

The Effect of a Dysfunctional Family on the Development of Dependence and the Importance of Matching and Motivational Therapy in Working with Dependent Clients



PAVLOVSKÁ, A.

Department of Addictology, 1st Faculty of Medicine, Charles University in Prague and General University Hospital in Prague, Czech Republic

Citation: Pavlovská, A. (2012). Vliv nefunkční rodiny na vznik závislosti a důležitost matchingu a práce s motivací u závislého klienta. *Adiktologie*, (12)1, 54–61.

SUMMARY: *Michal, a 25-year-old client, has an 8-year history of multiple drug use (methamphetamine, heroin, alcohol, and Rohypnol®). He started using drugs in a totally different context than his peers did – he wanted to kill himself, not just enjoy himself. The author only met him once in the therapeutic community, at the time of his undertaking the first phase of treatment (after he had completed the zero phase repeatedly). The case study shows the importance of timely and good matching, the crucial role of motivational therapy, the development of dependent and aggressive behaviour in a dysfunctional family, and the effect of a pathological relationship with a drug-using girlfriend on maintaining the client's dependence. All ethical requirements have been met. Most of the real client's biographic data (such as his name and address) have been changed, and the client has agreed to his case history being used. The anonymity of all the treatment institutions has been guaranteed.*

KEY WORDS: DEPENDENCE DEVELOPMENT – MATCHING – MOTIVATIONAL THERAPY – POLYDRUG USE – SELF-HARM

Submitted: 13 / JANUARY / 2012

Accepted: 20 / MARCH / 2012

Grant support: The article was supported by resources of the Internal Grant Agency of the Ministry of Health (IGA MZ CR – NS/10032-3).

Address for correspondence: Amalie Pavlovská / pavlovska@adiktologie.cz / Department of Addictology, 1st Faculty of Medicine, Charles University in Prague and General University Hospital in Prague, Apolinářská 4, 128 00 Prague 2, Czech Republic

Vliv nefunkční rodiny na vznik závislosti a důležitost matchingu a práce s motivací u závislého klienta



PAVLOVSKÁ, A.

Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

Citace: Pavlovská, A. (2012). Vliv nefunkční rodiny na vznik závislosti a důležitost matchingu a práce s motivací u závislého klienta. *Adiktologie*, (12)1, 54–61.

SOUHRN: Klient Michal (25 let), v anamnéze 8 let užívání kombinací návykových látek pervitinu, heroinu, alkoholu a rohypnolu. Návykové látky začal užívat ve zcela jiném kontextu než jeho vrstevníci – chtěl se zničit, ne si užívat a bavit se. Autorka se s ním setkává jednorázově v léčebném procesu v terapeutické komunitě v době, kdy je, po opakovaném absolvování fáze nulté, v první fázi léčby. Na kazuistice lze ukázat důležitost včasného a kvalitního matchingu, nezbytnost práce s klientovou motivací, vznik a vývoj závislostního a agresivního chování v dysfunkční rodině a vliv patologického vztahu s užívatelkou drog na udržování závislosti klienta. Etické požadavky jsou splněny. Jedná se o z velké části pozměněné biografické údaje reálného klienta (jméno, bydliště), který s použitím kazuistiky souhlasil. Zároveň je zachována anonymita léčebných zařízení.

KLÍČOVÁ SLOVA: MATCHING – POLYMORFNÍ UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK – PRÁCE S MOTIVACÍ – SEBEPOŠKOZOVÁNÍ – VZNIK ZÁVISLOSTNÍHO CHOVÁNÍ

Došlo do redakce: 13 / LEDEN / 2012

Přijato k tisku: 20 / BŘEZEN / 2012

Grantová podpora: Tato práce byla podpořena prostředky Interní grantové agentury Ministerstva zdravotnictví (IGA MZ ČR – NS/10032-3).

Korespondenční adresa: Bc. Amalie Pavlovská / pavlovska@adiktologie.cz / Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Apolinářská 4, 128 00 Praha 2

● 1 ANAMNÉZA

● 1 / 1 Rodinná anamnéza

Michal se narodil roku 1984 do úplné rodiny. O 5 let později se mu narodil bratr, jeho vychovávali rodiče z neznámých důvodů zcela odlišně než Michala, věnovali se mu. I přesto měl Michal se svým bratrem velmi dobrý vztah a byl do určité míry jeho vzorem. Matka pracuje jako dámská krejčová. Otec je Slovák, povoláním podnikatel. Na rodinu byl velmi přísný, nikdy děti nechválil, kladl na ně velmi vysoké nároky. Svou ženu pravidelně bil, Michal se mnohdy snažil strhávat jeho útoky na sebe.

