínuje.

### **RODINNÁ ANAMNÉZA:**

Matka byla vyučená cukrářka. Prožila komplikovaný porod a kvůli zdravotním potížím pan Petra zůstala v domácnosti. Přibližně v 36 letech prodělala operaci srdeční chlopně.

Otec byl učitelem hudby a aktivní muzikant. Až do pokročilého věku neměl otec pana Petra žádné zdravotní potíže.

Pan Petr má o 5 let mladšího bratra a o 10 let mladší sestru.

### **OSOBNÍ ANAMNÉZA:**

Pan Petr se narodil v porodnici v Praze na Karlově a je prvorozený. Porod byl velmi komplikovaný, neboť měl eventraci břišní stěny. V první hodině života prodělal operaci, kdy mu šlo o záchranu života. Cítí, že už tehdy prodělal jisté trauma.

### **Zdravotní stav:**

V pěti letech prodělal neštovice a úrazy nebyly výjimečné.

### **Dětství:**

Své dětství prožil pan Petr na okraji Prahy, v rodinném domě s vlastním hospodářstvím v Petrovicích.

Vnímá ho jako problematické. Už od svých 4 let byl velmi úzkostný. Zdůrazňuje opět velkou úzkost, plachost, děsivé sny a trochu opožděný duševní vývoj. „*Tam formovalo to, že jsem se stal introvertním člověkem až do pozdní puberty. Trpěl jsem až přehnanou trémou a úzkostma.*“

Mluví o sobě jako o divokém, hyperaktivním a těžko zvladatelném dítěti, ale na druhou stranu už v pěti letech uměl číst. Už od první třídy se cítil být napřed oproti ostatním spolužákům, byl premiantem třídy, ale paradoxně měl neustálé problémy s chováním. Pan Petr říká: *„Pořád jsem vyrušoval, nedával jsem pozor, nezajímalo mě to, protože jsem stihnul obsáhnout učivo dřív než všichni ostatní. Prostě jsem se nudil.“* Už tenkrát nevnímal paní učitelku jako autoritu. Spolužáci se mu začali posmívat a vyčleňovat ho z kolektivu. Vzhledem k tomu, že žil na okraji Prahy, jak sám říká *„na vesnici“*, miloval zvířata, přírodu a hudbu. Tak si vytvářel svůj vlastní uzavřený svět.

Protože měl pan Petr velmi dobrých hudební sluch, v mladším školním věku začal hrát na zobcovou flétnu a na klarinet. Navštěvoval hudební školu v Kladně, kde učil hru na žesťové nástroje jeho otec. Později hudební školu změnil, začal chodit do hudební školy v Říčanech a stal se členem jejich orchestru. Na toto období vzpomíná velmi rád. Prostředí ho nadchlo, našel si tam kamarády a hráli při každé možné příležitosti, jako např. na městských slavnostech nebo o státních svátcích. *„Úplně jsem se s tou lidovou školou umění sžil a identifikoval.“* Cítil se mezi nimi mnohem lépe než tam, kde bydlel. Tam se mu děti posmívaly nejen kvůli tomu, že mají hospodářství, ale i proto, že hraje na hudební nástroj v orchestru. Později také našel zálibu v psaní poezie a zajímal se o historii.

Vztah se svými sourozenci popisuje jako *„velmi harmonický. V dětství jsme měli velmi silný a provázaný vztahy. Do té doby, dokud jsem neměl problémy s alkoholem, vycházeli jsme spolu víc dobře.“*

O vztahu s otcem mluví s lehkou záští. Vzpomíná na to, jak ho otec nutil do prací v hospodářství a přesto, že měl statek a zvířata velmi rád, otec mu ho postupem času částečně znechutil. Co se týká hudby, zatímco na ostatní žáky byl milý, na něj byl velmi přísný a někdy ho dokonce před ostatními pohlavkoval. *„Hodně mi to snižovalo sebedůvěru a vytvářelo velký komplex.“*

Nejšťastnější se cítil u babičky na chalupě, kde byl v přírodě a daleko od otcovy autority.

### **Škola a vzdělání:**

Ve škole prospíval velmi dobře, ale jak už je zmíněno výše, měl velké problémy s chováním. Často vyrušoval, nedával pozor při hodinách. Téměř každý školní rok dostal třídní důtku nebo dvojku z chování. Vzhledem k tomu, že byl vychován v "antikomunistické" rodině a ředitelka základní školy byla aktivní komunistka, často se s ní dostával do konfliktu a choval se k ní nevhodně. Z toho často plynuly jeho postihy. V třídním kolektivu nebyl příliš oblíbený. Byl spíše outsider.

Po základní škole se přihlásil na gymnázium, kam nebyl přijat kvůli politickým názorům jeho rodiny, přestože přijímacím řízením prošel úspěšně. Přes jeho nechuť nastoupil Střední průmyslovou školou chemickou, kde po roce a půl studium ukončil. Mezi tím, než si našel první zaměstnání na plný úvazek, pracoval brigádně na výletní lodi jako lodník. Poté při zaměstnání dostudoval gymnázium, kde byl velmi spokojený a studium mu šlo dobře. Odmaturoval v roce 1989. Také byl přijat na vysokou školu, kde kombinovanou formou studoval sociologii, ale po dvou semestrech studium ukončil.

### **SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA:**

#### **Sociální vztahy:**

Pan Petr velmi vřele mluví o své dlouholeté přítelkyni Martině. Znají se od jeho 13 let a přátelí se i v současné době. Mají společnou lásku k umění. I když různými etapami Petrova života, prošli různí přátelé a vztahy, paní Martina je jediná, o které se pan Petr zmiňuje s ohledem na současnost. Z jeho vyprávění je cítit, že je pro něj velmi důležitá a chová k ní velký respekt a obdiv.

Nejdelší vztah pana Petra trval 10 let. Pak přišlo pár krátkodobých vztahů. Nyní má vážnou známost. Jde o dlouhodobý vztah. S partnerkou je velmi spokojený a opravdu si s ní rozumí. Před dvěma lety se začali snažit o potomka.

V kontaktu je nejvíce se svými rodiči a sestrou. S bratrem nikoliv. Vtahy jsou často problematické, především s otcem, narušila je Petrova minulost. S matkou má Petr lepší vztah. Přestože to není úplně jednoduché, velmi se snaží.

Matka byla k panu Petrovi vždy benevolentnější a bránila ho před přísností jeho otce.

### **PSYCHIATRICKÁ ANAMNÉZA:**

První ambulantní léčbu závislosti podstoupil pan Petr už v 18 letech na střední škole. Moc si z toho nepamatuje, žádná změna nenastala. Další ambulantní léčba byla nařízená soudem, a to v roce 1995. Deset let docházel dobrovolně na obvodní psychiatrii. Nejednalo se o protialkoholní léčbu, ale docházel tam kvůli svým úzkostem, návalům paniky a sebevražedným tendencím. Již od 18 ti let měl Petr nařízenou, jak ambulantní léčbu závislosti, tak i psychiatrickou ambulantní léčbu psychických problémů. Protože byl pan Petr obviněný z trestního činu, byl hospitalizován ve vazební psychiatrii v Brně. Tam ho převezli potom, když ve vyšetřovací cele upadl do bezvědomí a měl delirantní stavy.

Lékaři panu Petrovi diagnostikovali depresivní poruchu F 32.1 s dekompenzacemi a závislost na alkoholu F 10.2.

### **PRŮBĚH ZÁVISLOSTI A PSYCHICKÝCH PROBLÉMŮ:**

První zkušenost s alkoholem měl pan Petr v pouhých 14 letech, když s orchestrem hráli na oslavách masopustu. Tam se poprvé opil do "němoty". *„To byla moje první otrava alkoholem a tehdy to začalo. Uvědomuju si, že to moc nekoresponduje s mými zájmy a cítěním. Žil jsem vlastně dva životy. Potřeboval jsem duševní úlevu a díky pivu nastupovala rychle.“* Jednalo se o úlevu od autority otce pana Petra, už ji nemohl snášet. Díky alkoholu se konečně pan Petr začlenil do nějakého kolektivu: *„Konečně mě začli brát vážně!“* Při hraní s orchestrem po Říčanech měl k alkoholu velmi snadný přístup. *„Kam jsme přišli, všude tekl alkohol proudem a zdarma! Já jsem to vítal, bylo mi to sympatický. Byl jsem najednou veselej, rozpovídal jsem se, najednou jsem mezi všechny ostatní zapadl.“* Když se pan Petr napil ustoupily i jeho zábrany v komunikaci s otcem.

Panu Petrovi alkohol velmi rychle zachutnal a stejně rychle si na něm vytvořil závislost, dřív než ostatní populace.

Na střední škole si pan Petr našel další kamarády, se kterými začal pravidelně chodit do hospody. Mezi nimi nebyl jediný, kdo začínal mít problémy s pitím. Při společném výletě se otrávil alkoholem podruhé. „*Smíchali jsme rum a vodku a takhle jsme to pili. Pak jsem spadl do Berounky a málem jsem se utopil. Chtěl jsem si po tmě opláchnout obličej, přepadl jsem na kameny a málem si rozbil hlavu. To začalo bejt takhle kritický*“, vzpomíná.

Už v 16 letech měl trestní a přestupkové problémy kvůli jeho chování. Jednalo se o výtržnictví nebo o hysterické záchvaty křiku, kdy měl pan Petr pocit, že ho někdo napadl. Také neadekvátně reagoval na nějakou standartní hádku na ulici, která vyvrcholila příjezdem policie.

Pan Petr o sobě říká, že byl na jednu stranu hodné dítě a na druhou stranu zlobivé, nedokázal to zpracovat. V pubertě se přátelil se slušnými lidmi, mezi které patřila jeho dlouholetá kamarádka Martina, ale zároveň hledal uznání u kolektivu lidí z hospody. „*Hrál jsem s nima karty, který mě ani nebavily, jen aby mi dávali za pravdu, abych mezi ně zapadl.*“

Ve chvíli, kdy odešel ze střední školy, ztratil i kamarády, které tam měl. Poté si hledal jiné party kamarádů, kteří pro něj nebyli dobrým vzorem. Už v 17 letech vypil až 10 piv. Po výbuchu vzteku byl v tomto věku poprvé policií odvezen do psychiatrické léčebny v Bohnicích a kumulovalo se mu velké množství dalších problémů. Matka pana Petra už jeho pití nezvládala a začala se z toho psychicky hroutit.

