

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

**APLIKACE ROGERSOVSKÉ PSYCHOTERAPIE
U PACIENTŮ ZÁVISLÝCH
NA LÉCÍCH**



Bakalářská diplomová práce

Autor: MUDr. Kateřina Blažková

Vedoucí práce: prof. PhDr. Stanislav Kratochvíl, CSc.

Olomouc

2014

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou prací na téma "Aplikace rogersovské terapie u psychiatrických pacientů závislých na lécích" vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Kroměříži dne 9. listopadu 2014.

Děkuji panu prof. PhDr. Stanislavu Kratochvílovi, CSc. za odborné vedení mé práce, cenné rady a doporučení. Dále děkuji paní PhDr. Ivě Zendulkové za klinické postřehy, jimiž mě obohacovala během realizování výzkumu, a tím mi napomáhala pochopit širší souvislosti.

Obsah

ÚVOD	7
I. TEORETICKÁ ČÁST	8
1. TERAPIE ZAMĚŘENÁ NA ČLOVĚKA	9
1.1 Historický přehled	9
1.2 Podmínky terapeutického vztahu	10
1.2.1 Empatie	10
1.2.2 Bezpodmínečně pozitivní přijetí	11
1.2.3 Kongruence	12
1.3 Osobnost terapeuta	13
1.4 Teorie terapeutického procesu	14
1.5 Skupiny setkání	15
1.6 Aplikace přístupu zaměřeného na člověka v psychiatrii	17
1.6.1 Wisconsinský projekt	18
1.6.2 Preterapie	18
2. LÉKOVÉ ZÁVISLOSTI	21
2.1 Vymezení základních pojmů	21
2.2 Etiologie závislosti	22
2.2.1 Biologický základ	22
2.2.2 Psychické faktory	23
2.2.3 Sociální faktory	24
2.2.4 Spirituální dimenze	24
2.3 Sedativa a hypnotika	25
2.3.1 Akutní intoxikace, syndrom závislosti, odvykací stav	26
2.3.2 Genderové rozdíly při vzniku a řešení lékové závislosti	27
2.4 Opiáty a opiody	28
2.4.1 Tolerance, akutní intoxikace, abstinční syndrom	29
2.4.2 Léčba závislosti	30

3. NEFARMAKOLOGICKÉ MOŽNOSTI PŘI LÉČBĚ LÉKOVÉ ZÁVISLOSTI.....	31
3.1 Faktory významné pro změnu a uzdravu	31
3.1.1 Faktory na straně pacienta	31
3.1.2 Faktory v průběhu léčby	32
3.1.3 Faktory na straně léčebného zařízení	32
3.1.4 Faktory účinné léčby a uzdravy	32
3.2 Terapeutické přístupy primárně zaměřené na motivaci	33
3.2.1 Krátké intervence	33
3.2.2 Motivační rozhovory	33
3.2.3 Terapie posílením motivace	34
3.3 Terapeutická komunita	35
3.3.1 Nultá fáze	35
3.3.2 První fáze	36
3.3.3 Druhá fáze	36
3.3.4 Třetí fáze	36
3.4 Základní principy terapeutické práce se závislými	37
II. VÝZKUMNÁ ČÁST	39
1. VÝZKUMNÉ CÍLE, OTÁZKY	40
1.1 Cíl výzkumu	40
1.2 Výzkumné otázky	40
2. APLIKOVANÁ METODIKA	41
2.1 Metody výzkumu	41
2.2 Zdroje údajů	42
2.3 Popis vlastního výzkumu	43
2.4 Způsob vyhodnocení	44
3. ZKOUMANÝ SOUBOR	45
3.1 Výběrový soubor	45
3.1.1 Základní demografické údaje	45
3.1.2 Údaje charakterizující lékovou závislost	46
3.1.3 Údaje popisující závislostní chování	46
3.1.4 Údaje shrnující odvykací příznaky, předávkování léky a předchozí léčbu	47

4. ETICKÉ ASPEKTY VÝZKUMU	49
5. VÝSLEDKY	50
5.1 Výroky terapeuta	50
5.2 Průběh terapie jednotlivých členů skupiny	52
5.3 Komentované ukázky průběhu skupinového sezení	60
6. DISKUSE	64
7. ZÁVĚRY	67
SOUHRN	68
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY	73

PŘÍLOHY

Úvod

Závislost na lécích je ve srovnání s jinými závislostmi zůstává poněkud v pozadí. Je tomu tak proto, že léková závislost je společností více akceptována a nepohlíží se na ni jako na problém. V řadě případů se ani neví, že daný jedinec nadužívá nebo dlouhodobě užívá léky, na které vzniká závislost. Syndrom závislosti se potvrdí až při mimořádné situaci, kdy dojde ke změně užívacího režimu, a u člověka se objeví abstinenční příznaky. Někteří lidé odmítají status závislého. Odůvodňují to tím, že užívali léky předepisované lékařem, a tedy pouze uposlechli doporučení a rady autority vzdělané v oboru. Určitou roli sehraává i narůstající moc farmaceutického průmyslu a jeho masivní reklama. Současný český člověk není svolný trpět zdravotními obtížemi. Na veškeré neduhy existuje tabletky. Je mnohem jednodušší sáhnout po rychlé účinné pomoci, než se snažit hledat jiná alternativní řešení.

Cílem této práce je přiblížit nefarmakologickou léčbu lékové závislosti. První kapitola pojednává o terapii zaměřené na klienta, seznamuje čtenáře s východisky terapie, uvádí základní podmínky terapeutického vztahu a zabývá se uplatněním rogersovské terapie v psychiatrii. Druhá kapitola je zaměřená na lékovou závislost. Nejprve definuje základní adiktologické pojmy a příčiny vzniku závislosti. Následně podrobněji seznamuje se závislostí na sedativech, hypnoticích a opiátech. V kapitole jsou rozebírány i genderové rozdíly při vzniku závislosti a jejím psychoterapeutickém řešení. Třetí kapitola se zabývá nefarmakologickými možnostmi léčby lékové závislosti. Uvádí faktory podstatné pro úzdravu, motivační techniky a blíže popisuje život v terapeutické komunitě.

Ve výzkumné části je popsáno dění na skupinové psychoterapii. Jsou analyzovány výroky na straně terapeutky a klientů. Důraz je kladen na náhled, autentické prožívání a efektivní plánování změn u klientů. Informace o závislostním chování a prožívání odvykacího stavu byly získány formou dotazníku, který klienti anonymně vyplnili. Výzkumná část je proložena přepisy audionahrávek s komentáři ze skupinových sezení.

I. Teoretická část

1. Terapie zaměřená na člověka

1.1 Historický přehled

Přístup zaměřený na člověka (PCA - Person-Centered Approach), je zařazován do hnutí humanistické psychologie. Humanistická psychologie se začala formovat v 60. letech 20. století v USA jako třetí vlna v americké psychologii, vedle psychoanalýzy a behaviorismu. Humanističtí psychologové vycházeli z fenomenologie a existenciální psychologie. Ústředním tématem se stalo hlubší porozumění a plnější zážitek toho, co znamená být lidský. Humanistická psychologie vidí člověka jako dobrého, schopného činit zásadní rozhodnutí o svém životě a být za ně zodpovědný. Zakladatelem terapie zaměřené na člověka je Carl Ransom Rogers, po něm bývá označovaná jako rogersovská psychoterapie. Svůj přístup postupně vypracovával v poradenské praxi s narušenými dětmi a v práci se studenty na univerzitách, kde působil. Věnoval se především zdravým lidem, kteří hledali podporu osobního růstu. Rovněž se snažil prosadit humanistické myšlenky do vzdělání, podnikání a manželství. V posledních patnácti letech svého života se intenzivně věnoval spiritualitě, orientální filozofii a politice. Usiloval o zlepšení komunikace a vzájemného vztahu mezi zneprátelenými skupinami lidí. V roce 1987 byl nominován na Nobelovu cenu za mír. Ve stejném roce zemřel (Šiffelová, 2010). Své filozofické úvahy z posledních let i zamyšlení se nad budoucností naší společnosti shrnuje v knize *Způsob bytí* (ang. orig. *A way of Being*, 1980, český překlad 1998, 2014).

Rogersův pohled na lidskou bytost je optimistický, naplněný důvěrou v její potenciál, v moudrost organismu. "Pokud je člověk schopen se dobrat k základní podstatě lidské bytosti, najde zdravé, dobré jádro," (Rogers 2000, 63). Základní hybnou silou člověka je **sebeaktualizace**. Sebeaktualizací se rozumí uskutečňování vlastního lidského potenciálu. Je to vrozené pozitivní směřování člověka. Je to bytostná potřeba nadřazená nad ostatními potřebami. Podmínkou sebeaktualizace je, že člověk sám sebe bezvýhradně přijímá (Nykl, 2012).

Rogers formuloval koncept pravého a falešného Já (Self). Pravé Já je vědomé, jednotné ve vnímání a prožívání. Pravé Já je **kongruentní**. Přijímá prožitky v nezkreslené podobě. Nenaplnění některých potřeb (zejména nedostatečné oceňování druhými, podmíněná rodičovská láska) vede k tomu, že jsou některé zážitky vytěsněny, zkresleny, popřeny a nepřijaty. **Inkongruence** mezi Já a zážitkem je základem odcizení člověka. Inkongruentní zážitky člověk vnímá jako ohrožující. U některých lidí je inkongruence mezi Já a zážitkem tak

velká, že určité události mohou vést až k dezorganizaci osobnosti. Když se taková událost náhle objeví, jedince zaplaví úzkost, neboť je ohrožena podstata jeho sebepojetí. Obranné reakce tedy fungují jako ochranný val před uvědoměním ohrožujících zážitků. Všichni používáme ve větší či menší míře obrany, abychom uchránili svou sebeúctu a zamezili rozvoji úzkosti. Avšak je dobré si uvědomit, že obrany vyúsťují v nepřesné vnímání reality, neboť dochází ke zkreslování a selektivnímu opomíjení informací. Cílem přístupu zaměřeného na člověka je integrace zážitku do vědomí (Prochaska & Norcross, 1999). V podmínkách, kdy Já nevnímá ohrožení, mohou být všechny zážitky zhodnoceny a začleněny do sebepojetí. Tyto podmínky umožňují trvalou změnu a rozvoj osobnosti. Základní a nezbytné podmínky terapeutického vztahu si nyní představíme.

1.2 Podmínky terapeutického vztahu

Rogers formuloval 6 základních podmínek terapeutického vztahu: vztah, zranitelnost, opravdovost, bezvýhradné akceptování, přesná empatie, vnímání opravdovosti. V soudobém terapeutickém konceptu dominují tři nejdůležitější podmínky, kterými se budeme blíže zabývat. Jsou to empatie, bezpodmínečně pozitivní přijetí a kongruence.

1.2.1 Empatie

Empatie neboli vcíťující porozumění je "proces, kdy terapeut zaměřuje své pocity a reakce na prožívání a vnímání svého klienta. Toto pocitování může být intenzivní a přetrvávající do té míry, že terapeut prožívá myšlenky a pocity svého klienta, jako by byly jeho vlastní," (Mearns & Thorne, 2013, 58). I když sdílíme stejný fyzický svět, prožíváme jej osobitým způsobem, protože se na něj díváme z různých perspektiv či **vztahových rámců**. Když se terapeut vcíťuje do klienta, odkládá vlastní vztahový rámec a na chvíli vstupuje do vztahového rámce svého klienta. To umožňuje chápat a zároveň prožívat klientovy pocity, jako by byly jeho vlastní. Zároveň má terapeut své empatické vnímání pod kontrolou, neztrácí se v klientově vztahovém rámci a může ho kdykoli opustit. Čili terapeut je stále v kontaktu se svým vlastním prožíváním. Schopnost pracovat intenzivním způsobem plným pocitů a zároveň nebyt pocity klienta zahlcený je známkou vysoké profesionality terapeuta. Terapeutova kontrola je klíčová i pro klienta. Poskytuje mu bezpečí. I když se klient ztrácí ve svém světě a je plný zoufalství, terapeut zůstává spolehlivý, srozumitelný, chápající. Empatie nemusí být vyjadřována pouze slovně. Porozumění může být vyjádřeno např. držením za ruku v pozorném tichu, ztišením hlasu, nakloněním se ke klientovi. Empatie může mít různou hloubku.

Mearns a Thorne (2013, 61) uvádějí přehlednou čtyřbodovou škálu empatie:

- ◆ **Úroveň 0.** Terapeut dal odpověď, která nezachycuje klientovy vyjádřené pocity. Může se jednat o hodnocení, dávání rady, irrelevantní komentář, zraňující či odmítající odpověď.
- ◆ **Úroveň 1.** Terapeut částečně porozuměl pocitům a odpovědím, které jsou u klienta hodně na povrchu. Jedná se o **subtraktivní empatii** - naslouchající ztratil něco z klientova prožitku ve své odpovědi.
- ◆ **Úroveň 2.** Naslouchající porozuměl pocitům a myšlenkám, které klient vyjádřil. Jedná se o **přesnou empatii**.
- ◆ **Úroveň 3.** Tato odpověď poukazuje na porozumění klientovi na úrovni přesahující jeho momentální uvědomování si. Naslouchající sděluje, že rozumí i skrytým pocitům, které jsou pod povrchem. Bývá to označováno jako **hluboké zrcadlení**, nebo **aditivní empatie**.

I když hluboká reflexe představuje působivou úroveň empatie, není to nejčastější způsob odpovědi terapeuta. Odpovědi na úrovních 1 a 2 jsou běžnější. Na těchto úrovních terapeut sleduje vědomí klienta, na úrovni 3 toto vědomí trochu předbílá. Klient zároveň nemusí být připraven na přijetí hluboké empatie. Může reagovat popřením, stažením se nebo naštváním na terapeuta. Až když je vztah dostatečně uzrálý a klient cítí důvěru a neobává se ublížení, může terapeut zrcadlit pocity, které jsou na okraji klientova uvědomění (Mearns & Thorne, 2013).

1.2.2 Bezpodmínečně pozitivní přijetí

Jedná se o terapeutův postoj. Terapeut akceptuje klienta takového, jaký je. Chová se k němu s respektem a úctou, přívětivě, trpělivě a s osobním zájmem. Terapeut přijímá vše, co klient sděluje, jako něco, co je subjektivně významné (Vymětal, 1996).

Klient, který byl vychováván pod tlakem podmínek ocenění, se naučil, že má hodnotu, jen když se chová v souladu s očekáváním. Nedostatek sebepřijetí vede ve vztahu k druhým lidem k sebeochraňujícím projevům. Člověk vystupuje jako slabý, nepřiměřeně agresivní, bez emocí, arogantní, nebo se vyhýbá intenzivním sociálním kontaktům. Takovéto chování druhé lidi odrazuje a odvádí pryč. Tím se klientovi potvrzuje, že není milován a ani si nezaslouží být

milován. Bezpodmínečně pozitivní přijetí narušuje tento cyklus. Terapeut se nenechá odradit klientovým sebeochraňujícím chováním, nabízí mu soustavné přijetí jeho vnitřní hodnoty. Tím se oslabují podmínky ocenění. Klient vnímá vřelou atmosféru, cítí se bezpečněji, ustává potřeba se chránit, a tedy může odhalit víc ze sebe a hlouběji prozkoumávat své prožitky (Mearns & Thorne, 2013).

1.2.3 Kongruence

Kongruence vyjadřuje opravdovost vůči sobě samému. Je to jednota myšlení, emocí a jednání v situaci "tady a teď". Navenek se projevuje jako jednoznačnost, nerozporuplnost. To posiluje klientův pocit bezpečí a jistoty. Podle Rogerse kongruence také znamená ochotu terapeuta sdílet osobní pocity, včetně těch negativních, jsou-li neustále prožívány (Vymětal, 1996). Kongruentní terapeut je ochoten ukázat i své slabé stránky. Tato otevřenost vůči svým slabinám může klientovi, který se potýká se strachem ze svých nedostatků, ukázat zcela nové možnosti sebepřijetí. Terapeutova kongruence zvyšuje klientovu snahu stát se sám víc kongruentní. Klient usiluje o to, aby dokázal přímo vyjadřovat své pocity a nemusel je skrývat a maskovat. Povahu terapeutova prožívání ve vztahu ke klientovi vyjadřuje **rezonance**. Rozlišují se tři formy rezonance (volně převzato a upraveno z Mearns & Thorne, 2013, 104):

- ◆ **Seberezonance** - vychází z terapeuta. Jedná se o stálé působení vlastních myšlenek, obav, tužeb, pochyb.. Může být spuštěna klientovým popisem svého prožívání, avšak je naprosto terapeutova.
- ◆ **Empatická rezonance** - vychází z klienta. Většina přetrvávajících zážitků, které bude terapeut prožívat ve vztahu ke klientovi, bude empatická. Terapeut zaznamenává, jak vnímá klienta, a bude mu to zrcadlit.
- ◆ **Osobní rezonance** - vychází ze vztahu mezi terapeutem a klientem. V osobní rezonanci terapeut uvážlivě začleňuje svou vlastní reakci do klientova prožívání. Odhaluje tím svou stranu vztahu s klientem a podporuje tak klienta, aby se posunul do vztahové hloubky. Osobní rezonance lze využít u pacientů, u nichž je těžší navázat kontakt (např. u schizofreniků, u pac. s PTSD).

1.3 Osobnost terapeuta

Terapeutický vztah je ve značné míře ovlivňován osobností terapeuta. Jak uvádí Mearns a Thorne (2013, 43): "Svět je plný lidí, jejichž vůle pomáhat je zoufalou strategií, jak se vyhnout konfrontaci se sebou samým. Sebevyhýbání je někdy chybně považováno za nesobeckost." Tato citace podněcuje myšlenky o potřebnosti introspekce a duševní hygieny v pomáhajících profesích. Pro terapeuta zaměřeného na člověka je sebepřijetí a potvrzení sebe sama základním pilířem terapeutické praxe. Nelze klientovi nabídnout přijetí, empatii a opravdovost na nejhlubší úrovni, pokud jsou tyto reakce oddělené od Já. Lze tedy říci, že kvalita terapeutova bytí je základním faktorem pro vytvoření terapeutických podmínek. Vztah, který má terapeut sám se sebou, určí do veliké míry kvalitu jeho práce. K udržování sebeuvědomění, kongruence a autenticity slouží naslouchání sobě samému. Tímto nasloucháním terapeut uspořádává a sleduje svůj vnitřní svět. Nejčastěji se to děje při individuální terapii, či při supervizi. Eugen Gendlin, jeden z Rogersových spolupracovníků, rozvinul metodu označovanou jako **focusing (zaměření pozornosti)**, při níž člověk lokalizuje a artikuluje vnitřní prožívání. Může se tak dít prostřednictvím psaní pocitových deníků (Mearns & Thorne, 2013).

Rogers se o aspektech osobnosti terapeuta zamýšlí v knize *Client-Centered Therapy* (1951, sloven. překlad, 2000). Jeho nejdůležitější poznatky uvádím na následujících řádcích. Základní operační filozofie jednotlivce do značné míry určuje, jak dlouho bude trvat, než se stane zručným terapeutem. Nejdůležitějším bodem je postoj, který má terapeut vůči ceně a hodnotě jednotlivce (jak vidí ostatní, zda má pro něj každý svou cenu a důstojnost, jak se shoduje jeho verbalizovaná prohlášení s vnitřním vnímáním). Podle autora se výkonná filozofie člověka během života mění. Terapie zaměřená na člověka může vývoj nazírání na lidi podpořit směrem k větší úctě k lidem, k větší otevřenosti vůči názorům druhých lidí, k projasnění mezilidských vztahů. Autor uvádí: "Vývoj pohledu na lidi je probíhající proces, který úzce souvisí s vlastním zápasem o osobnostní růst a integritu" (Rogers, 2000, 21). K tomu, abychom akceptovali druhé, musíme nejprve přijmout sami sebe. Proto klade terapie důraz na sebepřijetí, sebeúctu, splynutí reálného a ideálního já v jeden celistvý sebeobraz. Terapeut by měl věřit klientovi, že je schopen konstruktivně zvládat všechny aspekty svého života. To vytvoří situaci, v níž se klient cítí být terapeutem akceptován jako člověk schopný řídit sám sebe. Jestliže terapeut během rozhovoru pocítí, že klient nemá schopnost reorganizace, vystane nebezpečí, že terapeut na sebe přebere zodpovědnost za tuto reorganizaci. Protipól přílišného zájmu o vyřešení všech klientových problémů je nezúčastněný poradce. Takový postoj vyvolává v klientech pasivitu, prožitek odmítnutí. Terapeut, který pouze naslouchá, může být nápomocný klientům zoufale toužícím po emocionální katarzi (přišli se vyplakat,

vyvztekát, vybít pocitovou bouří). Ostatní klienti odejdou zklamání, že se jim nedostalo pomoci, a znechucení terapeutem, že jim nemá co nabídnout. Funkcí terapeuta je přijmout klientův vnitřní referenční rámec do té míry, do jaké je schopný. Vnímat svět klientovýmá očima. "Jestliže se snažíme prožívat postoje toho druhého, učíme se mu tím porozumět... Je třeba věnovat intenzivní neustálou aktivní pozornost vůči pocitům toho druhého, až k vyloučení jiného druhu pozornosti (Rogers, 2000, 28)." Fiedler (nedatováno) realizoval výzkum na osobu terapeuta. Terapeuté, kteří ve svých reakcích užívají otázky, interpretace, povzbuzování, návrhy, vyjadřují omezenou důvěru v klientovy schopnosti zvládnout sám své těžkosti. Takoví poradci považují za potřebné alespoň občas vést, vysvětlovat, podporovat. S nárůstem klinické praxe těchto reakcí u terapeutů ubývá. Zralí poradcové mají v 85% reakce porozumění vyjádřené postojem a pocitem vůči klientovi. Tito terapeuté soustředí veškerou svou snahu na to, aby dosáhli hlubokého porozumění klientova světa, aby viděli tak hluboko, jako vidí klient, anebo ještě hlouběji, než je klient momentálně schopen vnímat.

1.4 Teorie terapeutického procesu

Teorie byla formulována pro individuální psychoterapii. Procesy probíhajícími ve skupině se budu zabývat v následující podkapitole. Klient přichází za terapeutem s různými očekáváními - může v něm vidět rodičovskou postavu; může očekávat rady, po kterých skutečně touží, anebo je chce jen pro to, aby mohl dokázat, že jsou nesprávné. Zajímaví a nároční jsou klienti s ambivalentními postoji závislosti a odporu - chtějí vyřešit své problémy a zároveň by to pro ně mohlo být ohrožující. Pohyb v terapii bývá ulehčen tehdy, jestliže klient i terapeut vnímají vztah podobným způsobem. Jak toho dosáhnout? Být přirozený, otevřený, vystupovat přátelsky. Strukturování a intelektualizace terapeutický vztah spolehlivě dusí. Během terapie dochází k **exploraci** - zkoumání postojů. Klient si začíná uvědomovat, co všechno v sobě potlačuje. Dochází k nabourávání jeho obranných mechanismů. Tato fáze bývá pro klienty bolestivá. Mohou zažívat úzkost z obnažení, osamocení, regresi, zmatek a chaos. Nebezpečí tkví v tom, že po hlubokém vhledu může klient upadnout do nejtemnějšího žalu s myšlenkami na sebevraždu a pocity zoufalství (už nemůže být sám se sebou). Terapeut by měl být při něm, nechlácholit, být tam jako neměnná jistota, pozitivně přijímat. Tím se bude klient cítit bezpečněji (není na to sám). V další fázi dochází k reorganizaci Self. Popřené elementy vchází do vědomí, obraz o sobě se postupně mění a přijímá i tyto "nové" součásti. Klient dělá viditelné pokroky v explorování celého svého percepčního pole. Postupuje k pozitivnímu přetvoření sebe. Na závěr terapie klient častokrát vyjadřuje strach, pocity ztráty - jak bude čelit nástrahám bez podpory terapeuta? I v této fázi terapeut funguje jako empatický

průvodce, jenž dává klientovi pocítit, že je dost silný a schopný obstát v životě i jeho pomocí. Klient si uvědomí, že proces reorganizace stále pokračuje, zároveň vnímá, že je zapotřebí vyvíjet neustálé úsilí k jeho udržení (Rogers, 2000).

1.5 Skupiny setkání

Skupiny setkání - **encounterové skupiny** - se šířily v USA s proudem humanistické psychologie. Představovaly kulturní a kultovní symbol 60. let 20. století. Reinhard Tausch a jeho manželka se snažili skupinové procesy propagovat i v evropských podmínkách. Nedošlo však k tak spontánní odezvě, jaká byla patrná v Americe (Nykl, 2012). Encounterové skupiny nebyly primárně zaměřené na léčbu psychických poruch. Usilovaly především o osobnostní rozvoj a růst jednotlivce, zlepšení interpersonální komunikace a vztahů prostřednictvím zážitkového procesu. Principy a techniky encounteru se později začaly využívat ve skupinové psychoterapii (Kalina, 2013). Skupiny mohou vznikat různě veliké, ideální je počet osmi až osmnácti členů. Skupinu doprovází jeden či dva vedoucí. Jeho úlohou je facilitovat vyjadřování pocitů a myšlenek jednotlivých členů. Skupina prochází několika stádii vývoje. Zpočátku se objevuje tenze, anxieta, či podrážděnost způsobená nedostatkem struktury. Postupně vyplouvá na povrch hlavní smysl, tedy dostat se do kontaktu s jinými i se sebou samým. Člověk postupně objevuje svoje vlastní pocity, přichází si na to, že to, co na začátku prezentoval, byly jen masky a fasády. Odhazuje svou přetvářku a začne navazovat bezprostřední vztahy s ostatními členy skupiny. Signálem je vyjadřování negativních pocitů. Tím si členové skupiny testují, zda nebudou nijak trestáni. Poskytováním zpětných vazeb, empatií a akceptací vzniká prostředí naplněné bezpečím a svobodou. Akceptace je tím silnější, čím víc jedná člověk autenticky, sám za sebe. Lidé na základě přijetí skupinou mohou pocítit takovou blízkost a intimitu, jakou nepoznali ani ve své rodině či se svým partnerem. Zároveň dochází k odhalení jejich vlastní hloubky. Po odhození obran zůstává člověk obnažený, jen se svým skutečným Já. Člověk dospívá k tomu, že lépe rozumí sobě i druhým, může měnit své postoje a chování a více se aktualizovat ve svých každodenních vztazích (Rogers, 1997).

Skupinové procesy umožňují **základní setkání** - basic encounter, což jsou hluboké a těsné vztahy projevované vzájemnou podporou, zakotvené ve vzájemném vcítění a spoluprožívání radostí i smutků druhých lidí. Skupinová terapie tak umožňuje řešit soudobé civilizační problémy osamělosti a depersonalizace (Kalina, 2013).

Myšlenka samoty a odcizení člověka v moderní společnosti se objevuje i v knize *Způsob bytí*, z níž si dovolím citovat krátký úryvek (Rogers, 2014, 196-198):

"Každý z nás žije v neuvěřitelném paradoxu. Na jedné straně toužíme po soběstačnosti, nezávislosti, soukromí...štveme se za tím téměř ve všem, co děláme.. Ani to největší soukromí pro nás není dost soukromé. V komunitách našich seminářů lze vysledovat protikladnou tendenci. Lidé jsou spolu 18-20 hodin denně v neustálém interpersonálním a komunikačním vztahu a přitom je to pro ně vzrušující a příjemná zkušenost. V závěru semináře, při loučení, se dostavuje velký pocit smutku. Plánujeme zachování blízkosti... Děláme všechno možné, abychom mohli pokračovat v této důvěrné spřízněnosti, jíž se ve všedním životě tak pečlivě vyhýbáme.."

Ukázka ilustruje ozdravné působení skupiny. Jak člověk při hledání sebe samého nachází i druhé.

