

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

**PŘÍČINY A STRATEGIE ZVLÁDÁNÍ RELAPSU
KLIENTŮ METADONOVÉ SUBSTITUČNÍ
TERAPIE**

(CAUSES AND RELAPSE COPING
STRATEGIES FOR CLIENTS OF METHADONE
SUBSTITUTION THERAPY)



Magisterská diplomová práce

Autor:

Bc. et Bc. Eva Nešutová

Vedoucí práce:

PhDr. Eva Maierová, Ph.D.

Olomouc

2019

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma „Příčiny a strategie zvládnání relapsu klientů metadonové substituční terapie“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucí diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 28. 3. 2019

Podpis

Poděkování

Ráda bych poděkovala PhDr. Evě Maierové, Ph.D. za odborné vedení mé práce, za podnětné a cenné rady, připomínky a postřehy. Dále děkuji všem respondentům za to, že mi věnovali svůj volný čas a zapojili se do výzkumu. Rodině a přátelům děkuji za nezbytnou podporu, bez které by tato práce nemohla vzniknout

Obsah

I. Úvod.....	5
II. Teoretická část	6
1 Opioidy.....	6
1.1 Charakteristika.....	6
1.2 Zástupci opioidů.....	7
1.3 Situace ohledně opioidů v Evropě a v ČR.....	9
2 Závislost	9
2.1 Definice závislosti.....	10
2.2 Bio-psycho-socio-spirituální model závislosti	10
2.3 Craving.....	11
2.4 Závislost na opioidech.....	12
2.5 Závislost na opioidech z pohledu bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti.....	15
2.5.1 Biologická úroveň	15
2.5.2. Psychologická úroveň.....	17
2.5.3 Sociální úroveň	18
2.5.4 Spirituální úroveň	20
3 Léčba závislosti.....	21
3.1 Faktory ovlivňující úspěšnost léčby závislosti	21
3.2 Substituční léčba	25
3.2.1 Údaje z výroční zprávy roku 2017 o substituční léčbě	28
3.2.2 Metadonová substituční terapie	28
3.2.3 Metadonová substituční terapie Společnosti Podané ruce v Brně.....	32
4 Relaps	36
4.1 Prevence relapsu.....	38
4.2 Relaps v metadonové léčbě.....	40
III. Výzkumná část.....	43
5 Cíle výzkumu a výzkumné otázky.....	43
6 Popis zvoleného metodologického rámce a metod získávání dat, průběh výzkumu.....	44
6.1 Zvolený typ výzkumu.....	44
6.2 Metody získávání dat.....	44
6.2.1 Anamnestický dotazník	44
6.2.2 Polostrukturované interview.....	44
6.3 Průběh získávání dat	46
6.4 Metody zpracování dat.....	46
6.5 Etické problémy výzkumu.....	47
7 Výběr výzkumného souboru a jeho popis.....	48
7.1 Popis výzkumného souboru.....	50
8 Výsledky	53
8.1 Průběh relapsu.....	53
8.1.1. Souhrn průběhu relapsu.....	58
8.2 Příčiny relapsu.....	59
8.2.1 Vztahy	59
8.2.2 Životní styl.....	61
8.2.3 Emoce	63
8.2.4 Metadon.....	66
8.2.5 Souhrn k příčinám relapsu.....	67
8.3 Strategie zvládnání relapsu.....	69
8.3.1 Behaviorální kategorie strategií zvládnání relapsu	69

8.3.2 Kognitivní kategorie strategií zvládnání relapsu	73
8.3.3 Souhrn ke strategiím zvládnání relapsu	75
8.4 Role metadonu při zvládnání relapsu	77
8.4.1 Souhrn k roli metadonu při zvládnání relapsu	79
9 Diskuze	81
10 Závěry	89
10 Závěry	89
IV. Souhrn	90
V. Seznam použitých zdrojů a literatury	94
ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE	101
Příloha č. 1 Informovaný souhlas	103
Příloha č. 2 Anamnestický dotazník	104
Příloha č. 3 Otázky k polostrukturovanému rozhovoru	105
Příloha č. 4 Ukázka části rozhovoru s respondentem	106

I. Úvod

Metadon je látkou používanou v léčbě závislosti na opioidech. V České republice se začal poskytovat pacientům v organizaci Drop-In v roce 1992 MUDr. Jiřím Preslem. V současné době je využíván v rámci substituční metadonové terapie. Jednou z klíčových komponent léčby závislosti na návykových látkách je substituční léčba. Je to terapeutický postup, při kterém je původně užívaná návyková látka nahrazená látkou s výhodnějším bezpečnostním profilem. Při dlouhodobé substituci je značná část pacientů schopna samostatné neproblémové existence.

Cílem této diplomové magisterské práce je prozkoumat příčiny relapsu a strategie zvládnání relapsu klientů metadonové substituční terapie. V teoretické části se v plné šíři věnujeme k objasnění základních pojmů, zejména opioidům a vymezení pojmu závislost. Další kapitola teoretické části práce se detailněji zabývá léčbou závislosti. V našem případě se zaměřujeme na léčbu závislosti na opioidech, výhradně pak na substituční metadonovou léčbu. Poslední kapitola teoretické části je věnována fenoménu relapsu, jeho příčinám a strategiím zvládnání relapsu. Součástí této kapitoly je i přehled současných výzkumů z oblasti relapsu při metadonové substituční terapii. Výzkumná část si klade za cíl poskytnout komplexní a co nejobsáhlejší výsledky výzkumu, který se věnuje průběhu a příčinám relapsu a strategiím zvládnání relapsu klientů substituční metadonové terapie.

Výběr tématu magisterské diplomové práce věnované příčinám a strategiím zvládnání relapsu na návykových látkách není náhodný. Souvisí s tím, že autorka výzkumu se několik let věnuje práci s drogově závislými v substituční metadonové terapii v Terapeutickém centru Jihomoravského kraje Společnosti Podané ruce v Brně.

II. Teoretická část

1 Opioidy

Za psychoaktivní látky označujeme takové, které mohou měnit psychický stav (Vágnerová, 2014). Návykovou látku neboli drogu definujeme jako látku s psychotropním efektem (znamená to, že látka modifikuje naše prožívání, tedy to jak svět vidíme a prožíváme) a potenciálem závislosti (Minařík & Kmoch, 2015). Téma práce se věnuje opioidům a závislosti na nich, proto v následující kapitole tuto skupinu látek stručně charakterizujeme s uvedením zástupců opioidů a stručně také popisujeme současnou situaci u nás a v Evropě.

1.1 Charakteristika

Opioidy jsou tlumivé látky s výrazným euforickým efektem. Svůj název odvozují od sušené šťávy z nezralých makovic (opia) (Minařík & Kmoch, 2015). Pojem opioidy se vztahuje ke všem přírodním a syntetickým substancím, které mají podobné účinky jako morfin. Termín opiáty¹ je všeobecně používán v užším slova smyslu pro morfin, heroin, kodein a látky izolované z opia (Višňovský, 2008).

Exogenní opioidy (syntetická a polosyntetická analgetika) ovlivňují produkci endogenních opioidů (látek běžně potlačujících bolest v organismu), které jsou přirozeně produkovány v mozku a míše a mají účinky podobné morfinu. Exogenní opioidy zpočátku ty endogenní stimulují, při dlouhodobém užívání však začnou výdeji endorfinů a enkefalinů bránit a začnou navíc podporovat jejich rozklad. Opioidy lze podle poměru afinity (síly vazby k receptoru) a vnitřní aktivity (efektivity, síly aktivace receptoru) rozdělit do několika skupin (Minařík, 2003):

- agonisté – vážou se na receptor a plně jej aktivují (morfin, heroin, metadon)
- částeční agonisté – vážou se na receptor, aktivují jej jen částečně (buprenorfin)

¹ Termín opiát je občas nesprávně používán k označení všech látek s farmakologickým účinkem podobným opiátům. V práci se oba termíny opiáty/opioidy snažíme užívat jednotně a správně, k nepřesnostem může dojít kvůli citaci autora či citaci respondenta výzkumu.