Michala do jeho 12 let vychovával dědeček, protože se rodiče o něj starat nechtěli – dávali mu veškeré materiální zabezpečení, nikoli však lásku. Snad i proto byl Michal ve svém věku samostatnější a cílevědomější než jeho vrstevníci. Dědečka měl Michal velice rád, byl pro něj dle vlastních slov nejdůležitějším člověkem v životě. V Michalových 12 letech dědeček zemřel, shodou okolností zrovna ve spánku, když u něj spal Michal v posteli. Tato skutečnost Michala tvrdě zasáhla, ale podle svých slov by se s ní byl vyrovnal, kdyby mu rodiče umožnili jít dědovi na pohřeb. To mu však nedovolili (Michal nevěděl proč), proto úmyslně vyhledal své kamarády a požádal je o první cigaretu marihuany, nejspíš aby si ublížil.

Od dědovy smrti musel Michal bydlet doma u rodičů, kde se však necítil dobře, i proto začal ve 14 letech jezdit na hiphopové akce, kvůli kterým rodičům lhal, aby ho vůbec pustili ven.

● 1 / 2 Osobní anamnéza

Rodiče ani jiní blízcí příbuzní s návykovými látkami nikdy problémy neměli.

Michal je negativní na hepatitidu typu B i C, přítelkyně Martina je pozitivní na hepatitidu C (nakazila se sdílením jehel) a nyní je léčena Interferonem. Martina je jediným člověkem, s nímž Michal sdílel injekční náčiní. Strach z nákazy nemá. Zažil problémy spojené s užíváním drog – tedy abscesy, záněty. Michal nebyl ve svém životě nikdy vážně nemocen, prodělal pouze běžné dětské nemoci. V souvislosti se závislostí na alkoholu prožil delirium, hlouběji však o tomto zážitku hovořit nechtěl.

● 1 / 3 Sociální anamnéza

Na základní škole se Michal učil dobře a bavilo ho to, do 7. třídy měl vyznamenání. Tento věk (12 let) byl u něj přelomový, v té době mu zemřel dědeček a Michal začal kouřit marihuanu, aby unikl z reality, poškodil se, také měl potíže se záškoláctvím, volný čas trávil venku s kamarády. Po základní škole chtěl jít studovat strojní průmyslovou školu, ale to by znamenalo bydlet přes týden na internátu, což mu rodiče zakázali. Musel proto na blízké učiliště, kde si vybral obor kuchař. Obor ho záhy začal bavit, konkrétně tedy ku-

chařská praxe. Půl roku před koncem studia školu ukončil (důvodem nebyly přímo drogy, spíše jiné zájmy, nechuť se učit), nakonec ale obor dostudoval jinde. Po dostudování učiliště se rozhodl dodělat si dálkově maturitu v oblasti managementu, v této době začal ale užívat heroin, proto před maturitou školu ukončil, dal přednost životu v Praze a toulkám.

Ve 14 letech chtěl Michal zabít svého otce (když opětovně napadal jeho matku), nakonec se ale rozhodl ublížit raději sám sobě, zapíchl si tedy kruzítko do ruky. Od období dospívání řešil svou nepohodu, chvíle osamění, úzkosti a beznaděje sebepoškozováním, které mu prý přinášelo úlevu. Nyní v léčbě už prý pociťuje strach z ubližování si.

Dohromady měl Michal tři vztahy s dívkami. První dívkou byla Pavla, která zemřela v jeho 15 letech. Druhou byla jeho mistrová na praxi, byla starší než on a vdaná. Zároveň v této době však začal užívat i heroin a musel si dle svých slov mezi těmito dvěma láskami vybrat – a vybral heroin. Třetí dívkou je Martina, se kterou je dosud. Martina má diagnostikovanou schizofrenii a užívala pervitin. Šla se ale ze závislosti léčit, poprvé do psychiatrické léčebny.

Za výrobu omamných a psychotropních látek byl Michal potrestán podmíněčným trestem odnětí svobody na 3 roky s dohledem. Byl také odsouzen za těžké ublížení na zdraví ke 400 hodinám obecně prospěšných prací. Ty ale nevykonal, trest mu byl proto změněn na odnětí svobody v délce 4 měsíců. Pobyt ve vězení „profetoval“, kamarádi mu sem posílali drogy. Venku nikdy nepoznal nedostatek drog, až ve vězení zažil poprvé abstinenci příznaky, které nebyly příjemné. Začal tady také uvažovat o léčbě. Po propuštění ale znovu užíval. Na tip od známého vykradl byt, kde byly schované peníze, a za tyto peníze odjel s Martinou do Španělska, kde 2 měsíce užívali kokain, dokud jim peníze nedošly. Řízení pod vlivem drog u něj bylo zcela obvyklé, nikdy ale nebyl přistižen.