Po předčasném ukončení studia na střední průmyslové škole si po půl roce našel své první zaměstnání na plný úvazek. Tam stále pil, nikoliv v pracovní době a stával se více a více excentričtější. Po uplynutí nějakého času, po dohodě opustil zaměstnání. Potom nastoupil do jiné firmy, kde působil jako operátor PC a začal dálkově studovat gymnázium na Karlíně. Toto období, kdy studoval gymnázium, popisuje jako velmi spokojené.

Během revoluce stále pracoval jako PC operátor ve firmě PVT. Našel si partnerku se kterou poprvé bydlel. V té době ani moc nepil. „*Měl jsem spíš jen takové nárazové období, co pití týká. Byl jsem tak nadšenej tou změnou.*“ Změnou má na mysli pan Petr Sametovou revoluci v roce 1989.

Když mu partnerka odjela na třičtvrtě roku pracovně do zahraničí, začal pít znovu. Velmi špatně snášel jejich odloučení. Po jejím návratu už byl rozpitý. Přestože se k němu partnerka chtěla vrátit, vztah už byl jeho pitím poškozený a rozešli se.

Posléze začal mít pan Petr opět "společenské problémy", které vyplývaly právě z pití alkoholu. Dopustil se několika menších trestních přestupků a výtržností, které vyústily v trestní řízení. Po určité době se opět dopustil nějakého přestupku a byla z toho podmínka atd. Výtržnosti se stále střídaly, až z toho byly 4 podmínky v průběhu 6 let. Pod vlivem špatného kamaráda se poddával alkoholu stále více.

V roce 1995 začal užívat NeuroL a soud mu nařídil ambulantní léčbu závislosti kvůli častým výtržnostem a přestupkům pod vlivem alkoholu. Léčbu dodržoval, ale podle jeho slov si s ním lékařka nevěděla rady, byl pro ní těžko uchopitelný. Navíc ho stále trápily úzkosti a stavy paniky. Říká, že to byl hlavní důvod, proč pil. I když na alkohol neměl vůbec chuť, pil jen proto, aby zahnal právě stavy paniky a úzkosti. Alkohol na to spolehlivě a rychle zabíral.

Začal docházet na adiktologickou ambulanci, kde mu byl předepsán NeuroL. Ten mu pomohl, ale pouze krátkodobě. Po pár měsících už na něm byl těžce závislý. Pak následovala dlouhá léta na alkoholu a NeuroLu. To trvalo až do roku 2000, kdy ho soud poslal do vazby.

Následkem tohoto dlouhého období pití a užíváním NeuroLu se Petr stal těžce paranoidním. „*Slyšel jsem hlasy, měl jsem toxický psychózy. V tu chvíli jsem ale nevěděl, co to je. To, že jsem kouřil trávu, těmhle stavům jenom přispívalo. Všude byla velká paranoia a spiknutí. Dokonce jsem se bál vylézt do čtvrtého patra v domě, kde jsem bydlel. Výtahem to nehrozilo a schody na mě padaly. Když jsem se dostal do toho čtvrtého patra, do toho bytu, tak jsem se kouknul naproti na balkón a tam byli všude ostřelovači s puškama a chtěli po mě strílet!*“ V této době byla jeho závislost natolik závažná, že už se nedokázal soustředit na nic jiného, než aby každý den měl svou dávku.

Tyto stavy nebyly u pana Petra výjimečné a zaháněl je alkoholem. Kvůli alkoholu byl Petr často také agresivní. Dospělo to až k tomu, že byl obviněn za trestní čin a soudem byl poslán do vyšetřovací vazby. Tam upadl do bezvědomí

kvůli delirantním stavům a byl převezen do vazební psychiatrie v Brně. Když ho propustili, zpětně se dozvěděl, že byl prohlášen za nepřičetného a sprostěn obžaloby.

Po propuštění z vazební psychiatrie v Brně, pan Petr abstinovat. Za měsíc měl stání u soudu, který rozhodoval o tom, jakým způsobem bude muset pan Petr pokračovat v léčení, zda postačí ambulantní léčba nebo bude nutná ústavní léčba. Soud rozhodl, že ambulantní léčba postačí. I nyní to pan Petr vnímá jako chybné rozhodnutí. Pan Petr při ambulantní léčbě vydržel abstinovat asi jeden rok.

V roce 2000 byl napaden a okraden svým tehdejším „partákem“, člověkem, kterého považoval za jediného přítele, se kterým onu noc pil. Doteď je o tom pan Petr přesvědčen. Tohoto člověka Petr zažaloval, ale byl propuštěn pro nedostatek důkazů. Nakonec byl zažalován pan Petr za křivé obvinění a soud ho uznal vinným. Pan Petr byl odsouzen na 3 roky do vězení s odkladem nástupu do výkonu trestu na 3 – 5 let. V tomto mezidobí prodělal 18 měsíční ústavní léčbu v Bohnicích a do vazby nastoupil až v roce 2005. Za dobré chování byl pan Petr propuštěn po 19 měsících.

Ve vazbě pan Petr prožíval silné deprese, pomýšlel na sebevraždu, také pociťoval vůči sobě šikanu a musel tedy užívat antidepresiva. Po propuštění nastoupil do občanského sdružení ESET-HELP, kam docházel. Od té doby pan Petr abstinuje, stále užívá antidepresiva, ale už menší dávky.

### **DOPLŇUJÍCÍ OTÁZKY:**

1. V jakých situacích se cítíte být ohrožen relapsem?

*„Jde hlavně o stresové situace jako například když mě někdo vydírá, šikanuje, což se dělo hlavně v tom vězení a tam mi pomáhaly ty léky, který jsem měl předepsaný. Jinak bych to nezvládl a došlo by k nějakému extrému. Takže vlastně, když mám léky na deprese a na úzkosti, jsem schopnej abstinovat. Pokud budu psychicky v pořádku, tak se nenapiju. Nemám vůbec chuť na alkohol ani nemám bažení a to už přes dva roky.“*

2. Jakou náladu, emoci nebo rozpoložení cítíte ve chvíli, kdy máte pocit, že jste krok od návratu k závislosti?

*„Úplně nejhorší je, když pociťuju silný ponížení nebo bezmoc. To je pro mě opravdu nebezpečný. Teď už vím, že se mi to nemůže stát, protože mám kolem sebe různé záchranné kruhy.“*

3. Co Vám pomohlo, že jste závislosti znovu nepropadl? V případě, že ano, jaký si myslíte, že to má důvod? Co vám chybělo nebo co byste potřeboval, abyste se ubránil relapsu?

*„Určitě nejvíc mi pomáhá přítelkyně a potom taky sociální pracovnice, ke které chodím sem do Esetu a taky pani doktorka a její sestřička. Tyhle ženy mi často vyjdou vstříc, když potřebuju. A samozřejmě léky nebo procházky do přírody a varhanní koncerty. Ale hlavně zájem a podpora těch lidí.“*

4. Vnímáte občanské sdružení ESET-HELP pro Vás jako přínosné? Jak se Vám spolupracuje s jeho zaměstnanci, kteří tvoří tým?

*„Tehle odborný tým je pro mě velmi důležitý. Jedna pozice nemůže fungovat bez té druhé (AT lékařka, sociální pracovnice, terénní sestra), takhle mi to vyhovuje a takhle to musí být. Ony si mezi sebou řeknou to, co já bych každé zvlášť nedokázal vysvětlit a dokážou to i lépe a zároveň mi lépe porozumí, když jsou spolu v kontaktu. Cítím, že takhle je ten kruh pro mě silnější a bezpečnější.“*



## 6 PŘÍPADOVÁ STUDIE č. 3

Poslední dotazovanou klientkou byla paní Marie. Paní Marii je 50 let, žije v malém obecním bytě se synem v Praze. Je rozvedená a nyní má přítele. Od narození trpěla dětskou mozkovou obrnou. Z toho důvodu je od raného dětství léčena na neurologii a na psychiatrii. Stejně jako předchozí dva klienti je závislá na alkoholu, trpí depresemi a úzkostmi.

### **RODINNÁ ANAMNÉZA:**

Paní Marie pochází z rozvedené rodiny, oba rodiče už zemřeli. Po rozvodu žila paní Marie s matkou, která měla problémy s alkoholem. Matka pracovala jako servírka, poté i v kanceláři. Když jí bylo 50 let, dostala rakovinu prsu, a protože se nenechala operovat, onemocnění podlehla.

Otec neměl žádné závažné zdravotní potíže ani problémy s alkoholem. Nic jiného si paní Marie ohledně svého dětství nepamatuje.

Má bratra, ale od rozvodu rodičů se s ním nestýká a má o něm jen minimum informací. Ví o něm jen to, že má rodinu a je zaměstnaný u policie.

### **OSOBNÍ ANAMNÉZA:**

#### **Zdravotní stav:**

Paní Marie od narození trpěla dětskou mozkovou obrnou. Byla diagnostikována ve třech letech a poté se každoročně léčila v lázních v Teplicích až do svých 15 let. Paní Marie trpí vrozenou vadou kyčle, kvůli níž začala chodit až ve třech letech. Přibližně před 6 lety podstoupila operaci kyčle - endoprotézu.

Od raného dětství byla léčena na psychiatrii a neurologii. Užívala i léky, ale nepamatuje si jaké. Ještě před plnoletostí měla možnost pobírat invalidní důchod, ale pod vlivem jejího prvního manžela odmítla a nechala se zaměstnat.

Svůj zdravotní stav hodnotí jako zanedbaný a to její vinou. Docházela k lékařům, také na neurologii, ale postupem času začala kontroly zanedbávat, až na ně přestala chodit úplně. V současné době byla po letech vyšetřena na neurologii.