- antagonisté – vážou se na receptor, neaktivují jej, ale blokují, zabrání účinku jiného opioidu, užívají se jako antidotum² (naloxon, naltrexon, nalmefen)

1.2 Zástupci opioidů

Tato kapitola si neklade za cíl obsáhnout celou skupinu opioidů. Níže v textu se věnujeme pouze nejrozšířenějším látkám této skupiny. Substitučním látkám - metadonu a buprenorfinu - se věnujeme zvlášť v kapitole 3. 3 Substituční léčba.

Pro lepší orientaci ve velkém množství látek přikládáme jednoduché schéma rozdělení:

I. Starší opioidy

1) přírodního původu: opium, tinktura opii³, morfin, kodein, noskapin

2) syntetické deriváty:

a) látky odvozené od morfinu – např. heroin

b) látky odvozené od pethidinu – např. fentanyl

c) další – naloxon, buprenorfin, metadon

II. Novější opioidy

- např. tramadol

(Višňovský, 2008)

Opium, makovina

Jedná se o směs alkaloidů opia, hlavní látkou je morfin (Minařík & Kmoch, 2015). Objevení opia a morfinu znamenalo objevení léku na odstranění bolesti a s tím spojený velký pokrok v medicíně. Je to jedna z nejstarších známých drog. Jedná se o zasloušťavu z nezralých makovic *Papaver somniferum* (Šlamberová, 2003). V polovině 17. století Thomas Sydenham poprvé rozpustil opium v alkoholu a připravil tak tinkturu zvanou laudanum, která se stala velkou módou ve vyšších kruzích. I když tehdy již byla známa schopnost opia vyvolávat závislost, málokdo se tím znepokojoval (Rokyta, 2009). Až o

² látka s opačným účinkem k jiné látce, protilátka, protijed

³ Užívána dodnes při léčbě odvykacího stavu novorozenců, jejichž matky byly závislé na heroinu či jiném opioidu (Minařík, 2003).

mnoho let později se zjistilo, že opium obsahuje 25 různých alkaloidů, které se podařilo izolovat až v průběhu 19. století (Šlamberová, 2003).

Setkáváme se s mnoha formami úpravy makoviny, především se jedná o odvary z makovic. Po výrobě se dá užít perorálně, intravenózně, v menší míře se také výsledný produkt kouří (Minařík & Kmoch, 2015).

Heroin

Původně prodáván jako lék proti kašli a jako nenávyková náhražka morfinu (Minařík & Kmoch, 2015). Nedlouho po jeho uvedení na trh se zjistilo, že zneužívání heroinu způsobuje silnou závislost a opakovaným podáváním stoupá tolerance vůči němu. Nejvíce se zneužívání heroinu rozvinulo po 1. světové válce, v roce 1965 bylo na heroinu závislých v USA 90 % všech drogově závislých, kam se obzvláště masivně rozšířil (Šlamberová, 2003).

Heroin vzniká přidáním dvou acetylových skupin k morfinu, čímž způsobuje lepší rozpustnost v tucích, a tím i snadnější průnik hematoencefalickou bariérou, což má za následek všemi klienty opěvovaný silnější „nájezd“ čili až „orgastický“ pocit typický na začátku intoxikace. Tyto acetylové skupiny jsou v organismu ihned odštěpeny a vlastní účinek je zprostředkován morfinem. Zdrojovou látkou pro výrobu heroinu bývá morfin nebo přímo opium (Minařík, 2003). Obvyklý způsob aplikace heroinu je nitrožilní, méně častější je šňupání, kouření a inhalace z aluminiové folie. Výběr souvisí také s chemickou formou látky, kdy hnědý heroin je vhodný ke kouření nebo inhalaci díky své zásadité struktuře. Zásaditá struktura znamená, že se nespolehlivě rozpouští a je tedy třeba použít kyselinu při přípravě k injekční aplikaci. Bílý heroin je vhodnější k intravenózní aplikaci, případně ke šňupání (Minařík & Kmoch, 2015).

Heroin se do České republiky dováží v malých, asi 5 kg zásilkách, na pašování a distribuci se zde dále podílejí převážně organizované skupiny etnických Albánců. Distribuci konečným uživatelům zajišťují romští, arabští a čeští dealeri. V roce 2017 bylo zajištěno 19,1 kg heroinu v průměrné čistotě 23 % (Mravčík & kol., 2018). Konečný uživatel potom spotřebuje na počáteční dávky okolo 100 mg pouličního heroinu, denně pak potřebuje 1 až 3 g. Čistota pouličního heroinu je obtížně odhadnutelná a v průběhu let značně kolísala (Minařík & Kmoch, 2015). Pro představu v roce 1998 byl zachycen heroin v čistotě přes 70 %, v roce 2011 byla kvalita heroinu na vstupu do ČR méně než 30 %. Tahle skoková

změna kvality může mít za následek vlnu předávkování, pokud člověk běžně užívá 30 % heroin a potom se na trhu objeví heroin kvalitnější tedy ve vyšší koncentraci. Další možnou příčinou předávkování je klesající tolerance. Pokud člověk po delším období abstinence užije dávku, na kterou byl zvyklý v minulosti, může dojít smrtelnému předávkování (Minařík & Kmoch, 2015).

1.3 Situace ohledně opioidů v Evropě a v ČR

Předpokládá se, že v západní a střední Evropě je až 1,4 milionu uživatelů opioidů, což odpovídá prevalenci 0,5 % populace. V kontextu EU je nejvýznamnější látkou heroin, který je celosvětově nejrozšířenější drogou této skupiny. V současnosti je nejčastěji užívaným opioidem buprenorfin (Minařík & Kmoch, 2015). U všech klientů, kteří v roce 2004 požádali o léčbu Subutexem v pražských Bohnicích, uvedlo Subutex jako základní drogu 145 lidí. Za první pololetí roku 2005 již bylo vykázáno 138 žádostí o léčbu pro závislost na Subutexu jako základní droze (Nešpor & Csémy, 2006). Metadon jako další opioid se v ČR vyskytuje prakticky jen jako substituční látka. Odhad počtu problémových uživatelů opioidů v ČR je 10 500 osob (Minařík & Kmoch, 2015). Podle výroční zprávy z roku 2017, která je zatím poslední dostupná, bylo v NRLUD (národní registr léčby uživatelů drog, funguje od roku 2015) hlášeno celkem 13,1 tis. uživatelů opioidů, z toho 6,9 tis. uživatelů buprenorfinu, 3,9 tis. uživatelů heroinu a 2,3 tis. uživatelů jiných opioidů. V Jihomoravském kraji, kam spadají respondenti výzkumu, se počet problémových uživatelů opioidů odhaduje okolo 400 (Mravčík & kol., 2018). Nejčastěji konzultované opioidní otravy se týkají tramadolu a kodeinu, nikoli například heroinu či buprenorfinu (Kmoch, 2014).

2 Závislost

Již od pradávna lidem slouží psychoaktivní látky jako rychlý prostředek k úniku od reality nebo nepříjemných stavů. Kýžený pocit se sice dostaví, ale jejich dlouhodobé užívání přináší řadu problémů (Vágnerová, 2014). Užívání návykových látek nepoškozuje zdraví a kvalitu života pouze samotných uživatelů a jejich blízkých, ale má široký dopad na celou společnost. V následujícím textu představíme definici závislosti a v současnosti

nejrozšířenější pojetí závislosti z hlediska bio-psycho-socio-spirituálního modelu. Závěr kapitoly pojednává o specifikách závislosti na opioidech.

2.1 Definice závislosti

Existuje několik definic závislosti. West přichází s myšlenkou vytvořit zastřešující model závislosti, který by měl poskytnout obecný rámec pro dosavadní modely. Podle něj ani jeden nenazírá na tento jev komplexně. Proto přichází s formulací závislosti, kterou definuje jako (West, 2016, 9) *„opakovanou silnou motivaci k úmyslnému chování postrádajícímu jakýkoli význam z hlediska přežití, získaná na základě praktikování takového chování, s výrazným potenciálem pro nezamýšlenou újmu.“*

Podle MKN-10 (2009) je syndrom závislosti definován jako soubor psychických a somatických změn, které se vyvíjejí po opakovaném užití substance, a který zahrnuje silné puzení drogu užívat. I přes škodlivé účinky této látky má jedinec potřebu v užívání pokračovat a tolerance vůči látce roste, takže jedinec touží užívat látky buď více anebo v častějších dávkách. Psychoaktivní látka postupně získává v životě závislého člověka nejvyšší prioritu před ostatními závazky a aktivitami.