● 2 DROGOVÁ KARIÉRA

Michal rád četl, a to zejména o drogách, o kterých prý četl všechno. Ve 12 letech začal kouřit marihuanu, řekl si o ní sám svým starším kamarádům, protože o nich věděl, že ji kouřili. Ve 14 letech si našel první dívku. Omezil „hulení“, kouřil jen ve chvílích, kdy nebyl s ní. Chodili spolu více než rok. V 15 letech před letními prázdninami na základní škole na ni čekal, a když ji už viděl přecházet k němu přes silnici, srazilo ji auto a ona zemřela. Michal ji miloval, cítil se s ní dobře (možná po dědečkovi další šok a ztráta spřízněné duše) a své pocity ventiloval pokusem o sebevraždu (podřezal si žíly). Zachránil ho kamarád, který šel okolo. Po propuštění z nemocnice se šel úmyslně intoxikovat THC, potkal kamarádka a chtěl po ní marihuanu, ona mu ale nabídla „něco rychlejšího“ – pervitin. Poprvé si ho Michal vzal hned intravenózně (0,1 g), připadalo mu to úžasné, vzal si proto po několika hodinách druhou dávku (0,7 g). Důvod, proč pervitin

neodmítl, byl ten, že se chtěl naprosto zničit, zabít, a věděl, že tohle drogy umí. Užívání drog může být následkem prodělaného psychického traumatu či stresu jakožto pokusu o samoléčbu. V Michalově případě se však zpočátku jednalo čistě o sebedestruktivní tendenci (Broža, 2003).

Do 16 let získával peníze na drogy jen doma, nic zde ale nekradl, protože rodiče mu za výkony ve škole dávali peníze sami. V Praze se později naučil vyrábět pervitin a začal tedy vařit sám. Vařil až do svých 19 let, pro sebe i za účelem prodeje – potřeboval více peněz na výherní automaty, na nichž začal intenzivně hrát. Pervitin s oblibou mixoval s dalšími látkami.

Michal měl už od základní školy poměrně velké problémy s agresí. Pravděpodobně toto chování vysledoval doma od otce, který ho často bít, a Michal si agresivním chováním ventiloval trauma, které z toho získal. Agresi navíc podněcovaly drogy. Neměl strach a neuznával žádné autority. V 18 letech Michal svého otce fyzicky napadl. Hrál si totiž na PC, byl akutně intoxikovaný a chtěl hru dokončit, ale otec po něm žádal, aby okamžitě něco splnil. Michal se hned nezvedl, a tak šel otec bít matku (můžeme se domnívat, že chtěl ventilovat svůj vztek), Michal na něj následně zaútočil. Po této příhodě se odstěhoval do Prahy, kde poté zůstal asi 4 roky. Stále vyráběl drogy, měl zde svůj byt. Užíval heroin, pervitin, rohypnol s alkoholem. Ve 21 letech vyzkoušel metadon – „chtěl ho prostě ochutnat“, a získával ho v nízkoprahovém substitučním centru, kde klienty netestovali na přítomnost drog v těle. Spolu s metadonem stále užíval i ostatní drogy. Jeho drogová kariéra tedy celkově trvala 8 let.

Od 16 let pracoval Michal dobrovolně jako externí terénní pracovník v K-centru, měl tedy k dispozici neustále čisté stříkačky. V Praze v práci streetworkera pokračoval. Jako kuchař pracoval pouze 4 měsíce po vyučení, jinak nemá žádné pracovní zkušenosti.

● 3 LÉČEBNÉ INTERVENCE

Dva pokusy o abstinenci bez odborné pomoci skončily neúspěšně, Michal vždy podlehl abstinenci příznakům a chutím. Postupně ho jeho životní styl začal unavovat, uvědomoval si, že je závislý, a navíc chtěl být s Martinou. Jeho touha zabít se zmizela. Rozhodl se tedy léčit. První léčbu absolvoval v psychiatrické léčebně – léčil se zde pouze ze závislosti na alkoholu. Poté terapeutická komunita – odtud byl po 3 měsících vyloučen za verbální agresí. Další zastávkou byla psychiatrická léčebna, kde se v té době léčila i Martina, ale ona se odtud rozhodla přejít do terapeutické komunity pro mladistvé, Michal byl za 3 měsíce opět vyloučen za verbální agresí. Šel tedy do další léčebny, kde vydržel 2 měsíce, a potom chtěl za Martinou do komunity, ona ale léčbu ukončila a on tedy podepsal revers. Byli spolu 4 dny venku, pak zavolali do nízkoprahového centra a dostali kontakt na komunitu, kde přijímají i páry a kde se léčba platí. Proto se Michal „nastřelil“, vyrobil pervitin, prodal ho a 3 dny dál

užívali. Následně spolu nastoupili do komunity, kde Michal vydržel rok a Martina o něco déle – měla zde ale záchvaty schizofrenie a Michala neustále obviňovala z nevěry, až se na měsíc rozešli a Michal z komunity předčasně odešel. Venku opět užíval, bylo mu ale mnohem hůř, drogy už nepřinášely úlevu (tzv. efekt porušení abstinence – Marlatt, Barrett, 1994). Vrátil se tedy zpět. Zde mu ale došlo, že léčit se ve dvou byla chyba, protože potřeboval řešit své osobní problémy a ne problémy páru. Přešel tedy do terapeutické komunity, kde se aktuálně léčí.