Rogers (1997) uvádí myšlenku, že formou encounteru by se daly odstraňovat náboženské konflikty, vládní nepokoje, mezinárodní napětí či rasové rozdíly ve smíšených kolektivech. Doporučuje tyto techniky používat i při léčbě alkoholiků a toxikomanů. Empatie a bezpodmínečně pozitivní přijetí v pacientech prohlubuje iniciativu na vlastní úzdravě, vede k sebedisciplíně a kvalitnější spolupráci mezi psychologem a pacientem.

Rogersovu doměнку potvrdili Ends a Page ve svých dvou studiích (1957, 1959). Ve své první studii hospitalizovaných alkoholiků srovnávali skupinovou na klienta zaměřenou terapii se skupinou, která se podrobila teoretické výuce, neoanalytickou skupinou a kontrolní skupinou lidí diskutujících o společenských tématech. Výsledky ukázaly, že skupina zaměřená na klienta vykazovala největší míru změny, a to jak na konci patnáctitýdenního terapeutického programu, tak i na konci kontrolního období po osmnácti měsících. Další jejich studie zkoumala účinnost rogeriánské skupinové terapie jako rozšíření celkového léčebného programu pro alkoholiky. Experimentální skupina se podle MMPI dotazníku ve výsledcích příliš nelišila od kontrolní skupiny, avšak v Q-třídění vykazovala rogeriánská skupina výrazně větší zlepšení ideálního Já (Cain & Seeman, 2007).

Truax a Carkhuff (1967) provedli velký počet studií skupinové terapie u různých skupin (psychiatrickí hospitalizovaní pacienti, mladí delikventi z ústavu sociální péče...). Zkoumali, jaký je vztah mezi různými úrovněmi základních podmínek vyjadřovaných terapeutem a naměřenými výsledky. Došli k závěru, že "empatie, vřelost a opravdovost lidského setkání prokazatelně mění lidi k lepšímu" (s. 141).

V Evropě zkoumali intenzivní skupinovou terapii zaměřenou na člověka Westerman, Schwab a Tausch (1983). Výzkumu se účastnilo 16 terapeutů a 164 pacientů s nervovými poruchami psychického původu. Při kontrolním vyšetření po čtyřech týdnech se 85%

účastníků experimentu prokazatelně zlepšilo, zatímco v kontrolní skupině se zlepšilo pouhých 18% (Cain & Seeman, 2007).

Na závěr uvedu ještě jednu srovnávací studii. Eckert a Biermann-Ratjenová (1985) srovnávali procesy a účinnost psychoanalytické a na klienta zaměřené skupinové psychoterapie. Data čerpali od 209 hospitalizovaných pacientů s poruchou osobnosti nebo s neurotickými problémy. Léčba zahrnovala padesát skupinových sezení, trvajících devadesát minut, a probíhala po tři měsíce. Výsledky byly hodnoceny pomocí standardizovaných rozhovorů. Analýza terapie byla prováděna na základě audio-nahrávek. Oba typy skupinové terapie se ukázaly jako stejně účinné a trvalý účinek přesahoval dva roky. Kontrolní skupina nevykazovala žádné významné změny (Cain & Seeman, 2007).

Ze všech výše uvedených výzkumů je patrné, že skupinová léčba zaměřená na klienta u klinických populací je účinná. Vztah mezi základními podmínkami ze strany terapeuta a pozitivními výsledky terapie je jasně zřetelný. U pacientů po absolvování rogersovské skupinové terapie dochází ke kongruenci reálného a ideálního Já a ke zlepšení sociálních aktivit.

1.6 Aplikace přístupu zaměřeného na člověka v psychiatrii

Rogersovská psychoterapie nemá v podstatě žádnou teorii psychopatologie. Z PCA přístupu vyvěrá myšlenka, že nejde o duševní nemoc, ale o duševní zdraví, respektive o realizaci klientova potenciálu pro duševní zdraví. V terapii zaměřené na klienta nejsou pro terapeuta nikterak důležité diagnostické nálepky klienta. Terapeut pouze potřebuje empaticky porozumět tomu, jak klient nyní prožívá svůj svět a sebe samého. V PCA přístupu je obsažena změna v pohledu na člověka, který vyhledává terapeutickou pomoc. Posun k označení klient (namísto pacient) značí, že jeho nepohoda je jen dočasná a že on sám hraje významnou roli při jejím odstraňování. Terapeut je pro druhého člověka společníkem a nevnímá ho jako bezmocného či podřadného (Šiffelová, 2010). Rogers zastával názor, že pokud člověka žádajícího o pomoc označíme za pacienta a navíc ho onálepkujeme diagnózou, vytváříme tím další problémy. Takový člověk zaujme pasivní a závislou roli (sám nerozhoduje o svém zdraví, je jen příjemcem pomoci). Může u něj dojít k sebenaplňujícímu proroctví. Psychopatologická nálepka vytváří sociální konstrukty a klienty staví do znevýhodněné pozice v sociálních vztazích (Rogers, 2000).

Na poli psychiatrie Rogers s kolegy prozkoumával vliv terapie zaměřené na klienta v tzv. Wisconsinském projektu.

1.6.1 Wisconsinský projekt

Wisconsinský projekt byl realizován v roce 1967. Rogers srovnával účinky terapie u skupiny akutních schizofreniků, chronických schizofreniků, normálních klientů a paralelní skupiny, které nebyla psychoterapie poskytnuta. Výzkumu se zúčastnilo 48 klientů. Výsledky obsahovaly jak pozitivní, tak negativní zjištění. Schizofrenici vykazovali jen velice malý procesuální pokrok. Dále bylo zjištěno, že schizofrenici se zaměřují spíše na vytváření vztahu, zatímco neurotici se zabývají sebezkoumáním a prožíváním. Jedinci, kteří pracovali v terapeutických podmínkách na nejvyšší úrovni, vykazovali nejvyšší úroveň prožívání ze všech účastníků výzkumu. Předpoklad, že terapeutický proces u terapeutické skupiny bude úspěšnější než u kontrolní skupiny, nebyl potvrzen. Hospitalizovaní, ale neléčení klienti vykazovali téměř stejný pokrok. Délka hospitalizace se u klientů vedených v terapii výrazně zkrátila.

Slabiny výzkumu Rogers spatřoval v několika okolnostech. Jednou z nevýhod byla malá velikost vzorku. Klienti nespolupracovali dobrovolně, takže jejich motivace byla proměnlivá. Další omezením byla nedostatečná klinická zkušenost terapeutů, kteří pracovali se schizofreniky. Docházelo k situacím, kdy terapeuté byli frustrovaní neuspokojivým průběhem terapie, a tak začali improvizovat a vymýšlet alternativní postupy, jak na klienty reagovat. Tím však došlo k odklonu od principů PCA terapie. Populace schizofreniků podléhala farmakoterapii a dalším formám nemocniční terapie, což mohlo výsledky zkreslit. V neposlední řadě je zásadní uvést, že nemocnice, kde výzkum probíhal, nebyla zaměřena na léčbu chronicky nemocných. Toto zařízení řešilo do té doby pouze akutní případy, a tedy zdravotnickému personálu chyběla klinická zkušenost při léčbě chronicky nemocných farmakorezistentních pacientů (Cain & Seeman, 2007).

Gary Prouty vytvořil v 70. letech 20. století metodu, která vychází z principů PCA terapie a zaměřuje se na práci s lidmi těžce duševně nemocnými, včetně pacientů s akutními psychotickými příznaky. Metoda se nazývá preterapie.

1.6.2 Preterapie

Gary Prouty vycházel z Rogersovy první terapeutické podmínky - z psychologického kontaktu. Rogers tvrdil, že psychologický kontakt je předpokladem pro vytvoření terapeutického vztahu, a tedy i předpokladem pro ostatní terapeutické podmínky, aby mohly působit. Prouty pracoval s klienty, kteří nebyli schopni navázat kontakt (jednalo se o klienty s těžkým postpsychotickým defektem, autizmem, demencí v terminálním stadiu, či mentální retardací). Prouty vypracoval metodu, jak s klienty kontakt navázat. Preterapie se užívá před

samotnou terapií a může znovu nastolit spojení mezi prožíváním a vnímáním klienta. Pro preterapii je zapotřebí, aby se terapeut naučil vnímat **pre-expresivní emoce**. Jedná se o emoce, které dosud nebyly vyjádřeny slovy, ale zračí se v mimice, gestice a proxemice. Pomocí **kontaktních reflexí** terapeut doslovně zrcadlí klientovo verbální i nonverbální chování. Terapeut používá pět druhů reflexí, díky kterým může klient navázat kontakt s realitou, se svými pocity i s druhými lidmi. Kontaktní reflexe jsou: (1) *situační* - popis chování, umožňuje navázat kontakt s realitou; (2) *obličejové* - popis výrazu tváře, umožňuje navázat kontakt s emocemi; (3) *tělové* - popis bizarní či katatonní symptomatiky, navázání kontaktu s tělem; (4) *slovní* - reflexe pre-expresivních řečových projevů (slovní salát, echolalie, koprolalie); (5) *opakování reflexí* - terapeut opakuje reflexe, které předtím vedly ke kontaktu.

Preterapie se zdá být na první pohled jednoduchou metodou. Avšak tato práce vyžaduje pozorné sledování klienta, udržování jeho tempa i dobré načasování reakcí. Reakce terapeuta jsou empatické, nedirektivní, nehodnotící a velmi realistické. Pomocí nich dochází k obnovení schopnosti navázat kontakt se sebou samým i s okolním světem (Faixová, 2014).

Přístup zaměřený na klienta může v mít v psychiatrii široké uplatnění, jak dokazují výše citované výzkumy. Pokud se zaměříme na oblast adiktologie, je možné ho využít při motivačních rozhovorech, při skupinových terapiích a v terapeutických komunitách. O těchto alternativách při léčbě závislosti pojednává třetí kapitola teoretické části. Akceptace klienta a empatické porozumění světu závislého se stávají významným rysem klinických programů, kde tvoří protiváhu moralizující a na chování zaměřené tradici. Rogersovská psychoterapie sehrává důležitou roli v následné péči, a to proto, že následná péče se již odklání od závislostní problematiky a zaměřuje se na resocializaci klienta. Pro dosažení a udržení konstruktivních osobnostních změn je zapotřebí, aby klient navštěvoval terapii dlouhodobě. Rogers sám pracoval s klienty desítky až stovky hodin. Nyní terapie obvykle trvá šest až dvanáct měsíců při frekvenci jedné hodiny týdně. Ovšem zde dochází ke konfrontaci s politikou zdravotních pojišťoven. Ty tlačí na zkracování nemocniční i ambulantní péče, a tak ochotněji proplácí krátkodobější behaviorální a kognitivně-behaviorální programy. Dlouhodobá terapeutická práce je vyvážena hlubšími a trvalejšími změnami v osobnostní struktuře klienta.

Za zmínku stojí, že Carl Rogers znal a ovlivnil psychiatra Dana Cariela, zakladatele první terapeutické komunity pro závislé (Kalina, 2013).

V první kapitole jsme si představili terapii zaměřenou na člověka, která je používána při léčbě závislosti na lécích v Psychiatrické nemocnici Kroměříž. V následující kapitole se nejprve obecně seznámíme s problematikou závislosti a následně s charakteristikou konkrétních lékových skupin vyvolávajících závislost.

2. Lékové závislosti

Léková závislost může vzniknout prakticky na jakýkoli lék. V České Republice jsou nejvíce užívána a lékaři předepisována nesteroidní analgetika a antiflogistika (např. brufen). Důvodem je jejich snadná dostupnost (jsou volně prodejná v lékárnách) a nízká cena. Nadužívána jsou také anorektika, anabolika, potravinové doplňky a vitamíny. V případě náhlého vysazení těchto léčiv nevzniká odvykací stav, jedná se tedy o psychickou závislost. Při dlouhodobém užívání však mohou převažovat nežádoucí účinky nad benefity dané látky. Léková skupina v Psychiatrické nemocnici Kroměříž se zaměřuje na závislost na sedativech, hypnoticích a opioidech. V této kapitole bych se chtěla věnovat charakteristice těchto konkrétních léčiv a problematice závislosti na nich.

2.1 Vymezení základních pojmů

(volně přejato z MKN - 10)

Akutní intoxikace je přechodný stav po aplikaci psychoaktivní látky, vedoucí k poruchám na úrovni vědomí, poznání, vnímání, emotivity nebo chování.

Škodlivé užívání (abúzus). Psychické nebo somatické změny, které vznikají v důsledku dlouhodobého užívání látky. Mají charakter sebepoškozujícího chování.

Syndrom závislosti. Soubor psychických a somatických změn, které se vytvořily díky opakovanému užívání psychoaktivní látky. Užívání dané látky má u jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Projevuje se psychickou a fyzickou závislostí. Diagnózu závislosti lze stanovit jen v případě, že příznaky závislosti přetrvávají minimálně po dobu 12-ti měsíců. Závislost dělíme do tří stupňů: (a) **lehká závislost** - člověk za látku obětuje běžně směnitelné hodnoty, poruchy chování nejsou přítomny; (b) **středně těžká závislost** - člověk je ochoten směnit i hodnoty běžně nesměnitelné (např. prostituje), objevují se různé stupně trestné činnosti; (c) **těžká závislost** - zánik vazeb na původní hodnoty, vyhasínají citové vazby k blízkým lidem, člověk ztrácí zájem o okolní svět, trvá jen vazba k návykové látce.

Psychická závislosti se vyznačuje narušenou kontrolou užívání, zaujetím užíváním a jeho pokračování navzdory negativním následkům.

Fyzická závislosti je stav adaptace biologických funkcí organismu na příslušnou psychoaktivní látku. Vyznačuje se růstem tolerance a průkazem odvykacího stavu s tělesnými příznaky.

Tolerance. Potřeba většího množství látky nebo častějších dávek k dosažení původního efektu, pro který je látka užívána.

Bažení (craving). Silná potřeba získat a užívat psychoaktivní látku. Dvořáček (2003, in Kalina, 2008) uvádí 3 základní hypotézy cravingu: (1) touha po odměňujících účincích psychoaktivní látky s hlavním podílem dopaminergního a opiodového systému, (2) touha uniknout nepříjemným psychickým potížím při odvykacím stavu, vliv GABAergního a glutamátového systému, (3) psychický stav s dominující obsesivní složkou, dysbalance serotoninergního systému. Bažení a zhoršené sebeovládání jsou klíčovými znaky závislosti. Bažení zhoršuje sebeovládání tím, že má silný motivační efekt a také tím, že přechodně oslabuje kognitivní funkce a schopnost domyslet následky určitého jednání (Nešpor, 2007).

Abstinenční syndrom vzniká po snížení obvyklé dávky nebo po náhlém vysazení psychoaktivní látky. Jedná se o psychické a fyzické nepříjemné příznaky, které jedince nutí k opětovnému užití návykové látky.

Abstinence. Upuštění od užívání návykové látky.

Plná remise nastává po šesti měsících plné abstinence.

Laps znamená příležitostné užití návykové látky. Jednorázové nebo epizodické lapsy jsou nejčastější v prvních šesti měsících po ukončení léčby, v tomto případě hovoříme o **částečné remisi**. Při jinak příznivých okolnostech nemusí lapsus ohrozit dlouhodobé udržení léčebného výsledku (Soyez et al., 2006, in Kalina, 2007).

Relaps. Návrat k pravidelnému užívání látky.

2.2 Etiologie závislosti

Závislost je multifaktoriálně podmíněnou poruchou. Díváme se na ni z pohledu bio-psycho-sociálně spirituálního modelu. Míru rizika vzniku závislosti určují i vlastnosti psychoaktivní látky (rychlost nástupu účinku, doba působení látky v organismu). Závislost je nutno posuzovat individuálně, jako souhru různých faktorů u konkrétního jedince v daném a čase a místě (Praško & Látalová, 2013).

2.2.1 Biologický základ

Genetické dispozice jsou považovány za významný faktor, který může ovlivnit tendenci užívat psychoaktivní látku. Provádějí se výzkumná šetření, zda se jedná o komplex genetických informací, podmiňujících vznik poruchy osobnosti a s tím související potřebu vyššího vzrušení, nebo zda jde o dědičně podmíněnou produkci určitého neuromediátoru, či změnu na úrovni receptorů či enzymu, které se podílejí na zpracování psychoaktivní látky (Vágnerová, 2012).

Na úrovni centrálního nervového systému se na vzniku závislosti podílí mezolimbický dopaminergní systém a prefrontální mozková kůra. Jsou hlavními strukturami zodpovědnými za vznik pozitivní odměny, za její posilování a bažení po ní. Dopamin je pak klíčovým neurotransmiterem při rozvoji závislosti. Zvýšení hladiny dopaminu v mezolimbickém systému upozorňuje organismus na výskyt nového neznámého stimulu (mechanismus odměny - zbavení úzkosti, zlepšení sebehodnocení...). Elevace dopaminu v prefrontální kůře upozorňuje organismus na výskyt již známé události, která je očekávána na základě naučených asociací (mechanismus cravingu a posílení odměny). Při pravidelném užívání látky se mění počet a senzitivita dopaminergních receptorů. Neuronální změny jsou reversibilní, přetrvávají několik hodin až dní. Pokud dochází k opakované dlouhodobé administraci návykové látky, neuroplastické změny se akumulují a přetrvávají dlouho po přerušení užívání látky (nicméně jsou stále reverzibilní). (Páleníček, 2007).

Z hlediska fyziologických pochodů jsou závislostí více ohroženi lidé, u nichž metabolické zpracování látky nemá tak negativní následky jako u zbytku populace (jestliže žádoucí účinky jsou silněji vyjádřeny nad nežádoucími). Tito lidé budou s větší pravděpodobností užívat látku častěji či ve větším množství (Vágnerová, 2012).

2.2.2 Psychické faktory

Motivace může vycházet z individuálních potřeb nebo je důsledkem sociálního tlaku. Jedná se o projev potřeby:

- ◆ *uniknout něčemu negativnímu* - vyřešit problémy, zbavit se stresů, frustrací;
- ◆ *získat něco pozitivního* - pocity euforie, slasti, zklidnění, sedace;
- ◆ *sociální konformity* - týká se především mladých uživatelů drog.

K závislostnímu chování mají blíže lidé s tendencí k určitému způsobu prožívání, uvažování a reagování.

- ◆ **Emoční prožívání.** Nedostatek vnitřní pohody, zvýšená iritabilita a labilita, častý prožitek intrapsychické tenze, úzkosti, deprese, pocit generalizovaného neuspokojení.
- ◆ **Způsob uvažování a hodnocení situace.** K řešení problémů únikem k psychoaktivní látce mají sklon lidé, kteří se obtížně orientují v situaci, nejsou schopni adekvátně posoudit realitu ani sebe sama, mají zafixované neúčelné strategie uvažování, mají nízkou sebedůvěru a sebehodnocení. Na kognitivní úrovni reagují popíráním rizika a racionalizací svého počínání. Chybí jim dlouhodobé cíle, jsou více vázáni na momentální situaci.
- ◆ **Faktor učení.** Užívání je pozitivně posilováno, jestliže přináší nějaký zisk (pocity

uspokojení, zbavení bolesti, posílení sebevědomí). Na druhou stranu se lidé se závislostním chováním neumějí poučit ze zkušenosti. Výsledkem bývají opakované neúspěchy a zátěže, které prohlubují pocit frustrace.

- ♦ **Tendence k určitému způsobu chování.** Závislí lidé mívají problémy v oblasti autoregulace, mívají sníženou sebekontrolu, sklon k impulzivnímu a zkratkovitému reagování. Toto chování lze hodnotit jako nezralé, vycházející z jejich vnitřní nejistoty.
- ♦ **Osobnostní vlastnosti.** Lidé, kteří často pociťují nepohodu, jsou labilní a neschopní zvládat své problémy, se častěji dostávají do stresu. Zatěžující jsou pro ně i běžné situace. Psychoaktivní látka poskytuje okamžitou úlevu a odsunutí problémů do pozadí. Uživatelé se velmi často stávají lidé s poruchou osobnosti (především disociální a emočně labilní), kteří mají uvedené vlastnosti akcentované (Vágnerová, 2012).

Podstatným rizikovým faktorem je komorbidita jiné psychické poruchy, jelikož dochází k významnému snížení autoregulačních mechanismů (Epstein, 2001, in Vágnerová, 2012).

2.2.3 Sociální faktory

Mezi sociální faktory řadíme sociální deprivaci jako je nezaměstnanost, nemožnost seberealizace, ztráta zázemí, sociální vyloučení, ostrakizaci. Významnou roli při vzniku závislosti hraje rodina. Dysfunkční rodina či chybějící rodina s sebou nese hledání jiných identifikačních vzorů. Pokud dítě není citově akceptováno a vhodně vychováváno, těžko si osvojí přijatelný způsob řešení problémů. Za rizikové lze považovat i některé profese, které přinášejí větší množství stresových situací anebo umožňují snadnější přístup k psychoaktivním látkám. V neposlední řadě je důležitá dostupnost látky, ve městech je obecně vyšší (Vágnerová, 2012).

2.2.4 Spirituální dimenze

Spiritualita pomáhá utvářet charakter, posiluje pocit vlastní hodnoty a vědomí smysluplnosti života. Při vzniku závislosti dochází k rozvratu duchovní dimenze člověka. Léčba závislosti by proto měla směřovat k oživení této dimenze, a to především v podpoře smysluplného života při úzdravě ze závislosti. Nešpor a Csémy (2006, in Kalina, 2013) uvádějí, že spiritualita může hrát při udržení abstinence větší roli než pocit spokojenosti nebo míra stresu. Do duchovní dimenze se řadí východiska jungovské psychoterapie, transpersonální psychologie, východní meditativní směry, křesťanská spiritualita, existenciální rozměr psychoterapie dle Yaloma a mnohá další (Kalina, 2013).

2.3 Sedativa a hypnotika

Sedativa a hypnotika jsou léčiva, která navozují zklidnění, zmírňují úzkost a podporují spánek. Mezi sedativa a hypnotika patří řada látek, závislost vyvolávají pouze některé, a to benzodiazepiny (BZD) a Z-preparáty (zolpidem, zopiklon, zaleplon). Benzodiazepiny patří mezi nejčastěji předepisovaná psychofarmaka (Bečková & Višňovský, 1999). Důvody jsou dvojí - jednak nízká cena, což pozitivně hodnotí uživatelé, jednak preskribce těchto léčiv se lékařům nepočítá do nákladů, které musí vykazovat zdravotním pojišťovnám. Je vcelku obtížné odhadnout přibližný počet uživatelů. Nadužívání léků není tak sociálně stigmatizující jako užívání jiných omamných látek. Tolerance k takovému jednání je vyšší. Tito lidé často nejsou registrováni a léčeni jako závislí. Počet uživatelů se odhaduje na desetitisíce osob (Vágnerová, 2012). V rozvoji závislosti existují značné interindividuální rozdíly. Řada pacientů začne užívat benzodiazepiny proti nespavosti nebo úzkosti. Často sami o závislosti ani netuší a nepovažují užívání těchto preparátů za problém, o potenciálním riziku vzniku závislosti nebývají poučeni. Stanou-li se závislími, začnou obvykle navštěvovat několik lékařů, či používat jiné podvodné praktiky k získání léčiv (falšování lékařských receptů, objednávání z internetu, okrádání rodinných příslušníků atp.). U subkultury toxikomanů jsou léky užívány k zintenzivnění účinku jiných drog (potencují euforizující účinek opioidů nebo alkoholu). Pro sedativa a hypnotika je příznačná na dávce dependentní deprese centrálního nervového systému. Nižší dávky navozují útlum, nebo zlepšují spánek. Vyšší dávky mohou vyvolat stav celkové anestezie. Ještě vyšší dávky působí zmatenost, letargii útlum dechového centra (Bečková & Višňovský, 1999). Čistá intoxikace benzodiazepiny většinou fatálně nekončí. V kombinaci s jinými látkami tlumícími centrální nervový systém (např. alkoholem, klasickými antipsychotiky) mohou i malé dávky působit smrt (Jeřábek, 2011).

Benzodiazepiny působí na podjednotce GABA-A receptoru, účinkují tedy hypnoticky, anxiolyticky, antikonvulzivně a myorelaxačně. Užívají se k léčbě úzkostných poruch, adaptačních poruch - při řešení úzkostných reakcí na tělesné onemocnění, k léčbě epilepsie, nespavosti, deliria, agitovanosti a jako premedikace před nepříjemným invazivním zákrokem nebo před operací. Jejich nevýhodami jsou denní sedace, útlum motoriky, zpomalení reakčního času, nárůst tolerance, poruchy kognitivních funkcí (především paměti, pozornosti a učení), po vysazení rebound insomnie a příznaky z odnětí (AISLP). Podle poločasu vylučování se rozdělují na BZD s krátkým poločasem (< 6h), BZD se středním poločasem (6-24h), BZD s dlouhým poločasem (> 24h). Preparáty s kratší dobou účinku mají vyšší potenciál vyvolat závislost. Závislost na benzodiazepinech vzniká již po 5-8 týdnech jejich užívání. Benzodiazepiny a alkohol mají tzv. zkříženou závislost. Při jejich společném užívání

vzniká větší riziko komplikací - suicidálních pokusů, epileptických záchvatů, psychotických stavů a toxické demence (Praško & Látalová, 2013).

2.3.1 Akutní intoxikace, syndrom závislosti, odvykací stav

Předávkování benzodiazepiny bývá spojeno se sebevražděnými pokusy. Ze všech omamných a psychotropních látek je fatální intoxikace benzodiazepiny zaznamenávána nejčastěji. V posledních deseti letech kolísá četnost úmrtí mezi 56 až 94 případy za rok (Csémy, Brožová & Mravčík, 2007). Příznaky akutní intoxikace jsou labilita nálady, letargie nebo euforie, někdy až agresivní chování, ospalost, poruchy řeči a snížené reflexy, ve vyšších dávkách pak poruchy vědomí. Někdy se paradoxně zesílí příznaky, pro které byl preparát nasazen - úzkost, neklid, nespavost.

Syndrom závislosti má složku psychickou i fyzickou. Typický je nárůst tolerance na anxiolytický a hypnotický účinek benzodiazepinů. Tolerance se však plně nerozvíjí na tlumivý účinek. Proto je možné zaznamenat úmrtí i u chronických uživatelů vysokých dávek BZD. Jednoho dne tito lidé překročí pomyslnou hranici a dojde k útlumu dechového centra. Při dlouhodobém užívání vysokých dávek dochází k výraznému narušení kognice až charakteru demence. Pacienti jsou otupělí, apatičtí, někdy emočně oploštělí, mezery v paměti vyplňují smyšlenkami. Stav je reverzibilní, po postupném vysazení léčiv může dojít k jeho částečné úpravě.

Odvykací stav může probíhat velmi dramaticky. Náhlé vysazení BZD vede k vážným abstinenciím příznakům, těžkým epileptickým záchvatům, k rozvoji deliria až ke smrti. Nejčastějšími příznaky odvykacího stavu jsou hyperreflexie, chvění celého těla, pocení, podrážděnost, nespavost, neklid, masivní úzkost s vegetativním doprovodem. Stav je považován za život ohrožující. Je proto nezbytně nutné léky vysazovat postupně (Jeřábek, 2011). O návykovém potenciálu Z-hypnotik se ještě v nedávné minulosti pochybovalo. V dnešní době je známo, že z hlediska rizika závislosti jsou méně nebezpečná než většina benzodiazepinů, avšak i na ně se závislost může vytvořit. Z-preparáty je doporučováno podávat nejdéle po dobu čtyř týdnů (Praško & Látalová, 2013).

Léčba akutní intoxikace se odehrává na jednotkách intenzivní péče. Při poruchách vědomí je indikováno podání antagonisty flumazenilu. Flumazenil je třeba podávat opatrně a po malých dávkách, neb hrozí vyvolání abstinenciího syndromu. Odvykací stav se řeší pomocí relaxačních technik, tělesných cvičení, podpurné psychoterapie, popřípadě nízkých dávek antipsychotik (Jeřábek, 2011).