2.2 Bio-psycho-socio-spirituální model závislosti

Příčiny závislostí jsou velmi komplexní. Nejčastěji jde o kombinaci a interakci například fyziologických faktorů s psychickými nebo sociokulturními (Kudrle, 2003b). Základním východiskem práce s drogově závislými lidmi je skutečnost, že pojetí léčby a sociální rehabilitace musí korespondovat s komplexností problému závislosti na návykových látkách. V praxi to také znamená koordinovaně rozvíjet spektrum poskytovaných služeb a péče tak, aby každá z fází léčby byla vhodně ošetřena (Miovský, 2003).

K závislosti se dnes nejčastěji přistupuje skrz model bio-psycho-socio-spirituální, tedy pohledem multifaktoriálního paradigmatu (Millerová, 2011), který začal být od 60. až 70. let dvacátého století uplatňován světovou zdravotnickou organizací (WHO) (Kalina, 2015). U tohoto typu modelu se v souvislosti s řešením závislosti kombinují biogenetické rysy s psychosociálními faktory ve snaze o integrovaný komplexní model (Millerová,

2011). Standardní péče o drogově závislé uživatele by měla obsahovat všechna zmíněná hlediska, protože všechna jsou v jeho životě určitým dílem zastoupena (Broža, 2003a).

2.3 Craving

Craving neboli bažení je typickým znakem závislosti. Jedná se o nutkavou, neovladatelnou a silnou touhu po opětovném užití návykové látky. Nejčastěji se objevuje v souvislosti s odvykacím stavem, ale může přijít také nečekaně v době abstinence i po desítkách let (Raboch & Pavlovský, 2012). Někdy po tak dlouhé době lze v této souvislosti uvažovat, zda nejde o flashback neboli záblesk minulosti, v němž se opakuje dřívější zkušenost nebo zážitek s alkoholem či jinou návykovou látkou a v MKN-10 je řazen mezi psychotické poruchy reziduální a s pozdním nástupem (Kalina, 2015b).

Craving bývá obvykle provázen duševními i tělesnými příznaky stresu, prožíváním vzrušení, napětí a neklidu. Z neurobiologického hlediska dochází k aktivaci určitých částí mozku, které souvisejí s mechanismem odměny (Fišerová, 2003). Bažení je vyvoláno specifickými vnitřními a vnějšími podněty a situacemi, tzv. spouštěči, které dělíme na vnější (dealer, místo s vysokým výskytem návykových látek aj.) a vnitřní (silné emoce, únava, spánková deprivace, bolest aj.). Za nejrizikovější spouštěče považujeme ty, které vyvolávají nejsilnější bažení a nejvíce zhorší sebeovládání. V této souvislosti je třeba brát v úvahu faktory ohledně: intenzity spouštěče, trvání působení spouštěče na jedince a kumulace vícero spouštěčů dohromady. Špatně identifikovaný nebo nezvládnutý craving často vede k relapsu (Nešpor, 2007). Příčinou může být nízká schopnost uvědomění neboli alexithymie, se kterou souvisí také chudý fantazijní život a snížená schopnost popsat své emoce. V terapii dosahované sebeuvědomování má proto obecně anticravingový efekt. Důvodem nedostatečného sebeuvědomování může být i nadměrná únava související s nevyváženým životním stylem. Špatné vnímání cravingu souvisí s nerealistickými představami a očekáváními, například strategie závislých zakazovat a nepřipouštět si pocity související s cravingem. Častější je tento mechanismus u žen. Slabé vnímání cravingu je časté také v situacích, kde se drogy objevují ve větší míře a jsou snadno dostupné. V takovém případě je třeba přemýšlet o změně životního stylu a takovým místům, situacím a lidem se vyhnout (Nešpor, 2003a).

2.4 Závislost na opioidech

Závislost na opioidech podle MKN-10 spadá do kategorie „*Poruchy vyvolané účinkem opioidů (F11.1-9)*.“ Jedná se o chronickou relapsující nemoc, která je obtížně zvládnutelná z důvodu nutkavého užívání drog a bažení po droze (Verster & Bunning, 2007).

Somatické účinky opioidních agonistů se projevují v několika oblastech:

1. Centrální nervový systém

Na CNS působí opioidy povšechně tlumivě, potlačují percepční a lokalizační, psychickou i emocionální složku bolesti, působí euforii, zklidnění až ospalost. Dalším účinkem je útlum dechového centra, které může vést až k zástavě dechu. Opioidy také vyvolávají miózu (zúžení zorniček až do velikosti špendlíkových hlaviček), snižují tělesnou teplotu.

2. Krevní oběh

Dochází k rozšíření cév, zpomalení srdeční činnosti, poklesu krevního tlaku. V toxických dávkách může dojít k zástavě krevního oběhu.

3. Dýchání

Opioidy zpomalují svým účinkem dechovou frekvenci a snižují dechový objem. Snižená ventilace plic a pokles pohyblivosti hladkého svalstva řasinkového epitelu bývá příčinou častých pneumonií (zápalů plic). Specifickým efektem je zúžení průdušek.

4. Trávicí trakt

Tato skupina látek vyvolává těžkou zácpu, což je zase důsledek útlumu pohyblivosti a vzestupu napětí hladkého svalstva.

5. Urogenitální systém

Snižená retence a produkce moči pro vzestup napětí močového měchýře. U žen dochází také k vzestupu napětí dělohy a k poklesu pohyblivosti řasinkového epitelu ve vejcovodech a tím ke sterilitě čili neplodnosti.

6. Kůže

Uživatelé uvádějí svědění kůže, typické poškrabování i v případě, že je člověk v bezvědomí (Minařík, 2003).

Akutní intoxikace člověka, který není na užívání opioidů zvyklý, může skončit kómatem, až smrtí z důvodu neodhadnutého množství přijímané dávky (Višňovský, 2008). První pomoc při akutní intoxikaci je podání opioidového antagonisty – naloxon (Dvořáček, 2003c). Osoba, která je navyklá na užívání opioidů reaguje i na nižší dávky euforií a je navíc schopná dobře tolerovat i vysoké dávky. Po opakovaném zneužívání opioidů se rozvine únava, poruchy paměti, úzkostné až paranoidní stavy s nebezpečím sebevraždy. Ze somatických projevů závislosti na opioidech je u obou pohlaví typický pokles tělesné hmotnosti, bledost, bolesti hlavy a mimo jiné také ztráta libida (Višňovský, 2008).

Odvykací stav u heroinu začíná už šest hodin od předchozí dávky a člověk musí začít shánět další dávku (Kmoč, 2014). Podle Minaříka (2003) jsou hlavní příznaky odvykacího stavu přímo zrcadlové k účinku opiátů. Časné symptomy zahrnují nervozitu, úzkostnost, zívání, pocení a hlavně craving (bažení) po opiátech. V dalších fázích se objevuje husí kůže, nechutenství, mydriáza, lehčí třes a difuzní bolesti. Asi po 18 hodinách je možné pozorovat zrychlení pulzu, zvýšení krevního tlaku nebo teploty a pocení se zimnicí, křeče ve svalech končetin nebo břicha a průjem. Většina příznaků ale do 7 dnů zmizí, i když nespavost nebo nevolnost a celková dysforie může trvat měsíce (Kmoč, 2014).

Aby mohl být diagnostikován somatický odvykací stav na opiátech, musí být splněna tato kritéria:

1. nedávné vysazení či redukce látky po opakovaném nebo dlouhodobém užívání;
2. příznaky jsou v souladu se známými projevy odvykacího syndromu;
3. příznaky nejsou vysvětlitelné jiným tělesným onemocněním nezávislým na užívání látky a nejsou lépe vysvětlitelné jinou psychickou či behaviorální poruchou (Nešpor, 2007).

I přesto, že je odvykací syndrom na opioidech z popisu závislých jedinců velice nepříjemný, není život ohrožující sám o sobě (jako například u odvykacího stavu na alkoholu či hypnoticích), většinou pouze v případě, že jsou přítomny i sebevražedné tendence nebo probíhá ještě jiné onemocnění (Nešpor, 2007). Ve výjimečných případech může při odvykacím stavu na heroinu dojít ke kolapsu a následnému úmrtí, jedná se ale spíše o důsledek totálního vyčerpání a dehydratace organismu. U uživatelů opioidů spíše řešíme smrt předávkováním (Minařík, 2003).