Je zde aktuálně 5. měsíc. Má kontrakt na agresí, manipulativní chování, vtípky o sexu a antiskupiny. Byl 2 měsíce v 0. fázi léčby, protože na sobě nechtěl nijak pracovat. Radmecký (2006) uvádí, že většina klientů nastupuje do léčby v TK pod tlakem různorodých vnějších faktorů (tlak blízkých, zdravotní, finanční či jiné problémy, konflikty se zákonem atd.) spíše než na základě vlastního uváženého rozhodnutí. V Michalově případě není motivace zcela zřejmá, avšak je cítit jeho „odpor“ k procesu léčby. Tento postoj k léčbě se často objevuje právě u rezidentů terapeutických komunit, a to zpravidla v důsledku jejich přirozené obavy z neznáma. To přesně může být Michalův případ, měl strach, co ho čeká, nevěděl, jak na něj budou reagovat terapeuti ani co se bude v léčbě dít. Hajný (2003) také uvádí, že klienti často narušují a testují kontrakt s terapeutem, než uvěří, že nový vztahový prostor je něco jiného, než zatím poznali, a musí jeho spolehlivost poměrně tvrdě ověřit. To přesně můžeme vidět u Michala, který říká, že zpočátku v TK terapeutům vůbec nedůvěřoval, ale po čase zjistil, že může, a začal se otevírat.

S Martinou komunikuje přes své rodiče, s nimiž má nyní dobrý vztah, navštěvují ho, podporují v léčbě. Odpustil jim, že se o něj nestarali tak, jak by si přál, nyní se vztahy vyjasnily a pomalu se obnovují.

Rodiče Michalovi vůbec nepomohli zpracovat a vyrovnat se se smrtí milovaného dědečka. Michal je aktuálně v 1. fázi léčby, řeší své sebepoškozování (vrací se do minulosti) – měl strach o tom tady mluvit, ale za „mlčení“ hrozí vyloučení z léčby, proto prý toto téma otevřel. Tady v léčbě však své problémy sebepoškozováním neřeší.

Dále rozebírá také téma své kombinované závislosti – drogy, výroba drog, hra na automatech, alkohol (zažil delirium), závislost na jehle (jinak by si prý drogu nedal), téma agrese. Dále řeší vydělávání peněz v budoucnu – byl zvyklý na vysoký nadstandard z výroby drog, neumí si představit, že bude jednou vydělávat málo peněz.

Michal aktuálně řeší také rodinu, přestup do 2. fáze, své agresivní chování – má pocit, že už jedná s klidnější hlavou. Plánuje řešit vyrovnání se se smrtí obecně, protože se s ní často setkával a neumí se s ní vyrovnat bez pomoci. Ve svých 20 letech chtěl užít drogu s dívkou, která ho žádala, aby jí pomohl drogu aplikovat, a on ji předávkoval a následně utekl.

Nyní má v léčbě dvě role – je šéfem v kotelně a pracuje na zahradě. Léčba mu dala hlavně sebezpoznání, chová se lépe ke druhým a učí se novým způsobům zvládnání agrese. Chybí mu zde Martina, do budoucna by chtěli bydlet spolu v bytě, který Michal vlastní, a kde se nikdy drogy neužívaly. Jediné, čeho prý na své drogové kariéře lituje, je fakt, že nemá žádné zážitky z období dospívání.

● 3 / 1 Plány po léčbě

Michal by rád studoval, nejraději by si dodělal maturitu na strojní průmyslové škole a pak by se chtěl věnovat psychologii. Rád by se také věnoval kuchařině a chtěl by pokračovat v hraní fotbalu, v němž býval velmi dobrý. S Martinou by chtěli v budoucnu založit rodinu.

Co bude dělat s cravingem? Chce o něm hlavně mluvit zde v komunitě, otevírat toto téma, po dokončení léčby v komunitě plánuje docházet do doléčování. Spouštěčem pro něj mohou být různé hudební akce, chování jeho rodičů (toto téma řeší prý v rámci individuální psychoterapie, nechtěl o tom více mluvit), Praha, známí a kamarádi z drogové scény – nechce se s nimi vídat, chce bydlet ve městě, kde drogy neužíval, dále také případný rozchod a i samotný vztah s Martinou.

● 4 VYBRANÉ LÉČEBNÉ FAKTORY V TERAPEUTICKÉ KOMUNITĚ (KOOYMAN ET AL., 2004; KALINA, 2008)

Terapeutická komunita jako náhradní rodina:

Michal má v TK možnost pocítit komunitu jako náhradní rodinu, kde existuje pocit bezpečí, přijetí, sounáležitosti a podpory. Má možnost prožít si v tomto bezpečném prostředí korektivní rekapitulaci primární rodiny, která v tomto ohledu výrazně selhala v době, kdy působit měla. Michal proto neumí přijímat chválu, ani neunes negativní kritiku, na níž reaguje povětšinou agresivně. Svě problémy byl zvyklý řešit sebezpoškozováním a užíváním návykových látek.