Řada závislostí na sedativech a hypnoticích vzniká iatrogeně. Ján Praško zveřejňuje principy racionální preskribce hypnotik (volně převzato a upraveno dle Praško & Látalová, 2013, 221):

- ◆ Nejprve zjišťujeme pacientovu *spánkovou hygienu*.
- ◆ Hypnotika jsou určena jen pro *krátkodobé řešení nespavosti*. Předepisujeme co nejmenší dávku po co nejkratší dobu.
- ◆ *V preskribci hypnotik nikdy automaticky nepokračujeme*. U pacientů užívajících léky dva týdny přehodnotíme, zda je další užívání zapotřebí.
- ◆ Pokud nedojde k úpravě spánku do *dvou týdnů*, zvažujeme *jinou psychickou nebo tělesnou poruchu*.
- ◆ Hypnotika nepředepisujeme pacientům, kteří tíhnou ke *zneužívání alkoholu* nebo jiných psychoaktivních látek. Hypnotika nepředepisujeme ani pacientům s *poruchami osobnosti*. Je zde riziko suicidálního jednání.
- ◆ Pacient by měl být informován o *nevýhodách hypnotik včetně plánu jejich vysazení*. Pacienta seznamujeme se zásadami bezpečného užívání (zákaz kombinace s alkoholem, se sedativními léky, upozornění profesionálních řidičů na zpomalení reakcí do druhého dne).

2.3.2 Genderové rozdíly při vzniku a řešení lékové závislosti

Léková závislost se více vyskytuje u žen, a to v poměru 4 : 1 (Rahn & Mahnkopf, 2000, in Vágnerová, 2012). Jiří Heller spolu s Olgou Pecinovskou z Vojenské fakulní nemocnice Praha se problematice závislosti u žen dlouhodobě věnují. Jejich zajímavé poznatky si dovoluji zde uvést. V průběhu dvacátého století se výrazně změnilo postavení žen ve společnosti. Ženy získaly nezávislost ekonomickou, společenskou i právní. Tím se dostávají do nových společenských rolí, úkolů a očekávání. Zároveň jim však zůstávají role tradiční, a to především v rodině. Potřeba obstat ve všech rolích vyvolává intrapsychickou tenzi. Ženy disponované k závislostnímu jednání řeší psychické obtíže zneužíváním látek mírnících napětí, úzkost, rozlady a diskomfort. Cílem konzumace je tedy samoléčba. U závislých žen oproti mužům se častěji vyskytují sociální důsledky, jako je rozpad rodiny, narušení psychosociálního vývoje dětí, domácí násilí a sexuální zneužívání. Na problém lze také pohlížet tak, že ženy užívají návykové látky, aby se vypořádaly s emočním a sexuálním zneužíváním od svých mužských partnerů. Vobořil (2003, in Kalina, 2008) cituje studie, které dokládají, že ženám jsou benzodiazepiny předepisovány třikrát až čtyřikrát častěji. Nejčastějšími důvody pro předpis těchto léků jsou potíže spojené s manželskou krizí a rodinné problémy.

Ženy svou závislost déle skrývají a do léčby přicházejí pozdě. Na počátku léčby bývá malá spolupráce nebo pseudospolupráce. Závislé ženy mají rozvinutý racionalizační systém obran, který vychází z reálných podkladů a obtížně se rozrušuje. Obrany oddalují vytvoření náhledu choroby, a tím i aktivní spolupráci v psychoterapeutickém programu. Zásadní podmínkou pro ženu v terapii je produktivní terapeutický vztah a řešení vztahových problémů v rodině a společnosti. Ženy obtížněji přiznávají důsledky abúzu návykových látek v souvislosti se specifickými ženskými problémy (těhotenství, mateřství, výchova dětí, domácí násilí). Je proto velmi důležité přijetí terapeutem bez odsudku a empatická atmosféra, která napomáhá k získání důvěry a otevření intimních traumatizujících problémů pacientky. U žen se v psychoterapii rychleji objevuje verbální náhled, který však nevede k náhledu produktivnímu (změně chování). Teprve po přebudování psychických obran dochází k produktivnímu náhledu. Změny chování mají trvalejší charakter jak u mužů. Využití doléčovacích programů je u žen rozhodujícím faktorem k dosažení dlouhodobé remise. Program by měl být zaměřen na stabilizaci v abstinenci, rozvoj osobnosti, rekonstrukci narušených vztahů a vytvoření nových, kvalitních vztahů (Heller & Pecinová, 2007).

Tab. č. 1 Nejčastěji užívaná sedativa a hypnotika (upraveno podle Bečková & Višňovský, 1999, 59-60)

Název látky	Obchodní název přípravku	Poločas vylučování
flunitrazepam	Rohypnol	9-25 hod
alprazolam	Neuro, Xanax	10-15 hod
diazepam	Apaurin, Diazepam, Seduxen	více než 24 hod
bromazepam	Lexaurin	10-20 hod
klonazepam	Rivotril	více než 24 hod
midazolam	Dormicum	2 hod
oxazepam	Oxazepam	10-12 hod
zolpidem	Stilnox, Hypnogen	2,5 hod

2.4 Opiáty a opioidy

Opiáty jsou v užším slova smyslu látky izolované z opia - morfin, kodein. Termín opioidy se vztahuje k syntetickým derivátům, které mají účinky podobné morfinu - pethidin (Dolsin[®]), dihydrokodein (DHC Continus[®]), tramadol (Tramal[®]) a mnohé další (Bečková & Višňovský, 1999). V somatické medicíně jsou opioidy používány k léčbě bolesti, kašle, průjmů, agitovanosti, masivní úzkosti a před chirurgickými výkony. Ve vysokých dávkách působí jako celková anestetika. Somatické pacienty tedy k závislosti může přivést jejich tělesné onemocnění. Druhou skupinu závislých tvoří ti, kteří se dostali k opiátům pro jejich euforizující účinek za účelem primárně ovlivnit svůj duševní stav (Praško & Látalová, 2013). Lidské tělo si umí vytvořit látky, jejichž vlastnosti jsou velmi podobné opiátům. Tyto

substance se označují jako endorfiny. Oblasti centrálního nervového systému, které vykazují vysoké koncentrace endorfinů, mají zároveň vysokou afinitu k exogenním opiátům. Po aplikaci opiátu se v těchto mozkových strukturách produkce endorfinů dočasně omezí. Tělo vyčkává na další příjem opiátů zvenku. Než se tvorba endorfinů obnoví, pociťuje člověk depresivní náladu, anhedonii a apatii, ale také zvýšenou citlivost vůči bolesti. Negativní prožívání spolu s tělesnými příznaky jsou spouštěčem opakovaného abúzu opiátů.

2.4.1 Tolerance, akutní intoxikace, abstinční syndrom

Vývoj tolerance začíná již po prvním podání opiodu. Klinicky se tolerance manifestuje po 2-3 týdnech pravidelného podávání terapeutických dávek. V případě užívání nadměrných dávek morfinu může být tolerance detekována již během dvanácti hodin po podání. Tolerance se vyvíjí na analgetické, euforizující účinky a na útlum dýchání. U jedince bez tolerance působí letálně 60mg morfinu. U závislých osob nevzniká deprese dýchání ani po 2g. K dosažení stejně intenzivního psychotropního účinku musí závislá osoba soustavně zvyšovat dávky opiátů (Bečková & Višňovský, 1999). Škodlivé užívání opiátů se projevuje nechutenstvím, preferencí sladkých jídel, hubnutím, redukcí konzumace alkoholu, ztrátou libida a celkovým ochuzením života, aktivit a zájmů (Praško & Látalová, 2013).

Předávkování opiáty bývá nejčastěji řešenou nefatální intoxikací návykovou látkou na jednotkách intenzivní péče. Ve většině případů se jedná o nešťastnou náhodu po požití přípravku o vyšší čistotě nebo o podání vyšší dávky u jedince s nižší tolerancí (Csémy, Brožová & Mravčík, 2007). V klinickém obraze dochází náhle k zástavě dechu, cirkulačnímu kolapsu a ke křečím. Stav se léčí opiátovým antagonistou naloxonem.

Odvýkací stav zahrnuje značný psychický diskomfort a nepříjemné tělesné stavy. Abstinční syndrom se objevuje 8-12 hodin po poslední dávce. Mezi časné příznaky patří slzení, rýma, zívání a pocení. Poté člověk upadne do spánku, který nepřináší úlevu. S progredujícím syndromem nastupuje mydriáza, objevuje se výrazný neklid, dráždivost a svalový třes. Příznaky vrcholí druhý až třetí den slzením, kýcháním, únavou a depresí. Charakteristické jsou záchvaty zimnice střídající se s pocity horka a nadměrným pocením, kolikovitě bolesti břicha, bolesti svalů, zad a končetin. Klinický obraz připomíná rozvinutou virózu. Kůže má typický vzhled "husí kůže, cold turkey". Nedostatek potravy a tekutin spolu se zvýšenými ztrátami může vést ke kardiovaskulárnímu kolapsu. Ačkoli odvykací syndrom vypadá dramaticky, neohrožuje postiženého na životě. Obvykle vymizí během sedmi až deseti dnů, někdy může přetrvávat i dva až tři týdny. Pacient při odvykání silně touží po užití látky, z toho důvodu své příznaky často dramatizuje, aby dosáhl intenzivnější farmakoterapie. U opiátů s kratším účinkem se manifestuje krátkodobý, intenzivní abstinční syndrom. U

opiátů s dlouhým účinkem se abstinenci syndrom rozvíjí pomalu, příznaky jsou mírnější a dlouho přetrvávají. Deprese a úzkost přetrvávají velmi dlouho i po odeznění abstinenci syndromu. Nepříznivý průběh a následky abstinenci syndromu lze zvrátit další dávkou účinné látky, což bývá také příčinou častého relapsu závislosti (Bečková & Višňovský, 1999).

2.4.2 Léčba závislosti

Léčba závislosti na opiátech nevyžaduje od pacienta plnou abstinenci. Nemocní, kteří nejsou schopni plné abstinence, mohou být zařazeni do substituční léčby metadonem nebo buprenorfinem. Tyto látky působí na stejné receptory jako opiáty, a tedy nedochází ke vzniku abstinenci příznaků. Cílem léčby je tzv. harm reduction, což zahrnuje ukončení rizikových způsobů aplikace omamné látky, snížení rizikového chování spojeného s možnými nákazami (HIV, hepatitid, přenosné pohlavní nemoci), ukončení kriminálního jednání. Dále se terapeutický program zaměřuje na zlepšení sociálních vztahů, návrat k rodině, přípravu pro zahájení léčebného režimu vedoucího k detoxifikaci a plné abstinenci bez užívání substitučních látek (Praško & Látalová, 2013).

Léková závislost opiátového typu se v České Republice vyskytuje podstatně méně často, nežli závislost na sedativech a hypnoticích. Je to dáno obtížnou dostupností opiátů. Preskripcí je omezována a pečlivě sledována zdravotnickým systémem. Dalším důvodem je výskyt opiátofobie mezi lékaři. Již při studiu na lékařských fakultách je medikům vštěpováno nebezpečí iatrogenního vytvoření závislosti při léčbě opiáty. Odvrácenou stranou mince jsou pak případy, kdy je terapie bolesti podceňována a nedostatečně farmakologicky zamedikována díky strachu z možného vzniku závislosti.

V této kapitole jsem shrnula základní poznatky o vybraných návykových látkách. V následující kapitole bych se chtěla věnovat nefarmakologickým terapeutickým možnostem při řešení lékové závislosti.

3. Nefarmakologické možnosti při léčbě lékové závislosti

Základní zásady nefarmakologické léčby se v adiktologii rozvíjejí od 2. poloviny 20. století. Vývoj byl ovlivňován psychoterapeutickými směry. V praxi se teoretická východiska dále doplňovala dle specifických potřeb a zvláštností adiktivní klientely (Jeřábek, 2011). V této kapitole se budu věnovat faktorům významným pro změnu a úzdravu, terapeutickým přístupům primárně zaměřeným na motivaci, terapeutické komunitě a základním principům terapeutické práce se závislými.

3.1 Faktory významné pro změnu a úzdravu

Cílem léčby závislých je změna, která přináší zlepšení zdraví a kvality života. Světová zdravotnická organizace (1998, in Kalina, 2008) definuje tři hlavní cílové oblasti v léčbě uživatelů návykových látek (NL): 1. snížení závislosti; 2. snížení nemocnosti a úmrtnosti spojené s užíváním NL; 3. podpora rozvoje tělesného, duševního a sociálního potenciálu klientů a dosažení plné sociální integrace. Okolnosti, které ovlivňují dosažení cílů, můžeme rozdělit na faktory na straně klienta, faktory vzniklé během léčby, faktory na straně léčebného zařízení, faktory účinné léčby a úzdravy (Kalina, 2008).

3.1.1 Faktory na straně pacienta

Většina pacientů přijímaná do léčby má nedostatek pozitivní sociální podpory. Ve svém rodinném prostředí řeší vleklé konfliktní situace, rozvody, mají nedostatečnou oporu ve svých partnerech, anebo žijí dlouhodobě sami. K dalším závažným rysům patří polymorfnní závislost a problémy s duševním zdravím. K nejdůležitějším prediktorům výsledků léčby patří:

- ◆ **Věk při začátku závislosti.** Závislost vzniklá po 20. roce života má trojnásobně lepší prognózu.
- ◆ **Délka užívání návykové látky.**
- ◆ **Výskyt duální diagnózy.** Nejčastěji se objevují deprese, úzkostné poruchy, poruchy osobnosti.
- ◆ **Kriminalita.** Trestná činnost významně koreluje s neúspěchem léčby.
- ◆ **Motivace k léčbě.** Stupeň motivace při nástupu do léčby předznamenává, zda klient v léčbě setrvá a vlastní léčebný výsledek. Zdrojem motivace může být i tlak okolí (rodina, soud).

3.1.2 Faktory v průběhu léčby

Aby měl klient z léčby prospěch, je nutné, aby v ní setrval a dokončil ji. Předčasné ukončení rezidenční léčby bylo zaznamenáno u 35% klientů. Ambulantní léčbu nedokončí každý druhý klient. Mezi charakteristiky neúspěšných klientů patří: nedostatek motivace, nižší věk, prvoléčba, kriminální anamnéza, nižší vzdělání, vyšší závažnost drogové problematiky a předchozí nezaměstnanost. Rizikové faktory, které snižují zapojení klienta do programu léčby: celkový postoj k léčbě (pesimismus, zpochybňování, porušování pravidel), vztahové problémy (navázání erotického vztahu v léčebném zařízení, konflikt s terapeutem či ostatními klienty, role outsidera, problematické vnější vztahy), osobnostní dispozice (nízká frustrační tolerance, introverze, netrpělivost, neschopnost odkládat uspokojení). Motivaci k léčbě může paradoxně snížit rychlé zlepšení stavu. Klient nabude dojmu, že již lékařskou pomoc nepotřebuje a svoje problémy zvládne sám. Odchod se uspíš i v případě, když jsou pokroky v léčbě minimální a pro klienta špatně detekovatelné. Z tohoto výčtu vyplývá, že z léčby odchází zejména ti klienti, kteří jsou problémovější a více léčbu potřebují.

3.1.3 Faktory na straně léčebného zařízení

Činitelé, kteří zvyšují přínos léčby pro klienta, jsou:

- ◆ **Vhodný výběr léčby.** Individualizace programu dle problémů a potřeb klienta.
- ◆ **Důvěryhodnost a čestnost personálu.**
- ◆ **Terapeutický styl,** ten se podílí na tom, zda se klient rozhodne pro změnu anebo zvolí odpor.
- ◆ **Délka léčby.** Léčba kratší než tři měsíce není účinná.
- ◆ **Udržení v léčbě a zapojení do programu,** pomocí podpůrného a motivačního přístupu. Nezapojení klienta lze tedy chápat jako chybu zařízení.
- ◆ **Obsah léčby.** Léčebný program by měl obsahovat dostatek podnětů z oblastí sociální integrace, zlepšení zdraví, udržení abstinence a řešení osobních problémů. Za efektivní se pokládá intenzivní strukturovaný program, který kombinuje psychoterapeutické působení skupiny, přístupy podporující zvládání rizikových situací a trénink sociálních dovedností v rámci pevného režimu a jasných pravidel.
- ◆ **Kontinuita péče.** Následná péče udržuje léčebné výsledky a může do jisté míry kompenzovat délku léčby.

3.1.4 Faktory účinné léčby a uzdravy

K tomu, aby léčba byla co nejvíce účinná, je zapotřebí, aby klient nastoupil do léčby včas. Je vhodné zachytit závislé co nejdříve po objevení se prvních problémů nebo po novém relapsu.

Znamená to přitažlivou nabídku služeb, které budou pro závislé snadno dostupné. Pacient, aby do léčby vstoupil a udržel se v ní, musí být motivován. Motivace je zároveň základním předpokladem ke změně životního stylu, k novému životu bez návykových látek. Posilování motivace ze strany profesionálů je nezbytné během celé léčby i poté v následné péči. Pacient bude z léčby více profitovat, pokud bude systematicky edukován o cravingu, okolnostech vyvolávajících relaps a strategiím, jak relapsu předcházet a jak se vyhnout problémovým situacím.

Pod pojmem úzdava se v adiktologii skrývá změna životního stylu. Za příznivý výsledek léčby se pokládají tyto změny: snížení užívání návykových látek, snížení kriminality, zlepšení psychického stavu, sociální reintegrace. Do oblasti sociální reintegrace se řadí obnovení či zlepšení vztahů v rodině, vytváření nových přátelství a zapojení pacienta do pracovního poměru. Tyto všechny proměnné jsou důležitým přirozeným zdrojem sociální opory. Člověk závislý na návykových látkách mívá obvykle rodinné vztahy v různém stádiu rozpadu, přátelské vztahy neudrží (jeho pozornost je jednostranně zaměřena na užívání návykové látky) a mívá problémy se zaměstnáním (nezaměstnanost, problém s autoritou, neschopnost nést odpovědnost). Toto vše ho frustruje a snižuje jeho sebeúctu. Příznivým ukazatelem úzdavy je posílení sebeúcty, sebevědomí a schopnost sebeakceptace (Kalina, 2008).

3.2 Terapeutické přístupy primárně zaměřené na motivaci

Motivace k léčbě u závislých je proměnlivá. V zásadě se předpokládá, že pacient je celkem motivován, avšak stav připravenosti ke změně kolísá a je ovlivňován řadou vnitřních a vnějších podmínek (Carroll, 2004, in Kalina, 2008). Motivaci lze podpořit krátkou intervencí, motivačními rozhovory a terapií zaměřenou na posílení motivace.

3.2.1 Krátké intervence

Krátké intervence se využívají v tzv. první linii - v ordinaci praktického lékaře, v kontaktním centru nebo na jiném odborném pracovišti. Zaměřují se na motivaci (povzbudit klienta k tomu, aby se problémem zabýval), na zvědomění rizik, zvýšení sebekontroly a detekci spouštěčů užívání. Krátké intervence slouží jako most k vyhledání specializované pomoci. Lékař nebo poradce by měl u klienta vzbudit důvěru, projevovat respekt a zájem, poskytnout pozitivní zpětnou vazbu a zaujímat nekonfrontační postoj (Kalina, 2013).

3.2.2 Motivační rozhovory

Cílem motivačního rozhovoru je dosahování změn ve smyslu bezpečnějšího, úspěšnějšího a spokojenějšího životního stylu. Abstinence přitom nemusí figurovat v klientově zakázce.

Klient může žádat stabilizaci nebo návrat do určité životní role. V kontaktu s klientem bychom měli odkrýt to, co ve svém životě považuje za problém, a na základě toho si společně stanovit cíle. Vytýčování cílů a řešení problémů by mělo být v rukou klienta, terapeut by měl pouze usnadňovat a podporovat proces změny a její udržení (Kalina, 2008).

Aktivní složky motivačního rozhovoru se popisují akronymem FRAMES (Miller & Rolnick, 2003, in Kalina 2013):

F (feedback) - poskytování zpětné vazby;

R (responsibility) - odpovědnost klienta za rozhodnutí o změně;

A (advice) - poskytování jasných a objektivních rad;

M (menu of options) - nabídka možností změn a různých strategií;

E (empathy) - s empatií sdělené informace;

S (self-efficacy) - podpora klientovy sebedůvěry ve vlastní účinnost, schopnost svou situaci zvládat.

Metoda motivačních rozhovorů se užívá především v situacích, kdy klienti prožívají ambivalentní stavy v oblasti chování a myšlení. Indikací k volbě metody jsou intrapsychické konflikty u závislých, bývalých uživatelů a klientů s problémy se zákonem. Motivační rozhovory jsou nejefektivnější v časných stádiích léčby a při doléčování, tedy v nejkritičtějších etapách z hlediska rizika relapsu (Kalina, 2013).

3.2.3 Terapie posílením motivace

Léčebný přístup vychází z koncepce FRAMES. Je zaměřen na jedince nikterak motivované ke změně. Pracuje se nedirektivním způsobem. Názornou ukázkou uvádí Jeřábek (2011, 184):

"Před zpětnou vazbou se klienta otážíme, zda ji vůbec můžeme dát (klíčové je to, zda ji osoba je schopná slyšet). U odpovědnosti zdůrazňujeme přesvědčení, že pacient je schopen převzít rozhodnutí týkající se jeho budoucnosti. Rada se podává formou objektivní nabídky s respektem k pacientově schopnosti s ní adekvátně naložit. Doporučuje se nabízet spektrum možností, zvyšuje to pocit osobního výběru a kontroly a posiluje to vnitřní motivaci. Empatie je jádrový faktor pro práci s motivací, neboť po kapkách zvyšuje pocit bezpečí, porozumění, přijetí a snižuje obrany. Neméně důležitá je podpora sebeobrazu a sebeúčinnosti, ve smyslu vidět se schopný učinit pozitivní změnu. Posílení motivace se tedy děje především posílením sebeobrazu, a to prostřednictvím akceptace a empatie ze strany profesionálů."

Uvedený přístup shledávám velmi mírným až opatrným vůči pacientům. Z klinické zkušenosti mohu uvést, že i pacienti nemotivovaní k léčbě místy vyžadují pevnější vedení a

ukotvení ve své nejisté situaci, v níž tápou.

3.3 Terapeutická komunita

Léčba v terapeutické komunitě vychází z předpokladu, že užívání návykových látek představuje poruchu celé osobnosti. Je narušena socializace, kognitivní a emoční dovednosti a psychologický vývoj (nevyzrálость, nízké sebehodnocení, problémy s životním scénářem, poruchy chování, antisocialita). Léčba představuje proces učení za pomoci skupiny, jehož cílem je stabilní změna chování, postojů a hodnot (Jeřábek, 2011). Adiktologická terapeutická komunita má určité charakteristické rysy (volně převzato a upraveno dle Kalina, 2013, 462):

- ◆ bezdrogové prostředí;
- ◆ vysoký stupeň struktury a organizace času;
- ◆ svépomoc klientů v léčebném procesu i v každodenním provozu terapeutické komunity;
- ◆ důraz kladen na pravidla chování (při jejich nedodržování minusové body, drobné tresty a omezení, až vyloučení pacienta z komunity);
- ◆ role, pozice a pracovní funkce pacientů definované podle pokroku v léčbě;
- ◆ význam práce a vzdělávání v programu.

Struktura a řád upevňuje a stabilizuje. Strukturou se myslí jasně daná pravidla, přesný časový harmonogram (rozvržení času na pracovní povinnosti, terapeutické aktivity, odpočinek), členění léčebného plánu do etap a rozdělení pracovních funkcí a povinností, za které jednotlivci zodpovídají. Pacienti často udávají, že po skončení užívání návykové látky se jejich život stal prázdným a fádním. Léčba v terapeutické komunitě jim poskytuje životní náplň, která je odvádí od negativních myšlenek a nudy. Strukturování léčby tedy napomáhá vytvářet bezpečné prostředí s řadou opor a jistot.

Léčba v terapeutické komunitě probíhá v několika fázích. Lze si je představit jako hierarchické stupně, které určují pozici a roli jednotlivce ve skupině. V jednotlivých fázích jsou stanoveny konkrétní cíle, ke kterým musí pacient dospět. Dosažení cíle je znakem pokroku pacienta, hodnotí se veřejně a je obvykle spojeno s rituálem. Veřejné uznání přináší přímé sociální posílení pacientovy změny.

3.3.1 Nultá fáze

Pacient se seznamuje s prostředím. Je izolován od vnějšího světa (zákaz vycházek) včetně svých nejbližších (zákaz návštěv). Zhodnocuje se zdravotní stav pacienta a jeho aktuální potřeby. V této fázi bývají zapotřebí podpurné individuální konzultace nebo krizová

intervence. Pacient je dočasně hájen před uplatňováním sankcí a osobní konfrontací (vyčkává se, až si osvojí řád a povinnosti a zapadne do skupiny). Se společenstvím a řádem ho seznamuje patron - pokročilejší spolupacient. Hlavním úskalím je časně vypadnutí z léčby. Stává se to díky náročné změně životního stylu.

3.3.2 První fáze

Pacient přijímá život v komunitě, postupně se stabilizuje. Ve spolusprávě vykonává pouze méně náročné funkce. Vycházky má povolené s doprovodem patrona. Pacient se hodně zabývá sám sebou, přijímá odpovědnost sám za sebe, přijímá závažnost problému, má vůli k pokračování procesu změny. Učí se využívat skupinového terapeutického prostředí a získávat podporu. Pacienti, kteří se nesžijí s komunitou, jsou náchylnější na vypadnutí z léčby. Bývají to lidé s nezralými vzorci chování (agresivní, destruktivní, trucovití, panovační), kteří se vyhýbají stanoveným povinnostem.

3.3.3 Druhá fáze

V této fázi pacient přijímá odpovědnost za svá rozhodnutí, za druhé i za chod komunity. Pacient má větší svobodu (vycházky, dovolenky), ale také větší odpovědnost. Často vykonává nejvyšší funkce v hierarchii a disponuje značnou pravomocí (např. správa peněz, volba volnočasových aktivit). Jeho sebeúcta tím vzrůstá. Pacient aktivně a otevřeně na sobě pracuje. Má náhled na své problémy. Obnovuje vztahy s rodinou, řeší problémy, plánuje budoucnost, volí si z možností následné péče. Ve druhé fázi může vzniknout u pacienta mylná představa, že už je vyléčený, a může předčasně odejít z léčby.

3.3.4 Třetí fáze

Během třetí fáze dochází k uzavírání terapeutického procesu, postupné separaci od komunity a přípravě na život mimo terapeutickou komunitu. Pacient zná své silné a slabé stránky, připomíná si své přednosti, uvědomuje si možnosti ohrožení, umí předvídat vznik rizikové situace, nehazarduje zbytečně. Pacient ví jak nakládat s časem ve smyslu práce a odpočinku. Je plně v kontaktu se svým prožíváním. Pocity související s odchodem z léčby sdílí s komunitou. Hlavním nebezpečím je sebepřecenění. Pacient může nabýt dojmu, že je s prací na sobě hotov, že je schopen obstát ve světě vlastními silami bez pomoci a podpory druhých, bez následné péče.

Fáze léčby jsou návodem na změnu, avšak změna u pacienta nemusí nastat. Splnění řady úkolů obsažených v jednotlivých fázích nemusí odpovídat stupni internalizace. Může jít

pouze o vnější adaptaci bez hlubší změny. Hlubší změnu od pouhé adaptace můžeme odlišit podle množství energie, kterou pacient do procesu vložil. Skutečná změna bývá spojena s řadou zápasů a krizí (Kalina, 2013). Léčba v komunitě je opravdu velmi náročná. Dle mé klinické zkušenosti je pro pacienty zásadní důvěrné prostředí, posilovaná naděje a vzájemná podpora. To určuje, jak se v komunitě budou cítit a zda se rozhodnou zůstat nebo jít.