Hlavním způsobem aplikace nejen opiátů je u problémových uživatelů injekční aplikace. V roce 2017 injekční aplikaci uvedlo 74 % uživatelů heroinu a 51 % uživatelů buprenorfinu žádajících o léčbu (Mravčík & kol., 2018). Způsob této aplikace látky je u nelegálních drog v ČR jedním z nejvýznamnějších zdrojů somatických komplikací. Injekční aplikace se podílí na přenosu virů, bakterií i plísní. Obvyklými původci virových infekcí jsou hepatotropní viry, infekce virem hepatitidy typu B a C (HBV, HCV). Významná je i infekce HIV, která se ale mezi uživateli drog v ČR vyskytuje i nadále v omezené míře. V ČR je v posledních letech výskyt HCV stabilizovaný, v roce 2012 bylo hlášeno 794 případů, naprostá většina injekčních uživatelů. K léčbě se používá kombinace pegylovaného interferonu alfa (podkožní aplikace) a ribavirinu (tablety) (Minařík & Řehák, 2015). Léčba chronické hepatitidy C prodělává v posledních letech změny ve formě do přímo působících antivirotik, která se podávají v bezinterferonových i bezribavirinových režimech (Husa & Husa, 2016).

V souvislosti s injekční aplikací se často vyskytuje pojem závislost na jehle. Jedná se o jev, kdy samotné aplikování drogy, tedy injekční, přináší uživateli větší odměnu, než látka samotná a jedná se o nutkavou potřebu. Ačkoli je tento fenomén jak mezi uživateli, tak mezi klinickými pracovníky znám, literatura o něm pojednává velice málo. Levine⁴ v 70. letech provedl výzkum se dvěma uživatelkami, které popsaly závislost na jehle. Jedna popisovala, že aplikované opiáty už jí nepřinášejí takový užitek, jako aplikace samotná. Druhá dokonce vypověděla, že si píchala vodu z vodovodu do žíly, což prováděla schválně co nejpomaleji, jen aby maximalizovala bolest, kterou jí to přinášelo (Pates, 2001).

Pates (2001) potom provedl výzkum formou případové studie dlouholetého uživatele amfetaminů. U jediného respondenta jeho výzkumu se projevíly typické postřehy, se kterými se setkáváme s lidmi v praxi – např. že injekční aplikace představuje rituál; rozdělování si dávky do více menších dávek, aby docházelo k co nejčastější aplikaci; fascinace bolestí jako jistá míra sebepoškozování.

⁴ Odkaz na výzkum: Levine, D. G. (1974). Needle freaks: compulsive self-injection by drug users. *American Journal of Psychiatry* 131(3): 297-300.

2.5 Závislost na opioidech z pohledu bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti

V následující kapitole představujeme komplexní pohled na závislost na opioidech z pohledu bio-psycho-socio-spirituálního přístupu ke vzniku a léčbě závislosti. Domníváme se, že snaha nahlédnout na závislost na opioidech v celé její šíři, je prvním krokem k úspěšnému porozumění problematice.

2.5.1 Biologická úroveň

Psychoaktivní látka ovlivňuje systém mozkové odměny a její opakovaný účinek postupně vede k rozvoji závislosti (Kalina, 2003c). Na zpracování takových látek v mozku se podílí mezolimbicko-kortikální systém. Vytvoření pozitivní zpětné vazby souvisí s fungováním systému odměn. Na posílení tohoto efektu se podílejí různé neurotransmitterové systémy, především dopaminový, GABA systém, serotoninergní a další (Vágnerová, 2014). Dopaminu je dlouho přisuzována hlavní role v působení na systém odměny a v závislosti na psychoaktivních látkách obecně. Zrovna u opioidů a například také THC se tato teorie však úplně nepotvrzuje. Když byly těmto jedincům podávány léky, blokující dopaminový systém, očekávané účinky se nedostavily (Turton & Lingford-Hughes, 2016).

U opioidů je kromě systému odměny důležitý i endogenní opioidní systém (Turton & Lingford-Hughes, 2016). Účinek opioidů je zprostředkován vazbou na specifické receptory pro endogenní opioidy, jejichž aktivace způsobuje analgezii, euforii, sedaci, ale také útlum dechu a závislost (Minařík & Kmoč, 2015). To znamená, že látky jako heroin a morfin, ale i jiné opiáty působí v těle podobně jako tělu vlastní přirozené látky – endorfiny či enkefaliny, které se na tyto opioidní receptory také vážou. Opiáty – drogy působí ovšem výrazněji a dlouhodoběji (Fišerová, 2003). Farmakologické mechanismy, kterými každá droga produkuje odměnu, jsou odlišné, ale všechny způsobují pocity radosti, často uživateli popisovány jako opravdu silné (DMS-5, 2013).

Za biologické faktory můžeme považovat některé problematické okolnosti během těhotenství matky závislého jedince, například pokud je matka sama uživatelka opiátů (Kudrle, 2003b). Ty totiž snadno pronikají placentární bariérou do organismu plodu, poté i do mléka, a tím ovlivňují prenatální i postnatální vývoj dítěte. Po narození děti často trpí

příznaky, které jsou podobné těm abstinenčním. Zároveň mají opiáty vliv na změny ve vyvíjejícím se organismu, změny, které přetrvávají až do dospělosti – např. poruchy chování, učení, paměti, reprodukce, zhoršená adaptace na nové prostředí, stres a změny v záchvatové pohotovosti. Vedle opioidního systému, který je v prenatálním vývoji ovlivněn, se jedná také o systémy cholinergní a katecholaminergní. Rovněž se děti matek, které užívají opiáty během těhotenství, rodí menší a i jejich postnatální vývoj zaostává v porovnání s dětmi matek, které drogy neužívají (Šlamberová, 2003). Z pohledu dědičnosti mají potom tyto děti genetické predispozice k závislosti na nelegálních drogách asi o 20 – 50 % vyšší, než jedinci, jejichž rodiče nejsou uživateli návykových látek. Vliv dědičnosti se podle výzkumu více týká rozvoje samotné závislosti, než pouhého aktu užívání drog, nicméně hraje roli též ve fázi iniciace, tedy v tom, zda drogu vůbec vyzkoušíme či nikoli (Šustková, 2015a).

Dole a Nyswander, kteří začali v 60. letech 20. století s metadonovou léčbou jedinců závislých na opiátech a později se stali jejich velkými průkopníky, přišli s teorií hypotézy metabolické poruchy. Tato teorie měla být alternativou teorie psychologické predispozice. Dole a Nyswander si položili otázku, proč se zdaleka ne všichni uživatelé opioidů stanou závislými. Podle metabolické teorie ve chvíli, kdy jedinec s určitou neurobiologickou výbavou experimentuje s drogou, dojde v jeho organismu k metabolické změně, což je dopředu nepředvídatelná odpověď na opioidy. Vychází z předpokladu, že když takovému člověku podáme metadon, stabilizujeme jeho metabolický cyklus a po nějaké době se z daných jedinců stávají opět „normální“ členové společnosti⁵. Další potvrzení správnosti své teorie vidí v tom, že části populace je po požití opioidů špatně, což dokazuje, že nemají neurobiologickou výbavu vhodnou k užívání opioidů. Dole s Nyswander zpochybňovali všechny ostatní teorie, zejména teorie o poruchách sebekontroly a teorie o tom, že jedinci užívající psychoaktivní látky trpí nějakou formou sociopatologie (Dole & Nyswander, 1967). Hypotéza Dole a Nyswander jistě přinesla obohacení v době, kdy byla publikována. Je nutné ale myslet na fakt, že se zabývá jednostranným zaměřením na biologickou úroveň závislosti na opioidech a cíleně propaguje pouze jeden směr léčby takto závislých jedinců (substituční léčba metadonem).

⁵ Například podle údajů, se kterými operují ve svém výzkumu, klesne antisociální chování a potřeba užívat nelegální látky až o 90% (viz Dole&Nyswander, 1967).