### **Dětství:**

Paní Marie vyrůstala v Prachaticích. Na časně dětství si paní Marie moc nepamatuje, ale mluví o svém soužití s matkou po rozvodu rodičů. Rodiče se rozvedli kvůli matčiným problémům s alkoholem, když paní Marii bylo 11 let. Matka se svou závislostí nikdy neléčila.

Paní Marie nerada vzpomíná na období, kdy žila sama s matkou. *„To dětství nebylo nic moc. Kvůli tomu, že máma pila, jsme neměli moc peněz, skoro všechno propila“*. Byla to doba, kdy se musela postarat nejen sama o sebe, ale vlastně i o matku. *„Vodila si pořád domů nějaký partnery, se kterými pila a já jsem je musela vyhazovat. Nebo když jsem jí nepřinesla pivo, tak mě zbila.“* Říká, že v této situaci byla nucená naučit se sama vařit, celkově být samostatná a její prvotní cíl byl, aby se co nejrychleji odstěhovala z domova. Tak si našla v 18 letech partnera a vdala se. *„Chtěla jsem bejt z baráku co nejdřív pryč, ani už jsem si nevybírala. Byl rozvedenej a já o tom ani nevěděla.“*

Výjimkou, kdy ráda vzpomíná na své dětství bylo, když si matka po rozvodu našla partnera. *„Byl na mě hodný, staral se o mě, pomáhal mi i se školou.“* Matky partner odjížděl přes týden do práce vracel se na víkendy. *„O víkendech se máma s pitím držela, ale přes ten týden, kdy byl Mirek pryč, to poctivě doháněla.“* Po dvou letech ji nakonec kvůli alkoholu opustil.

Starosti o matku paní Marii natolik zaměstnávaly, že nikdy neměla žádné vlastní zájmy. Když se poté osamostatnila, místo matky se starala o svou rodinu. Na záliby jí nikdy čas nezbýval.

Když bylo paní Marii 19 let, matka onemocněla rakovinou prsu. Jak nemoc postupovala, paní Marie se o matku starala. Dojížděla za ní do nemocnice do Prahy. Původně se o ní chtěla starat doma, ale manžel s tím nesouhlasil. Zemřela, když bylo paní Marii 21 let.

### **Škola a vzdělání:**

Paní Marie chodila do zvláštní školy, a přestože začala chodit rovnou do druhé třídy, podle jejích slov se učila špatně a učivo pro ní bylo náročnější než pro ostatní žáky. Úspěšně dokončila celých 9 let, ale ve vzdělání už dále nepokračovala.

Paní Marii se vybavuje, že se ve škole cítila dobře a že tam měla i pár kamarádek. Ve škole měla kolektiv, se kterým se vídala i mimo školu. „*V tu dobu jsem byla společenštější*“.

V současnosti moc přátel nemá, je raději o samotě. Paní Marie je spíš tichý, introvertní typ člověka.

### **Zaměstnání:**

Paní Marie měla možnost do 26 let dostávat výživné od rodičů a pobírat invalidní důchod, ale když si v 18 letech našla prvního partnera a budoucího manžela, rozmluvil jí to a přesvědčil ji, aby šla pracovat. Našla si v zaměstnání v pobočce továrny Baťa, kde žehlila ponožky. Tam pracovala asi rok. Vzpomíná si, že později pracovala ve výrobě visaček a jídelních lístků pro firmu Plexi a dále také pracovala jako pomocná síla v kuchyni. Ve Výzkumném ústavu v Kunraticích působila jako ošetřovatelka laboratorních zvířat tj. myši a potkanů. V poslední době pracuje pouze na částečný úvazek jako uklízečka.

Po operaci kyčle byla asi 2 roky v plném invalidním důchodu. Nyní má velké problémy najít si zaměstnání. Poslední zaměstnání, které našla (úklid na částečný úvazek), bylo s pomocí služby podporovaného zaměstnávání. Pracovat chce nejen kvůli penězům, ale také proto, že jí práce jako činnost pomáhá od depresí.

### **SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA:**

Paní Marie žije v Praze v malém obecním bytě 1+1 se svým synem Zdeňkem a částečně s přítelem. Má finanční dluhy, se kterými jí sociální pracovnice v občanském sdružení ESET – HELP pomáhá.

### **Sociální vztahy:**

Paní Marie je v rozvedené, z prvního manželství má dvě děti, se kterými je stále v kontaktu. Protože paní Marie a její manžel péči o děti nezvládali, byly obě děti v mladším školním věku umístěny do dětského domova.

Dcera je nemocná a bydlí v chráněném bydlení. Syn je zdravý, s partnerkou má dvě děti a paní Marii občas navštěvují. Mají spolu dobrý vztah.

Paní Marie v minulosti často uvažovala o tom, že by chtěla svou dceru Martinu domů a starat se o ní, ale vždy jí to bylo ze strany sociálních pracovníků rozmluveno, neboť by péči byt' o dospělou, ale nemocnou dceru nezvládala.

Z druhého manželství má syna Zdeňka, kterému je 15 let a je v její péči. Zdeněk má od dětství lehkou mozkovou dysfunkci, hyperkinetický syndrom a je dyslektik. Zdeněk navštěvuje speciální základní školu pro dyslektiky. Vztah zatěžují problémy s alkoholem, které Zdeněk zažil u obou rodičů. Vzhledem k tomu, že má paní Marie zdravotní problémy a mimo jiné i potíže s písemným projevem, není dostatečně schopná pomáhat svému synovi s přípravou a učením do školy. U syna se tak projevují výchovné problémy – dostal dvojku z chování a v poslední době se objevilo záškoláctví.

Paní Marie má 1,5 roku partnera, který u ní žije. Zpočátku spolu měli vztah, ale teď už spolu spíše jen bydlí, neboť je to tak pro oba finančně výhodnější. Partner má většinou jen sezónní typ práce a brigády, přispívá paní Marii na jídlo, ale velký problém je, že hodně pije. Je na ní hodný, hrubý prý není.

Předtím měla o dost let staršího partnera, s nímž měla kvalitnější vztah i přesto, že spolu nebydleli. Nepil, trávili spolu více volného času a měl dobrý vztah se Zdeňkem, ale zemřel na rakovinu.

Paní Marie má pocit, že nemá dost přátel. Pár přátel má, ale tvrdí, že je stejně raději sama.

### **Zájmy:**

Paní Marie nikdy neměla žádné zájmy. Dny tráví tím, že jde do práce, pak se věnuje domácím pracím, odpočinku u televize nebo spí. Někdy chodí na procházky nebo se jde podívat do obchodů na oblečení.

### **Povaha:**

Paní Marie u sebe těžko hledá nějakou pozitivní vlastnost. Říká, že je lehce ovlivnitelná a každému snadno uvěří. Z toho pak plyne spousta problémů.

### **PSYCHIATRICKÁ ANAMNÉZA:**

Paní Marie je od dětství léčena na neurologii i psychiatrii kvůli následkům dětské mozkové obrny, které jí byla diagnostikována v raném dětství. Se svými psychickými potížemi a problémy s alkoholem se nikdy neléčila. Až v rámci občanského sdružení ESET-HELP začala navštěvovat adiktologickou ordinaci. Na doporučení lékařky zkusila i skupinovou psychoterapii, ale tento druh terapie paní Marii nevyhovoval. Nyní by pomoc uvítala, ale nikoliv formou ústavní léčby.

Lékaři paní Marii diagnostikovali depresivní poruchu F 32.1 s dekompenzacemi a závislost na alkoholu F 10.2.

### **PRŮBĚH ZÁVISLOSTI NA ALKOHOLU A PSYCHICKÝCH PROBLÉMŮ:**

První problémy s alkoholem s objevily u paní Marie v době prvního manželství, předtím nikdy nepila. Manžel sice sám nepil, ale bil paní Marii a jejich dvě děti. *„Pořídil si na nás pendrek, nebo tyče od postýlky.“* Vzali se, jakmile bylo Marii 18 let. Měla z něj strach, nepracoval, žádné peníze jí nedával a všechny peníze, které paní Marie vydělala, mu musela dávat. Strach jí dlouho bránil v tom, aby odešla.

Ona sama tehdy měla dvě zaměstnání a trávila tam celé dny, neboť dojížděla z Třebíče do Prahy a manžel se měl starat o děti. Často se stávalo, že děti ještě o půlnoci seděly hladové na schodech před bytem, kam je manžel nechtěl pustit. *„Zašlo to až tak daleko, že děti šly samy na policii, protože měly hlad. On přišel vysmátej, že jsou děti v nemocnici a to už jsem je pak neviděla.“* Děti pak byly umístěny do dětského domova.

Za pomoci svého kamaráda, u kterého mohla nějaký čas bydlet, se odhodlala manžela opustit a nechala se rozvést. Než našla vlastní bydlení, strávila také nějakou dobu v azylovém domě. Žili spolu 15 let.

V této náročné době našla „útočiště“ v hospodě. Tam začala chodit sama, ale časem si tam našla známé a její problémy s alkoholem se začaly prohlubovat. Paní Marie tvrdí, že problémy s alkoholem nebyly natolik závažné, že by jí zasahovaly do zaměstnání a měla např. absence.

Druhé manželství problémy paní Marie jen podporovalo. Druhý manžel také hodně pil. Žili v bytě spolu s jeho bývalou manželkou a jejich dětmi. Kvůli neúnosné situaci a manželově agresivitě ho opustila. V té době pila hodně.

Paní Marie říká, že nikdy nepila sama. Pila hlavně ve společnosti a to za přítomnosti partnera, svých známých a kamarádů v hospodě. To pak pije i tvrdý alkohol. Uvědomuje si, že neumí včas přestat a dostává se tak do stavů, kdy se opije „do němoty a sotva doleze domů“, případně jí musí někdo dovést domů.