Učení prostřednictvím sociální interakce:

Je patrný možný strach otevřít se druhým a pustit si je blíže k tělu, proto raději volí cestu samoty, myslí si, že nikoho jiného nepotřebuje, že si vystačí sám. Více důvěřuje lidem, poznává je a chápe je. V léčbě získává nová přátelství, poznává nové způsoby komunikace. Při předávání zpětných vazeb nemá problém se sdělováním pravdy ostatním, je k nim zcela upřímný, názory na druhé sděluje se záměrem jim pomoci. Při vyjadřování názorů a připomínek k chování druhých většinou otevřeně vyjadřuje své emoce. Druhá strana zpětných vazeb je ale sdělování názorů druhých na Michala. Michal má totiž problém přijímat chválu, vnitřně se v tom necítí, cítí se rozpačitý. To může souviset již s jeho problematickým dětstvím, kdy otci nebyl nikdy dost dobrý, nikdy ho nikdo za nic nechválil, neví tedy, jak na to má reagovat. Pokud mu druzí sdělují svůj názor na něj, vždy se nad

sděleným snaží zamyslet. Problémy s agresí se při přijímání zpětných vazeb projevovaly dříve (tady chyběla jeho myšlenka na to, že mu druzí možná chtějí zpětnou vazbou pomoci stejně jako on jim), nyní v léčbě se učí agresii zvládat, proto i když se při vyslechnutí názoru na svou osobu naštvě, neútočí verbálně ani fyzicky.

Pobytem v léčbě a mezi ostatními klienty se naučil druhým naslouchat, druzí potom cítí jeho zájem a je jim podle Michala lépe. Michalovy vztahy k lidem v komunitě jsou dobré, jen zpočátku neměl důvěru v terapeutu, měl strach, že ho nemohou pochopit. Drobné hádky probíhají v komunitě běžně, jako v životě, Michal je řeší tím, že si s druhým člověkem přímo popovídá. Nejčastější hádky u něj probíhají právě po sdělení pravdy o jeho osobě, chování, činech atd.

Terapeutická struktura:

Michal má možnost pochopit, že je potřeba ctít určitá pravidla a řád, že bez toho je člověk neohraničený a neví nikdy přesně, zda to, co udělá, bude správně. Michal měl potíže s hranicemi, protože během života mu nebyly nastaveny konzistentně a důsledně. V původní rodině se běžným normám naučit nemohl – otec řešil konflikty agresivně a matka je neuměla řešit vůbec. V terapeutické komunitě Michal také poprvé pocituje morálku spravedlnosti – doma měli raději jeho bratra a on to mohl jen zpozvdálí pozorovat.

Zodpovědnost klientů za své chování:

Michal postupně přijímá všechny problémy a události za své a přebírá za ně odpovědnost tím, že je začíná v léčbě otevírat a řešit. Nevíní za své problémy druhé ani závislost, ale myslím, že sobě vinu za ně také přímo nedává. Michal má trochu potíže se schopností říct si o pomoc druhým, sám pomůže, ale nechat si pomoci mu není blízké. V komunitě má možnost se toto naučit, např. v rámci pracovní terapie.

Zvyšování sebeúcty cestou vlastního přičinění:

Sebeúcta klienta vzrůstá tak, jak klient překonává strach z nezvládnutí věcí. Michal se tady učí mnoha novým věcem, nikdy v životě pořádně nepracoval, proto bojuje se svou leností a neznalostí, ale zvyšuje si pocit své vlastní účinnosti tím, jak překonává strach z učení se novému a tím, když vidí výsledky své práce. Totéž se děje v mezilidských vztazích, sám Michal uvádí, že když druhým lidem naslouchá, mají se lépe. A on následně má dobrý pocit ze sebe, že je dokázal vyslechnout, poradit, pomoci atd.

● 5 ROZBOR, SOUHRN PŘÍPADU

● 5 / 1 Rozbor

Michal byl od raného dětství několikrát velmi silně traumatizován, ať se již jedná o ztrátu nejbližšího, milovaného dědečka, který ho vychovával, o první lásku, která mu zemřela tragickou smrtí před očima anebo o nedostatek vlivnosti

ze strany rodičů. Z toho vychází Michalova neschopnost vyrovnávat se se smrtí a vůbec otevřít téma smrti v léčbě. S traumatizací u něj dosud nikdo nepracoval, rodiče se o něho nezajímali (to je, byť nevědomě, pro dítě další obrovské trauma, obzvláště pokud měl před očima péči o svého bratra), je pravděpodobné, že právě v tomto bodě lze hledat příčiny Michalova pozdějšího způsobu chování, reagování na druhé, nechuti k životu a sebedestruktivních a agresivních tendencí. Další trauma, které musel sledovat, se odehrávalo v rodině, kdy otec surově bil matku před očima dětí a Michal neměl příliš možností zasáhnout, a ani by jako dítě neměl. Tento způsob vyjadřování otce Michal pravděpodobně nevědomě převzal – choval se agresivně kdykoli, když mu něco nebylo po chuti, neumí absolutně řešit problémy s chladnou hlavou a uvážlivě. Mám dojem, že původ jeho závislosti se také nachází na půdě nefunkční rodiny. Michal si z rodiny nedonesl potřebnou zkušenost a naději, že se může spolehnout na někoho jiného, sdílet své emoce, získat podporu a cítit blízkost. Chybí mu taktéž mechanismy zvládnání nadměrně silných emocí. Dle Hajného (in Kalina et al., 2008) může být příčinou nedostatečná interakce a attachment matky s dítětem v době raného dětství. Existují také faktory, které mohou stát na počátku závislostních problémů, jako jsou např. nedostatečná péče rodičů o dospívající děti, špatná vzájemná komunikace v rodině, nedostatečná pozornost vůči zájmům dítěte apod. Navíc zakázat dvanáctiletému chlapci naposledy se rozloučit s dědečkem, kterého miloval a absolutní podkopávání jeho přání, jistě vytvořilo základ pro Michalovy pocity zbytečnosti a suicidální tendence. S tím souvisí i prvotní započítání užívání návykových látek za účelem sebedestrukce, případně úniku ze složitých situací.