Domníváme se, že se jedná o mnohem komplexnější fenomén, kterému takto jednostranné zúžení neprospěje.

2.5.2. Psychologická úroveň

Z genetických studií vyplývá souvislost drogové závislosti s dalšími psychickými poruchami. Může jít o komplex specifických genetických informací podmiňujících vznik poruchy osobnosti, s čímž může souviset například potřeba nadměrného vzrušení, nebo dědičně podmíněnou produkci určitého neuromediátoru aj. (Vágnerová, 2014). Poruchy osobnosti spojené s užíváním psychoaktivních látek se řadí mezi tzv. externalizující psychické poruchy a řadíme zde disociální poruchu osobnosti, hraniční poruchu osobnosti a především vrozené poruchy pozornosti, hyperaktivní poruchy a lehké mozkové dysfunkce. Externalizující psychické poruchy jsou prokázány genetickými rizikovými faktory i pro navození drogové závislosti (Šustková, 2015b). Podle Praška jsou právě poruchy osobnosti častou komorbiditou závislosti na návykových látkách (Praško, 2009). Empirické studie přisuzují spojitost mezi hraniční poruchou osobnosti a závislostí na psychoaktivních látkách, některé výzkumy uvádějí, že až 76 % osob s touto poruchou osobnosti má za sebou zkušenost s drogami. A až 40 % jedinců v substituční léčbě buprenorfinem splňovalo kritéria pro hraniční poruchu osobnosti (Sansone, Whitecar & Wiederman, 2008). Užívání psychoaktivních látek, sebepoškozování, poruchy příjmu potravy jsou pro tyto lidi mimo jiné způsoby, jak kontrolovat své prožívání, mírnit napětí, nebo nejsou naopak schopni kvůli své impulzivitě takové chování omezit nebo zastavit (Hajný, 2015).

Na druhé straně s užíváním psychoaktivních látek souvisí také tzv. internalizující poruchy (úzkosti, deprese), s nimiž je ve velké míře spojena například závislost na nikotinu. Tyto poruchy bývají častěji spíše důsledkem a průvodním rysem drogových závislostí než rizikovým faktorem vzniku závislosti, ale například poruchy typu sociální fobie, panická porucha predikují následné problémy s alkoholem u adolescentů a mladých dospělých (Šustková, 2015a).

Se závislostí se často také setkáváme u jedinců s nižší mírou sebeovládání, což může být samo o sobě predispozicí k rozvoji užívání látek. Tento fakt nám naznačuje, že kořeny poruch užívání psychoaktivních látek je možné vyzorovat v chování jedince dlouho před započítím užívání (DMS-5, 2013). U závislých na opioidech se až v 68 %

setkáváme s ADHD v dětství, přičemž až 25 % z nich přetrvává až do dospělosti (Carpentier & kol., 2010). Jedinec tedy může začít užívat návykové látky například kvůli psychickým problémům a užívání návykových látek tedy vzniká jako reakce a snaha sám si pomoci (Kudrle, 2003b). Podle Khantziana, který nás seznamuje se svou teorií sebemedikace, není u člověka výběr drogy nikdy náhodný. I když drogově závislí jedinci experimentují s několika látkami, vždy převažuje preference jedné z nich. Podle něj závislí lidé nehledají euforii či útěk z reality, ale pokouší se léčit sami sebe od řady psychických problémů a bolestně prožívaných emocí. Ačkoli nakonec tato snaha ztroskotá na přidružených komplikacích drogové závislosti, jedinci objeví alespoň krátkodobé účinky svých „léků“, které jim pomůžou vyrovnat se stresujícími stavy každodenní reality (Khantzian, 1985). Khantzianova teorie sebemedikace se věnuje také klientům závislým na opiátech, jež podle něj vykazují vysokou míru agrese a neklidu (Achal, nedat.). Aharonovich, Ngueyen a Nunes (2001) ve svém výzkumu však Khantzianovu teorii nepotvrdili. Zjistili v něm, že závislí na kokainu mají větší problémy s vyrovnáváním agrese, než klienti závislí na opiátech, kteří zase naopak mnohdy vykazují vyšší míru deprese.

2.5.3 Sociální úroveň

Často se sejde u jedince jako faktor pro vznik závislosti genetická predispozice, ruku v ruce se sociokulturním prostředím, ve kterém se jedinec pohybuje (Kudrle, 2003b). Vlivem sociálně příznivého prostředí lze však predispozice modulovat, či dokonce výrazně snížit jejich vliv na rizikové chování – např. užívání návykových látek (Šustková, 2015a).

Výzkum Cancriniho (1985)⁶ zašel nejdál a pojmenoval čtyři typy závislosti, kterým odpovídají určité znaky rodin, ve kterých dotyční vyrůstali. Jde samozřejmě o zjednodušenou klasifikaci, která ale jasně ukazuje na různorodost rodinné etiologie i odlišný dopad na vznik a povahu závislosti:

1. Závislost traumatického typu (trauma, zneužívání, nezpracované úmrtí, psychická porucha v rodině). Může jít o reakci ve formě závislého chování, která zpracováním traumatizace odezní.

⁶ Cancrini, L. (1985). Juvenile drug addiction. A study on typology of addicts and their families. In *Proceedings of the 9th World Conference of Therapeutic Communities*. San Francisco, California: Walden House.

2. Neurotická závislost (nahromaděné napětí, nejasné vztahy plné viny a křivdy, partnerské obtíže rodičů). Nejčastější živná půda pro rozvoj závislosti.
3. Přejchodová závislost (vážná duševní porucha v rodině, bizarní vztahy, tabuizace, dvojná a manipulativní komunikace v rodině). Zde může jít přímo o komorbiditu – souběžnou hraniční poruchu osobnosti nebo hraniční organizaci osobnosti závislého.
4. Sociopatická závislost (lhostejnost, kriminalita, fyzické násilí a asocialita v rodině). Závislost není primárním problémem, tvoří součást životního stylu a zapadá organicky do osobnosti závislého (Hajný, 2015).

Podle výzkumu Zemana a kol. jedním z faktorů, který se objevil v rodinách závislých jedinců, bylo častější užívání fyzických trestů jako výchovného prostředku. Významně častěji se v nich také objevilo fyzické, psychické i sexuální násilí, než u kontrolní skupiny, kde se závislost na psychoaktivních látkách neobjevila (Zeman & kol., 2012). Výsledky výzkumu potvrzuje i výzkum Khantziana, v němž popisuje, že jedinci závislí na opiátech uváděli v rodinné anamnéze časté vystavování násilí ze strany rodičů či pečujících osob. V pozdějším životě potom zase často čelili násilí, ať už jako objekty či subjekty tohoto chování. Tito jedinci potom shodně v průběhu trvání výzkumu uváděli, že opiáty jim vždy pomohly cítit se uvolněni a klidní (Khantizan, 1985).

Počátek zneužívání návykových látek začíná v období dospívání a puberty (Kudrle, 2003c). Vágnerová (2014) zasazuje riziko vzniku závislosti na drogách do období adolescence, kdy podle autorky mají jedinci tendence experimentovat s rizikem a nemají náhled na vlastní zranitelnost. V tomto období jsou v životě člověka důležitou skupinou známí a kamarádi. Obzvláště v období dospívání mohou mít kamarádi větší vliv, než rodina (Kalina, 2015). Pro rizikovou mládež z dysfunkčních rodin je vrstevnická skupina důležitější, než pro jedince vyrůstajícího v podpůrném prostředí (Foltová, 2012). Cílová skupina dětí a mladistvých není pouze okrajovou populací ohroženou návykovými látkami, naopak je to období, kdy je zneužívání drog nejvýraznější (mezi 15. až 19. rokem). Dokonce v roce 2001 podle statistických údajů do této skupiny spadalo 47,5 % uživatelů a plná polovina z nich užívala drogy nitrozilně (Broža, 2003b). Podle výzkumu Howarda a Ziberta jsou nejčastější důvody k užívání drog zvědavost, nuda a touha cítit se dobře. Poslední zmíněná možnost skončila vůbec na první příčce důvodů k vyhledávání drog mezi

zkoumaným vzorkem mladistvých. Signifikantní většina dotázaných také uvedla zkušenost vrstevníků jako jeden z důvodů jejich vlastního braní drog (Howard & Zibert, 1990). Tento závěr potvrzuje také výzkum Kellyho a kol. (2015), kteří prováděli výzkum zhruba 500 adolescentů ve věku 12 – 17 let, aby zjistili, kolik z uživatelů nikotinu, alkoholu či jiných návykových látek má přátele, kteří mají stejné zkušenosti s návykovými látkami. Ukázalo se, že 36 ze 37 adolescentů s vysoce rizikovým zneužíváním některých návykových látek, mělo kamaráda, který se choval stejně minimálně v uplynulém roce. Podobně ve výzkumu dopadl alkohol i ostatní návykové látky.