Její pití vadí hlavně synovi a přeje si, aby jeho matka nepila. Protože jsou s ním problémy, řekli si, že paní Marie se bude snažit nepít a Zdeněk se bude snažit např. nechodit za školu. Se synem chodí paní Marie ke kurátorce mládeže kvůli jeho výchovným problémům a také kvůli tomu, jestli paní Marie o něj dostatečně pečuje. I u syna už byl objeven problém s alkoholem a to když byl objeven policií někde venku úplně opilý. Až do 18 let bude paní Marie a její syn pod dohledem kurátorky.

Paní Marii je ze všech stran doporučováno, aby šla do protialkoholní léčby, ale to ona nechce. I neurologové jí velmi důrazně sdělili, že se svou diagnózou nesmí vůbec pít alkohol.

Se svými problémy s alkoholem se nikdy neléčila, má totiž pocit, že na tom ještě není tak špatně. Když si řekne dost, tak už potom nepije. Sama však nejdéle vydržela abstinovat rok. Dalo by se říci, že paní Marie má pevnou vůli, ale jakmile nastanou problémy se synem, okamžitě se rozpije a o následky se nestará. I když má pocit, že to zvládá sama, už se terapeutické pomoci tolik nebrání, ale v žádném případě nestojí o hospitalizaci. Zkusila i skupinovou terapii, ta jí však nevyhovovala z toho důvodu, že se tam cítila stísněně a o svých problémech nechce mluvit před cizími lidmi. Upřednostnila by individuální psychoterapii.

Často mívá stavy úzkosti, deprese a to hlavně v noci, kdy se budí a dlouho potom nemůže usnout. Když se v noci probudí, „přemýšlí nad blbostmi“. Mívá také stavy napětí, že je to „na vyskočení z okna“, ale když pracuje nebo má jinou činnost, tyto stavy jí tolik nepohlcují. Se svými depresemi se v roce 2008 ambulantně léčila, ale už po roce k lékaři přestala docházet. Tehdy užívala Neurol, teď už žádné léky nebere.

V době svého druhého manželství také kouřila. Nyní už nekouří, jen v případech, že se napije. To je pak schopná vykouřit naráz celou krabičku až jí je z toho zle.

V současné době potřebuje pomoc s abstinencí a s psychickými problémy souvisejícími s depresí a následky dětské mozkové obrny.

### **DOPLŇUJÍCÍ OTÁZKY:**

1. V jakých situacích se cítíte být ohrožena relapsem?

*„Nejvíc mě ohrožují stresové situace a to hlavně, když se naskytne problémy se Zdeňkem nebo s přítelem, když mi propíše peníze nebo mi nedá na nájem. To jsou jediný moje problémy. Kdyby tohle fungovalo, tak jsem úplně v pohodě.“*

2. Jakou náladu, emoci nebo rozpoložení cítíte ve chvíli, kdy máte pocit, že jste krok od návratu k závislosti?

*„Cejtim hlavně velkou zlost, jsem vzteklá, agresivní, nepřičetná, až je mi na omdlení a potom alkoholu se uklidním. Jenže nepoznám tu správnou míru. Neumím si dát dvě, tři piva, který by mi na to zklidnění pomohly, ale pokračuju dál a dál...“*

3. Co Vám pomohlo, že jste závislosti znovu nepropadla? V případě, že ano, jaký si myslíte, že to má důvod. Co vám chybělo nebo co byste potřebovala, abyste se ubránila relapsu?

*„Nejvíc mi pomáhá samota. Když se rozčílím a jsem sama doma, tak se nenapiju. Jsem z toho vzteku potom tak unavená, že usnu a pak už tu chuť nemám. Doma mě pít neláká ani si domu alkohol nekupuju. Když chci pít, jdu do té své hospody.“*

4. Vnímáte občanské sdružení ESET-HELP pro Vás jako přínosné? Jak se Vám spolupracuje s jeho zaměstnanci, kteří tvoří tým?

*„Nejvíc mi asi pomáhá sociální pracovnice paní Lucie, ale je to i tím, že se známe dlouho, ještě z OSPODu<sup>4</sup>. Pomáhá mi s dluhama a dalšíma*

---

<sup>4</sup> Orgán sociálně-právní ochrany dětí

*organizačníma věcma. Často se mnou chodí na ty úřady a banky, protože sama nedokážu říct přesně to, co bych chtěla nebo jak by to mělo bejt. Taky si s ní můžu popovídat, je mi potom líp a uleví se mi. Paní doktorka mi taky pomáhá. Jsem takhle spojená“*



## 7 DISKUZE

V diskuzi bych ráda porovнала všechny tři kazuistiky, povšimla si toho, co mají společného a zároveň, co je odlišuje. Na místě je také navrhnout formy péče o tyto klienty a doporučit, jakým způsobem zvládat přicházející relaps.

Všichni tři klienti byli podobného věku a s tím souvisí jejich mnoholeté zkušenosti s užíváním alkoholu a u dvou z nich i spoustu zkušeností s léčbami. Přesto, že jednou z nich byla žena, můžeme se všimnout, že se u klientů objevuje mnoho společných znaků jak pro vznik závislosti, tak i pro vyvolání relapsu.

Každý z klientů si prošel nelehkým dětstvím, z čehož plynuly jejich další problémy. Pan Josef nežil ve funkční rodině a nakonec byl s bratem umístěn do dětského domova. Podle jeho názoru tím, že strávil velkou část dětství v dětském domově, přišel o možnost naučit se sociálním dovednostem a trpěl nedostatkem fyzického kontaktu. Z toho například plynou jeho současné finanční dluhy. Dle jeho slov od dětství také trpěl sociální fobií, které se mohl zbavit pouze prostřednictvím alkoholu. Stejně jako druhý klient, pan Petr, zažíval během dlouhých let závislosti jak paranoidní stavy, tak i bludy a všichni tři klienti byli lékaři diagnostikováni pro deprese a závislost na alkoholu.

Pan Petr od dětství bojuje s nepřiměřenou autoritou otce a velkými úzkostmi. Od těchto úzkostí si mohl ulevit pouze alkoholem.

Ani paní Marie neměla lehké dětství. Její matka byla velmi závislá na alkoholu a svým způsobem ani žádné dětství neprožila. Po rozvodu rodičů, kdy žila s matkou sama, byla nucena být vyspělejší než její vrstevníci, aby se dokázala postarat o domácnost i o matku. Není divu, že se od ní chtěla odstěhovat co nejdříve. Když jí a děti začal manžel bít, útěchou pro její deprese byla láhev alkoholu.

Klienti popisují průběh závislosti a psychických problémů velmi podobně. Téměř vždy závislosti předcházely duševní potíže, od kterých si ulevovali právě alkoholem. Rizikové situace, ve kterých se nacházeli těsně před zrelapsováním, popisovali stejně - jako stresové. Zajímavé je, že každý z nich před tím, než se znovu rozpil, vnímal jiné emoce, náladu a rozpoložení. U pana Josefa se jedná o trému, nervozitu a strach. Pana Petra nejvíc ohrožuje ponížení nebo pocit bezmoci a paní Marii zlost, agrese, rozčilení či hněv.

Podle mého názoru je velmi důležité, aby klienti, kteří trpí duální diagnózou, léčili oba problémy současně a to formou integrované léčby. Hlavním důvodem je to, že duševní stav závažně ovlivňuje míru jejich abstinence a těžká závislost má vliv právě na duševní stav klientů. Jedná se vlastně o začarovaný kruh, se kterým se dá nejlépe vypořádat léčbou obou problémů zároveň a pokud možno v rámci jedné organizace. V případě pana Josefa se jedná o vypořádání se se sociální fobií, jeho trémy a nervozity. Účinná by mohla být například kognitivně behaviorální terapie nebo skupinová terapie. Vzhledem k tomu, že pro pana Petra je velmi důležitá podpora jeho blízkých, mohla by mu pomoci právě individuální terapie za přítomnosti jeho rodiny. Pro paní Marii by mohl být vhodný denní stacionář v kombinaci s individuální psychoterapií.

Ohledně prevence relapsu je nezbytné, aby klienti informace o relapsu získávali okamžitě, jakmile nastoupí do léčby. Klienti musí být rozhodnuti pro abstinenci na sto procent a to z důvodu snížení rizika nezvládnutí relapsu. Schopnost rozpoznat rizikové situace, identifikovat varovné signály je pro ně naprostou nezbytností. Zároveň také musí být seznámeni s technikami zvládnání relapsu a dalšími potřebnými informacemi.

Klienti jsou si v tuto chvíli vědomi svého stavu, že jsou zranitelnější, co se jejich psychické stránky týká, tudíž jsou náchylnější nechat se pohltit účinky, který jim alkohol přináší a zároveň, že jsou závislí a kontrolu nad množstvím vypitého alkoholu nemají.

## ZÁVĚR

Celá bakalářská práce byla rozdělena do dvou základních částí – teoretické a empirické.

V první kapitole teoretické části jsem uvedla základní pojmy, kterými se práce zabývá a vysvětlila jejich významy, neboť jsou nezbytné pro pochopení odborného textu. Samotná teoretická část se věnovala dvěma stěžejním tématům, tedy závislosti na návykových látkách a problematice duální diagnózy.

Kapitola, která se týká závislosti na návykových látkách, se nejprve věnovala její elementární definici. Poté práce pojednala o kořenech závislosti a bio – psycho-sociálním modelu porozumění závislosti. Vzhledem k tomu, že pro diagnostiku duální diagnózy je velmi důležitá abstinence, i o ní bylo stručně pojednáno.

Následovala jedna z nejdůležitějších kapitol této práce týkající se relapsu, jeho příčin, rizikových situací, které ho vyvolávají, s ním související jeho prevence a problematika cravingu.

Další hlavní kapitola seznámila čtenáře s informacemi o vývoji pojmu duální diagnóza. V pokračování byly uvedeny typy duální diagnózy, její etiologie, komplikace diagnostiky, druhy léčby a služby, které umožňují začlenění klientů s tímto problémem do společnosti.

Cílem empirické části bylo zjistit, jaké příčiny a rizikové situace nejčastěji vyvolávají relaps užívání alkoholu u klientů trpících duální diagnózou. Tento cíl byl zjišťován na základě analýzy sdělení samotných klientů.