3.4 Základní principy terapeutické práce se závislými

Na závěr této kapitoly bych uvedla ještě některé terapeutické principy, které nebyly zmiňovány výše, a jsou pro praxi užitečné (volně převzato a upraveno dle Jeřábek, 2011).

- ♦ **Princip tady a teď.** Pomocí tohoto principu se dostáváme k osobnosti závislého. Je možno tak postihnout komunikační, emoční a motivační složku, včetně inkongruence jednotlivých částí a systému obran. Patří sem i (ne)schopnost udělat tlustou čáru za minulostí, ze které se člověk může poučit. Minulost by neměla v pacientovi vyvolávat devalvující a inhibující pocity viny, které by znemožňovaly osobnostní růst v přítomnosti.
- ♦ **Princip konfrontace.** V adiktologii se s konfrontací pracuje v souvislosti s tvarováním chování, které narušuje komunitní řád a pravidla. Konfrontací můžeme nastavit zrcadlo sebeklamnému, sebedestruktivnímu a nezodpovědnému chování, které jde proti komunitním vazbám a normám.
- ♦ **Interpretace.** Interpretací chápeme zachycení a pojmenování subjektivně vnímaných obsahů, včetně jejich nevědomé složky. Interpretace může být vrcholem psychoterapeutické práce, ovšem jen za předpokladu, že je pro pacienta srozumitelná a přijatelná. Většinou se jedná o subjektivně citlivou záležitost, je proto vhodné vyslovit interpretaci jako metaforu, krátký příběh, příklad, nebo jednu z možností výkladu.
- ♦ **Pozitivní zaměření a podpora.** Skupinová citová podpora je základním stavebním kamenem každé komunity. Současně se podpory využívá ve vlastní terapeutické práci. Nikdy není dost ocenění a podpory toho zdravého, normálního a pozitivního, co se v každém jedinci nachází. Je nezbytné posilovat víru a naději, že je v silách pacienta dosáhnout vytyčeného cíle.

- ♦ **Terapie všedního dne.** Terapie má za cíl naučit abstinujícího pacienta ustát každodenní nepříjemné okolnosti a neřešit situaci psychoaktivní látkou. Unést partnerské nebo profesní zklamání, zkusit začít jinak a jinak (výzva "must go"). K tomu je důležité vztahové zakotvení v rodině, partnerství a širším okolí. Během léčby se to trénuje formou návštěv, propustek, dovolenek. Během dovolenky pacienti musí splnit naplánovaný program, což se ověřuje, a přivést zprávu o průběhu se subjektivním vyjádřením pacienta a objektivním vyjádřením příbuzných. Zároveň je pacient během léčby vzděláván a nabývá dovednosti, které mu umožní lépe fungovat v běžném životě.

V této kapitole jsem nastínila terapii závislosti v praxi. Terapeutické programy se vzájemně od sebe v různých zařízeních liší. Tím umožňují pacientům, kteří jsou na léčbě opakově, vyzkoušet nové možnosti. Základní principy jsou však ve všech programech totožné: kontinuální práce s motivací, řád a struktura, orientace na změnu a podpora pacienta.

II. Výzkumná část

1. Výzkumné cíle, otázky

Předmětem výzkumu mé bakalářské práce je průběh skupinové psychoterapie u pacientů léčících se s lékovou závislostí. Skupinová psychoterapie byla vedena zkušenou rogeriánskou terapeutkou. V teoretické části jsem se zabývala popisem terapie zaměřené na člověka, jejími základními podmínkami, osobností terapeuta, průběhem terapie a skupinovými setkáními. Dále jsem charakterizovala lékovou skupinu, která je z hlediska vzniku závislosti nejrizikovější. Zabývala jsem se faktory, jež formují vztah člověka k návykové látce. Popsala jsem účinky léků, ze kterých vyplývají důvody, proč jsou dané léky tak oblíbeny a vyhledávány. Uvedla jsem klinický obraz akutního předávkování, vzniku tolerance a syndromu z vysazení. V poslední části jsem se věnovala nefarmakologickým metodám při léčbě závislosti, ve kterých se rogersovský přístup bohatě uplatňuje. Jsou to techniky zaměřené na motivaci a terapeutická komunita.

1.1 Cíl výzkumu

Výzkumná práce by měla osvětlit průběh rogersovské psychoterapie. Svou pozornost jsem zaměřila na dodržování základních podmínek - empatie, kongruence, bezpodmínečně pozitivního přijetí - ze strany terapeuta. Zajímá mě, zda klienti pod vlivem terapie se stanou kongruentnějšími, zredukují obrany, zda u nich dojde k rozvoji náhledu. Dále jsem se zaměřila na vyjadřování autentických emocí. Předpokládám, že vlivem terapie se přesune klientova pozornost od verbalizování problémů k většímu kontaktu se svým prožíváním a ke vzniku sebeaktualizační tendence. Za sebeaktualizační tendenci považuji efektivní plánování budoucnosti a schopnost samostatně nacházet řešení svých těžkostí. V neposlední řadě bych chtěla zjistit příčiny vzniku a rozvoje závislosti na sedativech a hypnoticích.

1.2 Výzkumné otázky

1. Jaké reakce převládají na straně terapeuta v rogersovské psychoterapii?
2. Co se děje na straně klientů v rogersovské psychoterapii?
3. Zvyšuje rogersovská psychoterapie u závislých pacientů náhled na jejich onemocnění?
4. Dochází u pacientů po terapii k efektivnějšímu plánování budoucnosti?
5. Jaké jsou příčiny vzniku a rozvoje závislosti na sedativech a hypnoticích?

2. Aplikovaná metodika

2.1 Metody výzkumu

Z hlediska vytyčených cílů se jako nejvhodnější ukázaly kvalitativní metody, a to metoda obsahové analýzy, metoda naturalistického pozorování a metoda kvalitativního hodnocení zápisu ze skupinových sezení.

Obsahová analýza se zaměřuje na námět, obsah a formu. Ty se označují jako východiskové kategorie. Východiskové kategorie výzkumník klasifikuje, a tím získává jednotky analýzy. Následně jednotky statisticky zpracovává a získaný výsledek interpretuje (Miovský, 2010). Ve svém výzkumu jsem vycházela z obsahu zpráv. Hodnotila jsem hlavní téma zprávy, trend (jakým způsobem je předmět zprávy rozvíjen), cíl sdělení a charakteristiky osob (co svým sdělením pacienti o sobě vypovídají).

Během výzkumu jsem vycházela z popisu postupu obsahové analýzy, jak ji uvádí Miovský (volně přejato a upraveno dle Miovský, 2010, 241):

1. Definice a identifikace vhodných dokumentů, popř. informátorů.
2. Definování základních jednotek, tvorba systému kategorií.
3. Shromažďování a třídění údajů. Přepis údajů do písemné podoby.
4. Kódování kategorií.
5. Analýza dat - kvalitativní analýza, statistické zpracování.
6. Interpretace výsledků.
7. Ověření výsledků.
8. Sestavení zprávy, publikace.

Při výzkumu jsem uplatňovala naturalistické pozorování. Dle Ferjenčíka (2010, 163): *"Pozorovatel zkoumá události, aniž by do nich přímo vstupoval nebo je nějakým způsobem ovlivňoval. Chce pouze zaznamenat to, co se bez jeho zásahů spontánně děje..."* Pro zachování přirozené atmosféry ve skupině bylo vhodnější do terapeutčiny práce nezasahovat a výroky pacientů nijak nekomentovat. Pro mé pozorování se jevil vhodnější molární přístup, pomocí něhož jsem se snažila zachytit chování osob komplexně a následně je posuzovat a hodnotit v širších souvislostech.

2.2 Zdroje údajů

Informace o zkoumaném vzorku pacientů jsem získala jednak z lékařské dokumentace, jednak pomocí vlastního dotazníku, který jsem pro dané účely vytvořila (ukázka dotazníku - viz příloha č. 3). Z lékařské dokumentace jsem využila příjmové vyšetření jednotlivých pacientů, denní zápisy lékařů a zápisy psycholožky z individuálních pohovorů a skupinových psychoterapií. Získané údaje jsem použila k charakterizování daného souboru.

Vlastní výzkumné údaje pro kvalitativní zpracování jsem získala přímou účastí na terapeutických sezeních. Během skupinové terapie jsem zaznamenávala výroky pacientů i terapeutky do záznamového protokolu. Tento protokol vznikl ve spolupráci s prof. PhDr. Stanislavem Kratochvílem, CSc.. Protokol vychází ze Snyderova systému, jenž slouží ke zkoumání obsahu rozhovorů v rogersovské psychoterapii. Jednotlivé kategorie se týkají obsahu chování terapeuta i pacienta (Kratochvíl, 1970). Snyderův systém jsme pro naše účely rozšířili o některé další kategorie.

Kategorie výroků terapeuta

- Dotazování (otázky)
- Objasňování citů
- Vyjádření empatie (empatický výrok)
- Vyjádření pocitů terapeuta (autentický výrok)
- Reformulování obsahu, opakování sdělení
- Strukturování obsahu sdělení
- Interpretace
- Schvalování
- Neschvalování
- Vedení
- Navrhování (rady)
- Jiné

Námi doplněné kategorie jsou: *Vyjádření empatie (empatický výrok)*; *Vyjádření pocitů terapeuta (autentický výrok)*; a kategorie *Jiné*. Do kategorie "Jiné" jsem zařazovala výroky, které se týkaly podporování pacienta, motivování, edukace, vysvětlování, vyzvání pacienta/skupiny a naváděcí otázky.

Kategorie klientových reakcí

- Problémy

- Jednoduché reakce - otázky, odpovědi, souhlas, nesouhlas
- Doporučení, rady
- Vysvětlování
- Empatie projevená k druhým
- Vyjádření pocitů
- Náhled
- Plánování
- Jiné

Soubor klientových reakcí jsme rozšířili o kategorie: *Doporučení, rady; Vysvětlování; Empatie projevená k druhým; Vyjádření pocitů;* a kategorii *Jiné*. Do kategorie "Jiné" jsem zařazovala reakce, které značily odlehčení, podporování druhých, obranné reakce, intelektualizaci, kritiku, hodnocení.

Protokol jsme vytvořili před realizací výzkumu. Ke každému psychoterapeutickému sezení existuje samostatný arch (ukázka záznamového archu - viz příloha číslo 4).

2.3 Popis vlastního výzkumu

Prvními kroky, jež bylo nutné učinit, bylo stanovení cílů výzkumu, volba vhodné metody a formulace výzkumných otázek. Jako nejvhodnější se jevila metoda obsahové analýzy s následným kvalitativním zhodnocením skupinové práce.

Vlastní výzkum se odehrával v Psychiatrické nemocnici Kroměříž v době od 23.7. do 10.9. 2014, na oddělení 8B. Jedná se o otevřené koedukované oddělení specializující se na léčbu závislosti na alkoholu. Na tomto oddělení se jednou týdně odehrává šedesátiminutová skupinová psychoterapie zaměřená na lékové závislosti. Na skupinu dochází pacienti i z různých jiných oddělení, na základě doporučení ošetřujícího lékaře. Jedná se o otevřenou smíšenou skupinu - členové skupiny přibývají a odcházejí dle jejich individuálního léčebného programu. Skupinovou psychoterapii vede zkušená psycholožka vycvičená v rogersovské psychoterapii, PhDr. Iva Zendulková. Výzkum byl přerušen dovolenou paní psycholožky, takže mezi prvním a druhým sezením vznikla třítydenní proluka.

Zúčastnila jsem se celkem šesti skupinových sezení. V průběhu všech sezení jsem sledovala verbální interakce mezi členy skupiny navzájem a interakce mezi jednotlivci a terapeutkou. Použité výroky jsem ihned zařadila do vybraných kategorií a do protokolu zaznamenala čárku za každý jednotlivý výrok pacienta či terapeutky. Zároveň jsem z jednotlivých sezení pořizovala audiozáznam. Bezprostředně po skupinovém sezení, již bez přítomnosti pacientů, se mnou terapeutka pohovořila. Seznámila mě se svými postřehy k jednotlivým členům

skupiny a shrnula nejdůležitější momenty psychoterapie. Po každém skupinovém sezení jsem si zapsala k jednotlivým členům poznámky ohledně probíraných témat, verbálních a neverbálních reakcí na citlivé téma, vlastní poznatky a celkové hodnocení setkání. Následně jsem v domácím prostředí poslouchala audionahrávky a jednotlivá sezení podrobně přepsala do písemné podoby.

Následujícím krokem bylo vyhodnocení získaných informací a jejich interpretace.

2.4 Způsob vyhodnocení

Cílem výzkumu bylo zhodnotit reakce terapeutky a pacientů a zjistit, zda budou převažovat výroky vlastní PCA přístupu, tedy empatie, kongruence a akceptace. Prostředí naplněné pochopením by mělo být předpokladem pro odstranění obran, vznik náhledu, přijetí zodpovědnosti za svůj život a v konečném důsledku i plánování efektivních životních změn. Součtem všech čárek, zaznamenaných v kolonkách záznamových protokolů pro jednotlivé kategorie výroků, jsem získala počty výroků, které pacienti a terapeutka během terapie použili. Analýzou a interpretací audionahrávek jsem zaznamenala klíčové okamžiky v terapii, kdy došlo k autentickým reakcím, ke kongruenci pacientů a k osobnostnímu růstu. Dále jsem se zaměřila na obsahovou stránku audiozáznamů a odhalení příčin a spouštěcích mechanismů při vzniku lékové závislosti. Vlastní poznámkový aparát a terapeutčiny postřehy mi pomohly dotvořit celistvý obraz skupinové terapie. Závěry jsem vytvořila na základě všech výše jmenovaných technik.

3. Zkoumaný soubor

Zkoumanou populaci tvoří osoby, které dlouhodobě užívají sedativa, hypnotika nebo opiáty a vznikl u nich syndrom závislosti. Syndrom závislosti posuzujeme podle abstinčních příznaků vzniklých po náhlém vysazení nebo snížení dávky léčiv, dále podle bažení po návykové látce, navyšování dávky léčiv a podle zaujetí užíváním návykové látky a jeho pokračování navzdory negativním důsledkům. Nelze přesně odhadnout počet závislých uživatelů sedativ a hypnotik. Je to dáno tím, že nadužívání léků je společností akceptováno. Závislí uživatelé častokrát nejsou registrováni a léčeni pro svou závislost. Toto tvrzení se týká především osob ve středním a starším věku, kteří jsou dlouhodobě léčeni pro poruchy spánku. I u nich lze pozorovat napětí, nervozitu a nespavost, pokud si nevezmou svůj pravidelný lék na spaní. Závislost na sedativech a hypnoticích se často objevuje u osob ve směnném provozu. Do této skupiny se řadí i většina zdravotníků. Údaje o nadužívání sedativ a hypnotik mezi zdravotníky jsou prakticky nedohledatelné. Také je třeba zmínit, že sedativa (např. Rivotril®) se používají jako adjuvantní léčiva u těžkých psychických poruch. U psychotiků se nepotýkáme se závislostí na sedativech. U nich řešíme postupně vzniklou toleranci na sedativní účinek a nutnost navyšování dávky. Počet uživatelů sedativ a hypnotik se odhaduje na desetitisíce osob.

3.1 Výběrový soubor

Údaje o výběrovém souboru jsem získala pomocí vlastního dotazníku, který jsem pro výzkumné účely vytvořila. Do výzkumu bylo zařazeno 14 pacientů. Deset pacientů se primárně léčilo se závislostí na alkoholu, 1 pacient se léčil pro depresi a 2 pacienti se léčili pro úzkostnou poruchu. Dotazník vyplnilo a odevzdalo 13 pacientů. Jedna žena neodevzdala svůj dotazník. Pravděpodobně se u ní jednalo o obavu o soukromé údaje (je zaměstnána u Policie ČR). Po šesti týdnech léčby u této ženy došlo k lapsu abúzu léků - pokusila se o sebevraždu. Další léčbu již nepodstupovala a z Psychiatrické nemocnice Kroměříž odešla na revers.

3.1.1 Základní demografické údaje

Pohlaví

ženy: 7

muži: 6

Vzdělání

vyučen/a bez maturity: 4

střední škola s maturitou: 5

vysokoškolské: 4

Věk

průměrný věk: 44,3
ve věku 30-39 let: 4
ve věku 40-49 let: 5
ve věku 50-59 let: 4

Bydliště

vesnice: 4
město: 8
bez domova: 1

3.1.2 Údaje charakterizující lékovou závislost

Užívané léky:

benzodiazepiny: 10
hypnotika (Z-preparáty): 2
opiáty: 1

Délka užívání léků:

1-6 měsíců: 1
7-12 měsíců: 3
2-3 roky: 1
více než tři roky: 8

V ambulantní péči dosud léčen/a pro:

úzkost: 9
poruchy spánku: 7
obsedantně-kompulzivní poruchu: 1
neléčen/a pro neurotické onemocnění: 3

Bažení po lécích:

nikdy: 3
zřídka: 2
občas: 1
často: 4
velmi často: 3

Účinky léků (žádoucí i nežádoucí):

ospalost, malátnost: 11
únava po probuzení: 5
zhoršení pozornosti: 11
narušení koordinace pohybů: 6
výpadky paměti: 7
zmatenost: 4
bezvědomí: 1
jiné (uvolnění, ztráta zábran, euforie): 2

Sebeposouzení závislosti:

nepovažuji se: 1
spíše ne: 2
spíše ano: 3
uvědomuji si, že jsem závislý/á: 6
nevím: 1

3.1.3 Údaje popisující závislostní chování

Zcezení léků (blízkým, příbuzným):

ano: 3
ne: 10

Vlastní dealer léků:

ano: 1
ne: 12

Simulace potíží při návštěvě lékaře za účelem získání léků:

ano: 3
ne: 10

Vzetí do vazby:

ano: 0
ne: 13

Přepisování receptů za účelem navýšení léků:

ano: 1
ne: 12

Kombinované užívání léků s alkoholem:

ano: 11
ne: 2

Nelegální objednávání léků z internetu: drogami:

ano: 1
ne: 12

Kombinované užívání léků s jinými

ano: 2 (pervitin)
ne: 11

3.1.4 Údaje shrnující odvykací příznaky, předávkování léky a předchozí léčbu

Přítomnost abstinenčního syndromu:

ano: 11
ne: 1
nevím: 1

Předávkování léky:

ano: 3
ne: 10

Abstinenční příznaky:

nervozita: 11
pocení: 7
nevolnost: 5
třes rukou: 7
nеспavost: 9
bušení srdce: 9
tlak na hrudi: 5
strach o život: 3
sebevražedné myšlenky: 4
pokus o sebevraždu: 1
jiné (bolesti hlavy, úzkosti, zoufalství,
beznaděj, zmatenost, hypertenze,
epileptický záchvat, kóma): 5

Odvykací léčba v minulosti:

ano: 6
ne: 7

Forma odvykací léčby:

návštěva psychiatrické ambulance: 4
denní stacionář: 1
detoxikační jednotka: 4
rezidenční léčba: 8
terapeutická komunita: 1

Zastoupení mužů a žen ve skupině bylo vcelku vyrovnané. Tento fakt je v kontrastu se studií Hellera a Pecinovské (2007), citovanou výše, že závislost na lécích se u žen vyskytuje čtyřikrát častěji oproti mužům. Ve skupině se všichni pacienti nacházeli v produktivním věku. Vzorek tím není dostatečně reprezentativní. Léková závislost se objevuje i u starých lidí. Ne vždy se však u nich řeší, a to z důvodu velmi nepříjemných odvykacích příznaků po vysazení léků, které mohou přetrvávat i řadu měsíců. Pacienti častěji pocházeli z měst. To odpovídá předpokladu, že ve městech jsou léky dostupnější (i nelegální cestou). Zároveň je ve městech větší anonymita, takže různé odchylky v chování u závislých nejsou tolik nápadné. Většina pacientů užívala preparáty déle než tři roky. Z dalších údajů vyplývá, že se k lékům dostali přes léčbu úzkostných poruch anebo poruch spánku. Při hodnocení účinků léků uváděli pacienti zhoršení kognitivních funkcí (paměti, pozornosti, orientace) a kvantitativní poruchy vědomí. Pouze dva pacienti uvedli lehce euforizující účinek, ztrátu zábran a uvolnění. Při sebeposouzení stavu závislosti již většina vykazovala náhled na problematiku a kritičnost. Nelegální chování za účelem získávání léků se vyskytovalo jen u jednoho pacienta. Naopak téměř všichni pacienti někdy v životě konzumovali léky spolu s alkoholem. Tento údaj je velmi alarmující. Vypovídá jednak o nedostatečném poučení pacientů ze strany zdravotníků. Při konzumaci obou látek současně dochází k výraznému tlumivému účinku s nebezpečím smrti. Zároveň se jedná o liknavost při odběru psychiatrické anamnézy. Je kontraindikováno předepisovat sedativa a hypnotika lidem závislým na alkoholu. Daný údaj by se dal interpretovat i jako pokus o sebevraždu. Jak ovšem z dalších informací vyplývá, o sebevraždu

se pokusil pouze jeden pacient ze skupiny. Mezi pacienty nebyli přítomni drogově závislí, kteří by užíváním sedativ a hypnotik zesilovali účinky jiných konzumovaných drog. Společná konzumace léků a pervitinu se odehrála, dle výpovědi konkrétních osob, pouze ojediněle v rámci experimentu. Téměř polovina pacientů absolvovala léčbu lékové závislosti již v minulosti. Nejčastěji volili formu ústavní léčby, pobytu na detoxikační jednotce a ambulantní léčby. Tři z přítomných pacientů prodělali otravu léky s následnou hospitalizací na jednotce intenzivní péče.

4. Etické aspekty výzkumu

Před zahájením výzkumu jsem o svých záměrech informovala ředitele Psychiatrické nemocnice Kroměříž a primářku daného oddělení. Výzkum byl započat až po jejich odsouhlasení. Všichni pacienti byli podrobně informováni o cílech a smyslu výzkumu. Všichni podepsali informovaný souhlas. V informovaném souhlasu jsem pacientům slíbila anonymitu, dále jsem se zmínila o potřebě pořízení audiozáznamu ze skupinových sezení a dala jsem jim na sebe kontakt pro případné dotazy, či možnost odstoupení od výzkumu. Pacientům byla poskytnuta obálka, do které vložili vyplněný dotazník s osobními údaji. Obálku následně zalepili a uschovali v uzamykatelných skříňkách, anebo ji odevzdali psychologce. Toto opatření jsem zvolila z důvodu, aby se k citlivým údajům nedostala nepovolaná osoba z řad spolupacientů či zdravotníků. Poslech a zpracování audionahrávek jsem dělala sama, bez přítomnosti jiné osoby v místnosti. Ve výsledcích a přepsaných nahrávkách jsem změnila jména účastníků výzkumu.

Na první skupinové psychoterapii se jedna pacientka na začátku zmínila, že moje přítomnost na skupině bude pro ni nepříjemná. Obávala se narušení důvěrné atmosféry ve skupině. V její řeči bylo patrné silné vnitřní napětí a nejistota. Nabídla jsem pacientce, že si sednu mimo kruh skupiny a budu je sledovat z povzdálí. Tento návrh se setkal s negativní odezvou celé skupiny. Psychoterapeutka následně nabídla pacientce přijatelné řešení, že pokud budou její nepříjemné pocity přetrvávat i v průběhu terapie, ukončím výzkum a skupinu opustím. Pacientka s řešením souhlasila. V závěru skupiny se terapeutka dotázala pacientky, jak prožívala mou přítomnost na skupině. Ta odpověděla, že jí moje přítomnost nijak nerušila a že je z toho sama příjemně překvapená.

Během skupinové psychoterapie byla otevřena některá morálně apelující témata (např. prostituce jako forma získávání léků, drobné krádeže, účelové podvodné chování). Při jejich probírání jsem se snažila zachovat empatickou neutralitu. Naslouchala jsem vyprávějícímu člověku a mírným pokyvováním hlavy jsem vyjadřovala účast. Vyprávění jsem nijak verbálně ani neverbálně nehodnotila.

5. Výsledky

Hlavním cílem mého výzkumu bylo zjistit, jaké reakce převládají na straně terapeutky a pacientů v rogersovské skupinové psychoterapii. Dalším mým úkolem bylo prozkoumat, zda u pacientů dojde k projevům sebeaktualizační tendence, které by se spočívaly v získání náhledu a v efektivním plánování budoucnosti. Pomocí obsahové analýzy jsem měla určit příčiny vzniku a rozvoje lékové závislosti.

5.1 Výroky terapeuta

Následující tabulka shrnuje všechny terapeutčiny výroky, které se objevily během šesti skupinových sezení.

Tab. č. 2 Terapeutovy výroky - shrnutí

	Sezení 1	Sezení 2	Sezení 3	Sezení 4	Sezení 5	Sezení 6	Σ
Dotazování (otázky)	6	5	10	9	15	5	50
Objasňování citů	3	2	6	2	1	1	15
Vyjádření empatie (empatický výrok)	12	22	14	19	12	15	94
Vyjádření pocitů ter. (autentický výrok)	3	2	1	5	1	6	18
Reformulování obsahu, opakování sdělení	3	4	4	3	8	4	26
Strukturování obsahu sdělení	7	6	8	8	10	4	43
Interpretace	1	1	0	4	0	0	6
Schvalování	3	2	0	0	0	0	5
Neschvalování	0	0	0	0	0	0	0
Vedení	5	1	0	0	0	2	8
Navrhování (rady)	0	1	2	2	1	3	9
Jiné	8	13	21	24	35	21	122

Z tabulky vyplývá, že nejčastěji se objevovaly výroky z kategorie Jiné. Četnost výroků z této kategorie ilustruje tabulka č. 3. Druhým nejčastějším výrokem bylo vyjádření empatie. Kategorie Dotazování a kategorie Strukturování obsahu jsou přibližně stejně zastoupeny. Dotazování se objevovalo tak často proto, že terapeutka na začátku každé skupinové psychoterapie přivítala nového člena skupiny a pokládala mu důležité otázky týkající se jeho

anamnézy. Mapovala tak závažnost lékové závislosti, motivaci pacienta k léčbě, spouštěče, předchozí léčbu a očekávání pacienta od skupiny. Strukturování obsahu sdělení používala terapeutka po dlouhé výpovědi pacienta, aby zpřehlednila vyprávění pro pacienta i zbytek skupiny a zopakovala důležité okamžiky v pacientově životě. V každém skupinovém sezení byly místy patrné výroky z kategorie Reformulování obsahu. V tu chvíli terapeutka zrcadlila pacientovo sdělení, případně ho zasadila do širšího kontextu. Sdělení tak dostalo patřičnou důležitost a hloubku. Výroky z kategorie Objasnňování citů a z kategorie Vyjádření pocitů terapeuta se objevovaly méně často. Vysvětlují si to tím, že pocity pacienti vyjadřovali často a byly pro ně srozumitelné. Terapeutka tedy nemusela pacienty více přibližovat k jejich prožívání. Kongruentní výroky ze strany terapeuta byly vzácné, a to z důvodu, že ve skupině nebyla přítomna natolik intimní atmosféra, aby pacienti byli schopni kongruentní výrok přijmout. Stávalo se, že po autentickém výroku terapeuta se někteří pacienti stáhli do obran. Začali se obhajovat, racionalizovat, popírat, anebo útočit. Pouze ti pacienti, kteří na sobě během skupinové psychoterapie intenzivně pracovali, byli v závěru terapie otevření kongruentnímu výroku a zpracovávali jej jako užitečný podnět ve vnímání sebe samých. Výroky z kategorie Navrhování byly přítomny v podobě doporučení, jak postupovat po ukončení léčby, jaký doléčovací program zvolit, kdy nastoupit na rekondiční pobyt atp. Byla to tedy spíš informativní doporučení než rady. Výroky z kategorie Interpretace, Schvalování, Neschvalování a Vedení byly zastoupeny okrajově.