2.5.4 Spirituální úroveň

Je tomu přes deset let, co česká adiktologie rozšiřuje bio-psycho-sociální paradigma o úroveň, kterou někdy nazýváme spirituální nebo existenciální (Kalina, 2015a). Spiritualita je termín, který se používá v souvislosti se základní duchovní orientací života (Horyna & Pavlincová, 2003) a pro některé klienty ale i odborníky je hůře uchopitelný. Někdy se také setkáváme s označením této úrovně jako morální. Toto pojmenování rádi používají zastánci represe, protože na závislost nahlíží jako na morální slabost (Kalina, 2003a).

Závislý jedinec prochází přirozeným obdobím spirituální krize – hledání identity, svého smyslu a smyslu světa. Léčba by měla mimo jiné probíhat na úrovni podpory a provázení na cestě hledání smyslu. Chápeme spirituální stránku závislosti jako naději či víru v možnost změny, a to především ze strany odborných pracovníků. Klient by měl pocítit, že existují lidé schopni porozumět jeho situaci a sdílet s ním jeho trápení. Jeho existence tak dostává smysl (Broža, 2003a). Klíčové složky pro tento rozměr jsou: smysluplnost, hodnoty, transcendence (zkušenosti s dimenzí přesahující osobní Já) a stávání se (rozvíjení života, což vyžaduje zkušenost a reflexi a zahrnuje pocit, kdo člověk je a jak poznává). K úzdavě je samozřejmě důležitá i remoralizace neboli obnova morálních hodnot (Kalina, 2015a). Podle Nakkena je spirituální úpadek tím nejhorším, co závislého člověka může potkat, protože čím dále od sebe (od svého Self) se člověk díky své závislosti dostane, tím těžší je potom obnovit vztah sám k sobě (Nakken, 1996).

3 Léčba závislosti

V následující části se zaměřujeme na léčbu závislosti, přičemž hlavní pozornost je věnována substituční léčbě, zejména metadonové substituční terapii. V závěru kapitoly se věnujeme již podrobněji podobě brněnské metadonové substituční terapii, kde byla sbírána data k výzkumné části.

Cílem léčby závislých je změna, která přináší zlepšení zdraví a kvality života na nejvyšší možnou míru. Efektivní péče o uživatele návykových látek by měla splňovat kritéria nejen kvalitativní (struktura a provázanost sítě pomoci), ale také kvantitativní (rozsah a dostupnost péče). V Česku se péče od drogově závislé rozvinula zejména po roce 1989, kdy se postupně začal rozvíjet nestátní a neziskový sektor, který byl sice nejdříve konkurentem, následně se ale stal spíše partnerem a doplňujícím článkem pro státní instituce (Bém, 2003). Adiktologické služby můžeme rozdělit na tři základní typy adiktologické péče, kterými jsou: nízkoprahové služby, ambulantní a ústavní léčba a následná péče (Vondráčková, 2015). V rámci nízkoprahových služeb se setkáváme zejména s harm reduction službami, jež jsou prospěšné nejen pro uživatele drog a jejich blízké, ale pro celou společnost. Jedná se o výměnu injekčního materiálu, informace uživatelům návykových látek, ale také pomoc s hledáním bydlení či zaměstnání (Janíková, 2015). Za jistý druh harm reduction přístupu je považována i substituční léčba. Tento přístup má za cíl zaměřit se na uživatele, kteří návykové látky užívají a nehodlají přestat. Zahrnují také možnost poskytnout uživatelům náhradní či původní drogy pod lékařským dohledem. Tato opatření mají za cíl stabilizovat zdravotní a sociální stav uživatele a zabránit tímto způsobem často smrtelným rizikům nebo kriminalizaci (Kalina, 2003c).

3.1 Faktory ovlivňující úspěšnost léčby závislosti

Možnost vyléčení ze závislosti na heroinu a jiných tzv. tvrdých drogách budí i mezi odborníky pesimistické postoje. Pracovníci, ať už sociálních či zdravotních služeb pro drogově závislé, se setkávají spíše s těmi, kteří relapsovali po léčení, než s těmi, kteří úspěšně abstinují. Proto je třeba dobře porozumět okolnostem, které s uzdravením mohou souviset. (Kalina, 2003c). Klientům je důležité sdělit, že úzdrava z drogově závislosti může být dlouhodobým problémem, nezřídka se léčba musí opakovat. Jako u

jiných chronických poruch, i u závislostí se setkáváme s relapsy a mělo by na ně v každém případě být nahlíženo jako na součást léčebného procesu. Závislý často potřebuje delší terapii, opakované epizody léčení a programy různého typu, aby dosáhl dlouhodobé abstinence, nejlépe ruku v ruce se změnou životního stylu (Kalina, 2003d).

Faktory ovlivňující léčebný proces:

1. Vývojové úkoly

Období adolescence je známé pro celou řadu tělesných, psychických i sociálních změn v procesu zrání. Člověk se musí například naučit přijmout své tělo, ztotožnit se se svou sexualitou, dosáhnout emoční autonomie od svých rodičů nebo získat akceptovanou pozici mezi svými vrstevníky. Někteří jedinci se během tohoto těžkého období snaží změkčit intenzitu problémů užíváním drog. Proto jsou mezi drogově závislými většinou lidé s nevyřešenými vývojovými úkoly. Ukončení drogové kariéry je tedy pravděpodobnější, když má závislý příležitost se s těmito úkoly vyrovnat a nakonec je vyřešit (Kalina, 2003c). Pro dospívání je typická tendence testovat hranice, přehánět a riskovat, proto je to období kritické pro rozvoj rizikového chování. Hovoří se o syndromu rizikového chování, do kterého spadá – užívání návykových látek, negativní jevy v oblasti psychosociální, poruchy reprodukčního zdraví (Foltová, 2012).

2. Abstinence

Význam abstinence je důležitý, a to i za předpokladu, že nejde o abstinenci trvalou. Období bez drog trvající alespoň 3 měsíce může vytvořit předpoklad pro další a déletrvající období. Během období abstinence má člověk alespoň možnost udělat si pořádek v ostatních oblastech života. Pokud ale v tomto období k žádným změnám nedojde, není to dobrá prognóza pro další směřování k abstinenci.

3. Přátelské a intimní vztahy

Vztahy intimní i přátelské jsou dva důležité zdroje sociální podpory v podmínkách normálního dospívání. Pokud je jedinec schopný nacházet trvalé a významné vztahy mimo drogovou scénu, tedy mimo skupinu lidí, kteří užívají drogy, jedná se o důležitý ukazatel a možnost rychlejší údravy. Co se týče

intimních vztahů, tak navázání nového a silného vztahu k trvale neužívajícímu partnerovi je často příznivým bodem obratu v drogové kariéře.

4. Vztahy k původní rodině

Vztahy s rodinou jsou většinou díky drogové kariéře závislého jedince v různém stupni rozvratu. Pro všechny klienty, obzvláště pro ty mladší, je vždy důležité vztahy k původní rodině nějak spravit. Zapojit původní rodinu do léčby je – pokud existuje tato možnost – vždy užitečné a někdy dokonce nezbytné (Kalina, 2003c).

V praxi se ale často setkáváme s tím, že buď klient nechce zapojit svou původní rodinu, nebo ani rodina se ne vždy do léčby chce zapojit. Pokud nechce klient, je třeba jeho přání respektovat. Pokud nechce rodina, i toto přání je nutné respektovat a nacházet jiné postupy, jak dotyčným zúčastněným pomoci. Terapeut může například nabídnout klientovi práci s rodinným kontextem a zpracovávat pro klienta důležitá rodinná témata jiným způsobem (Čtrnáctá, 2015). Terapeut dost často očekává spolupráci s rodinou a partnery, ti se však často rodinné terapii spíše brání. Zdá se, že si spíše chtějí od problému a starostí odpočinout (Riesel, 2012).