Dále se čtenář dočetl o formě použité výzkumné sondy, technikách sběru dat a současně byl obeznámen s osnovou, dle které byly zpracovány případové studie klientů. Případové studie byly doplněné o vyjádření klientů k samotnému tématu práce na základě položených otázek.

V poslední kapitole této části je podán souhrn a porovnání všech případových studií se stručným doporučením autorky ohledně následující práce s klienty.

Případové studie poukazují na rozdílné důvody vzniku závislosti u jednotlivých klientů, avšak mají jednotný názor o tom, které rizikové situace je nejvíce ohrožují vznikem relapsu. Těmi jsou situace stresové. Přesto, že se klienti

shodli ohledně nejčastějších ohrožujících situací vedoucích k relapsu, zajímavé je zjištění, že každý z nich prožívá jiné emocionální rozpoložení a nálady před jeho vznikem.

## POUŽITÁ LITERATURA

DAVIS, C. *Dual diagnosis and young people*. 2003. NSW Association for Adolescent Health Inc (NAAH). ISBN 0-9750997-0-1

FIŠEROVÁ, M. *Odykací syndrom a craving – Neurobiologické aspekty*. In KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. 2003a. Praha: Úřad vlády České republiky. S. 114-118. ISBN 80-86734-05-6

GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2010. 2. vyd. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-185-0

GROFFOVÁ, CH. *Žízeň po celistvosti*. 1998. Praha: Chvojko nakladatelství. ISBN 80-86183-06-8

HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 2000. Praha: Portál. ISBN 80-7178-303-X

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. 2005. Praha: Portál. ISBN 80-7367-040-2

KALINA, K. aj. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. 2003a. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-05-6

KALINA, K. aj. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. 2003b. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-05-6

KALINA, K. aj. *Základy klinické adiktologie*. 2008. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1411-0

KUDA, A. *Relaps a prevence relapsu*. In Kalina, K. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. 2003b. Praha: Úřad vlády České republiky. S.117-124. ISBN 978-80-247-1411-0

KUDRLE, S. *Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti*. In KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. 2003a. Praha: Úřad vlády České republiky. S. 91-95. ISBN 80-86734-05-6

MILLEROVÁ, G. *Adiktologické poradenství*. 2011. Praha: Galén. ISBN 978-0-471-47-94-6-8

MKN-10. *Duševní poruchy a poruchy chování*. 2006. 3. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha. ISBN 80-85121-11-5

MUESER, K. T., NOORDSY, D. L. *Integrated treatment for dual disorders: A guide to effective practice*. 2003. New York: The Guilford Press. ISBN 1572308508

NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost. Současné poznatky a perspektivy léčby*. 2000. Praha: Portál. ISBN 80-7178-432-X

NEŠPOR, K. *Odvykací syndrom a craving – klinické a behaviorální aspekty*. In KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. 2003a. Praha: Úřad vlády České republiky. S. 119-123. ISBN 80-86734-05-6

NEŠPOR, K. *Psychologická komorbidita a komplikace „duální diagnózy“*. In KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. 2003a. Praha: Úřad vlády České republiky. S. 233-237. ISBN 80-86734-05-6

NYDIA, H. *Drugs, the altered brain*. 1990. Hazelden. ISBN 0894866621

PODHAJSKÁ, J., ČERNÁ, B., TOMÁŠOVÁ, B. aj. *Aktivní začleňování osob s duševní poruchou prostřednictvím multidisciplinárních týmů*. 2011. Praha: Občanské sdružení ESET-HELP. ISBN 978-80-254-9680-0

POPOV, P. *Alkohol*. In KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. 2003a. Praha: Úřad vlády České republiky. S. 151-158. ISBN 80-86734-05-6

PRAŠKO, J. aj. *Poruchy osobnosti*. 2009. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-558-5

ROTGERS, F. *Léčba drogových závislostí*. 1999. Praha: Grada. ISBN 80-7169-836-9

ROYCE, J. E. *Alcohol problems and alcoholism. A Comprehensive Survey*. 1989. Free Press. ISBN 0029275415

SVOBODA, M., ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*. 2006. Praha: Portál. ISBN 80-7367-154-9

ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2007. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0

WASHTON, A. M., ZWEBEN, J. E. *Treating alcohol and drug problems in psychotherapy practice: Doing what works*. 2006. New York: Guilford Press. ISBN 1593859805

## **INTERNETOVÉ ZDROJE**

NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI. *Abstinence* [online]. 2003-2006 [cit. 2012-08-29]. Dostupné z: [http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar\\_pojmu/a](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/a)

## **Příloha č. 1: Modely vzniku závislosti**

### **Biologický model**

Podle S. Kudrleho se jedná o některé problematické okolnosti, jež se vyskytují během těhotenství matky dítěte. Například to, jestli matka dítěte byla sama alkoholička nebo závislá na drogách a tedy se plod takto setkával s účinky návykových látek ještě před narozením (tzv. fetální alkoholový syndrom). Zároveň také zmiňuje okolnosti porodu, kdy mohou být používány psychotropní, tlumivé látky a to z důvodu porodního stresu, zda jsou přítomna traumata, jiné nemoci a další omezující traumatizující okolnosti. Tyto faktory významně ovlivňují neurobiologii jedince a také celý jeho psychomotorický vývoj. Jak říká Kudrle: „*Biologické a psycho-socio-kulturní se vyvíjí v neustálé hře vzájemných ovlivnění a interakcí.*“ (KUDRLE in KALINA, 2003a, s. 91).

Zatím jako jediné, se zdají být ověřené genetické souvislosti týkající se vrozené vyšší tolerance vůči alkoholu u potomků rodičů – alkoholiků (Royce, 1989). Jedná se o dispozici, která se projevuje tolerancí většího množství alkoholu počínaje první zkušeností s alkoholem (Kudrle in Kalina, 2003a). Zároveň má každý jedinec individuální „ustrojení“ mozkového neuromechanismu, kde do interakce s tímto systémem vstupují jednotlivé psychotropní látky a navozují tak změny, které jsou pak příznačné pro změnu nálad, emocí a kognitivních funkcí (NYDIA, 1990).

### **Psychologický model**

Psychologický model se zaměřuje na vliv tzv. psychogenních vlivů a faktorů pro rozvoj zneužívání návykových látek a pro rozvoj závislosti. Nejedná se o biologické faktory perinatálních poškození, ale jde o souvislosti psychických zážitků, tedy prožívání toho, co případně způsobilo nějaké biologické poškození. Tyto faktory můžeme pozorovat již v období nitroděložního vývoje a období porodu.

Mezi významné psychogenní faktory patří: úroveň postnatální péče, tj. péče o harmonický vývoj dítěte, vývoj a diferenciaci jeho potřeb, jejich přiměřené uspokojování s ohledem na hranice a v neposlední řadě také podpora

v době dospívání, v krizi hledané identity a pochopitelně adekvátní pomoc v případech objevující se patologie nejružnějších duševních poruch a onemocnění jako je deprese, úzkost případně psychotické onemocnění. V případě, že se jedinci nedostane adekvátní pomoci, bývá to právě počáteční sebemedikace, která později vede k rozvoji zneužívání návykových látek a vzniku závislosti (KUDRLE, in KALINA, 2003a).

### **Sociální model**

S. Kudrle píše, že sociální model vlastně zkoumá kontext, ve kterém se vše děje. Tedy stručně řečeno: zabývá se vlivem vztahů s okolím, které formují zrání jedince, eventuálně toto zrání brzdí či deformují. Mluví o vlivech, jež zahrnují širokou škálu od neobecnějších okolností, jako je rasová příslušnost, společenský status rodiny, prostředí ve kterém jedinec žije, úroveň sociální zajištěnosti, až po specifitější a konkrétnější ovlivňování. Podle autora jinak ovlivňuje zrání člověka život na poklidné vesnici a jinak na sídlišti rušného velkoměsta. Mezi konkrétnější vlivy, které na jedince působí, zařazuje například kvalitu rodinných vztahů, eventuálně nepřítomnost rodiny vůbec. Dospívání se totiž děje za procesu sociálního učení, na kterém se podílí hlavně rodina se svými pravidly, mýty a morálkou.

V dnešní době se stále častěji mluví o rozpadu rodin, o nedostatku času rodičů pro děti nebo o absenci rituálů, jež pozitivně formují zrání mladého člověka. Mladiství pak tedy hledají identifikační vzory mimo rodinu, ve své přirozeně závislé pozici mají potřebu vyhledávat silné jedince nebo skupiny. „*Hledají tak pocit přijetí, sounáležitosti a směřování k nezávislosti vůbec anebo dokonce jde o hledání přežití vůbec*“, říká autor (KUDRLE, in KALINA, 2003a, s. 93).

Další zásadní situace nastává, v případě, když dítě v rodině vyrůstá v těsné blízkosti závislých osob. Braní drog nebo pití alkoholu je dítěti prezentováno jako norma. Není výjimkou, že zneužívání návykové látky jedním z rodičů je tajeno, přejmenováno a stává se jakýmsi tabuizovaným tématem rodiny. Místo o opilosti, rodiče mluví o únavě a přepracování a kocovině říkají nemoc apod. Život s alkoholikem nebo toxikomanem, znamená žít dysfunkční



vztahy, být vystaven prudkým změnám nálad a postojů, to vše závisí na tom, jestli je závislý akutně intoxikován nebo zda takzvaně odčiňuje v době střízlivosti.

Mimo rodiny hraje zajisté důležitou roli také kolektiv vrstevníků. Mladý člověk by měl být podporován pro zdravý a aktivní rozvoj diferencovaných vztahů a s tím i zájmových činností a vyrovnání se s autoritami. Což pro rodiče jako pro dospělé znamená kultivovat svůj vlastní obraz, který svým dětem jako poselství do jejich života předkládají (KUDRLE, in KALINA, 2003a).