Tab. č. 3. Výroky terapeuta z kategorie Jiné

	Σ
Vyzvání pacienta/skupiny	34
Naváděcí, směrovací otázky	24
Edukace	13
Vysvětlování	23
Podporování pac.	5
Motivování	16

Z této tabulky je zřejmé, že terapeutka velmi často pobízela skupinu nebo jednotlivce k reakcím. Stávalo se to při zahájení skupiny, nebo když některý pacient dovyprávěl svůj příběh a nikdo ze skupiny se neměl k poskytnutí zpětné vazby. Terapeutka také často používala naváděcí a směrovací otázky. Snažila se tím přivést pacienty k náhledu a pochopení příčin jejich problémů. Během terapie se pacienti doptávali na podrobnosti ohledně lékové závislosti

a délky trvání abstinčních příznaků. Terapeutka jim odpovídala tak, že je s problematikou obeznámila (edukovala je o farmakologických vlastnostech sedativ a hypnotik) anebo danou věc vysvětlila. Pacientovy abstinční potíže tím zasadila do kognitivního rámce, a tak vytvořila logické souvislosti mezi příčinou a následkem. Motivování a podporování pacienta i celé skupiny se dělo v momentech, kdy byli pacienti vyčerpaní z dlouhotrvajících nepříjemných abstinčních příznaků a zhodnocovali zisky a ztráty života bez návykových léků. Terapeutka to nedělala programově. Bylo zřejmé, že citlivě vnímá nastavení každého pacienta a dokáže individuálně odhadnout riziko recidivy. V závěru každé skupiny terapeutka poděkovala pacientům a popřála jim hodně sil a výdrž při abstinenci.

5.2 Průběh terapie jednotlivých členů skupiny

Tabulky uvedené níže ilustrují průběh terapie a četnost reakcí jednotlivých pacientů na skupině. Skupina je otevřená, pacienti do skupiny plynule přichází a ze skupiny odcházejí tak, jak mají nastavený svůj individuální léčebný program. Prázdné sloupce v tabulkách značí, že pacient nebyl přítomen na skupinovém sezení (buď do skupiny začal docházet v průběhu výzkumu, nebo léčbu během výzkumu ukončil).

Tab. č. 4. Reakce pacienta Adama

	Sezení 1	Sezení 2	Sezení 3	Sezení 4	Sezení 5	Sezení 6	Σ
Problémy	1						1
Jednoduché reakce	0						0
Doporučení, rady	0						0
Vysvětlování	2						2
Empatie	2						2
Vyjádření pocitů	2						2
Náhled	2						2
Efektivní plánování	0						0
Jiné	1						1

Adam. Byla jsem přítomna pouze při jeho posledním skupinovém sezení. Při něm prokázal vzhled do problému, schopnost empaticky reagovat na ostatní a autenticky vyjadřovat pocity.

Adam je zdravotník pracující jako ko-terapeut v zařízení pro léčbu závislostí. Adam se léčil se závislostí na Heminevrinu, který dlouhodobě kradl v zaměstnání. Po ukončení léčby ho čekalo propuštění z pracovního poměru.

Dle slov terapeutky Adam od počátku léčby bohatě přispíval ke skupinové dynamice, dával autentické zpětné vazby, nevyhýbal se sebekritice až sebeobviňování. K jeho vzhledu do problematiky přispívá jeho povolání a letitá zkušenost z léčby závislosti na drogách a lécích.

Tab. č. 5. Reakce pacientky Saši

	Sezení 1	Sezení 2	Sezení 3	Sezení 4	Sezení 5	Sezení 6	Σ
Problémy	4	0	0	0	0	0	4
Jednoduché reakce	4	0	2	0	1	1	8
Doporučení, rady	0	0	0	0	0	0	0
Vysvětlování	3	0	0	0	0	0	3
Empatie	2	0	0	0	1	0	3
Vyjádření pocitů	3	0	0	0	1	0	4
Náhled	0	0	0	0	1	0	1
Efektivní plánování	0	0	0	0	0	0	0
Jiné	8	0	0	0	0	0	8

Saša. Byla spíš tichou členkou skupiny, do skupinového dění vstupovala pouze minimálně, a to především s jednoduchými otázkami, které měly zpřesnit vyprávění momentálního mluvčího. Na svém prvním skupinovém sezení hovořila nejvíce. Seznamovala spolupacienty se svým odvykacím stavem. Na prvním sezení se často objevovaly reakce typu 'Jiné', a to především odlehčení situace a obranné reakce. Vinu za lékovou závislost přisuzovala po celou dobu terapie své psychiatrice. Během sezení projevila pocity překvapení, nedůvěry až rozhořčení vůči ní.

Saša během terapie efektivní změny neplánovala (až na změnu psychiatricky). Na 5. sezení jsem zaznamenala příznivý vliv terapie, kdy došlo k vyjádření empatie, autentických pocitů i náhledu.

Tab. č. 6. Reakce pacientky Jitky

	Sezení 1	Sezení 2	Sezení 3	Sezení 4	Sezení 5	Sezení 6	Σ
Problémy	2	0	1	1			4
Jednoduché reakce	13	3	1	6			23
Doporučení, rady	0	0	0	0			0
Vysvětlování	6	4	1	0			11
Empatie	0	2	0	1			3
Vyjádření pocitů	0	0	0	1			1
Náhled	1	1	0	2			4
Efektivní plánování	0	0	0	0			0
Jiné	1	2	1	3			7

Jitka. Se svým zařazením do lékové skupiny nesouhlasila. Závislost na lécích včetně těžké intoxikace prodělala před 3 lety, nyní trvale abstnuje. V Psychiatrické nemocnici Kroměříž se léčí pro závislost na alkoholu. Jitka pracuje jako zdravotník. Její denní kontakt s léky v rámci zaměstnání jí dává vzhled do problému. Jitka se vyjadřovala velmi racionálně, což na některé členy skupiny působilo chladně, odtažitě a brzdilo je to v jejich vyjadřování emocí. Jitčino osobnostní nastavení ji poněkud omezuje ve vyjadřování pocitů a empatie vůči druhým.

Tab. č. 7. Reakce pacienta Zbyňka

	Sezení 1	Sezení 2	Sezení 3	Sezení 4	Sezení 5	Sezení 6	Σ
Problémy	0		1				1
Jednoduché reakce	0		0				0
Doporučení, rady	0		0				0
Vysvětlování	0		1				1
Empatie	0		0				0
Vyjádření pocitů	0		0				0
Náhled	0		1				1
Efektivní plánování	0		0				0
Jiné	0		0				0

Zbyňek. Během prvního sezení pouze mlčky seděl a hleděl do země. Nebylo tedy možné posoudit jeho reakce. Následně byl propuštěn z léčby (již absolvoval 3-měsíční kompletní léčbu). Po 14-ti dnech v domácím prostředí došlo k lapsu, a tak opět nastoupil do léčby. Na třetím sezení většinu času mlčel a ani nonverbálně na ostatní nereagoval. Až po terapeutičině vyzvání seznámil ostatní s důvody lapsu. Další sezení neabsolvoval, léčbu opustil ze zdravotních důvodů. U Zbyňka nelze hodnotit atributy PCA terapie pro jeho pasivitu. Pouze v jediné reakci prokázal náhled, a to když verbalizoval spouštěcí mechanismy svého abúsu.

Tab. č. 8. Reakce pacientky Berty

	Sezení 1	Sezení 2	Sezení 3	Sezení 4	Sezení 5	Sezení 6	Σ
Problémy	2	0	2				4
Jednoduché reakce	5	0	1				6
Doporučení, rady	0	0	1				1
Vysvětlování	5	0	0				5
Empatie	0	0	1				1
Vyjádření pocitů	3	0	3				6
Náhled	0	0	15				15
Efektivní plánování	0	0	2				2
Jiné	2	0	1				3

Berta. Na prvním sezení si nijak nepřipouštěla závislost na lécích a bránila se reakcím ostatních členů. Během druhého sezení mlčela a pozorně poslouchala. Z třetího sezení je patrné, že se dokázala vcítit do druhých, pojmenovat problémy, získala náhled. Na závěr třetího sezení měla promluvu k ostatním členům, při níž hovořila o sobě sebekriticky a autenticky, k druhým kongruentně a zároveň povzbudivě. Snažila se u sebe i u druhých najít a aktivizovat protektivní mechanismy.

Tab. č. 9. Reakce pacienta Jaromíra

	Sezení 1	Sezení 2	Sezení 3	Sezení 4	Sezení 5	Sezení 6	Σ
Problémy	2	3	2	3	1	1	12
Jednoduché reakce	3	8	3	6	2	3	25
Doporučení, rady	0	0	0	0	0	0	0
Vysvětlování	1	2	0	3	3	3	12
Empatie	1	1	0	2	1	0	5
Vyjádření pocitů	2	5	2	6	3	3	21
Náhled	4	6	2	7	1	1	21
Efektivní plánování	0	0	0	0	0	0	0
Jiné	2	0	0	0	2	0	4

Jaromír. Po čas terapie procházel těžkým odvykacím stavem s řadou somatických obtíží. Terapeutka mu během každého sezení věnovala pozornost, podporovala ho, posilovala jeho motivaci k léčbě. Jaromír během terapie autenticky vyjadřoval pocity, které se týkaly především náročnosti odvykací léčby a pocitů vyčerpání. Jaromír prokázal velmi systematický přístup v boji se závislostí a racionální pohled na věc. Jeho empatické reakce k druhým se týkaly především vyjádření podobných zkušeností se závislostí na benzodiazepinech. V závěru terapie musela terapeutka začít odklánět Jaromírovu pozornost od sebe samého, protože ulpíval na svých tělesných stescích, v popředí byla sebelítost a v terapii stagnoval.

Tab. č. 10. Reakce pacientky Marie

	Sezení 1	Sezení 2	Sezení 3	Sezení 4	Sezení 5	Sezení 6	Σ
Problémy	0	1	1	2	2		6
Jednoduché reakce	8	9	4	8	3		32
Doporučení, rady	0	0	1	0	1		2
Vysvětlování	0	3	2	0	2		7
Empatie	4	4	3	1	1		13
Vyjádření pocitů	1	6	2	1	0		10
Náhled	1	3	1	2	0		7
Efektivní plánování	0	1	0	0	0		1
Jiné	1	4	4	3	5		17

Marie. V terapii aktivně spolupracovala. Pozorně naslouchala ostatním, empaticky je podporovala, hledala řešení jejich situace, zdůrazňovala u druhých jejich pozitivní stránky, měla pozitivní výhled do budoucna nejen u sebe ale i u ostatních (což některým členům nevyhovovalo a stavěli se k ní skepticky). U Marušky převládají 'Jednoduché reakce', a to především otázky a odpovědi. Maruška prokázala schopnost náhledu. Ve svých emočních reakcích byla autentická.

Tab. č. 11. Reakce pacientky Radany

	Sezení 1	Sezení 2	Sezení 3	Sezení 4	Sezení 5	Sezení 6	Σ
Problémy	3	6					9
Jednoduché reakce	8	10					18
Doporučení, rady	6	2					8
Vysvětlování	0	3					3
Empatie	4	3					7
Vyjádření pocitů	5	7					12
Náhled	0	3					3
Efektivní plánování	0	0					0
Jiné	1	0					1

Radana. Během terapie řešila těžkosti odvykacího stavu, který velmi intenzivně prožívala. Na ostatní členy skupiny reagovala spíše chladně a strojeně. Empatii projevovala pouze jako podobné prožívání odvykacího stavu. Častokrát se objevovaly obranné reakce, a to především intelektualizace, popření, racionalizace. Odmítala se bavit o sobě blíže, ačkoli na sebe strhávala pozornost. Vystupovala nejistě a vystrašeně. Po šesti týdnech odvykací léčby došlo ke zvratu situace. Radana se předávkovala léky, které si potají schovávala. Byla hospitalizována na jednotce intenzivní péče. Po propuštění z nemocnice se do Psychiatrické nemocnice vrátila pouze na krátkou dobu, do lékové skupiny již nenastoupila, podepsala revers, a tím ukončila léčbu.

Tab. č. 12. Reakce pacientky Nikol

	Sezení 1	Sezení 2	Sezení 3	Sezení 4	Sezení 5	Sezení 6	Σ
Problémy		14	2	3	1	3	23
Jednoduché reakce		15	7	3	4	5	34
Doporučení, rady		2	0	1	1	0	4
Vysvětlování		10	2	1	1	7	21
Empatie		0	1	1	2	1	5
Vyjádření pocitů		8	1	0	2	3	14
Náhled		10	2	1	3	3	19
Efektivní plánování		0	0	0	0	0	0
Jiné		6	2	1	1	2	12

Nikol. Skupinovou terapii zaměřenou na léčbu lékových závislostí absolvovala již v minulosti. Měla vzhled do problematiky daný vlastním bohatým samostudiem a dlouhodobým potýkáním se s problémem. Nikol na prvním sezení seznámila ostatní se svou anabází závislosti. Další sezení pozorně poslouchala anebo reagovala otázkami na terapeutku. Empatii poskytovala pouze členovi, k němuž projevovala náklonost. Její vyjádřování pocitů kolísalo od velmi pozitivních k značné dysforii. Své emoce dokázala dobře pojmenovat, avšak ne vždy s nimi byla v kontaktu. Během terapie vyzdvihovala téma "Hledání viníka".

Tab. č. 13. Reakce pacienta Michala

	Sezení 1	Sezení 2	Sezení 3	Sezení 4	Sezení 5	Sezení 6	Σ
Problémy					3	0	3
Jednoduché reakce					8	3	11
Doporučení, rady					3	0	3
Vysvětlování					11	0	11
Empatie					1	0	1
Vyjádření pocitů					3	0	3
Náhled					8	4	12
Efektivní plánování					1	0	1
Jiné					3	1	4

Michal je opakovaně na léčbě lékové závislosti. Zároveň se dlouhodobě potýká se závislostí na alkoholu. Na prvním sezení vysvětloval skupině okolnosti vzniku a opakovaného abúzu léků. Na problematiku měl náhled, dokázal pojmenovat příčinné faktory i možnosti řešení svých problémů. Autenticky popisoval pocity svého sociálního propadu. Efektivně plánoval další kroky ve svém rodinném životě. Během druhého sezení poslouchal vyprávění spolupacienta. Poté přiznal podobné závislostní chování a manipulace s okolím, čímž si potvrdil, že situaci nemá plně pod kontrolou. Svůj nově získaný vhled shrnul výčtem situací, ve kterých musí být více opatrný, aby opět nedošlo k relapsu.

Tab. č. 14. Reakce pacienta Petra

	Sezení 1	Sezení 2	Sezení 3	Sezení 4	Sezení 5	Sezení 6	Σ
Problémy						8	8
Jednoduché reakce						15	15
Doporučení, rady						0	0
Vysvětlování						9	9
Empatie						10	10
Vyjádření pocitů						5	5
Náhled						14	14
Efektivní plánování						3	3
Jiné						0	0

Petr. Během svého prvního sezení skupinu seznamoval se svým příběhem. Petr užívá léky ve vysokých dávkách, opatruje si je nelegální cestou, má za sebou epizodu intoxikace s následnou hospitalizací na oddělení anesteziologie a resuscitace. Petr na kladené otázky spolupacientů odpovídal otevřeně a upřímně. Jeho mnohaletý abúzus léků mu dává náhled. Při hovoru ostatních byl k nim empatický ale i kongruentní. Petr byl poněkud nekritický v oblasti zvládnání abstinence od léků v ambulantní péči. Po usměrňujících empatických vstupech terapeutky předestřel racionálnější plán, který mu napomůže v jeho boji se závislostí.

Tab. č. 15. Reakce pacientky Dagmar

	Sezení 1	Sezení 2	Sezení 3	Sezení 4	Sezení 5	Sezení 6	Σ
Problémy				2	1	4	7
Jednoduché reakce				12	6	2	20
Doporučení, rady				0	0	0	0
Vysvětlování				5	8	4	17
Empatie				1	2	1	4
Vyjádření pocitů				1	2	2	5
Náhled				8	9	3	20
Efektivní plánování				0	2	0	2
Jiné				7	7	2	16

Dagmar. Na skupině řešila svou slabou závislost na hypnoticích. U Dáši převažovaly reakce typu souhlas, nesouhlas, otázky, odpovědi. Na otázky skupiny reagovala vysvětlováním, anebo odlehčením situace (především sebezesměšněním). Vůči druhým vystupovala empaticky pouze okrajově, a to zejména ve smyslu potvrzení podobných zkušeností s léky a jejich vysazováním. Až po intervenci více závislých klientů si byla schopná uvědomit své popírání závislosti. Dáša hovořila o vážných věcech s lehkostí a vtipem. Při vyjadřování autentických emocí a náhledu najednou zvažněla a její projev nesl tíhu sdělení. V tu chvíli bylo patrné sebepoznání, ke kterému došla poté, co jí v terapii bylo nastaveno reálné zrcadlo.

Tab. č. 16. Reakce pacienta Vladimíra

	Sezení 1	Sezení 2	Sezení 3	Sezení 4	Sezení 5	Sezení 6	Σ
Problémy			12	2	0	0	14
Jednoduché reakce			13	0	1	0	14
Doporučení, rady			0	0	0	0	0
Vysvětlování			7	2	0	0	9
Empatie			0	2	0	0	2
Vyjádření pocitů			2	3	0	0	5
Náhled			1	1	2	0	4
Efektivní plánování			0	0	0	0	0
Jiné			2	0	0	0	2

Vladimír. Do terapie nastoupil s hlubokou depresí, pocity beznaděje, marnosti a s myšlenkami na sebevraždu. Závislost na lécích pro něj byla pouze okrajová, nepovažoval ji nijak za důležitou. V terapii u něj docházelo ke střetávání zájmů s ostatními klienty. Vladimír byl netrpělivý, nevěnoval druhým pozornost, na terapeutčino vyzvání reagoval výčtem svých tragických událostí. I přesto byla u něj patrná empatie vyjádřená věcnými shrnujícími sděleními. Vláša na většině skupinových sezení mlčel a reagoval pouze na úzkostně-depresivní klienty a terapeutku. Po posledním sezení u něj vznikla sebeaktualizační tendence, kdy se v soukromí svěřil terapeutce s hlubokým traumatem z období dospívání, o kterém do té doby nikomu neřekl.

Tab. č. 17. Reakce pacientky Inky

	Sezení 1	Sezení 2	Sezení 3	Sezení 4	Sezení 5	Sezení 6	Σ
Problémy					2	0	2
Jednoduché reakce					3	0	3
Doporučení, rady					0	0	0
Vysvětlování					5	1	6
Empatie					0	0	0
Vyjádření pocitů					1	2	3
Náhled					0	1	1
Efektivní plánování					0	0	0
Jiné					2	0	2

Inka se potýkala se slabou závislostí na hypnoticích. Na skupině se věnovala problémům v sociální a materiální sféře. Léky užívala kvůli brzkému rámu vstávání do zaměstnání a potřebě si během noci odpočinout, vyspat se. V chráněném prostředí Inka neměla problém fungovat bez léků. Sdělovala obavy z návratu do domácího prostředí. Inka vystupovala plaše a hovořila tiše. Během všech skupinových sezení reagovala pouze na terapeutku. Empatie u ní nebyla patrna, věnovala se pouze svým problémům. Náhled nelze hodnotit, neb pacientka měla chudý řečový projev, podávala pouze strohé odpovědi na terapeutčiny otázky. V závěru třetího sezení terapeutka nabídla Ince alternativní řešení její nespavosti. Inka s danou možností souhlasila, avšak i přesto u ní přetrvávala nedůvěra a očekávání neúspěchu.

Náhled ve smyslu objevení podstaty svého problému a schopnosti hledat účinné řešení pacienti projevovali jen zřídka. Na skupině hovořili s náhledem pacienti, kteří řešili problém lékové závislosti dlouhodobě a byli hospitalizováni opakovaně. Tito lidé měli problém závislosti na kognitivní úrovni zpracovaný, avšak přesto nedokázali ve chvílích bažení regulovat své chování. Efektivní plánování jsem u pacientů zaznamenala jen ojediněle. Téměř všichni členové skupiny procházeli náročným odvykacím stavem a svou pozornost zaměřovali na své nepříjemné tělesné prožitky a zvládání touhy po návykové látce. Zároveň je terapeutka ukotvovala v prožívání "tady a teď".

Příčiny vzniku a rozvoje závislosti jsou mnohé. Dle výpovědí pacientů na skupině se u nich jednalo: (1) o nefunkční vztahy v původní rodině, kdy chyběla postava matky, nebo bylo dítě soustavně zanedbáváno; (2) o problémy v partnerských vztazích, psychické a fyzické týrání, rozvrat vztahu; (3) o velkou životní změnu (např. ztrátu zaměstnání, vážný úraz, odebrání dítěte z péče); (4) o osamělost, nudu, potřebu uvolnění, euforie. Všichni pacienti, kteří absolvovali prvoléčbu, připisovali vznik lékové závislosti svému ambulantnímu psychiatrovi. Ten je neupozornil na rizika užívání sedativ a hypnotik a léky jim dlouhodobě předepisoval.

5.3 Komentované ukázky průběhu skupinového sezení

Michal popisuje vznik své závislosti. Terapeutka mu pokládá anamnestické otázky k upřesnění.

Michal: Já jsem po pátý na léčbě, můj primární problém je alkohol, ale pokaždý se mi do toho zamíchají ty benzodiazepiny. Nejvíce to bylo před mojí první léčbou, kdy jsem je vlastně čtyři roky užíval ve vysokých dávkách, protože mi je psychiatr předepisoval a neřekl mi, co to je. Takže jsem o tom nic nevěděl.. Dopadlo to tak, že jsem přišel na patnáctku se léčit s alkoholem, o lécích jsem nikomu neřekl, dostal jsem silnej epileptickéj záchvat a od té doby jsem si uvědomil, co to vlastně ty benzáce jsou.

Ter: Kolik jste tehdy bral, když říkáte vysoké dávky, kolik těch tablet tak bylo?

Michal: To jsem bral jedničkový Neuroly, a to jsem bral tak těch osm, deset tablet denně.

Ter: Hm.

Michal: Vlastně před každou léčbou se mi dycky do toho ty léky zamíchaly, protože člověk nemohl spát, tak začal do toho brát léky. Léky už pak nepomáhaly, tak to zase mixoval s alkoholem. A teďkon před touhle léčbou jsem ty léky vlastně bral jenom čtrnáct dní, vlastně před léčbou jsem bral Diazepamy a Elenia, protože jsem chtěl zkusit abstinovat sám. Vždycky jsem se naládoval lécama, ale prostě kolem poledního už jsem to nevydržel a šel jsem si něco koupit..takže jsem to začal zase kombinovat.

Ter: Hm. Ten kolotoč se vám opakoval dokola (*empatická reakce*).

Michal: Je to ta kombinovaná závislost..ty abstinenci příznaky jsou hrozný jako teda. Ten vnitřní třes.. Trvá to většinou tak dva měsíce, než se člověk přestane úplně klepat. Ten vnitřní neklid, třes a tohle.. to u mě tak je a ze dne na den, člověk se ráno probudí a jako když utne a už jsem úplně vpořádku.

Ter: Hm. Jak to máte teď v tuto chvíli? Už se to utlo?

Michal: Ještě ne, ještě ne. Mám vnitřní třes, úzkosti..

Ter: Pěkně z toho slyším, že mluvíte, že to tak je, že si tím prostě musíte projít (*shrnutí obsahu*).

Michal: Hm. Tak (*souhlasně*).

Nikol: Michale, můžu se zeptat, ty jsi říkal, že ti to psal psychiatr a žes nevěděl, co ti píše..

Michal: Ne, ne.

Nikol: Jak, jak je to možné?

Michal: To jsou psychiatři dneska (*pohrdavě*).. No tak..

Nikol: A tak, musel ti napsat recept a v lékárně jsi musel přece vidět, co ti dávají..

Michal: Ne, ne. Já bydlím rok tady, celej život jsem bydlel v Praze, tam člověk přijde do lékárně a tam nijak ani nevysvětlují, co to je za léky. Nic prostě.. (*vysvětlení, zároveň obranná reakce, pacient popírá svůj podíl na vzniku závislosti*).

Dáša: Příbalový leták?

Michal: To jsem nikdy nečetl.

Maruška: Michale, osm, deset Diazepamů denně, to už jsou dávky, to nemůže napsat psychiatr na předpis, to nejde přece?!

Michal: Jo! A to mi to předepisoval tak, že jsem mu jenom nechal vzkaz na záznamníku a šel jsem si pro to do lékárny, kde už jsem to měl přichystaný, že jsem k němu nedocházel.

Ter: Takže v podstatě, o co jste si řekl, to jste dostal (*empatická reakce, terapeutka jemně naznačuje pacientův podíl na vzniku závislosti*).

Michal: Tak.

Dáša: To jsi do toho pěkně spadnul!

Nikol: Vybavuju si, že na základě receptu jsem si šla pro léky, někdy mě neupozornili ale celkem často mě upozorňovali: "Berte to tak," třeba ten Hypnogen nebo Stilnox, "berte to těsně před spaním a jenom jednu!" Ještě zdůrazňovali a fakt ještě třeba zdůrazňovali, že ne dlouhodobě, protože je to návykové. Slyšela jsem to několikrát, v té lékárně. Já vždycky samozřejmě: "Jo, jo, děkuji a nashledanou." Já jsem věděla, nebudu se vymlouvat, že jsem to nevěděla, já jsem věděla, že je to nebezpečný, že je to návykové, ale jak říkám, ztratila jsem nad sebou kontrolu, což teda jako řeším, dost mě to štve...ale já tím chci říct, že já jsem věděla, do čeho jdu!! Jo?! Sedím tady z vlastní blbosti!! (*náhled*)

Michal: Mně to vzniklo díky lékaři, musím říct. Teď už jsem si to třeba sháněl tak, že jsem přišel k svému obvodákovi, řekl jsem mu: "Psychiatrička má dovolenou, já pojedu na dva měsíce pryč, dejte mi deset balení Elenia a pět balení Diazepamu." Přišel jsem k němu druhý den, že jsem recept ztratil, tak jsem to měl dvakrát, no (*ukázka závislostního chování, pac. k získání léků užívá drobných podvodů*).

Ter: Hm. Takže už v tom umíte chodit, víte, jak s tím zacházet.

Michal: Dneska to člověk sežene úplně všude.

Ter: Co u sebe vnímáte jako větší závislost - léky nebo alkohol?

Michal: Alkohol.

Ter: Je to větší nebezpečí. Takže vy prvně začnete pít a až potom nastupují ty léky (*strukturování obsahu*). A co jsem teda nepochopila, tak vy je používáte...

Michal:..na zmírnění úzkostí, který jsou vyvolaný vlastně tím alkoholem (*náhled*). Abych mohl fungovat, abych se neklepal, abych se necítil na zvracení, aby se mi neklepaly ruce, já jsu na stavbě..abych něco nerozbil (*vysvětlení*).

Jaromír hovoří tichým, rozechvělým hlasem, je velmi neklidný, neustále šoupe nohama, třesou se mu svaly - příznaky těžkého odvykacího stavu. Z jeho reakce je patrný náhled.

Jaromír: Já jsem sem přišel s tím, že pomoc z léků není. Člověk si to musí prostě protrpět. Od těch pilulí nic neočekávám. Když bych něco očekával, tak jsem tam, kde jsem byl.. Já jsem bral Rivotril jako takovej všelék na všechno..na úzkosti, nebo když jsem nemohl spát. A už to dál brát nemůžu..

Ter: Berete to, že cesta přes ty léky není (*empatická reakce*).

Jaromír: Jo. Musím to najít někde v sobě nebo prostě nějak jinak. Jít svou vlastní cestou. Vlastně 99% pilulí, který jsem kdy v životě snědl, je Rivotril. Já nemám žádnou nemoc, nikdy jsem neměl žádnou vážnější nemoc, měl jsem akorát chřipku, tohle je moje nejhorší nemoc!