5. Práce a vzdělávání

Mezi časté propásnuté vývojové úkoly patří získání kvalifikace k budoucímu zaměstnání, protože užívání drog obvykle člověka dříve či později vyřadí ze vzdělávacího či pracovního procesu. V každém případě je však studium či stabilní zaměstnání příznivým krokem k upevnění života bez drog. Obecně život na sociálních dávkách není pro abstinenci příliš vhodný (Kalina, 2003c). Ostatně pracovní terapie v rámci terapeutických komunit je jedním z hlavních pilířů léčby (Adameček & Radimecký, 2015).

Dalšími faktory, ovlivňujícími proces uzdravy, je například věk při začátku závislosti. Vyšší pravděpodobnost dosažení změny a udržení léčebného efektu je u klientů, kteří se stali závislými až v rané dospělosti. Závislost, která vznikne po 20. roku věku, má relativně dobrou prognózu. Dále se jedná o délku drogové kariéry, protože čím déle závislost trvá, tím se snižuje možnost dosažení trvalého léčebného efektu. Je tedy důležité zachytit jedince do nějaké formy péče co nejdříve. Stále mezi pracovníky v oboru léčby závislosti

slyšíme argument, že klient ještě nemá „dobráno/odfetoáno“, neocítl se v propasti hluboké krize, a tak je jeho náprava prakticky nemožná (Kalina, 2003c). Za zbytečné odkládání léčby platí závislý pacient daň dalším poškozením své osobnosti, zdraví a sociálního začlenění (Riesel, 2012).

Jedním z hlavních problémů při práci se závislími jedinci může být náročnost vzájemné interakce, jež se s touto skupinou klientů pojí. Pokud se závislý jedinec v daný moment rozhodne, že pomoc chce, je pro něj typické, že takovou pomoc očekává okamžitě. Ze své podstaty celého problému závislí lidé nejsou ochotni oddalovat kýžený efekt nebo důvěřovat procesu, protože se výsledek nedostaví ihned. Právě kombinace naléhavého požadavku o pomoc a nedůvěry k autoritám činí poradenskou práci se závislími klienty velmi náročnou (Millerová, 2011).

Celý léčebný proces klade velký důraz také na pracovníka/terapeuta pracujícího s drogově závislími, který kromě patřičného vzdělání a případných výcviků, seminářů a školení, musí disponovat také určitými osobnostními charakteristikami. Pracovník s drogově závislími musí například umět nastavit hranice. Ty by měly být tak akorát propustné pro obě strany, aby stále mohl být zachován individuální přístup práce s klientem, a zároveň by měly být dost pevné, mimo jiné pro bezpečí pracovníka (Millerová, 2011). V nejobecnější rovině hovoříme o tzv. psychoterapeutickém přístupu, který by měl být součástí každého kontaktu s klientem od terénních programů po lékaře léčícího například virovou hepatitidu C (Miovský & Bartošíková, 2003).

Začátek cesty k uzdravení může svým způsobem brzdit klientova nedostatečná motivace. Soudobé trendy se zaměřují právě na zvyšování dovednosti terapeutů/poradců při práci s motivací (Kalina, 2003c). Mnozí klienti si přejí se uzdravit, ale nechtějí se ani učit, ani namáhat. Nejsou dostatečně motivováni. Navíc v samotném začátku léčby pacient vnímá, že mu něco bereme a nic za to nedáváme. To, co klient může získat, se týká budoucnosti, a jak jsme již zmínili, závislí lidé neumějí odkládat libé pocity do budoucnosti (Riesel, 2012). Není ale možné chápat motivaci výlučně jako odpovědnost klienta. Terapeuti by měli chápat motivaci jako integrální součást léčby a neustále ji posilovat (Kalina, 2003d).

V neposlední řadě nesmíme zapomenout na fenomén s názvem duální diagnózy, což je sám o sobě komplexní problém. Výzkumy ukázaly, že v průměru asi jen 30% klientů má „pouze“ diagnózu drogová závislost. Právě obtíže s přídatnými diagnózami jsou

častým spouštěčem relapsu a v praxi to znamená, že každý druhý až třetí klient by potřeboval ještě jinou a specializovanější léčbu než tu, které mu nabízejí standardní programy.⁷ Nejčastěji se jedná o poruchy osobnosti (44%), psychosexuální dysfunkce (40%), zneužívání alkoholu (39%), generalizovaná úzkost (34%) a dále například afektivní poruchy, zejm. deprese (29%) (Kalina, 2003d).

Existují skupiny klientů, které mají specifické potřeby, na které je nutné reagovat:

- ženy a muži – některé gender studie již upozorňují na specifické potřeby mužů a žen
- klienti trpícími somatickými komplikacemi - hlavně hepatitidami a AIDS
- klienti závislí na stimulačních drogách – zahraniční studie o uživatelích amfetaminů, ukazují na rozdílné potřeby například od uživatelů opiátů; otázkou tedy je, zda český model nediferencovaného přístupu k uživatelům opiátů a amfetaminů nevyžaduje přezkoumání (Kalina, 2003d).

Uživatelé opioidů, na rozdíl od uživatelů stimulantů, již mají možnost speciální léčby. Jedná se o substituční léčbu, které se zmiňujeme v následující kapitole.⁸

3.2 Substituční léčba

Lege artis je substituce v České republice nabízena momentálně dvěma možnostmi: metadon hydrochlorid (v ČR od roku 1997) nebo buprenorfin hydrochlorid (v ČR od roku 2001) (Kmoč, 2014). Substituční léčba je laiky i odborníky považována za kontroverzní metodu léčby závislostí. Buď na substituční léčbu nenahlíží jako na plnohodnotnou léčbu, nebo z jejich pohledu klient neabstínuje, ale pokračuje v užívání. Je tedy důležité hned na začátku zmínit, že substituce je podle současné klasifikace (MKN-10) plnohodnotnou formou abstinence.⁹ Podle Vesterové a Bunninga (2007, 21) je substituční terapie

⁷ Již existuje terapeutická komunita specializující se na klienty s duální diagnózou, konkrétně TK Sejřek na Vysočině. Viz <http://www.tksejrek.kolping.cz/o-nas/>.

⁸ Ačkoli v zahraničí již probíhají studie zaměřené na hledání vhodných substitučních preparátů pro závislé na stimulantech, zatím žádná z nich nepředstavila jednoznačné a přesvědčivé důkazy o efektivitě substitučních látek a k dispozici zatím tedy není žádný registrovaný lék, jenž by mohl být indikován pro efektivní substituci stimulantů (Pavlovská & Minařík, 2015).

⁹ Z diagnostického hlediska je klient stabilizovaný na určité dávce substituční látky a abstinující od všech ostatních návykových látek považován za abstinujícího (Popov, 2003). Problém potom nastává v situacích například řízení motorového vozidla. Podle *Zákona o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů* č. 167/1998 Sb. nesmí řidič motorového vozidla požit alkohol nebo jinou návykovou látku během jízdy ani řídit v době, kdy by ještě mohl být pod jejich vlivem. Vzniká tedy nesoulad, který stabilizovaným klientům substituční léčby často komplikuje život.

považována za „jeden z nejefektivnějších typů farmakologické terapie závislosti na opioidech.“

V roce 2017 tvořili uživatelé opioidů pouze 8 % ze všech léčených v detoxifikační psychiatrické péči (Mravčík & kol., 2018). Velká část závislých na opioidech využívá substituční léčbu – metadonem nebo buprenorfinem. Tuto léčbu můžeme rozdělit na krátkodobou, střednědobou a dlouhodobou, které se budeme dále v textu věnovat. Jedná se o předem časově neomezenou léčbu (Pavlovská & Minařík, 2015). Prováděna je ambulantně a posouvá splnění konečného cíle, tj. abstinence bez užívání substituční látky, na dobu, kdy ji bude pacient schopen objektivně i subjektivně podstoupit (Kmoč, 2014). Do doby, než je klient schopen abstinovat zcela, je jejím cílem udržet a zlepšit pacientův somatický a psychický stav. Navíc je substituční léčba, jak již bylo zmíněno, formou harm reduction služby, protože chrání společnost před chováním drogově závislých jedinců od společensky nepřijatelného či dokonce nebezpečného chování (Popov, Zábranský & kol., 2008). Jde o terapeutický postup, při kterém je původně užívaný pouliční opioid nahrazen látkou s výhodnějším bezpečnostním profilem (Popov, 2003).