### **Spirituální model**

Spiritualitu Kudrle vysvětluje jako vztah k něčemu, co člověka přesahuje, k čemu se vztahuje jako k nejvyšší autoritě, řádu a ideji. Jedná v podstatě o intimní oblast přímého a individuálního prožitku toho, co se skrývá za každodenním úsilím, co dává smysl tomuto úsilí a životu celkově.

Poznatky ohledně tohoto modelu nejvíce šířili Anonymní alkoholici ve svých 12. krocích k úzdavě. V těchto krocích mluví o vztahu k Vyšší moci, která má pomoci obnovit zdraví a navrátit smysl životu. Avšak je důležité zmínit, že spirituální pojem odlišovali od pojmu náboženského v tradičním pojetí. Zdůrazňován je přímý prožitek Božství, nikoliv účast v konkrétní církvi a její věrouky (KUDRLE, in KALINA, 2003a).

Tématem každého závislého člověka je práce na vzdání se svého závislého Já, sebestředného pojetí, pocitů ublíženosti a nenávisti a agrese. Taktéž nezbytné je učit se pokornému naslouchání a přijetí možností, které život reálně poskytuje. Pokud terapeutický program tyto hluboko uložené potřeby oslovuje, stávají se pak zcela hmatatelnými a lépe uchopitelnými. V léčebných programech se závislí klienti setkávají s běžným dilematem, který lze vyjádřit jednou větou: „*jsem střízlivý, kdy tedy budu šťastný?*“ Přesto, že člověk již stabilizoval svoji abstinenci, témata jako je existenciální prázdno, deprese a ztráta smyslu bytí, zůstávají. V léčebných programech je tedy důležité oslovovat tato témata a tak usnadnit cestu k úzdavě na existenciální úrovni. Můžeme se dočíst o tvrzeních, že krize, která znamená závislost, je především duchovní krizí, „žízni po celistvosti“ (GROFFOVÁ, 1998).

## **Příloha č. 2: Užívání návykových látek a jeho komplikace**

Tuto přílohu uvádím pro dokreslení odborného textu, aby měl čtenář lepší představu o tom, jak alkohol účinkuje a jaké přináší komplikace, neboť v praktické části uvádím případové studie, kde se problémy klientů týkají právě závislosti na alkoholu a jejich duševního onemocnění.

Užívání návykových látek představuje ty látky, které jsou jedincem požívané či zneužívané ke změnám nálad, vědomí, povzbuzení nebo tlumení psychosomatických komplikací. Zároveň ovlivňuje biochemické procesy v mozku, a to centrální i periferní nervovou soustavu. Při častém a opakovaném požívání hrozí riziko závislosti (HARTL, HARTLOVÁ, 2000).

### **Alkohol**

Již v historii byl etylalkohol neboli alkohol známý ve formě alkoholických nápojů. Byl používán například pro náboženské nebo léčebné účely, až později se stále častěji začal konzumovat jako nápoj. I dnes má alkohol významnou úlohu v medicínské farmakologii a je také oblíbený v oblasti domácí medicíny. „Česká republika patří dlouhodobě v celosvětovém žebříčku mezi státy s nejvyšší spotřebou alkoholu, resp. alkoholických nápojů. V přepočtu na 100% alkohol to již řadu let představuje průměrnou spotřebu téměř deseti litrů (!!!) na jednoho obyvatele za rok“ (POPOV, in KALINA, 2003a).

Nadměrnou konzumací alkoholu jsou často zapříčiněné somatické komplikace, které se mohou týkat všech oblastí lidského organismu. K nejčastějším případům patří poškození gastrointestinálního traktu (průjmy, jícnové varixy, gastritidy aj.), zvyšuje se riziko cirhózy jater a karcinomu jater. Chronické užívání alkoholu může také narušit endokrinní systém, u mužů způsobit poruchy sexuální funkce, která může vést až k impotenci. U těhotných žen závislých na alkoholu, může dojít k poškození plodu projevující se u dětí postižením centrální nervové soustavy nebo růstovou mentální retardací. Dále se objevuje orgánové poškození oběhové soustavy a dýchacího systému.

Závislost na alkoholu doprovázejí pochopitelně i psychické problémy. Při akutní intoxikaci alkoholem vzniká náhlá patická reakce zvaná jako „patická ebrieta“, která začíná brzy potom, co jedinec vypije relativně malé množství alkoholu. Takto malé množství alkoholu by však u jiných jedinců nezpůsobilo intoxikaci. V tomto stavu dochází ke kvalitativní poruše vědomí, která je spojena s nepochopitelným jednáním, jež je u jedince ve střízlivém stavu neobvyklé. Objevují se poruchy emocí, vnímání (zrakové a sluchové halucinace), poruchy myšlení (perzekuční bludy). Velmi často je jedinec nadměrně agresivní vůči okolí. Tyto poruchy mohou trvat jen několik minut, ale i několik hodin po nichž následuje úplná či ostrůvkovitá amnézie.

V důsledku dlouholetého chronického užívání alkoholu se může vyvinout psychotická porucha tzv. alkoholická psychóza.

Není výjimkou, že dost často je se závislostí na alkoholu i na ostatních návykových látkách spojena další duševní porucha. V případě, že tyto psychické potíže neodezní v době abstinence, mluvíme o tzv. duální diagnóze, které se detailněji věnuji ve druhé části této práce (POPOV, in KALINA, 2003a).

### **Příloha č. 3: Další techniky zvládnání cravingu**

Nešpor a Csémy zmiňují další účinné techniky zvládnání cravingu:

- prostě vydržet,
- *spánek nebo odpočinek,*
- *včas bažení rozpoznat, uvědomit si bažení na samém počátku, kdy je slabé,*
- *myslet na své zdraví,*
- *hovořit o pocitech při bažení – s odborníkem či někým blízkým, telefonicky (linka důvěry) nebo i přímo,*
- *sex,*
- *relaxační techniky (úplná nebo částečná relaxace),*
- *jít někam, kde nejsou návykové látky,*
- *napít se nealkoholického nápoje,*
- *požádat o pomoc,*
- *s rizikovými myšlenkami diskutovat anebo vyvolat opačné myšlenky,*
- *uvažovat o příčinách bažení,*
- *využívat pomůcek, talismanů, symbolů připomínajících abstinenci*
- *použití léku předepsaného lékařem,*
- *v duchu nebo nahlas si popisovat pocity při bažení,*
- *někomu odevzdat peníze,*
- *cvičit plný jógový dech,*
- *pozorovat dech,*
- *pocity při bažení pokud možno, uvolněně a neosobně pozorovat,*
- *sám někomu nabídnout pomoc,*
- *sebemonitorování (zapisovat si, kdy bažení vzniká a co ho pomáhá překonat)“ (cit dle NEŠPOR, CSÉMY, NEŠPOR, in KALINA, 2003a, s. 121).*

## **Příloha č. 4: Nejčastější duševní poruchy vyskytující se u duální diagnózy**

### **Afektivní porucha (poruchy nálady) F. 3**

Poruchy nálady jsou v MKN-10 popisovány zejména změnou nálady nebo afektivity obvykle k depresi ať už jsou spojené s úzkostí či nikoliv, nebo k elaci. Tuto změnu nálady zpravidla doprovází změny celkové aktivity a většina ostatních symptomů je buď sekundární ke změnám nálady a aktivity, nebo se v souvislosti s těmito změnami snadno pochopí. Většina poruch má sklony k relapsům a začátek jednotlivých fází má často vztah ke stresovým událostem či situacím (MKN-10, 2006).

### **Bipolární porucha F. 31**

Bipolární poruchu řadíme mezi afektivní poruchy, tedy poruchy nálady. Pro duální diagnózu se bipolární porucha v kombinaci se závislostí na návykových látkách objevuje nejčastěji.

Je definována opakovanými epizodami, při nichž je pacientova nálada a úroveň činnosti hluboce narušena. Povznesenou náladu, vyšší tělesnou i duševní aktivitu (manická fáze) střídá skleslá nálada, energie a aktivita (depresivní fáze). Mezi jednotlivými fázemi příznaky onemocnění obvykle úplně mizí. Na rozdíl od jiných afektivních poruch je rozšíření u obou pohlaví téměř stejné (MKN-10, 2006).

### **Schizofrenie F. 2**

Obecně jsou schizofrenní poruchy charakterizovány významnými poruchami myšlení, vnímání a afektivitou, která je nepřiměřená a oploštělá. Přesto, že se časem mohou objevit kognitivní nedostatky, jasné vědomí a intelektové schopnosti jsou většinou zachovány. *„Nemocný má často pocit, že jeho nejintimnější myšlenky, pocity a činy jsou známy nebo sdíleny jinými lidmi. Mohou se rozvinout bludné interpretace, že přírodní nebo nadpřirozené síly ovlivňují pacientovo myšlení a jednání, a to často bizarní formou. Mohou být*

*často pokládány za osu všeho, co se děje. Jsou běžné především sluchové halucinace, hlasy mohou komentovat chování nebo myšlení pacienta“ (MKN-10, 2006, s. 83).*

## **Porucha osobnosti F. 6**

Pod pojmem osobnost rozumíme individuální soubor duševních a tělesných vlastností člověka, jež se utvářejí v průběhu vývoje a projevují se v sociálních vztazích. Strukturu osobnosti tvoří vrozené a získané vlastnosti, které dělají každou osobnost charakteristickou a jedinečnou. Během individuálního vývoje se stále více doplňují vrozené dispozice (temperament), které jsou obohaceny získanými dispozicemi (charakterem). Podle Praška jsou poruchy osobnosti *„variantou charakterových a temperamentových rysů, které se významně odchyľují od rysů patrných u většiny lidí“ (PRAŠKO, 2009, s. 15).*

## **Neurotické poruchy F.4**

### **Panická porucha F.41**

Panická porucha se projevuje opakovanými záchvaty silné úzkosti, tedy paniky, které přichází naprosto spontánně a nejsou nijak vázány ani omezeny na konkrétní podněty a situace. Je doprovázena tělesnými příznaky, strachem ze ztráty kontroly smrti a také ze zešílení. Může také docházet k intenzivnímu rozvoji strachu ze ztráty sebekontroly nebo dojmu, že se stane něco hrozného. Pacient tyto záchvaty neumí předvídat. U záchvatu můžeme pozorovat obvyklé vegetativní symptomy, jako je bušení srdce, bolest na hrudi, pocity dušení, závratě a neskutečnosti (depersonalizace, derealizace) (Svoboda, Češková, Kučerová, 2006).