Ter: Taková nejtěžší a nejzákeřnější (*empatická odpověď*)!

Jaromír: Jo. Druhá nejtěžší je chřipka. Chci se toho zbavit, akorát jsem nevěděl, že budu potřebovat tolik energie.

Ter: Už to právě vypadalo, že po tom detoxu v Olomouci už pomalu stoupáte a že je to čím dál lepší a najednou takový zvrát (*empatická odpověď*).

Jaromír: Já jsem byl dokonce tak naivní, že jsem šel do Olomouce jako by pro jistotu! Pak mi tam došlo, že bych to sám na 100% nezvládnul, no a teď už vůbec ne.. to bych si to hned vzal, že jo! Nebo bych šel k doktorovi, a ten by mi to napsal. Takže já jsem se musel nechat zavřít (*náhled, pac. si umí zhodnotit rizikovou situaci a domyslet důsledky*).

Ter: Kdyby vás viděl v tomto stavu, tak by vám určitě něco nasadil (*terapeutka hodnotí třetí osobu, odklon od pacientova prožívání*).

Jaromír: No, na 100%. Zatímco paní primářka řekne: "Vy jako benzáky nedostanete," a odejde, což mi vlastně jako pomůže (*svou reakcí se pacient vrací k sobě*).

Ter: Myslím, že to bude lepší, ale nepůjde to hned. Opravdu velká nevýhoda těch léků je, že tohle s psychikou dělají a ten návrat k tomu normálu je hrozně těžký, náročný a dlouhý. A nejtěžší právě na tom, je to vydržet! Nevzdat to, nenechat se zlomit! Vědět, že tadyto je to peklo vnitřní, kterým si musím projít, pak to bude lepší (*povzbuzuje pacienta, motivuje ho v abstinenci*).

Jaromír: Na to jsem furt myslel, když jsem v sobotu v noci zase nespal a chodil jsem dokolečka, tak vlastně co mi zbývalo jinýho, než vydržet! Se nemám čeho chytnout. Jde o to vydržet (*došlo k posílení pacientova přesvědčení, že má situaci pod kontrolou a je schopen ji zvládnout*).

Maruška: S tím, že to bude lepší.

Jaromír: No.

Maruška: Teda jestli můžu. Těch šest let, co jsem to začla užívat, ten Lexaurin, jsem to měla v kapse a šli jsme třeba na houby loni v létě.. A teď to byl strašně krásný pocit, Jarku, když jsem byla doma, jela na chalupu v pohodě, šli jsme do lesa, jen to pít v košíku a nemusela jsem si dávat ani Stilnox.. Jsem tak šťastná (*vyjádření emocí, snaha povzbudit spolupacienta*)!

Ter: Takový pocit svobody (*empatická reakce*).

Maruška: Je to krásný pocit! Stojí to za to!! Určitě! Ta svoboda za to stojí (*náhled*)!

Jaromír: Ta závislost je jako železná koule přivázaná k noze, no (*náhled*).

Ter: Nechce se vás pustit (*empatická reakce*).

Skupinové sezení po čtrnácti dnech. Postupné zlepšení Jaromírova zdravotního stavu.

Ter: Je dobře, že už vám je líp. Že to nejtěžší napětí už přešlo. A já doufám a věřím tomu, že všechny další věci jak přišly, tak zas odejdou. Že postupně se vám podaří se dostat do normálu (*povzbuzení pacienta*).

Jaromír: Hm (*rezignovaně*), už aby to bylo, teď nic jinýho nechci. Já třeba nemám venku žádný problémy...finanční, ve vztazích, s rodinou. Já má jedinej problém - to jsem já sám, ta moje závistlost (*náhled*). S banálním stresem z práce jsem skončil v nemocnici..

Ter:..s těžkou závislostí (*empatický výrok*).

Jaromír: Přesně tak, v jakým průseru jsem, jsem se dozvěděl, až když jsem se do něj dostal. Už nešlo z toho ven... Až v tu chvíli, až když jsem začal trochu studovat na internetu.. Chtěl jsem po lékaři, aby mi dal něco, co by mě trochu hodilo do klidu. Vůbec jsem nevěřil, že to takhle špatně dopadne. Pořád jsem z toho špatnej. Veškerou energii dám do toho, abych se dal dohromady (*efektivní plánování*). Nemá cenu někoho napadat, obviňovat, to mi nepomůže (*náhled*).

Ter: To už stejně nevrátíte zpátky. Máte poučení, z té zkušenosti můžete těžit, vědět, že tohleto jsou léky, který jsou nebezpečný. Oni sice krátkodobě pomůžou, ale tady při tom dlouhodobým braní způsobují závislost (*terapeutka posouvá klienta dál, aby se netočil v kruhu, snaží se pro klienta najít i světlé stránky jeho závislosti*).

Pacientka v závěru léčby prokazuje hluboký vhled, schopnost si nastavit realistické zrcadlo, zároveň se snaží svou výpověď konfrontovat i ostatní pacienti se sebou samými..

Berta: Mně teďka běží hlavou taková věc, tak spontánně mi to tam přišlo do té hlavy, mám takový pocit, že my jsme takový trosky! Prostě trosky!! Jako co z nás je (*popuzeně*)?! Naše manželky si berou dovolenou místo, aby si užívaly někde sluníčka...tak prostě si vezme čtrnáct dní dovolenou, aby tady zarazila to, aby její se chlap prostě neožral!! Moje děcka taky si ukrajovaly ten čas ze svého volna, prostě dovolila jsem to, to není nic proti tobě, Zbyňku, to je jenom tak, jak si tady teďka připadám. Vy možná taky tak. Já nevím, ne?! Já nevím, já to tak teďka cítím, prostě! Já už mám jít v pátek domů, takže jako já jsou taková už zase nastartovaná do toho života a chci se prostě chovat tak, abych se zodpovídala sama za sebe! A že to stojí za to! Já jenom, abyste fakt měli sílu s tím, se sebou něco dělat!! Protože to stojí za to! Ten život nám nekončí tady! Že to tak říkám, protože ty trosky momentálně jsme, ale nemusí to tak být i dál!

Maruška: Ale Berto, snad si něco v životě dokázala, já nevím, zas až takhle.. Tak to cítíš, jo?!

Berta: Ano. Já nemám být na co na sebe pyšná! Dvacet roků se potýkám s depresem a řeším to práškama a alkoholem a pořád dokola a ubližuju svým děčkám strašně moc, podepsala jsem se na nich..*(hluboký vhled)*. Nepodceňuju se! Ale zároveň cítím, že jsem se k tomu měla už dávno postavit jinak!!! Nepodceňuju ale zároveň jako neomlouvám! Co ti naši nejbližší, co jim přinášíme?! Čekají nás venku problémy všechny. Nevím, co bych měla teďka řešit, ale může se stát, že můžu přijít a hned první den se může něco stát, mám rodiče už staré.. prostě nebudou tady věčně. Cokoli se může stát.. Ale proč je to naše taková okamžitá reakce z něčeho, co nám ten život přinese, šáhnout po tom?! Toto beru jako takové selhání! Dyt' je spousta možností, lidí!

Berta se snaží povzbudit ostatní v abstinenci.

Berta: Já vám chci jenom říct, abyste všichni vydrželi! Abyste se vrátili za svou rodinou. Děláš to pro sebe, děláš to pro rodinu, pro svůj život dál!! Budeme žít tam zase venku a těšme se na to!...

Můžeme děkovat za každý den, kdy jsme k těm lékům nebo po té láhvi nešáhli a večer si můžeme říct: "Zítřka to zvládnou zase!" (*efektivní plánování budoucnosti*).

6. Diskuse

Hlavním cílem mé diplomové práce bylo prozkoumat aplikaci terapie zaměřené na klienta u lidí závislých na lécích. Při sběru dat a zpracování výsledků se objevily drobné nedostatky, které mohly výsledky mé práce zkreslovat. Snyderův systém byl původně vytvořen pro individuální terapii. Při skupinové terapii probíhá jiná dynamika než na individuální terapii. Objevují se nejen interakce terapeut - klient, ale i interakce mezi klienty navzájem. V případě opakování výzkumu by bylo vhodné revidovat záznamový protokol.

V terapeutových výrocích byly nejvíce zastoupeny empatické reakce. Hojně se objevovaly reakce typu "Jiné". Je to dáno tím, že terapeutka během skupinových sezení často vyzývala skupinu nebo jednotlivé členy, aby se vyjádřili k tématu. Terapeutka zařazovala do terapie motivační techniky, které jsou v léčbě závislosti nesmírně důležité. Nedirektivní formou směřovala klienty kupředu ve smyslu dosažení bezpečnějšího, úspěšnějšího a spokojenějšího životního stylu. U všech klientů se objevily narušené interpersonální vztahy a nedostatečná sociální opora. Podpora a motivace klientů v průběhu terapie působila na opětovnou stabilizaci jejich životní role. Do kategorie "Jiné" byly zařazovány i informace o působení léků, jejich nežádoucích účincích a o rizicích předávkování. Terapeutka často používala při terapii směřující otázky, nedirektivně tím přiváděla klienty k náhledu. Tabulku Terapeutovy výroky v záznamovém archu by bylo vhodné následujícím způsobem upravit:

- Kategorie Interpretace; Schvalování; Neschvalování; Vedení a Navrhování (rady) z tabulky vyřadit. Tyto kategorie se v průběhu terapie vyskytovaly pouze okrajově. Výroky z těchto kategorií netvoří těžiště terapie zaměřené na klienta.
- Do tabulky zařadit kategorie Motivace a podporování; Informativní sdělení; Vyzvání; Směřující otázky a Empatické hm.

Nové kategorie bych definovala následovně:

- Motivace a podporování - motivace pacienta k léčbě; podporování pacienta v abstinenci.
- Informativní sdělení - o účincích a závislosti na sedativech a hypnoticích; o odvykacím stavu a možných rizicích akutní intoxikace.
- Vyzvání - nedirektivní pobídnutí členů skupiny k vyjádření názoru; otevření skupiny; předání slova novým členům.

- Směřující otázky - vyjádření terapeutova záměru formou otázky, směřování klienta v jeho odpovědi.
- Empatické hm - projev aktivního naslouchání; chápavého přisvědčení; sdílení.

Tabulku s výroky klienta bych obohatila o kategorie Obranné reakce a Podporování druhých. Pacienti, u nichž nedošlo ke splynutí reálného a ideálního Já, vystupovali inkongruentně a ve svých výpovědích používali obranné reakce. Nejčastěji se vyskytovaly racionalizace, intelektualizace, popření, odlehčení, kritika a hodnocení druhých. Na výpovědi tohoto charakteru by bylo příště dobré zaměřit pozornost. Postupné odstranění obran a přeměna stylizovaných výpovědí v autentické reakce jsou součástí osobnosti proměny, která je cílem terapie zaměřené na klienta.

Během domácího poslechu audionahrávek jsem přehodnocovala některá zařazení výroků klientů. Na první pohled se zdálo, že se jedná o vyjádření problému anebo vysvětlování. Při bližším prozkoumání jsem došla k závěru, že již byl patrný částečný náhled. Pacienti se již konfrontovali se skutečností a začínali si uvědomovat svůj podíl na vzniku problémů. V příštím šetření bych doporučila si během sezení dělat poznámkový aparát a jednotlivé výroky analyzovat a třídit až z audiozáznamu.

Dotazník použitý k charakteristice souboru byl koncipován na základě mé účasti na lékových skupinách v prosinci 2012. Tehdy se skupinových sezení účastnili pouze pacienti, kteří zneužívali sedativa a hypnotika jako drogy. Dotazník je tedy zaměřený na tuto skupinu lidí, u nichž je v popředí nelegální závislostní chování. Je značný rozdíl mezi lékovými konzumenty (pár tablet denně) a abuzéry (desítky tablet denně). Dotazník po úpravě by měl pokrýt a charakterizovat obě jmenované skupiny. Do dotazníku by bylo vhodné zařadit následující otázky s volnou odpovědí: *"Co mi závislost dala?"*; *"Co mi závislost vzala?"*. Vložit otázku na množství a sílu užívaných léků. Upřesnit otázku na délku doby užívání.

Výzkumná práce umožnila bližší pohled na průběh terapie zaměřené na klienta u skupiny pacientů závislých na lécích. Rogersův předpoklad (1997), že empatie a bezpodmínečně pozitivní přijetí v pacientech prohlubuje iniciativu na vlastní úzdravě, vede k sebedisciplíně a kvalitnější spolupráci mezi terapeutem a pacientem, se naplnil. U pacientů jsem průběžně zaznamenávala nárůst zodpovědnosti za své zdraví a výraznější ochotu se podílet na jeho udržení a zlepšení. Jedná se o posun z pasivně přijímající role pacienta na aktivního činitele změn ve vlastním fungování.

Výzkum by mohl být v budoucnu rozšířen o porovnání průběhu PCA terapie a kognitivně-behaviorální terapie u závislých klientů, nebo porovnání účinnosti terapie zaměřené na klienta u skupiny pacientů závislých na alkoholu a u skupiny pacientů závislých na lécích. V rámci výzkumu by bylo zajímavé čerpat data i z pocitových deníků pacientů. Přiblížilo by to jejich subjektivní vnímání a prožívání léčby.

7. Závěry

Zpracováním dat získaných pomocí obsahové analýzy jsem dospěla k těmto závěrům:

1. Na straně terapeutky převažovaly empatické výroky, dotazování, strukturování obsahu, reformulování obsahu, vyzvání pacienta nebo skupiny, naváděcí otázky, motivování a edukace. Dotazováním terapeutka zjišťovala důležitá anamnestická data o závažnosti lékové závislosti.
2. Na straně klientů se nejčastěji objevovaly jednoduché reakce (otázky, odpovědi, souhlas, nesouhlas), vyjadřování problémů, vysvětlování a vyjádření pocitů.
3. Empatie byla u klientů přítomna především ve formě sdílení podobných zkušeností se závislostním chováním nebo ve formě výpovědí o podobném prožívání odvykacího stavu.
4. Náhled vyjadřovali klienti opakovaně hospitalizovaní pro lékovou závislost, kteří byli v předchozí léčbě o závislosti podrobně informováni a v minulosti si již prošli odvykacím stavem.
5. Efektivní plánování budoucnosti u klientů bylo patrné jen okrajově. Hlavním tématem efektivního plánování byl život bez návykových léků.
6. Sebeaktualizační tendence se projevila formou aktivnějšího přístupu k léčbě a přiznáním odpovědnosti za vlastní zdraví.
7. Léková závislost se často vyskytuje spolu s jinou psychickou poruchou. Mezi nejčastější komorbidity patří: závislost na alkoholu, úzkostné poruchy, poruchy spánku, depresivní porucha a závislost na nealkoholových drogách.
8. Vyšší dispozice k získání lékové závislosti je u osobností s akcentovanými rysy, a to především disociálními, anxiózními, emočně nestabilními, závislými a histriónskými. Důvody jsou: narušená síť sociálních vztahů, zkratkovitá řešení problémů a potřeba silnějšího vzrušení v životě.
9. Je zapotřebí vyšší informovanost lékařů o zásadách předepisování sedativ a hypnotik. Výzkum jasně potvrdil, že nejsou dodržována pravidla racionální preskripce a lékaři iatrogeně vytvářejí závislé pacienty na těchto lécích.
10. Při léčbě závislosti dochází k synergickému působení terapeutické komunity, skupinové psychoterapie, edukačních programů a individuální práce středního zdravotnického personálu s pacienty. To vše určuje efektivitu léčebného programu.

Souhrn

Přístup zaměřený na člověka je zařazován do hnutí humanistické psychoterapie. Zakladatelem této terapie je Carl Ransom Rogers. Rogersův pohled na lidskou bytost je optimistický a naplněný důvěrou v moudrost organismu. Základní hybnou silou člověka je sebeaktualizace. Sebeaktualizací se rozumí uskutečňování vlastního lidského potenciálu. Jedná se o vrozené pozitivní směřování člověka. Podmínkou sebeaktualizace je, že člověk sám sebe bezvýhradně přijímá. Psychoterapie zaměřená na člověka vychází ze třech základních podmínek, které v terapeutickém vztahu umožňují osobnostní růst. Jsou to: empatie, bezpodmínečně pozitivní přijetí a kongruence. Pod pojmem empatie se rozumí vcítující porozumění. Bezpodmínečně pozitivní přijetí zahrnuje akceptaci klienta, trpělivost a osobní zájem o klienta. Terapeut přijímá vše, co klient sděluje, jako něco, co je subjektivně významné. Kongruence vyjadřuje opravdovost vůči sobě samému. Je to jednota myšlení, emocí a jednání. Jednoznačnost a nerozporuplnost posiluje klientův pocit bezpečí. Terapeutický vztah je ovlivňován osobností terapeuta. Terapeut by měl věřit klientovi, že je schopen konstruktivně zvládat všechny aspekty svého života. To vytvoří situaci, v níž se klient cítí akceptován jako člověk schopný řídit sám sebe. Během terapie dochází k sebeexploraci - zkoumání postojů. Při ní si klient začne uvědomovat, co vše v sobě potlačuje, a postupně odstraňuje obranné mechanismy.

S proudem humanistické psychologie se šířily skupiny setkání - encounterové skupiny. Tyto skupiny byly zaměřené na osobnostní rozvoj a zlepšení interpersonálních vztahů prostřednictvím zážitkového procesu. V závěru svého života Rogers uvedl myšlenku, že formou encounteru by se daly řešit náboženské konflikty, mezinárodní napětí či rasové rozdíly v multikulturních kolektivech. Doporučoval tyto techniky používat i při léčbě alkoholiků a toxikomanů. Empatie a bezpodmínečně pozitivní přijetí v pacientech podporuje úsilí na vlastní úzdravě, vede k sebedisciplíně a kvalitnější spolupráci mezi psychologem a pacientem.

Závislost je multifaktoriálně podmíněnou poruchou. Svou roli hraje biologický základ (klíčovým neuromediátorem při vzniku závislosti je dopamin), psychické faktory (emoční prožívání, učení, osobnostní vlastnosti), sociální faktory (nezaměstnanost, sociální vyloučení, dysfunkční rodina) a spirituální dimenze (vědomí smysluplnosti života). Výzkum byl zaměřen na závislost na sedativech, hypnoticích a opiátech. Sedativa a hypnotika jsou léčiva navozující zklidnění, zmírňující úzkost a podporující spánek. Mezi sedativa a hypnotika patří řada látek, závislost vyvolávají pouze benzodiazepiny a Z-hypnotika. Tyto preparáty patří mezi nejčastěji předepisovaná psychofarmaka. Počet jejich uživatelů se odhaduje na desetitisíce osob. Pacienti o potenciálním riziku vzniku závislosti často nebývají poučeni. Užívání těchto léků

nepovažují za problém. Závislost se projeví až při vysazení léků nebo snížení jejich dávky, a to nepříjemnými odvykacími příznaky. Nejčastější příznaky odvykacího stavu jsou podrážděnost, nespavost, neklid, masivní úzkost, pocení a hyperreflexie. Náhlé vysazení vysokých dávek benzodiazepinů může vést k epileptickým záchvatům, deliriu až ke smrti. Opiáty jsou léky užívané především k léčbě bolesti a před chirurgickými výkony. Léková závislost opiátového typu se v České Republice vyskytuje podstatně méně často, než závislost na sedativech a hypnoticích. Je to dáno preskripčními omezeními a pečlivým sledováním výdeje opiátů zdravotnickým systémem.

Léčba lékové závislosti je založena na postupném snižování dávek užívaných léků a na nefarmakologickém přístupu formou psychoterapie. V adiktologii se nejvíce využívají terapeutické techniky primárně zaměřené na posílení motivace a působení pacienta v terapeutické komunitě. Cílem motivačních rozhovorů je dosahování změn ve smyslu bezpečnějšího a spokojenějšího životního stylu. Aktivní složky motivačního rozhovoru se popisují akronymem FRAMES: F (feedback) - poskytování zpětné vazby; R (responsibility) - odpovědnost klienta za změnu; A (advice) - jasné a objektivní rady klientovi; M (menu of options) - nabídka možností; E (empathy) - empaticky sdělované informace; S (self-efficacy) - podpora klientovy sebedůvěry ve vlastní účinnost.

Cílem práce bylo zmapovat průběh rogersovské skupinové terapie u pacientů závislých na lécích. Zkoumala jsem terapeutovy výroky a reakce klientů z hlediska konceptu PCA psychoterapie. Pozornost jsem věnovala i příčinám vzniku a rozvoje lékové závislosti. Data byla získávána přímým hodnocením reakcí terapeutky a pacientů během sezení a obsahovou analýzou zdravotnické dokumentace, audiozáznamů a zápisů ze skupinových sezení.

Výroky terapeutky jsem zařazovala do kategorií:

- Dotazování (otázky)
- Objasňování citů
- Vyjádření empatie (empatický výrok)
- Vyjádření pocitů terapeuta (autentický výrok)
- Reformulování obsahu, opakování sdělení
- Strukturování obsahu sdělení
- Interpretace
- Schvalování
- Neschvalování
- Vedení
- Navrhování (rady)

- Jiné - podporování pacienta, motivování, edukace, vysvětlování, vyzvání skupiny, naváděcí otázky

Výroky pacientů jsem zařazovala do kategorií:

- Problémy
- Jednoduché reakce - souhlas, nesouhlas, otázky odpovědi
- Doporučení, rady
- Vysvětlování
- Empatie projevená k druhým
- Vyjádření pocitů
- Náhled
- Plánování
- Jiné - odlehčení, podporování druhých, obranné reakce, intelektualizace, kritika, hodnocení

Do výzkumu bylo zařazeno celkem 14 pacientů hospitalizovaných v Psychiatrické nemocnici Kroměříž. Deset pacientů se primárně léčilo se závislostí na alkoholu, 1 pacient se léčil pro depresi, 2 pacienti se léčili pro úzkostnou poruchu. Pouze 1 pacient se léčil primárně pro závislost na lécích. Výzkumu se zúčastnilo 7 žen a 6 mužů, průměrný věk činil 44,3 let. Deset pacientů užívalo benzodiazepiny, 2 pacienti Z-preparáty (Stilnox[®], Hypnogen[®]) a 2 pacienti opiáty. Naprostá většina pacientů užívala léky déle než 3 roky. Ve skupině převažovali lékoví konzumenti (užívající jednu až dvě tablety denně) nad lékovými abuzéry (užívajícími desítky tablet denně).

Z výsledků výzkumu vyplývá, že terapeutčiny výroky byly empatické, shrnující obsah, reformulující obsah, motivující, podporující a edukativní. Často se objevovaly otázky, což bylo způsobeno terapeutčíným dotazováním na důležitá anamnestická data u nových členů ve skupině. U klientů převažovaly jednoduché reakce, vyjadřování pocitů a problémů a vysvětlování. Empatie se projevovala sdílením podobným zkušeností s odvykacím stavem. Náhled vyjadřovali klienti opakovaně hospitalizovaní pro lékovou závislost, kteří byli v předchozí léčbě o závislosti podrobně informováni a v minulosti si již prošli odvykacím stavem. Efektivní plánování u pacientů bylo přítomno jen okrajově. Hlavním tématem efektivního plánování byl život bez návykových léků po propuštění z léčby. Sebeaktivační tendence se projevila formou aktivnějšího přístupu k léčbě a přijetím odpovědnosti za vlastní zdraví. Z příčinných faktorů vzniku závislosti dominovala narušená síť vztahů v rodině a neracionální přístup při předepisování léků ze strany lékařů. Z výzkumu je patrné, že léková

závislost se často vyskytuje v komorbiditě s jinou duševní poruchou, především se závislostí na alkoholu, úzkostnou poruchou, poruchami spánku, depresivní poruchou a závislostí na nealkoholových drogách. Větší dispozice k získání lékové závislosti je u osobností s akcentovanými rysy.

Výzkumná práce potvrdila pozitivní vliv PCA psychoterapie v oblasti adiktologie. Je zapotřebí vyšší informovanost lékařů o racionálních zásadách preskribce sedativ a hypnotik.

Seznam použitých zdrojů a literatury

AISLP - *Automatizovaný informační systém léčivých přípravků*
(<http://www.aislp.cz/cs/internetova-a-intranetova-verze>).

Barker, G. (1999). *Použití kvalitativních výzkumných metod při postupech rychlého posuzování zneužívání drog ve společnosti*. Boskovice: Albert.

Bečková, I., & Višňovský, P. (1999). *Farmakologie drogových závislostí*. Praha: Karolinum.

Bergeret, J. (1995). *Toxikomanie a osobnost*. Praha: Victoria Publishing.

Cain, D. J., & Seeman, J. (2007). *Humanistická psychoterapie, 2. díl*. Praha: Triton.

Csémy, L., Brožová, J., & Mravčík, V. (2007). *Užívání ilegálních drog v ČR. Stručný přehled zdravotních důsledků*. Referátový výběr z psychiatrie, roč. 6, Speciál II, s. 18-21.

Faixová, K. (2014). *Rogersovská psychoterapie a preterapie - možnosti využití v psychiatrii*. Psychiatrie pro praxi, 15(1), 35-38.

Ferjenčík, J. (2010). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál.

Heller, J., & Pecinovská, O. (2007). *Léčba závislostí u žen*. Referátový výběr z psychiatrie, roč. 6, Speciál II, s. 56-58.

Jeřábek, P. (2011). *Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek*. In: Praško, J., et al.: *Klinická psychiatrie*. Praha: Tigis, s. 161-201.

Kalina, K. (2007). *Úspěšnost léčby v terapeutických komunitách pro drogově závislé: Česká Republika v mezinárodním kontextu*. Referátový výběr z psychiatrie, roč. 6, Speciál II, s. 40-47.

Kalina, K. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing.

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

Kratochvíl, S. (1970). *Psychoterapie*. Praha: Avicenum.

Mearns, D., & Thorne, B. (2013). *Terapie zaměřená na člověka. Pro využití v praxi*. Praha: Grada Publishing.

Miovský, M. (2010). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.

MKN - 10: Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotnických problémů. Destátá revize. (2008). Praha: BOMTOM.

- Nešpor, K. (2007). *Bažení (craving) a zhoršené sebeovládání u návykových nemocí*. Referátový výběr z psychiatrie, roč. 6, Speciál II, s. 28-30.
- Nykl, L. (2012). *Carl Ransom Rogers a jeho teorie. Přístup zaměřený na člověka*. Praha: Grada Publishing.
- Páleníček, T. (2007). *Animální modely účinků drog*. Referátový výběr z psychiatrie, roč. 6, Speciál II, 34-39.
- Praško, J., Látalová, K., et al. (2013). *Psychiatrie v primární péči*. Praha: Mladá fronta.
- Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (1999). *Psychoterapeutické systémy*. Praha: Grada Publishing.
- Rogers, C. R. (1997). *Encounterové skupiny*. Bratislava: Modra.
- Rogers, C. R. (2000). *Klientom centrovaná terapia*. Bratislava: Persona.
- Rogers, C. R. (2014). *Způsob bytí*. Praha: Portál.
- Šiffelová, D. (2010). *Rogersovská psychoterapie pro 21. století. Vybraná témata z historie a současnosti*. Praha: Grada Publishing.
- Timul'ák, L. (2006). *Základy vedení psychoterapeutického rozhovoru*. Praha: Portál.
- Truax, Ch. B., & Carkhuff, R. R. (1967). *Toward Effective Counseling and Psychotherapy: training and practice*. Chicago: ALDINE Publishing Company.
- Vágnerová, M. (2012). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- Vymětal, J. (1996). *Rogersovská psychoterapie*. Praha: Český spisovatel.

Přílohy

Příloha 1: Zadání bakalářské práce

Příloha 2: Abstrakt

Příloha 3: Dotazník pro klienty AT oddělení

Příloha 4: Záznamový arch

Příloha 5: Ukázka průběhu skupinového sezení konaného 23.7.2014

Abstrakt diplomové práce

Název práce: Aplikace rogersovské terapie u psychiatrických pacientů závislých na lécích

Autor práce: MUDr. Kateřina Blažková

Vedoucí práce: prof. PhDr. Stanislav Kratochvíl, CsC.