Pro rodiče nebyl nikdy dost dobrý, což mu dávali najevo svým nezájmem a „kompenzací“ rodičovské lásky penězi a materiálními hodnotami. Dostatek peněz určitě sehrál svou roli v době, kdy Michal začínal užívat pervitin, protože patnáctileté dítě si běžně nemůže dovolit koupit takové množství drogy najednou. S tím Michal problém neměl. V rodině si vypěstoval nízké sebevědomí, a ačkoliv otevřeně nepřiznal, že je nesebevědomý, myslím, že to na něm bylo velice patrné. Působí zakřiknutě, i přesto, že se snaží tvářit jako „drsňák“. Rodiče mu celý jeho život podkopávali nohy – zakázali mu jít dědovi na pohřeb, čímž se rozpoutala Michalova nechuť k životu a suicidální myšlenky – ztratil milovanou osobu a nemohl se s ní rozloučit, potom mu zakázali navštěvovat vysněnou školu a přinutili ho k jiné jen proto, aby ho měli na dohled, což ale neznamenalo, že by se o něj chtěli nějak více starat. Je pravděpodobné, že se Michal sebezpoškozoval i z důvodu, že se nechtěl přímo zabít, ale jen cítit, že existuje, vidět krev a ulevit svému trápení. Dostat nějaké potvrzení toho, že doopravdy je, což od rodičů ani nikoho jiného nedostával. A zároveň uniknout z té strašné reality, v níž žil.

Když poprvé začal uvažovat o léčbě – ve vězení, bylo to nejspíš pod tlakem okolních podmínek, když neměl dosta-

tek drog a zažíval abstinenci příznaky. Myslím si ale, že v jeho životě několikrát došlo k léčbě, aniž by kdokoli soustavně pracoval na jeho motivaci, aniž by kdokoli pracoval se správným matchingem. Michal se vždy léčil pouze ze svého vlastního rozhodnutí, to znamená, že podle schématu CMRS (De Leon, 2000) byla jeho vnitřní motivace rozhodně vyšší než motivace vnější a z Michalova výkladu jsem nezažnamenala, že by na jeho motivaci někdo více pracoval, aby se v léčbě udržel. Michal se potácel od jedné léčebny ke druhé, nikde pořádně nevydržel, protože se objevovaly problémy s nezvládnutím agrese a konfrontace se svým chováním. Neřekla bych, že nebyl motivovaný, spíše nikde neřešili, zda do této služby vůbec patří, zda je pro něho vhodná a zda by nebyla vhodnější jiná, kterou by podstoupil jednou a vydržel v ní. Rozhodně zde chybí důležitý matching potřeb klienta s vhodnou službou, který by provedli pracovníci jednotlivých (zejména první) léčebných služeb. Zároveň vidím chybu v tom, že v léčebně, kde se poprvé léčil, reagovali pouze na jeho problém s užíváním alkoholu a nevzali v úvahu celou komplexní šíři jeho závislostních potíží, kterou Michal nemusel zmínit.

Možnými prediktory výsledků jeho léčebných intervencí mohly být věk (čím nižší věk při vzniku závislosti, tím horší šance na vyléčení), délka drogové kariéry – 8 let v Michalově případě je dlouhá doba, a připočte-li se k tomu způsob, jakým drogy užíval, pak jde jednoznačně o důležitý prediktor výsledků léčby, a také kriminální činnost, která ale u Michala nebyla ve většině případů způsobena vlivem návykových látek.

V terapii je nezbytné dát si pozor na retraumatizaci klienta, Michal zažil opravdu mnoho nepříjemného a nemá to zdaleka zpracované, je proto nutné zacházet s ním citlivě a empaticky a postupně mu umožňovat zažít korektivní zkušenosti. Dále je nezbytné pracovat na zvyšování náhledu klienta na svou situaci, na svůj život i na své problémy.