### **Obsedantně-kompulzivní porucha F. 42**

*„Podstatným rysem jsou opakovaně se vyskytující obsedantní myšlenky nebo nutkavé akty. Obsedantní myšlenky jsou nápady, představy, nebo impulzy, které se znovu a znovu ve stereotypní formě vtírají do mysli subjektu. Téměř vždy vyvolávají tíseň, protože jsou násilného nebo obscénního rázu nebo prostě proto,*

*že jsou vnímány jako nesmyslné a subjekt se obvykle bezúspěšně snaží je potlačit. Uznává je jako své vlastní i když jsou mimovolné a často odpuzující.*

*Nutkavé akty nebo rituály jsou stereotypní úkony, které se znovu a znovu opakují. Nejsou spojeny s příjemnými pocity ani nevedou k realizaci užitečných cílů. Pacient na ně často pohlíží jako na prevenci nějaké objektivně nepravděpodobné události, která často představuje škodu pro něho samotného nebo škodu, kterou by mohl sám způsobit. Obvykle, i když ne vždy si uvědomuje, že je jeho chování nesmyslné a neúčinné a opakovaně se mu snaží odolat.*

*Obvykle je přítomna úzkost, ať s vegetativními příznaky, nebo bez nich.“*  
(MKN-10, 2006, s. 121).

## Příloha č. 5: Důležité zásady pro diagnostiku duální diagnózy

Kalina popisuje důležité zásady a kritéria nezbytné pro diagnostiku duální diagnózy:

- *„kvalitně provedené komplexní psychologické vyšetření (zaměřené na osobnost i výkonové schopnosti pacienta);*
- *sociální a sociálně-právní zhodnocení stavu a situace pacienta (může pomoci v získání diagnostiky validních informací o životě pacienta, míře vlivu jeho sociální a rodinné situace, na jeho problémy atd.);*
- *kontrolované podmínky pro vyšetření z hlediska požití návykových látek, tj. především zamezit dalšímu požití návykových látek (kontrola doby abstinence) a mít přehled o časovém odstupu např. od poslední intoxikace. Toto kritérium je často podceňováno a přitom např. u diagnostiky toxických psychóz může být téměř jediným validním kritériem pro odlišení od jiných psychotických poruch. Zajištění kontrolovaných podmínek také znamená možnost opakovat vyšetření a provést například několik nezávislých pozorování s určitým časovým odstupem atd.;*
- *detailní znalost anamnestických údajů, a to jak z perspektivy individuální, tak rodinné anamnézy a průběhu onemocnění/poruchy;*
- *seznámení s předchozí zdravotnickou dokumentací pacienta nebo s výpisy z ní (údaje případně ověřujeme s kolegy z jiného odborného zařízení);*
- *zajištění standardního toxikologického, biochemického a dalších vyšetření, včetně celkového důkladného vyšetření tělesného stavu pacienta;*
- *spolupráce a ochota pacienta, bez které mnohé z údajů není možné přesně zjistit a mít jejich přesný popis (okolnosti vzniku, průběhu apod.)“*  
(KALINA, 2008, s. 80,81).



## Příloha č. 6: Kvalitativní výzkum

Odborníci tvrdí, že neexistuje jednotná charakteristika ani způsob, jak vymezit kvalitativní výzkum. Jsou metodologové, kteří chápou kvalitativní výzkum jako doplňkovou metodu tradičního kvantitativního výzkumu a naopak tací, jež ho popisují jako „*protipól nebo vyhraněnou výzkumnou pozici ve vztahu k jednotné, na přírodovědných základech postavené vědě*“ (HENDL, 2005, s. 49). Podle Creswella se jedná o „*proces hledání porozumění, založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách*“ (cit dle CRESWELL, in HENDL, 2005, s. 50).

Postupem času se stal kvalitativní výzkum v sociálních vědách rovnocenným ostatním formám výzkumu (HENDL, 2005). Mezi základní metody kvalitativního výzkumu zahrnujeme:

- pozorování (vyžaduje delší dobu kontaktu, výzkumník má možnost porozumět dané subkultuře);
- texty a dokumenty (spočívá v rozboru významu, organizaci a použití, výhodou je teoretické porozumění);
- interview (je relativně nestrukturované, přínosem je porozumění zkušenosti);
- audio- a videozáznamy (jedná se o přesný přepis přirozených interakcí, kladnou stránkou je porozumění průběhu interakcí) (HENDL, 2005).

V následujícím přehledu představím základní charakteristiky kvalitativního výzkumu (cit dle MILES, CRESWELL, in HENDL, 2005, s. 51):

- „*provádí se pomocí delšího a intenzivního kontaktu s terénem nebo situací jedince či skupiny jedinců;*
- *výzkumník se snaží získat integrovaný pohled na předmět studie, na jeho kontextovou logiku, na explicitní a implicitní pravidla, která fungují v dané oblasti;*

- *používají se relativně málo standardizované metody získávání dat. Hlavním instrumentem je výzkumník sám. Typy dat v kvalitativním výzkumu zahrnují např. přepisy terénních poznámek z pozorování a rozhovorů, fotografie, audio- a videozáznamy, vše ostatní co přibližuje všední život zkoumaných lidí;*
- *hlavním úkolem je objasnit, jak se lidé v daném prostředí a situaci dobírají pochopení toho, co se děje, proč jednají určitým způsobem a jak organizují své všednodenní aktivity a interakce;*
- *data se induktivně analyzují a interpretují“ (HENDL, 2005, s. 52).*

## Příloha č. 7: Sběr dat

Data pro empirickou část bakalářské práce jsem sbírala formou interview s klienty trpící duální diagnózou a na základě toho vypracovala jejich případové studie.

Gavora popisuje interview jako interpersonální kontakt pocházející z anglického jazyka a znamená inter = mezi a view = pohled, názor nebo stanovisko ohledně něčeho. V českém jazyce je známý pod pojmem „rozhovor“ (GAVORA, 2000).

*„Interview je výzkumnou metodou, která umožňuje zachytit nejen fakta, ale umožňuje i hlouběji proniknout do motivů a postojů respondentů. U interview můžeme sledovat i některé vnější reakce respondenta a podle nich pohotově usměrnit další průběh kladení otázek“* (cit dle SKALKOVÁ, in GAVORA, 2000, s. 92).

Lze říci, že hlavní dvě formy rozhovoru představují v první řadě všemožné dotazníky s pevně danou strukturou a uzavřenými otázkami a v druhé řadě volné rozhovory, jejichž struktura není pevně stanovena a mají spíše povahu volného vyprávění respondenta. Dále můžeme mluvit i o určité střední cestě, která má podobu polostrukturovaného dotazování, jež se vyznačuje *„definovaným účelem, určitou osnovou a velkou pružností celého procesu získávání informací“* (HENDL, 2005, s. 164).

Švaříček a Šedřová považují za základní typy rozhovoru polostrukturovaný a nestrukturovaný, jehož také nazýváme narativním rozhovorem. Podle autorů vychází polostrukturovaný rozhovor z předem připraveného seznamu témat a otázek a u nestrukturovaného rozhovoru postačí výzkumníkovi pouze jedna otázka. Poté se na základě výpovědi a získaných informací doptává (ŠVAŘÍČEK, ŠEĎOVÁ, 2007).

Případová studie se zabývá detailním studiem jednoho případu nebo několika málo případů. Oproti statistickému šetření, jež sbírá poměrně omezené množství dat od mnoha respondentů, pro případovou studii sbíráme velké množství dat týkající se jednoho nebo několika málo jedinců. *„V případové studii jde o zachycení složitosti případu, o popis vztahů v jejich celistvosti“* (HENDL, 2005, s. 104). Jak říká autor: *„Případová studie je podobná*

*mikroskopu: její hodnota závisí na tom, jak dobře je zaostřena“* (HENDL, 2005, s. 104). Odborníci se domnívají, že důkladným prozkoumáním jednoho případu, budeme schopni porozumět jiným podobným případům (HENDL, 2005).

## **Příloha č. 8: Etika výzkumného šetření**

Existují jistá základní pravidla, která hrají ve společenskovedním výzkumu důležitou roli. Hendl zmiňuje zásady etického jednání, které výzkumník musí být schopen zajistit:

- Je nutné získat poučený neboli informovaný souhlas – osoba se zúčastní výzkumu, pouze za předpokladu, že s tím souhlasí. Zároveň před zahájením této studie musí být plně informovaná o jejím průběhu a okolnostech.
- Nezletilí nejsou oprávněni dát informovaný souhlas, v případě, že jsou schopni, je nezbytné, aby takové prohlášení získali.
- Jestli došlo k nevyhnutelnému zatajení informací, po skončení výzkumu, musí být všichni účastníci úplně seznámeni s okolnostmi proběhlé studie.
- Účastníci si musí být vědomi, že mohou kdykoliv spolupráci na studii ukončit. Stejně tak je nutné respektovat požadavek nezletilého.
- Výzkumník je povinen zajistit anonymitu účastníka studie, v případě, že už sám jeho identitu zná. Nesmí jeho identitu odhalit nikomu dalšímu (HENDL, 2005).

## Příloha č. 9: Informované souhlasy

### Informovaný souhlas

Vážený pane/paní,

Velice si vážím Vaší ochoty účastnit se výzkumné části mé bakalářské práce. Kazuistický rozhovor této studie obsahuje celkem 5 témat, zaměřující se na objasnění Vaší současné situace. Hlavním cílem studie je zjištění důvodů léčby.

Údaje nebudou s nikým sdíleny a data budou analyzována pouze mnou. Vaše účast je dobrovolná a anonymní, stejně tak můžete z jakéhokoli důvodu účast přerušit.