Počet stran a znaků: 74 stran, 148 737 znaků

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 30

Abstrakt: Cílem práce bylo popsat průběh PCA psychoterapie u pacientů závislých na lécích. Zkoumali jsme terapeutovy výroky a reakce klientů z hlediska konceptu rogersovské psychoterapie. Výběrový soubor činili hospitalizovaní pacienti, kteří navštěvovali skupinovou psychoterapii. Data byla získávána přímým hodnocením reakcí terapeuta a pacientů během sezení a obsahovou analýzou zdravotnické dokumentace, audiozáznamů a zápisů ze skupinových sezení. Výsledky ukázaly, že na straně terapeuta převažují empatické reakce. U klientů se v průběhu terapie posílila sebeakceptace, náhled a schopnost autentického vyjádření emocí. Výzkumná práce potvrdila pozitivní vliv rogersovské psychoterapie v přenesení odpovědnosti za zdraví z lékaře na pacienta.

Klíčová slova: léková závislost, na klienta zaměřená terapie, Snyderův systém.

Abstract of thesis

Title: Application of rogerian therapy in psychiatric patients, who are addicted on medicine

Author: MD. Kateřina Blažková

Supervisor: prof. PhDr. Stanislav Kratochvíl, CsC.

Number of pages and characters: 74 pages, 148 737 characters

Number of appendices: 5

Number of references: 30

Abstract: The aim of the study was to describe the process of PCA psychotherapy for patients addicted to medication. Therapist statements and client reactions were studied from the Rogerian psychotherapy concept point of view. The sample population was made by hospitalized patients who attended the group psychotherapy. The thesis data were obtained from direct evaluation of therapist and patients' reactions during sessions, and simultaneously from the content analysis of medical documentations, the audio records and minutes of the group sessions. The results showed predominant emphatic reactions on the therapist side. Clients' self-acceptance, insight and authentic emotions expression ability were strengthened during therapy. Research work confirmed the positive impact of Rogerian psychotherapy in the transfer of responsibility for health from doctor to patient.

Key words: Medical Addiction, Client Centered Therapy, Snyder's System.

Dobrý den,

jsem studentka 3. ročníku psychologie na Filozofické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Provádím výzkum pro svoji bakalářskou práci, ve které se zabývám působením humanistické psychoterapie při léčbě závislosti na benzodiazepinech. Cílem tohoto dotazníkového šetření je zmapovat chování lidí užívajících benzodiazepiny.

Tímto bych Vás chtěla poprosit o pravdivé vyplnění dotazníku. Vyplnění Vám zabere zhruba 15 minut. V dotazníku neexistují správné ani špatné odpovědi, jde o Vaše zkušenosti. Dotazník slouží výhradně akademickým účelům. Zaručuji Vám naprostou **anonymitu**. Dotazník se nedostane do rukou nikomu ze zdravotnického personálu. Po vyplnění, prosím, dotazník uložte do přiložené obálky, kterou zalepte a pak mi ji odevzdejte. V případě obavy o Vaše soukromé údaje si obálku uschovejte do uzamykatelné skříňky. Při jakýchkoli nejasnostech mě můžete kontaktovat prostřednictvím e-mailu: blazkovak@plkm.cz, anebo osobně vždy v úterý před lékovou skupinou.

Děkuji předem za Vaši ochotu a čas.

MUDr. Kateřina Blažková

Instrukce k vyplnění dotazníku:

Dotazník má 24 otázek. Objevují se zde otázky s různým typem odpovědí:

- Otázky, kde vybíráte pouze jednu z možností – označte křížkem jednu možnost
- Otázky, kde vybíráte z několika možností – označte křížkem jednu nebo více možností
- Otázky, kde na úsečce označíte místo, které Vás nejvíc vystihuje
- Otázka s volnou odpovědí – napište, prosím, celou svoji odpověď

Správnou odpověď **označte křížkem**

Pokud se spletete, správnou odpověď navíc zakroužkujte

Pokud se znovu spletete, správnou odpověď navíc podtrhněte

V dotazníku jsou otázky týkající se sedativ a hypnotik, tedy léků předepisovaných na spaní, na úzkosti, panickou poruchu, neurózu. Jedná se o léky: Rohypnol, Neurol, Stilnox, Lexaurin, Defobin, Diazepam, Xanax, Granlexin, Myolastan, Rivotril, Tiapridal a další.

Dotazník pro klienty AT oddělení

1. Pohlaví:

(označte jednu z uvedených možností)

1 žena

2 muž

2. Věk: *(vypište číslovkou)*

3. Vzdělání:

(označte jednu z uvedených možností)

1 neukončené základní

2 základní

3 vyučen/a

4 střední s maturitou

5 vyšší odborné

6 vysokoškolské

4. Bydliště:

(označte jednu z uvedených možností)

1 ve městě

2 na vesnici

3 bez domova, na ulici

4 jiné - prosím, vypište

5. Byl/a jste někdy léčen/a pro některé z následujících onemocnění:

(můžete označit více možností)

1 poruchy spánku

2 úzkost

3 obsedantně-kompulzivní porucha (OCD)

4 panická porucha

5 posttraumatická stresová porucha

6 žádné z uvedených onemocnění jsem neprodělal/a

6. Jak dlouho užíváte sedativa nebo hypnotika:

(označte jednu z uvedených možností)

1 1 až 6 měsíců

2 7 až 12 měsíců

3 13 až 24 měsíců (až 2 roky)

4 25 až 36 měsíců (až 3 roky)

5 více než 3 roky

7. Které z následujících účinků sedativ jste zažil/a:

(můžete označit více možností)

1 ospalost, malátnost

2 únava po probuzení

3 zhoršení pozornosti

4 narušení koordinace pohybů

5 zmatenost

6 výpadky paměti

7 halucinace

8 bezvědomí

9 dušení

10 jiné - vypište:

8. Zažil/a jste někdy bažení po lécích:

(označte na úsečce místo, které Vás nejlépe vystihuje)

_____ |
velmi často | nikdy

9. Domníváte se, že jste závislý/á:

(označte na úsečce místo, které Vás nejlépe vystihuje)

_____ |
uvědomuji si | nejsem závislý/á,
že jsem závislý/á | situaci mám plně pod
kontrolou

Následující část se týká získávání léků. Prosím, odpověďte upřímně. Pokud byste některou otázku nechtěl/a vyplnit, nechte ji nezodpovězenou. Zaškrtněte vždy pouze jednu odpověď.

10. Zcizil/a jste někdy léky někomu blízkému (matka, babička):

1 ano

2 ne

11. Předstíral/a jste někdy obtíže při návštěvě lékaře za účelem získání léků:

1 ano

2 ne

12. Přepsal/a jste někdy lékařský recept za účelem navýšení množství léků:

1 ano

2 ne

13. Učinil/a jste někdy objednávku léků z internetu:

1 ano

2 ne

14. Máte svého dealera, od něhož léky získáváte:

1 ano

2 ne

15. **Seděl/a jste ve vězení:**

- 1 ano
2 ne - pokračujte na otázku č. 18

16. **Užíval/a jste ve vězení návykové léky:**

- 1 ano
2 ne

17. **Jak jste si sedativa nebo hypnotika ve vězení opatřil/a:**

(prosím, odpovězte vlastními slovy)

.....
.....

Poslední část dotazníku obsahuje otázky zaměřené na Váš zdravotní stav.

18. **Užíval/a jste někdy sedativa v kombinaci s alkoholem:**

(označte jednu z uvedených možností)

- 1 ano
2 ne

19. **Užíval/a jste někdy sedativa v kombinaci s drogami:**

(označte jednu z uvedených možností)

- 1 ano, napište s kterými:

2 ne

20. **Zažil/a jste někdy abstinenční syndrom (při vysazení návykových léků):**

(označte jednu z uvedených možností)

- 1 ano
2 ne - pokračujte na otázku č. 22
3 nevím

21. **Které z následujících příznaků jste během abstinence pocítil/a:**

(můžete označit více možností)

- 1 nervozitu
2 pocení
3 nevolnost
4 třes rukou
5 nespavost
6 bušení srdce
7 tlak na hrudi
8 strach o život
9 sebevražedné myšlenky
10 pokus o sebevraždu
11 jiné, vypište.....

22. Hospitalizovali Vás někdy na jednotce intenzivní péče (JIP) po předávkování návykovými léky:

(označte jednu z uvedených možností)

1 ano

2 ne

23. Léčil/a jste se někdy kvůli závislosti na sedativech:

(označte jednu z uvedených možností)

1 ano

2 ne

24. Kterou formu léčby jste využil/a:

(můžete označit více možností)

1 návštěva psychiatrické ambulance

2 denní stacionář

3 detoxikační jednotka

4 ústavní léčba

5 terapeutická komunita

6 skupinová setkání

7 jiná, vypište jaká.....

Děkuji Vám za Vaše odpovědi.

Ukázka průběhu skupinového sezení konaného 23.7.2014

T₁: Máme tady dneska spoustu nových členů: pan Jirka, paní Vlasta a paní Liduška. Takže pokud ostatní nemáte nic proti tomu, tak bych dala slovo nově přichozím, aby o sobě pověděli: proč si myslíte, že jste na této skupině; z jakého důvodu jste přišli do léčebny; co teda očekáváte od této skupiny a od léčby samotné. A nechám na vás, kdo začne první.

Jitka: Začnu já teda, protože jsem už začala. Takže. Jmenuju se Ludmila, je mi 52 let. Mám 2 děti. Pracuji u záchranné služby. A jak jsem již řekla, byla jsem tady před třemi roky se závislostí na sedativech a hypnoticích. Od té doby jsem nic nebrala. Ale bohužel jsem to teda nahrazovala asi alkoholem. Takže teď jsem tady se závislostí na alkoholu. A proč jsem přímo tady? To teda nevím! Jelikož jsem asi řekla doktorce, že jsem teda měla úraz - havarovala jsem na babetě - a že jsem si vzala Tramal.

T₂: Hm. Hm.

Jitka: Tak. Mně paní doktorka včera řekla, že mě zařadila sem. I když jsem se teda ty tři roky ničeho nedotkla. S lékama - analgetikama, opiátama, sedativy, hypnotiky - pracuji denně.

T₃: Hm.

Jitka: Nevím jestli vám to stačí. Nebo se chcete na něco zeptat?

T₄: Na co byste se mohli...

Maruška: Jituško, ale proč teda jsi si vzala ten Tramal? Když víš, že je to návykový..

Jitka: To jsem si vzala jednorázově! Protože jsem měla jít do služby a měla jsem koleno tak. Jo?!

Maruška: Ale přeci jenom jsi se jednou léčila se závislostí na lecích, tak jako bych měla trochu strach tady z těch léků. Jakože můžou něco rozjet..kdyby to byl alkohol třeba. Tam si taky nesmíš dát ani kapku, dyť se to může rozjet znovu.

Jitka: Tak jsem si ho vzala, no (*rozhazuje rukama*)! Protože jsem měla jít na noční a chtěla jsem to přečkat. Nevím. Prostě je to tak, jak jsem to říkala. Den před tím - vybourala jsem se. Den na to jsem jsem šla do práce, měla jsem mít ortézu. Nechtěla jsem jít marodit. Takže jsem šla do práce bez ortézy. Shodou okolností se stalo, že jsme museli dvakrát v průběhu dne resuscitovat. Jenom řidič a sestra, takže jsem u toho musela klečet. Takže tak jsem si to potom vzala. Jednorázově!!

T₅: Hm. Hm. Vy jste říkala, že vlastně tři roky jste čistá od těch léků..

Jitka: Jo!

T₆: Jak se Vám to dařilo, v takovém docela rizikovém prostředí..?

Jitka: Prostě jsem si řekla, že nebudu. Předtím, jak jsem užívala ty sedativa a hypnotika, tak jsem si to vzala třeba po noční, když jsem nemohla usnout.

T₇: A pak už jste neměla potřebu?

Jitka: Ne.

T₈: Chutě nějaké, když to kolem vás všude je..?

Jitka: Ne. Opravdu ne.

Adam: Pomáhálo ti v té abstinenci vlastně ten poznatek, možná takový hnací motor, že jsi nepřišla o tu práci.

Jitka: Můžu říct, že teda i teď mě až překvapilo, velice mile mě překvapilo přístup mých nadřízených a spolupracovníků. Že mě to nikdo nevyčítal. Jako.. Můj nadřízený vedoucí mi řekl, ať klidně jdu, ať jsou doma klidně rok, pokud ví, že se vrátím a budu vpořádku, že mě to místo držet bude. Jo? To samé s kolegama: "Když něco budeš potřebovat, zavolej. Když zrovna pojedeme," včera jsem zrovna je prošvihla, když tady byli: "stavíme se." Jo? Takže mám opravdu jako podporu.

Adam: To je velký štěstí!

Jitka: Je!

Adam: Obrovské plus!

Jitka: Toho si hodně vážím. Opravdu jsem to až do této doby si neuvědomovala.. co mám.

Berta: Jituško, já si strašně vážím vašeho povolání. Jako já k vám záchranářům úplně vzhlížím jako..nevím čeho.. prostě k velikánům. Jako mě to vůbec nepřekvapuje, že máš takové kolegy jako, kteří tě takhle podrželi.

Jitka: Dělán to už od roku 1981...takže už je toho celkem dost. Takže. Možná proto, že už to dělám tak dlouho...11 let jsem dělala staniční sestru..

T₉: Když se ještě vrátím k té vaší závislosti. Vy jste vlastně říkala, že před třemi lety jste byla tady kvůli těm lékům. To se vyřešilo. Jak se to přihodilo, že jste se dostala sem.

Jitka: (*klientka skočila ter. do řeči*) Rodina. Manžel má babičku, která má Alzheimeru. Rozhodovat umí. Ale je to takové až dost stresující, když se mě každé tři minuty ptá na tutéž otázku. Stojí dole. Bydlí se mnou, jo, nebo s námi teda. Stojí dole pod schodama: "Jitkó, co je dnes za den? Jit..". Odejde do kuchyně, vrátí se zpátky. "Jitkó, a co je teda to dnes za den?" Jo?! Imrvére prostě..

T₁₀: Takže to byl takový velký nápor na trpělivost.

Jitka: Byl. I když si myslím, že jí mám celkem dost. Ale je to náročné. Schovává všechno. Denně něco hledáme, protože zapomene, kam to dá. Takže něco hledáme. Denodenně obviňuje mého muže, že jí něco sebral, protože ona si to schovává. Pak řekne, že jí to sebral, že jí to rozbil, ukradl, někomu to dal. Říkám: "Mami, co by dělal..". My jsme ještě ze staré školy, když se rodičům vykal. Říkám: "Mami, co by s tím dělal, s vašima šatama?" "No, tak jich někomu prodal!" Jo?! Takové..

T₁₁: Co jste v tom alkoholu hledala?

Jitka: Takové uvolnění. Říkám, nechtěla jsem brát léky, tak mi to nějak zbylo.

T₁₂: Tak jste to nahradila tím alkoholem. Jak to skončilo pro vás?

Jitka: Jak to pro mě skončilo? Skončilo to tak, že jsem teda havarovala, tak jak jsem říkala. Druhý den byla resuscitace. Pak jsem měla jít..to jsem teda došla dom po té službě, něco jsem vypila. Druhý den jsem měla jít na noční. Ráno jsem měla koleno tak. Nemohla jsem ani chodit. Takže jsem se napila zas, s tím že do večera budu ležet a to vyspím. No a večer jsem si dala ten Tramal a vypila jsem algifenové kapky. Šla jsem do práce a nadýchala jsem. Jo. Takže jsem šla domů. Samozřejmě jsem byla vystřídána. To proběhlo v sobotu, s tím, že se to budeme řešit v pondělí. Takže jsem došla v pondělí do práce a řešil to vedoucí lékař a dostala jsem důtku od zaměstnavatele ne od tady tohoto. S tím, že vedoucí pracovníci - úplně nade mnou - a moji spolupracovníci mě podrželi, takže mi bylo navrženo, že se mnou nerozvážou pracovní poměr, pokud nastoupím tady tu léčbu.

T₁₃: Myslíte si, že vám dali dýchnout záměrně?

Jitka: *(chvíli přemýšlí)* No...jo!

T₁₄: Vy jste takovým dalším důkazem i sama pro sebe, že ta závislost se zvrtné, jak říkáte. Takže už si teďka budete muset dávat pozor na všechny ty návykové látky.

Jitka: Hm. Jsem si toho vědoma. Nerada bych o tu práci přišla.

T₁₅: Je to silná motivace pro vás.

Jitka: Říkám: 'Já, v podstatě, jsem nikdy nic jináčího nedělala.'

T₁₆: Tak jo. Co ostatní: máte nějakou myšlenku? Názor? Dotaz? Něco, co byste chtěli říct?

Jitka: *(odlehčeně)* To už bylo vše..

T₁₇: Takže máte někdo něco?

Radana: Kolik jsi toho tak denně vypila?

Jitka: Já jsem nepila denně.

Radana: Ne? *(překvapeně)*

Jitka: Ne! Třeba jednou za dva, tři týdny, když jsem měla volno. Říkám: 'Jinak to teda bylo výjimečně.' Kdybych neměla ten úraz, tak by se to asi nestalo. Jo?! Protože by jsem si dávala pozor, abych minimálně 24 hodin předtím nepila, než jsem šla do práce.

Radana: Hm.

Jitka: Ale, když teda, tak třeba čtvrt litru vodky za odpoledne, za večer.

Radana: Jo, jo.

Jitka: Když jsem si řekla: 'Mám podělané. Nejdu do práce.' Jo?

Radana: Jak dlouho jsi pila?

Jitka: Hm. No tak samozřejmě to začalo někdy na podzim. Ale tady toto už bylo takové náročné.

Radana: Jo.

T₁₈: Já bych se ještě zeptala: 'Čím, myslíte, že byste tady mohla pro tu skupinu být užitečná? Čím byste mohla přispět?'

Jitka: *(chvíli přemýšlí)* Nevím.

T₁₉: Co myslíte, ostatní?

Adam: Tak pokud sem budeš chodit..to asi nechceš..sem jako chodit..ale pokud sem budeš chodit, tak si myslím, že jako závislákům na hypnotika a takovýchle, máš velký zkušenosti, že můžeš jako hodně, určitě, přispět.

Saša: Já si to taky myslím, že teda máš zkušenosti z obou stran - jak léky, tak to druhý - a jsme tady takový smíšený, že určitě bys mohla jako pomoci, poradit i těm i těm.

T₂₀: Vzápětí tu svoji zkušenost, kterou jste nabyly i za to brání i za tu léčbu, byste mohla být tady pro ostatní motivem. A třeba si přijdete na něco dalšího pro sebe.

Jitka: Nevím. Říkám: 'Tady by mě to nenapadlo.' A říkám vám to k dispozici, vlastně. *(změna vystupování během plynutí psychoterapie: na začátku hovoru byla klientka impulzivní, bojovná; v této pasáži zjihla, otevřenější jiným názorům)*

T₂₁: Vy jste přešla na ten alkohol, a tím jste si to nahradila, že?!

Tak jo. Děkuju za povídání z vaší strany a teď bych dala teda slovo dalším dvěma nově příchozím do skupiny. Kdo byste chtěli o sobě promluvit? Na někoho se dívám..

Jaromír: Tak dobře *(lehký smích)*. Já se jmenuju Jaromír. Jsem tu se závislostí na Rivotrilu. A jak tak koukám kolem sebe, tak si tady připadám trochu raritní. Protože já nekouřím, nikdy jsem nepil..

T₂₂: Hm.

Jaromír:..žádný ty legální drogy, nic. Akorát jsem trošku nezvládal stres v práci a psychiatr mi napsal Rivotril. Po třech, čtyřech měsících jsem zjistil, že to nejde vysadit. Jsem to říkal i na detoxu v Olomouci, kde tam byli i toxikomani a alkoholici a takhle, že jsem k tomu přišel jakoby nevině. Doteďka si na tom trvám, že jsem k závislosti přišel trošku nevině, ne vlastní rukou. Tak všichni mně jako odporovali. Tak já si budu na tom trvat! Protože já jsem měl informace z příbalového letáku, kde je napsáno: 'Možnost rozvoje fyzické a psychické závislosti.' A jako nepočítal jsem s tím a nikdo mi neřekl, že skutečně ten návyk může být tak silný, že můžu skončit v nemocnici.

T₂₃: Hm.

Jaromír: Ten anxiolytický účinek zmizel hodně, hodně rychle a vlastně možná pak jsem si uvědomil, po šesti měsících, že to beru čistě jen ze závislosti.

T₂₄: Podle čeho jste to poznal?

Jaromír: Že jsem se dostal po ránu do takové špatné nálady bez jakékoli příčiny. Ten stav byl možná horší než kdykoli předtím, proč jsem ho začal brát. Tenkrát jsem neměl příležitost vynechat práci na jeden, dva měsíce. Takže jsem to pořád tak oddaloval a oddaloval. A hlavně nikdy by mě nenapadlo, že to může dopadnout tak špatně, že třeba poslední čtyři týdny byly fakt asi nejhorší v mém životě. Ty odvykací stavy..to je opravdu příšerný. Já jsem k vám přišel až dva týdny po tom, co byl Rivotril vysazen. V té Vojenské nemocnici v Olomouci, kde jsem byl čtyři týdny, to bylo teda peklo!! To jsem tam chodil po chodbách a ještě mi otvírali místnosti, abych se mohl procházet i někde jinde. A celou noc jsem nespál. Ale už jsem byl tak posedlý tou myšlenkou se zbavit té závislosti, že jsem si říkal v úvozovkách: "Ať třeba chci pnu, ale že to prostě musím přečkat!" Protože jsem tomu věnoval už vlastně od března čas, tomu vysazování. A říkal jsem si, že to musím teď udělat teda jinak. Na jeden zátah.

T₂₅: Když už jste se do toho dal, tak už teda důsledně!

Jaromír: Jo. No. Přesně tak. Takový marnění času - protahování té závislosti...pořád někam.

T₂₆: Hm.

Radana: Jaromíre? Můžu se zeptat, kolik jsi toho bral toho Rivotrilu?

Jaromír: Já jsem bral jenom terapeutické dávky. Jedna věc, kterou jsem ještě neřekl...že jsem měl veškerý zdroj Rivotrilu od jednoho lékaře, psychiatra. Takže on mi jednou za čtyři měsíce dal čtyři balení a viděli jsme se prostě jednou za čtyři až šest měsíců. A když jsem mu řekl, že jsem na tom závislý, tak mi řekl takovou památnou větu, že ho zjevně potřebuju. A hodně ještě dalších "lékařských" vět..to nebudu tady konkrétně.. Ale on je myslím teď už v důchodě, mi řekla obvodářka. Dva až čtyři miligramy. Dva až čtyři miligramy. A snažil jsem se to poslední dva roky ukočírovat, abych měl menší hladiny, co to šlo.

Radana: Já jsem měla čtyři Rivotrilu, měla jsem napsané od psychiatra tři. Naposled mi to psala bez nějakého antidepresiva. Jeden ráno, jeden večer a jeden přes den v případě potřeby. No a potom jak jsem do toho ještě začala míchat už alkohol, tak se mi zvětšily i ty úzkosti, takže jsem skončila na těch čtyřech. S tím jsem sem přijela. Vůbec jsem taky nevěděla, že je to návykový lék. Brala jsem ho pět let!

Jaromír: No!

Radana: Ale snažila jsem se to někdy vysadit. Když nebyly nějaké šílené problémy, tak jsem to snižovala. Neměla jsem s tím nějak problémy, neměla jsem tu potřebu, byla jsem jenom na jednom Rivotrilu a vůbec jsem s tím neměla nějaké problémy. Při tom vysazování mi kvetly plavky, no (*úšklebek*).

Jaromír: To tak vypadá..

Radana: Vlastně si myslím, že postupně to zkusím vysadit už tak pět let.

Maruška: Ty sis ty léky snižovala, jo? Jakože jsi brala...

Radana: Do dna! Já jsem nevěděla, že to...

Maruška: *(nenechala pac. domluvit)* Ano. Tak proč ti to dělá takové problémy?

Radana: No, protože poslední dobou jsem toho brala tolik a možná ten alkohol, to přenáší stejné receptory. Takže já jsem si možná nahradila léky tím alkoholem, a tím pádem ty abstinenční příznaky nebyly takové.

T₂₇: Teď už to vlastně nemáte čím nahradit.

Radana: Hm.

T₂₈: Takže jste úplně čistá, úplně bez.

Radana: No...to, to.

T₂₉: Sašo, vy máte podobnou zkušenost. Taky vlastně dlouhodobě užíváte Rivotril...

Saša: *(přítakává)*

T₃₀:...a taky vám to psal pan doktor.

Saša: Paní psychiatricka *(překvapeně, lehce rozezleně)*!! Já jsem vůbec nevěděla, jako že to je návykový! Já až tady jsem se to dozvěděla, že sedm let beru něco..

Maruška: No, říkalas to!

Saša: Co, co prostě *(šokovaně)*!! Jako mě to tady prostě šíleně zarazilo.. Teď vlastně mi ho vysadili a já jsem se dostala do takovýho stresu, že prostě krční páteř, hlava a do uší...to se nedalo vydržet..já jsem si myslela, že si vytrhám vlasy z hlavy! Tak teď včera mi to teprve nahradili nějakýma nenávykovýma..

Maruška: A dobrý?

Saša: A..Jo! Ráno ještě jsem je nebrala a už jsem cítila zase tu krční páteř, že mi to jde do hlavy. A říkám: 'Je to tady zas! Zas!!' A teprve teď jak jsem si dala kafe..ráno jsem si brala ten lék, jakej - si ani nepamatuju, protože já nejsem přes léky nějak to..no a ta hlava ustupuje zase. Takže to mohlo být určitě, páteř a to, nějaký to psychosomatický. Nebo já nevím.

Maruška: Asi sis myslela na to..jakože to šíleně začlo..

Saša: Mě to šíleně začne, šíleně to začne bolet!!

Radana: Mně na tom začátku taky..

Saša: Ale hrozný!! A pak už hlava... A já to nechám tak dlouho rozjet, že potom už ty prášky na bolest mi prostě nezabírají.

Maruška: Na bolest? To myslíš pro krční páteř?

Saša: No hlavně! To už jako jsem dezorientovaná, vyřízená!!

Maruška: Mozek pořádně nefunguje..

Saša: A vopravdu říkám: 'Nemůžu za to!' I když jsem brala malou dávku.

Maruška: A úzkosti jsi měla u toho vysazování? Já jsem měla teda parádní.

Saša: Ne. Až včera, ale to prostě mi už tekly slzy samy. To už nešlo! Normálně jsem si říkala: 'Saško, vzpamatuj se, nebreč!' Já jsem šla na tu terapii okopávat a jak jsem se ohla, tak jsem měla plný brýle slz. Já říkám: 'To snad neskončí!' Úplně.. Já nevím co to, co to bylo za záchvat a..

Maruška: A ty jsi říkala, že jsi brala jenom jeden ten...?

Saša: Jenom jeden! Ráno. A ještě 0,5mg.. ale prostě asi tak dlouhodobě.. Sedm let je sedm let!

T₃₁: Já jsem vás včera viděla u té relaxace, jak jste měla ty oči zarudlé takové. Opravdu včera ten abstinční stav nastal.

Saša: No, hrozný! Hrozný!! Ale je zajímavý, že mě začne nejdřív bolet krční páteř. Teď po tom léku.. myslela jsem si, že si půjdu pro prášek na bolest hlavy..ale po tom léku, teprve mi začal působit asi po delší době, mi ta krční páteř jako přestává bolet. Přestává i hlava. Ale je to tak dvě hodiny, co jsem ho brala ten Imatragulin..asi ten.

Jitka: To je návykový!

Maruška: A nevíš, jak se jmenuje, jo, ten prášek?