Chtěla bych také poukázat na to, jak „patologicky“ může působit vztah dvou závislých lidí. V Michalově případě je patrné, že jeho láska k Martině sice stále přetrvává, ale sám Michal uvedl na mou otázku, jaké má spouštěče, jak rozchod, tak i samotný život s Martinou. Myslím, že si dobře uvědomuje to, že je problematické, když se dva zamilují v době užívání návykových látek, a to, zda jejich vztah je doopravdy založen na skutečné lásce, tady hodnotit nechci. Myslím si ale, že takto popsané spouštěče mluví velice jasně a Michal sám se možná více bojí samoty a nejistoty budoucího života, než že by chtěl s Martinou doopravdy strávit život. Na jejich vztahu je dobře vidět, jak se navzájem udržovali v závislosti a stahovali zpátky na dno. Strídavě se léčili, dlouhou dobu se neviděli, Martina je navíc diagnostikovaná schizofrenička a neléčí-li se, nedokáže zcela ovládat své chování. Byl to Michal, kdo si uvědomil, že léčba v páru není pro něj ideální, že se nesoustředí na své vlastní problémy, a kdo se chtěl léčit sám. Pro Michala by bylo dle mého názoru nejlepší se od Martiny odpoutat, zůstat nějaký čas sám

se sebou, vyrovnat se se sebou a se svými problémy a potom teprve začínat nějaký vážný vztah.

Základem léčby závislosti by měl být terapeutický vztah beroucí v potaz zdravotnickou (řešení zdravotních komplikací, duální diagnózy), sociální (dobře strukturovaný prostor, ve kterém se celá léčba odehrává, splňuje základní požadavek na realizaci sociálních návyků a není tedy potom potřeba vytvářet specifické programy), psychologickou i spirituální stránku osobnosti. Léčba závislosti vyžaduje kvalitní psychotherapeutický program, který je zaměřen na osobnost klienta, snaží se postihnout příčiny jeho opakujících se životních nezdaru a umožnit mu jejich porozumění a zpracování (Broža, 2003). V Michalově případě jde zejména o vyrovnání se se smrtí a současně i se smyslem života. V terapii bych proto jako jednu z hlavních metod doporučovala kognitivně-behaviorální terapii, a to zejména její tvarování chování. V jeho případě je nezbytné posilování žádoucího chování od terapeutů i skupiny, Michal potřebuje podpořit ve svých pozitivních způsobech jednání a naopak ohraničit chování, které není vhodné (agrese, útočnost). S tím souvisí i nutnost konfrontace nežádoucího chování, na niž si Michal v léčbě postupně zvyká a snaží se naučit přijímat konstruktivní kritiku od ostatních. Je potřeba s ním pořádně probrat jeho možné spouštěče a řádně s nimi pracovat, případně nacvičovat situace a strategie zvládnání. Michal má spouštěčů velké množství a dle mého názoru se na něj po léčbě nahnou všechny najednou a ve chvíli, kdy jsem s ním hovořila, jsem si nebyla jistá, zda by byl schopen je ustát bez relapsu. Proto navíc jako nezbytné doporučuji nácviky a učení – zejména nácvik strategie zvládnání, učení se řešit problémy (pozor na sebepoškozování a agresivní výbuchy, kterými se Michal kromě drog snaží řešit své starosti), nácvik přijímání kritiky, a to jak pozitivní, tak negativní, a také nácvik asertivity. Velice důležité je zapojení některého z psychodynamických směrů psychoterapie, zejména z důvodu mnoha silných traumat v Michalově životě a z důvodu možné osobnostní poruchy (hraniční porucha podle MKN-10). Volbu uvedených psychotherapeutických postupů podporuje Rotgers ve své publikaci „Léčba drogových závislostí“ (1999), který navíc dodává, že kombinace psychodynamické a kognitivně-behaviorální psychoterapie je možná a prospěšná, a to zejména pro klienty, jako je Michal (Adameček, 2003).

● 5 / 2 Souhrn případu

Michal měl problematické dětství, rodiče se mu nevěnovali, byl tedy ve svém vývoji zcela opuštěný a navíc v období puberty tragicky přišel o milovaného dědečka a o první lásku, zažil množství velice traumatizujících zážitků, měl tedy už od mládí tendence se zničit, případně unikat. Tato touha a pocit, že jeho život nemá smysl, ho podle mého názoru přivedla ke drogám. Michal dobře věděl, že drogy umí člověka jak zničit, tak i zabít. Měl navíc starší kamarády, takže sehnat drogu pro něj nebyl problém. Jako dítě, a navíc dítě,

které nemá ve svých rodičích žádnou podporu, se neuměl vyrovnat s tak velkou ztrátou a vlastně se ani vyrovnávat nechtěl. O tom svědčí i fakt, že kombinoval i několik drog do jedné dávky (heroin + pervitin + alkohol + rohypnol). Říká, že se chtěl zabít, ale drogy mu sedly, dokázal pomocí nich alespoň unikat z reality a nemusel řešit žádné problémy. Užívání drog mělo vést k tomuto cíli do doby, než se naučil vyrábět pervitin, potom ho to dle mého i bavilo – byl vždy první, kdo dávku ochutnal, připadal si vlastně jako „kuchař“. Po pobytu ve vězení a zkušenostech s abstinenciími příznaky nejspíše zjistil, že je závislý, a po čase ho tento styl života již unavoval, možná by se spíše dalo říci, že ho přestal psychicky zvládat, protože o peníze neměl nouzi, měl kde bydlet atd.