Rozumím, že s informacemi, které poskytnu, bude nakládáno důvěrně, data budou shromažďována a analyzována výše popsaným způsobem, a to výhradně k účelům této studie.

Svým podpisem stvrzuji, že souhlasím s účastí na studii.

Datum... 18. 6. 2012 .....

.....  
.....  
.....

(podpis)

### Informovaný souhlas

Vážený pane/paní,

Velice si vážím Vaší ochoty účastnit se výzkumné části mé bakalářské práce. Kazuistický rozhovor této studie obsahuje celkem 5 témat, zaměřující se na objasnění Vaší současné situace. Hlavním cílem studie je zjištění důvodů léčby.

Údaje nebudou s nikým sdíleny a data budou analyzována pouze mnou. Vaše účast je dobrovolná a anonymní, stejně tak můžete z jakéhokoli důvodu účast přerušit.

Rozumím, že s informacemi, které poskytnu, bude nakládáno důvěrně, data budou shromažďována a analyzována výše popsaným způsobem, a to výhradně k účelům této studie.

Svým podpisem stvrzuji, že souhlasím s účastí na studii.

Datum... 19. 6. 2012 .....

.....  
.....  
.....

(podpis)

## Informovaný souhlas

Vážený pane/paní,

Velice si vážím Vaší ochoty účastnit se výzkumné části mé bakalářské práce. Kazuistický rozhovor této studie obsahuje celkem 5 témat, zaměřující se na objasnění Vaší současné situace. Hlavním cílem studie je zjištění důvodů léčby.

Údaje nebudou s nikým sdíleny a data budou analyzována pouze mnou. Vaše účast je dobrovolná a anonymní, stejně tak můžete z jakéhokoli důvodu účast přerušit.

Rozumím, že s informacemi, které poskytnu, bude nakládáno důvěrně, data budou shromažďována a analyzována výše popsaným způsobem, a to výhradně k účelům této studie.

Svým podpisem stvrzuji, že souhlasím s účastí na studii.

Datum... 01.6.2012 .....

..... *Jakubova* .....

(podpis)

## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

<b>Jméno a příjmení autora/ky:</b>	Zuzana Mertová
<b>Studijný program:</b>	Bc.
<b>Studijný obor:</b>	Psychologie
<b>Název práce:</b>	Relaps závislosti na návykových látkách u klientů trpících duální diagnózou
<b>Počet stran (bez příloh):</b>	60
<b>Celkový počet stran příloh:</b>	17
<b>Počet titulů české literatury a pramenů:</b>	21
<b>Počet titulů zahraniční literatury a pramenů:</b>	5
<b>Počet internetových odkazů:</b>	1
<b>Vedoucí práce:</b>	Mgr. Jakub Zlámaný
<b>Rok dokončení práce:</b>	2012



## Evidenční list knihovny

Souhlasím s tím, aby má bakalářská práce byla využívána ke studijním účelům.

V Praze, dne: .....

.....

Uživatel/ka potvrzuji svým podpisem, že pokud tuto bakalářskou práci využijí ve své práci, uvedou ji v seznamu literatury a budou ji řádně citovat jako jakýkoliv jiný pramen:

Jméno, příjmení	Adresa	Datum	Podpis

**Posudek vedoucího bakalářské práce  
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Zuzana Mertová

Obor studia: Psychologie

Název práce: Relaps závislosti na návykových látkách u klientů trpících duální diagnózou

Vedoucí práce: Mgr. Jan Jakub Zlámaný

**Technické parametry práce:**

Počet stránek textu (bez příloh): 60

Počet stránek příloh: 17

Počet titulů v seznamu literatury: 27

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

**Výběr tématu**

Závažnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Oborová přiléhavost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	1			
--	---	--	--	--

**Formální zpracování**

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	1			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	1			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	1			
--	---	--	--	--

**Metody práce**

Vhodnost a úroveň použitých metod

	1			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	1			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

	1			
--	---	--	--	--

**Obsahová kritéria a přínos práce**

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

	1			
--	---	--	--	--

Naplnění cílů práce

	1			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	1			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	1			
--	---	--	--	--

\*\* 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

	1			
--	---	--	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

	1			
--	---	--	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Otázka k obhajobě:

Kde si autorka myslí, že byly v léčbě jednotlivých případů učiněny největší nedostatky?

Předkládaná práce splňuje nároky kladené na bakalářskou práci. Autorka rozčlenila práci do sedmi kapitol. V prvních třech kapitolách popisuje problematiku duálních dg. z teoretického hlediska a nevynechala, dle mého názoru, nic podstatného. V dalších kapitolách, které jsou zároveň empirickou částí práce, předkládá tři případové studie s cílem zjistit co bylo hlavním spouštěčem relapsu v jednotlivých případech.

Kolegyně v teoretické části prokázala schopnost práce s odbornou literaturou a systematického shromažďování informací o daném tématu. V empirické části pro svůj výzkumný cíl využila kvalitativní výzkumné metodologie s cílem sestavit kazuistiky tří klientů s duální dg.. Autorka je poměrně stylisticky zdatná a v teoretické části popisuje všechny podstatné pojmy a teoretické koncepty spojené se studovanou problematikou. V praktické části své práce, prokazuje schopnost použít kvalitativní výzkumnou metodologii, sbírat data pomocí polostrukturovaných rozhovorů, sestavit případové studie a srozumitelně interpretovat výsledky.

#### **Připomínky:**

**Formální:** Neshledávám, kromě absence kritického pohledu na svoji práci v kapitole diskuse, závažnější formální nedostatky.

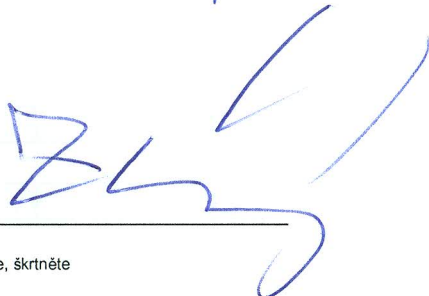
**Obsahové:** Práce by mohla mít hlubší metodologický záběr, závěry získané z kazuistik jsou skromné, chybí širší diskuse nad získanými daty a více vlastních názorů autorky. Viz. otázky k obhajobě.

Celkově: **Ocenit musíme volbu tématu, které je velmi aktuální, přiléhavě odpovídá studovanému oboru a je mu dosud věnováno jen málo badatelské aktivity. Práci hodnotím jako výbornou a doporučuji ji k obhajobě.**

Navrhovaná klasifikace: **výborně**  
Doporučení k obhajobě: doporučuji\*

Datum, podpis:

11.9.2012



\* nehodící se, škrtněte

**Posudek oponenta bakalářské práce  
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

**Jméno a příjmení studentky:** Zuzana Mertová

**Obor studia:** Psychologie

**Název práce:** Relaps závislosti na návykových látkách u klientů trpících duální diagnózou

**Oponentka práce – Mgr. Zuzana Janotková**

**Technické parametry práce:**

Počet stránek textu (bez příloh): 60

Počet stránek příloh: 17

Počet titulů v seznamu literatury: 27

**Výběr tématu**

Závažnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Oborová příléhavost tématu

		x		
--	--	---	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	x			
--	---	--	--	--

**Formální zpracování**

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

		x		
--	--	---	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	x			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	x			
--	---	--	--	--

**Metody práce**

Vhodnost a úroveň použitých metod

--	--	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

	x			
--	---	--	--	--

**Obsahová kritéria a přínos práce**

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

--	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

--	--	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	x			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	x			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

	x			
--	---	--	--	--



Vhodnost prezentace závěrů práce  
(publikace, referáty, apod.)

	x			
--	---	--	--	--

Studentka ve své bakalářské práci seznamuje s tématem „Relaps závislosti na návykových látkách u klientů trpících duální diagnózou“.

V teoretické části systematicky informuje o důležitých aspektech s tématem souvisejících. Výstižně a přehledně zpracovává nosná témata své práce. Jasně definuje odborné pojmy.

Důležitou a nezbytnou součástí jsou kapitoly, které čtenáře obeznamují s terminologií závislosti na návykových látkách, s důrazem na relaps a duální diagnózu.

Studentka ve své práci s citem a odborným náhledem výstižně zpracovala dané téma.

Celkově vnímám teoretickou část obsahově ucelenou a odborně správně definovanou. Kapitoly i podkapitoly práce jsou přehledné, odborně a jasně na sebe navazující.

Empirickou část vnímám jako metodologicky kvalitní. Studentka použila kvalitativní výzkum / individuální polostrukturovaný rozhovor / , který obsahuje tři případové studie klientů trpících duální diagnózou. Byly zjišťovány příčiny a rizikové situace relapsu i dané klientely.

Studentka zde poukazuje na to, co mají klienti s duální diagnózou společné a co je odlišuje a navrhuje formy péče o tyto klienty a doporučení jakým způsobem zvládat přicházející relaps. Návrh léčit závislost klienta a jeho psychické onemocnění současně shledám jako správnou formu integrativní léčby. Jak studentka dále uvádí, je nezbytné, aby klienti, kteří se dostanou do ambulantní nebo ústavní léčby byli dostatečně informováni o relapsu, jeho prevenci atd.

Pokud zmíníme formální aspekty práce, lze konstatovat, že jsou v pořádku, text práce je koherentní, se správnou orientací. Studentka také správně dle pokynů pracovala s odbornou literaturou a citacemi. Jazyk v odborném textu odpovídá formálním požadavkům.

Celkově hodnotím bakalářskou práci jako velmi přínosnou a cennou.

#### Otázky k obhajobě:

1. Co Vás vedlo ke zpracování daného tématu?
2. Nejtěžší momenty v empirické části Vaší práce?
3. Definujte rozdíl mezi relapsem a recidivou?
4. Je nahlášený a zpracovaný relaps klientem ve spolupráci s odborníkem na léčbu závislosti pokračováním v abstinenci?

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: výborně

Datum, podpis: 10. 9. 2012

A handwritten signature in blue ink, consisting of several fluid, connected strokes that form a stylized, cursive-like mark.