Jaromír: To jsem celou dobu nevěděl. My se tě pořád všichni ptáme a ty to šíleně tajíš ale..
(*odlehčený smích skupiny*)

Saša: Se mi to vybavilo, ale i kdybych se zbláznila, vůbec nevím (*smích*)!! Já si pamatuju jen, co včera bylo, ale tamto ostatní jde prostě mimo mě.

Radana: Tiapridal, že jo?!

Jaromír: Hm. Asi jo..

T₃₂: Dává se to obvykle. Mě to napadlo, ale podívám se ještě někam.

Saša: Že jo! Myslím, že jo! Já si to musím napsat. Ať nejsem pak jak hlupaňa (*odlehčený smích skupiny*). Když se mě někdo zeptá, co beru za léky, nevím (*krčí rameny*).

Maruška: A až se tě zeptá, jak se jmenuješ, taky pomalu nevíš (*smích skupiny*).

Saša: Já beru ty, co mi dají (*omluvně*)!!

T₃₃: Tak z toho slyším, tak jste vlastně překvapená vůbec z té síly těch abstinčních příznaků. Že jste to vůbec nečekala, že něco takovýho budete prožívat.

Saša: Vůbec! Tak jako já jsem se sem šla léčit s alkoholem a ne s lékama!

Radana: Já jsem to taky nevěděla, když jsem sem přišla, protože paní N.....á mi řekla, že tady jančím. Taky jsem sem vpodstatě šla, no, spíš s depresema..a pak když zjistili, že do toho piju, tak (*povzdech*)..tak jako..a ještě vlastně ten Rivotril, takže jsem skončila tady vlastně... Mi to

bylo řečeno od psychologa, psychiatra..

Maruška: To ani já nevím, jak jsem tady! Jsem měla jít na stabilizační pobyt na šest týdnů..

T₃₄: A je z toho léčba.

Radana: Ano. A zatím teda krutá!

T₃₅: Jak to prožíváte teď?

Radana: No, oni mi nasadili před deseti dny Lyricu, která mi měla jako částečně nahradit ten Rivotril, ale mám takovou motanici celou dobu..brnění jako nepříjemné jako, celá páteř, hlava, obličej..teďka ruce, nohy..a je to hodně nepříjemné. Je pravda, že ty úzkosti nejsou takové. Já jsem měla největší problémy teda s hlavou ale i s úzkostma. Když vysadím ten Rivotril, on je to lék na léčbu úzkostí, takže ty úzkosti jsem tam měla. Já jsem hodně úzkostná! No a teďko zkouší teda tu Lyricu, ale zatím to teda musím brát.

T₃₆: Vy jste říkala, že vám teda teďka vysadili úplně ten Rivotril už.

Radana: Hm. Ale teprve včera. Včera půlku.

T₃₇: Takže dneska je to poprvé bez.

Radana: Hm. Ještě ráno to bylo trošku horší bez, jsem to poznala..že jsem byla trošku taková úzkostná. Ale já si myslím, že to bude dobrý. Že to zvládnem. Když jsem zvládla čtyři, tak se zvládne i toto.

Saša: A můžu se tě zeptat, prosím tě. Mně to taky vysazují, nebo vysadili ty moje léky, ten Rivotril, na kterém jsem teda zůstala závislá.. Si prostě nepamatuju! Taky máš takový stavy, že si nepamatuješ?

Radana: No ano!

Saša: Já si nepamatuju, že jsem tady na tom sezení někdy byla!

Radana: Hm (*přítakává*).

Saša: Jedna kolegyně, Maruška, mi říkala, že jsem tady už byla!

Maruška: Plakala jsi tady.

Radana: No.. (*chápavě*)

Saša: Jo??! Já prostě si nemůžu vybavit, že já jsem tady byla, protože tady nikoho nepoznávám.

Radana: Tys byla hodně ponořená do sebe.

Maruška: Byla jsi taková hodně..rozčilená.

Saša: Proto já se, třeba když jsou ty písemky, já se nejsem schopná se na ni naučit.

Radana: Já mám taky s učením hrozné problémy..

Saša: Strašný! Ostatní jdou na balkon, já tam pořád sedím s tím sešitem a už si ze mě dělají srandu, že jsem jako šprt, nebo něco..ale vůbec nepochopí, že já to můžu číst 66-krát a stačí, když někdo řekne: 'Tak pojd' k oknu!' v tu ránu já se podívám a nevím nic (*rozhodí rukama*). K oknu! Takže jestli taky máte problémy s tou pamětí. Já hrozné, no..!

Maruška: Ze začátku jsem si vůbec nepamatovala jména pacientů. Jako to šlo mimo mě. Jako já jsem nemohla za ten začátek léčby jako, tak potom už to bylo lepší. Taky mi nasadili, předpokládám, ten tia..Jak se to jmenuje?

T₃₈: Tiapridal.

Maruška: Tiapridal. Ale tam mi bylo řečeno, že je to na zmírnění těch abstinčních příznaků..na alkohol. Protože jsem měla špatnou dovolenku, tak jsem byla hrozně úzkostná, tak mi nasadili tu Lyricu na povzbuzení, jenom částečně. Já jsem to ani nepotřebovala..

T₃₉: Tak vlastně jste prožívala podobné, co paní Valika. Taky s tou pamětí, pozorností..že jste nebyla doteď..

Maruška: To jo, to jo. Jako ale není to tak už hrozné, jo, ale ze začátku vůbec. Ta paměť nefungovala, postupně se to trochu zlepšuje.

Saša: Mě trápí i zrak i jiný, prostě celkově. I zrak. Proto já se chodím učit ven. Třeba když jsem šla po setmění, tak s brýlema na blízko. Takže zrak a ten třet..právě ta paměť. To je něco..

Radana: No to bude trvat.

Saša: ..z čeho já jsem jako zděšená, ne!!

Maruška: No právě, já jsem jako byla nerada, že jsem vlastně nastoupila hned na tu patnáctku. Já bych radši byla někde na odvykačnické - týden na odvykačce - a zvládla to třeba jak Jirka, za kratší dobu, a pak nastoupila na normální oddělení. Takhle jsem musela nějakým způsobem fungovat navzdory tomu odvykačnickému stavu.

T₄₀: Jste to měla, těžší tady ten start.

Maruška: No.

Jaromír: Já jsem teda rád, že jsem byl zavřenej na detoxu v Olomouci ve Vojenské nemocnici. Tam člověk nemusel řešit nic, jenom jako sebe, no. Tam bylo i málo lidí. Nás bylo asi jenom dvanáct, patnáct. Já jsem věděl teda do čeho jdu. Nevěděl jsem, že to bude tak těžký, ale že to bude tak hrozný, to jsem si fakt nepředstavil. Nikdy by mě to takhle nenapadlo...

T₄₁: Já věřím... (*pac. terapeuta nezaznamenal a dál pokračoval ve své výpovědi*)

Jaromír:... A proto to byla motivace, že když už jsem si tolik vytrpěl, tak to musím táhnout do konce. Jinak by byly tři měsíce úplně zbytečný..

Maruška: Většinou ta motivace je tak na tři dni, protože to maže mozkové buňky jako, aspoň se to říká (*nepřiléhavý smích*)..

Jaromír: Co, co, co??

Maruška: Že to maže mozkové buňky, Rivotril, a to jsem vlastně začala zjišťovat až při tom, když mi to vysazovali, protože já jsem předtím to měla špatné s tou pamětí, ale já jsem nevěděla, jestli je to, čím to je..a pan doktor mi tehdy říkal: "To máte z těch depresí." Tak jako?!

T₄₂: Hm.

Maruška: Tak jsem mu věřila a.. *(směje se a rozhazuje rukama)*

T₄₃: Jako ono to spolu souvisí - ty deprese jako způsobují poruchy paměti a snížení pozornosti a do toho teda ten alkohol a do toho ještě ten Rivotril. Se není čemu divit, že se cítíte tak, jak se cítíte..

Maruška: Hm, hm. Vražedná kombinace asi..

Saša: A tenhle stav takhle zůstane?

T₄₄: Ne. *(uklidňujícím tónem)*

Saša: Jako že si nebudu pamatovat? Nebo se mi to vrátí zpátky? *(smích)*

T₄₅: Myslím, že se to vrátí zpátky..časem.

Maruška: Mělas to podobně takhle zkraje, že jsi byla taková utlumená?

Saša: Prostě jestli zůstanu takhle dementní *(odlehčený smích)*, no to se toho teda děším!

Adam: Neboj, to je dlouhodobý!! *(odlehčená nálada ve skupině)*

Saša: Já jsem si toho docela dost pamatovala a nepotřebovala jsem si psát papírky, co mám v obchodě koupit a podobně jako jiný..

Maruška: To má každý!

Saša: Můj manžel absolutně ne! Já prostě jsem si pamatovala všechno! A až tady jsem zjistila, že si..jako..no nevím. A jestli takhle mám zůstat! No to, já to nevím! Se toho děším..

T₄₆: Jakou máte zkušenost, vy ostatní, s Rivotrilem? Zmizí to? Zlepší se to? Jak se cítíte teďka po té době, když jste odpočinuli?

Jaromír: Já nepochybně..*(pac. hovoří již po terapeutčině ot. 'Zlepší se to?')* Po vysazení ty abstáky byly hodně ohraničený, čili byl poznat začátek a konec..a ten konec splývá..to pozoruju posledních tři, pět dní. Pro mě, si myslím, že to je lepší. A vzhledem k tomu, že jsem takový jako předtím, když jsem poprvé tu pilulku do sebe nacpal. Takže jako já bych chtěl být takovej, jako jsem byl před těmi..v té době, než jsem to začal do sebe ládovat, to bylo možná zbytečný. To bylo jako v mém případě zbytečný..

Maruška: To určitě! Doktorka ti měla nasadit antidepresiva, která nejsou návyková..jestli jsi měl nějaké problémy psychického rázu.

Jaromír: Hm. Neměl. Já jsem jen fakt nezvládal stres v práci, kterej byl jako dost enormní. Ale to se dá řešit i jinak.

T₄₇: Vy si to zpětně vidíte, že tou jednou tabletkou jste si vlastně zadělal na velký problémy.

Jaromír: Přesně tak. V mém případě, neříkám, že Rivotril je maximální zlo, ale v mém případě, malým dětem nepatří sirky do ruky, tak prostě mně nepatřil Rivotril do ruky. Já jsem možná kňučel zároveň stres v práci a tak, ale já jsem o psychiatrii nevěděl nic! Jsem technik! Takže jsem přišel za odborníkem a spoléhal jsem na něj takovým způsobem jako lidi spoléhají na mě co se týče třeba stavby serveru.

T₄₈: Hm, hm.

Jaromír: No a dostal jsem to hned na první zátah.

T₄₉: Mám takový pocit jako že.. takové zklamání důvěry z vaší strany.

Jaromír: No, rozhodně, no!

Saša: Berto, a co ty?! Co ty a prášky..?

Berta: No tak já jsem prášky začala brát a začala jsem brát antidepresiva před dvaceti lety, ale (*povzdech*) do toho jsem pila i alkohol, takže jsem se dostala na dvě léčby během těch deseti let. Naposledy jsem byla před 11-ti lety na protialkoholní léčbě. No a asi před třema rokama mi paní doktorka k těm antidepresivům předepsala Tiapridal - 3 krát denně po tabletě - a Rivotril - půlku denně, ráno. No a jako je fakt, že i ta půlečka prostě toho prášku mi dělala strašně dobře jako...cítila jsem se.. protože já jsem takový kvartální piják, takže já jsem nepila prostě denně, abych si nějak jako popíjela..a jako já musím říct, že jako já prostě jsem si ten Rivotril úplně opatrovala jako oko v hlavě. Furt jsem ho měla u sebe, jako, všechny léky prostě doma, ale ten Rivotril v té kabelce..protože když jsem měla nějaký prostě stres nebo něco, jsem měla půlku na doporučení od té paní doktorky, takže prostě si mám přidat toho Rivotrilu, jo?!..třeba tu půlku. Tak já jsem většinou prostě už lupala večer jeden celý ten prášek, ale nebylo to zase až tak často. No a prostě půlku denně jsem jedla pravidelně, ať jsem pila, nebo nepila, to jsem si prostě dala ale říkám: 'To byla taková, prostě, v kabelce.' Kromě tužky na rty, jo, tak prostě ten Rivotril. A brala jsem si jinou kabelku a hlavně, abych ho tam měla!

Maruška: Jak já jsem měla ten Lexaurin, tak mně stačilo, že jsem věděla, že to tam mám..jsem si ho nikdy nevezala, třeba. Ale zdroj bezpečí pro mě!

Berta: Ano!! Já to chápu, naprosto..

Maruška: Většinou jsem si to nevezala. Mně to stačilo, fakt ten pocit třeba jako že ho tam mám. Jo?! Já jsem měla třeba jet na tři dny se známýma na Slovensko, jo, ale já jsem to měla všude s sebou.. Šli jsme na lanovka, no tak já jsu..panika z toho..prostě jo..a nevezala..ten pocit jo..ten pocit, to naprosto chápu.

Berta: No a..*(povzdech)* ráno, já beru ještě prášek na štítnou žlázu, a ten se může jako půl hodiny před jídlem, a tak já ráno jako hned nesnídám, vstávám mnohem dřív, než jako chodím do práce..tak já už jsem se vždycky, prostě, půl hodiny, co jsem si dala ten prášek a pak jakoby půl hodiny nic, a já už jsem se potom pořád dívala na hodinky jako, kdy už si konečně ten Rivotril můžu vzít..

T₅₀: Jste se těšila.

Berta: Těšila (*pobaveně*)! Těšila, protože já jsem měla pocit takové..takové nervozity, úzkosti, všeho dohromady..jako by prostě ani ty antidepresiva jako ne že, jako kdyby neměli takovou sílu, dokud si nedám ten Rivotril.

T₅₁: Hm.

Berta: A pak jsem si ho dala a to už jako...to už prostě..ale ne jako, to nebylo prostě jako, že bych si to namlouvala! Ale já jsem to cítila, fakt jako! Prostě po chvíli, to už jsem si dala kafičko a cigaretku a seděla jsem na schodkách na zápraží, každé ráno to tak dělám, za každého počasí, aj pod deštníkem, a prostě jsem seděla a prostě jsem si říkala: 'Už je to tady. Už je mi fajn!' A prostě..

T₅₂: Ta úzkost se rozpustila..

Berta: Rozpustila.

T₅₃: ...problémy zmizely.

Berta: Zmizely. Prostě začala jsem vítat nový den, krásné ráno! No.

T₅₄: Myslíte si, že jste závislá na Rivotrilu?

Berta: Ale přesto si myslím, že nejsem závislá! Protože jako takové malé množství..ani bych to nějak nenavyšovala. Ale říkám, čas od času jsem si vzala třeba ten jeden prášek celý. Nebo když už třeba jsem se napila a měla jsem na druhý den jako kocovinu, tak mně to strašně pomohlo, že to jsem si možná překročila i tu dávku..jak říkám, že jsem si lupla ten jeden..tak to jsem si třeba i dvakrát za ten den vzala, protože mě to zase tak pěkně uspávalo, takže jsem ten stav prostě prospala. Pak jako..

Radana: ..to dřív odezní. Jak ses dostala sem?

Berta: Já jsem s tím alkoholem tady na osmičce, protože jako jsem alkoholik..

Radana: Já jsem myslela kvůli těm lékům, víš?!

Berta: Ne, ne, ne, ne, ne.

T₅₅: Je to podobné jak tady mnozí ostatní, že hlavní byl ten alkohol a až tady na léčbě jste zjistila, nebo vám bylo řečeno, že i ten Rivotril je problém.

Berta: Mně právě, paní doktorko, to vůbec nebylo řečeno. Mně jenom včera jako paní sestřička říkala, tak dneska, jakože, půjdu za váma na tu lékovou skupinu. Ale já jsem o tom fakt ani nepřemýšlela, jako že bych měla mít nějakou závislost. O čem přemýšlím, takže už jsem tady dvanáctý den a nemůžu ven, protože mi snižovali nějaké..ne, hned mi vzali ten Tiapridal, teda Rivotril, ten jsem ani nedostávala. A teďka ten Tiapridal mi snižují, takže proto prý nemůžu jít ven..takže proto, prý, nemůžu jít ven. Tak jenom tak o tom uvažuju, že při té poslední léčbě jsem hned mohla chodit ven. A teď se ven nedostanu. Ale ani jsem nepřemýšlela, že bych měla nějakou závislost..ta půlka té tablety, to přece nemůže vyvolávat nějakou závislost (*nevěřicně*)?!

Adam: To, co jsi popsala, to jsou klasický příznaky, že jo, tý závislosti. To je úplně..

Berta: A myslíš, že jsem si to prostě jako nemohla vsugerovat?

Adam: ..jistota. To sis nemohla vsugerovat.

Berta: Jako že jsem si vyvolávala ty stavy.

Adam: Tomu věř, že jsi na tom závislá, na tom Rivotrilu. A..

Radana: Ještě o tom nevíš.

T₅₆: To, co popsala, vám zní jako příznaky závislosti...jak se těšila a jak se ulevilo..

Radana: Jo!!

Adam: Ne příznaky, ale znaky!

T₅₇: Znaky.

Adam: Hm. No, alespoň každéj z nás, kdo tady sedí, tak si teď může trochu představit, jak se cejtí narkoman, kterej bere tvrdý drogy. Protože tohle všechno jsou taky tvrdý drogy, ale braný v nějakým jiným prostředí, jiným způsobem a ta závislost je úplně stejná, teda.

T₅₈: Hm. V čem vidíte ty společné znaky, nebo ty..

Adam: Fyzická, psychická závislost velice silná a silný odvykací potíže.

T₅₉: Hm.

Adam: A ještě bych chtěl říct, že jsem překvapen, kolik se tady schází jako by lidí, který se do toho dostali, což já nejsem, ale který se do toho dostali úplně nevinně díky doktorům. A jenom to ukazuje na ten stav prostě v naší společnosti a i to, co se asi děje v tom zdravotnictví mezi částí těch lékařů, protože tohle přece naprosto odporuje tomu lékařskému poslání, aby lékař uvrhnul vlastně pacienta do takovejhle problémů. Podle mě, za vším je jenom byznys s těma lékama. A ty doktoři, asi už je jim to potom jedno, co píšou, přijde mi to takový potom bez nějakých skrupulí..nebo já nevím, jak bych to řekl.. Myslím si, že je to vážnej problém! Ale ono to tu asi bylo i dřív, protože za bejvalýho režimu tak bylo, já nevím, x procent normálních pracujících lidí, hlavně žen, prostě závislejších na Rohypnolu a teď jsou to zase všechny tyhle ty Diazepamy, Rivotrily..a jsou na tom zřejmě závislý statisíce lidí, jako!!

Maruška: Já si dokonce pamatuju, že..že to bylo prostě..že to v lékárně, jestli ten Diazepam 5, že dali bez předpisu.

Adam: No!!

(Jitka mlčky odporuje, kroutí hlavou)

Maruška: No tak u nás ano, Jituš! No, já mám taky špatnou zkušenost s lékaři prostě, já jsem si taky neuvědomovala, že z nich můžu být závislá, protože jsem mu věřila, nikde jsem si nesháněla žádné léky bokem a prostě když mně to psal, tak jsem byla v klidu, že mi to píše doktor.

T₆₀: To byla ta důvěra v to, že on to vlastně dělá a že vy vlastně jste v jeho rukou.

Maruška: Ano, ano!! Protože on to...kdybych si brala jinde, nebo od jiných lékařů..ale jenom u něho! A já jsem prostě..vůbec mě to nelákalo. Neřešila jsem to nijak, jo?! Protože on věděl, kolik mi toho dává, samozřejmě, jo, jo.

T₆₁: Říkáte si, jak je to možné, že to takhle tak probíhalo...

Maruška: Hm.

T₆₂: ..že teďka tady sedíte s tou závislostí.

Maruška: Já, teda, a závislost na lécích.. Ten alkohol teda jako, to si ukočíruju, to nic, jako. Vlastně proto jsem i ty léky začala brát jako..kvůli zaměstnání.

T₆₃: Pravda je, že teď je vás tady hodně, jak říká Honza, kteří jste se k těm lékům dostali přes lékaře a brali jste, jak slyším od vás, ty dané dávky, příliš jste nezvyšovali, občas jo, ale moc ne. Teď je tady málo lidí, kteří by vyloženě šli po těch lécích jako po droze s cílem zneužít.

Radana: Tak já si myslím, že co se týče těch doktorů, je to nevědomost. Já nevěřím tomu, že to někdo dělá schválně, nebo kvůli penězům. Jako že to byla spíš to..prostě malá informovanost možná nebo prostě hloupost. I když..A ten můj psychiatr je z Kroměříže, takže se není čemu moc divit jako (*pobavený smích*).

Maruška: Mně to taky ordinoval jeden lékař, kterej je vyhlášeněj, ke kterému lidi chodí vlastně!!

Radana: A navíc psychiatr, jo?! Přeci jenom kdyby to napsal obvodní lékař, tak neřeknu..že teda není takový odborník, ale psychiatr by snad neměl!

T₆₄: Hm.

Radana: Nenaděláme nic (*odevzdaný smích*).

T₆₅: Teď akorát přemýšlím, jak mám na to reagovat, nebo co vám na to můžu říct, protože ty kolegy neznám přímo..nemůžu odhalit nijak tu jejich motivaci, vlastně, co tím zamýšleli, proč se to takhle událo. Ale vnímám to stejně jak vy, že toho je hodně, že opravdu těch lidí takhle závislých je spousta a nemusí si to třeba ani úplně uvědomovat. A až se přihodí něco, ať už třeba ta nehoda s tou nemocnicí nebo třeba přijdete na léčbu s něčím jiným, tak se to teprve odhalí. Zároveň si říkám, že dobře pro vás, kdo tady jste s těmi nízkými dávkami, že se to ještě zavčas zachytí a zavčas se z toho sundáte, než když byste vystoupali do nějakých vyšších dávek, nebo ta závislost byla opravdu hodně silná.

Berta: Přesně. Přesně to si říkám já. Protože jako pravda je, že je to tak poslední rok, co ta paní doktorka..to já si myslím také, jak ty říkáš, že to je taková nevědomost..tak paní doktorka mi říkala, že s tím Rivotriem bych měla nakládat tak, abych si tu dávku prostě vzala vždycky jenom když cítím, že to potřebuju, jo? Jenomže příště jsem k ní zase přišla a tu skleničku jsem měla vyzobanou, protože já jsem se prostě bez toho neobešla, jako jo. Jak ona řekla: 'Jenom když to potřebuju,' tak já jsem to pak potřebovala, jak to říkám, ten každý den, prostě.

T₆₆: Hm.

Berta: Půl hodiny jsem čekala, jako, až si to budu moci vzít. No, ale vlastně to zase neřešila. Věděla, že zase mi to řekla: 'S tím Rivotilem bysme se mohly domluvit...,' ale neřekla..já zase k doktorům taky jako prostě.. mám respekt veliký..takže jako kdyby mně striktně řekla jako: "Tak paní Š...á, tak ten Rivotil ale budeme snižovat....," třeba kdyby mi řekla: ".. a zkusíme to ob den," nebo tak, tak já to fakt budu dodržovat! Aspoň si to myslím...

T₆₇: Vy byste se o to pokusila alespoň.

Berta: Ano, pokusila! Ale že mi..že k tomu měla takový jako laxní přístup díky tomu, že mi to prostě říká, že ho budeme snižovat, nebo brát si ho jenom teda jako nárazově, tak já jsem ten pocit měla prostě denodenně, že ho potřebuju.

T₆₈: Hm.

Berta: Takže jsem to tak dělávala, vždycky jsem ho vyzobala a pak už jsem si hleděla, hlavně abych ho na tom receptu měla napsaný, jako.

T₆₉: Hm. Hodně mi to zní jako závislost. I když to ještě pořád asi nechcete úplně vnitřně přijmout. Ta psychická závislost tam je hodně vysoká. Nevím, jestli budete mít teďka i nějaký nepříjemný pocit z toho vysazení, jak tady popisovali ostatní - poruchy paměti, nervozita, úzkostnost, rozladěnost, jo jako, kolísání nálady - tam může být.

Berta: Úplně přesně všechno to, co vyjmenováváte, paní doktorko..a prostě a s tou pamětí, hlavně jako..z toho jsem já úplně v šoku! Já do té hlavy nemůžu nasoukat to desatero! Já už jsu tady čtrnáct dní skoro, a já, vím, že to vím, ale já to tam prostě, těch deset bodů nemůžu prostě si..nemůžu to tam dostat.

T₇₀: To by taky svědčilo pro tu fyzickou závislost. Vidíte, že i ta malá dávka, relativně velmi slabá dávka, vám tu závislost způsobí. Proto jste..proto, jak říkáte: "Já jsem to potřebovala pořád." Protože už ta závislost tam byla. Vy jste to potřebovala kvůli té závislosti! To se tak vlastně celý drželo.

Berta: No..to.

T₇₁: Pro mě tady ještě visí jedna otázka ve skupině, to bylo od paní Saši: 'Jestli mi to takhle zůstane napořád. Jestli budu furt tak jako blbá!'

Saša: No (*přítakává*). Dementní!!

T₇₂: Dementní jste řekla. Ehm, nebude to, nebojte se, spraví se to, vymizí to, zase ta paměť bude lepší, ale chce to fakt čas. Jak dlouho - to vám nejsem schopna říct, protože opravdu každý to má jinak. Záleží co jste brala, kolik jste brala, kolik i toho alkoholu do toho bylo a další a další věci... Ale většinou ten měsíc až dva to nebývá..žádná sláva..a až po té době teprve ten mozek začíná fungovat zhruba stejně jak dřív. No ale ideální je opravdu po nějaké té půlroční abstinenci i delší, tak teprve po tom ty pacienti na sobě poznávají, že už se to spravuje. Opravdu..závislost na lécích je, z mého pohledu, nejzávažnější, nejtěžší a nejhůř se odvyká (*tenzní ticho ve skupině*). Ze všech těch závislostí - alkohol, drogy. Je to největší, opravdu, nejtěžší závislost, co znám, když jsem takhle od pacientů sledovala. Takže trpělivost!!

Saša: Ježišmarja, to ještě budu půl roku dementní?! (*odlehčení, smích členů skupiny*) Možná i rok!!

T₇₃: Bude se to zlepšovat.

Saša: Mi to manžel neřekl, že jsem zpomalenější!

T₇₄: Týden u vás nebyl, že jo. Pak ten víkend, jste říkala, že hodně pil, tak to si nemusel všimnout..

(pozn. pozorovatele: manžel Saši přes týden pracuje jako autodopravce, domů jezdí pouze na víkendy)

Saša: Hm, hm.

Radana: Já jsem se ještě chtěla zeptat, jestli může být příznakem zvýšené pocení?

T₇₅: Může.

Radana: Jako já se hrozně potím, hrozně ze mě teče pořád.

T₇₆: Ano, taky to pacienti popisují..někteří..že tam mají to zvýšené pocení, i bolesti hlavy, takové pnutí hlavy, taková zaujatost tou hlavou, i ta krční páteř..to je všechno z hlavy.

Radana: Tam jsou ty nervy všechny, takže to myslím, že tam to ruší.

Saša: To pocení mám taky, ale nohou.

Radana: Jo? Hrozný..

T₇₇: Je to fuška, ale stojí to za to!! Takže jsem moc ráda..vždycky pro mě v tu středu je to takový očekávání, kdo přijde! Jo? Protože se často stává, že přes ty těžké odvykací příznaky to pacient nezvládne a odejde na revers, protože nevydrží ten nápor té psychiky i těch fyzických příznaků. Takže já jsem moc ráda, že tady se neustále scházíme v relativně stabilním počtu. Vy, co jste na tu léčbu nastoupili, tak že bojujete dál!! Fakt si to ho hrozně cením!!

Saša, Radana: Děkuju.

T₇₈: Tak jo. Takže pro dnešek končíme.