Léčí se však již dva roky v podstatě nepřetržitě, je tedy otázkou, jaká je jeho aktuální motivace k vyléčení. Možná je Michal už ze všech léčeb docela vyčerpaný, absolvoval jich několik a stále bez výsledku. Je patrný i strach z toho, co by dělal a musel zvládnout, kdyby z léčby konečně vyšel. Měla jsem z Michala dojem, že žít jako normální člověk, a zejména vydělávat 20 000 Kč měsíčně, pro něj nebude únosné a při potřebě peněz bude mít tendenci navrátit se k výrobě pervitinu, s čímž souvisí zmiňované ochutnávání dávky a bludný kruh závislosti.

● 6 ZÁVĚR

Na Michalově kazuistice jsem chtěla ukázat, jak mohou závislost a další negativní projevy člověka vznikat na podkladě nefunkční rodiny, která o dítě nejeví zájem a sama neumí zvládat problémy přijatelnými způsoby. Ráda bych zdůraznila, že v jeho životě figurovalo množství velmi silných traumat, s nimiž se neumí vyrovnat, a chce s nimi přijít právě zde v léčbě. Je nezbytné k němu přistupovat empaticky a citlivě, aby nedošlo k retraumatizaci a opětovnému vypadnutí z léčby.

Mým záměrem bylo také zdůraznit nezbytnost správného a včasného matchingu ze strany adiktologických služeb a práce s motivací klienta. Michal by tak v ideálním případě motivovaný nastoupil jako první chtěnou léčbu např. do terapeutické komunity pro mladistvé, kde by se léčil sám, měl čas řešit své problémy a vyrovnávat se se svým životem mnohem dříve. Pokud by se zároveň pracovalo na jeho motivaci a na nácviku sociálních a jiných dovedností (např. s využitím kognitivně-behaviorální terapie), výrazně by se zvyšovaly šance na jeho dřívější vyléčení.

Na Michalově příkladu jsem také ukázala, jak funguje vztah dvou závislých lidí. Navzájem se udržují v závislosti, neumožňují si z ní vystoupit, stahují jeden druhého zpět. Michal má navíc problémy s agresí a Martina se léčí ze schizofrenie, mají proto vztah o to komplikovanější. Myslím si, že v jejich případě jde o typickou lásku závislých, kdy se „milují“ pouze v období braní a po vystřízlivění se realita změní. Michal si sám uvědomuje problematičnost této situace a uvádí Martinu jako jeden ze svých hlavních spouštěčů.

LITERATURA / REFERENCES

- Adameček, D. (2003). Psychodynamický přístup v léčbě závislostí. *Adiktologie*, 3 (2), pp. 28–30.
- Broža, J. (2003). Různé pohledy na osobnost klienta a léčbu. *Adiktologie*, 3 (2), pp. 30–39.
- De Leon, G. (2000). *The therapeutic community, theory, model, and method*. Hardback.
- Hajný, M. (2008). Psychologické, vývojové a rodinné faktory vzniku a udržování závislosti. In: Kalina, K. et al. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- Hajný, M. (2003). Rizika abstinence, potlačení závislého chování a regulační funkce sebepoškozování. *Adiktologie*, 3 (2), pp. 34–38.
- Kalina, K. (2008). *Terapeutická komunita, Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí*. Praha: Grada Publishing.
- Kalina, K. et al. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- Kooyman, M., Nevšimal, P. & De Leon, G. (2004). *Terapeutická komunita pro drogově závislé I. Vznik a vývoj*. Praha.
- Kratochvíl, S. (2006). *Základy psychoterapie*. Praha: Portál.
- Marlatt, G. A. & Barrett, K. (1994). Relapse prevention, in the textbook of substance abuse treatment. *American Psychiatric Press*.
- Radimecký, J. (2006). Očekávání pracovníků terapeutických komunit vs. proces změny chování klientů. *Adiktologie*, 6 (1), pp. 43–53.

Quality Patient Care

Kvalitní péče o pacienta

Reckitt Benckiser Pharmaceuticals vyvinul iniciativu "Kvalitní péče o pacienta", cílem které je pomoci lékařům při jejich péči o pacienty závislé na opioidech.

Nastavení a zvládnutí cílů léčby

Posílení potřeby dlouhodobé léčby vzhledem ke chronické povaze stavu pacienta

Obnovení kvality života

Zlepšení kvality života pacienta



Management rizika

Minimalizace rizik, která souvisejí s léčbou závislosti na opioidech

Správná terapeutická praxe

Podpora správné praxe za pomoci farmakologické léčby a psychosociálního poradenství

Další informace obdržíte na adrese:

Reckitt Benckiser (Czech) s.r.o.
 Reckitt Benckiser Pharmaceuticals
 Vinohradská 151 – Budova A
 130 00 Praha 3
 E-mail: info.rbp@rb.com
 a na telefonním čísle +800 270 81 901


**Reckitt
 Benckiser**
 Pharmaceuticals