Substituční terapie je vymezená Standardy substituční léčby (SSL), které stanoví, za jakých podmínek je možné substituční terapii provádět. Standardy, mimo jiné, stanovují tři druhy režimů, podle kterých je prováděna substituční terapie:

1. Základní léčba

Spadají zde tzv. nízkoprahové substituční programy. Spočívá v poskytování substituční látky, doplněném zejména adekvátní somatickou léčbou a sociálním poradenstvím, poskytovaným externě. Typicky je nabízena v ambulancích všeobecných lékařů, při substituční léčbě ve výkonu vazby nebo odnětí svobody.

2. Rozšířená substituční léčba

Kromě poskytování substituční látky je tato léčba doplněna adekvátní somatickou léčbou, psychoterapií a sociálním poradenstvím.

3. Komplexní substituce

Jedná se o specializovaná pracoviště pro substituční léčbu, poskytování substituční látky a služby nabízené v základní léčbě jsou doplněny o celý

komplex dalších služeb (skupinová psychoterapie, rodinná a pracovní terapie, následná péče a vzdělávání, poradenství apod.)

(Popov & Zábranský, 2008).

Cílovou skupinou jsou klienti s diagnózou syndromu závislosti na opioidech. Podpůrnými faktory jsou věk nad šestnáct let, injekční užívání, somatické či psychické komplikace. Relativními kontraindikacemi pro samotný vstup do léčby může být převažující závislost jiného než opioidního typu, zneužívání substitučního programu v anamnéze (prodej substituční látky, falšování receptů) či neschopnost přestat užívat nelegální opioidy navzdory dostatečně vysoké dávce substituční látky (Pavlovská & Minařík, 2015).

V souvislosti se zneužíváním nelegálních opioidů se hovoří o substituci heroinem v kombinaci s metadonem, která v mnoha zahraničních zemích není novinkou. Výsledky studie, zabývající se úspěchem této léčby po dvou letech fungování podobného centra v Holandsku, ukázaly vyšší efektivitu kombinace těchto substitučních látek, než při samotné substituci metadonem. Dochází k relevantnímu, stabilizovanému zlepšení jak zdravotního, tak sociálního fungování s výrazným omezením užívání ilegálních opioidů (Nerad & Ouštěcká-Nerad, 2012). Substituce heroinem se objevuje ve více zemích, například v Německu nebo Velké Británii (Pavlovská & Minařík, 2015) a o zavedení do praxe volají stále další. Podle Lintzerise (2008) je však při případném celoplošném zavádění substituce heroinem nutné zvážit některé problémy, se kterými se tato léčba momentálně potýká, a na které v praxi naráží. Za prvé je třeba, aby nebyla léčba heroinem tak nákladná, jako je teď, což je dáno především množstvím personálu, který se o závislé jedince stará. Dále aby byla přístupnější všem pacientům, kteří ji potřebují. Teď je totiž praxe taková, že pacienti musí docházet na kliniku 2 – 3x denně, což dost znemožňuje jejich fungování v běžné společnosti (například kvůli zaměstnání). A v neposlední řadě je nutné zajistit všem zúčastněným – pacientům i personálu – větší bezpečnost. První dva body by se daly splnit zavedením výdejů heroinu domů, což ale bohužel s sebou nese další komplikace jako únik heroinu na černý trh.

Ačkoli je dávkování substituční látky nezbytné klinicky monitorovat a individuálně optimalizovat, obecně se dá říci, že lepších výsledků dosahují ti klienti, kteří jsou stabilizováni spíše na vyšších dávkách než na nižších. Souhrn výzkumů z USA stanovil 60

mg metadonu denně za minimální spolehlivou dávku pro udržení v programu a pro pokles užívání heroinu (Pavlovská & Minařík, 2015).

3.2.1 Údaje z výroční zprávy roku 2017 o substituční léčbě

V roce 2017 bylo evidováno celkem 2448 léčebných případů v substituční léčbě, z toho 529 bylo v r. 2017 zahájeno a 482 ukončeno. Nejčastějším důvodem ukončení bylo vyloučení pro porušování léčebného režimu. Substituční léčbu v roce 2017 vykazalo celkem 60 psychiatrických ambulancí. Z výkazu vyplývá, že substituční léčba v psychiatrických ambulantních zařízeních byla poskytnuta 2491 pacientům (2792 pacientů to bylo v r. 2016), 35 % z nich tvořily ženy.

Počet pacientů v opiátové substituční léčbě, nahlášených do registru substituční léčby, strmě rostl od r. 2000, kdy byla substituční léčba v ČR spuštěna jako standardní léčebná modalita, a zejména od roku 2007, kdy byla spuštěna webová aplikace registru, až do roku 2010. V roce 2011 došlo ke zpomalení nárůstu a v letech 2011 - 2014 počet léčených v substituci stagnoval. Poprvé k mírnému poklesu počtu pacientů v opiátové substituční léčbě došlo v roce 2015, což lze hodnotit jako negativní jev.

Metadon je placen Ministerstvem zdravotnictví ČR a je pro pacienty zdarma. Problémem zůstává finanční dostupnost substitučních preparátů s účinnou látkou buprenorfin. U metadonových programů je zase ale problém v geografické dostupnosti. Programy sice existují, ale jsou omezené a v některých krajích je jejich kapacita naplněná. Pro řadu zájemců je tak metadonová léčba nedostupná. Výroční zpráva také uvádí, že většina krajů volá právě po větší dostupnosti substituční léčby. V Jihomoravském kraji jsou dva programy substituční terapie metadonem a oba spadají pod Společnost Podané ruce, o. p. s. (NMS, 2018).

3.2.2 Metadonová substituční terapie

Metadon je syntetický opioid, chemicky není odvozen od morfinu. Jako první metadon syntetizovali Max Bockmühl a Gustav Ehrhart v roce 1937. V roce 1992 dovezl MUDr. Jiří Presl metadon do ČR a začal jej poskytovat svým pacientům v organizaci Drop-In. Metadon byl povolen pouze jako roční experiment a skutečně po roce program musel

skončit. V roce 1997 potom vznikl první, dá se říci již zcela legální, metadonový program u Apolináře, pod záštitou MUDr. Petra Popova. Kapacita byla pouze 20 pacientů a program byl opět po roce pozastaven. Na Apolináře potom v průběhu následujících let navazoval vznik dalších substitučních programů (Minařík & Kmoč, 2015). Centrální nákup metadonové substance je dodnes hrazen z dotace MZ, na rozdíl od buprenorfinu, a tím pádem je pro pacienty v těchto programech zdarma (Mravčík & kol., 2018).¹⁰

Metadon má typický biologický poločas 24 - 48 hodin, což je výrazně delší doba než u heroinu. Navíc orální aplikace je stejně efektivní jako při injekčním podání, takže teoreticky by měl být jeho potenciál intravenózního užívání nižší. Vyrábí se pouze legálně pro medicínské účely, ale dostává se i na nelegální trh s drogami (Minařík & Kmoč, 2015). Programy metadonové substituce se liší svou strukturou, procedurami i praxí, jako například poskytování metadonu k užití doma (Pavlovská & Minařík, 2015), a právě prostřednictvím těchto lidí se potom metadon dostává na černý trh.

Metadon je látka s mírnějším, ale delším odvykacím syndromem, než jaký mají uživatelé po vysazení heroinu. Podávat by se měl jako součást léčby u pokročilých závislostí opiátového typu. Nehodí se pro jedince, kteří s drogami experimentují, protože by jim mohl závislost vyvolat. Nehodí se ani pro ty, kteří kombinují drogy různých skupin. Obzvláště riziková je kombinace metadonu s alkoholem (Říčan & Krejčířová, 2006) a metadonu s benzodiazepiny, vzhledem k aditivním tlumivým účinkům na CNS (NMS, 2009). Právě kombinace benzodiazepinů a buprenorfinu či metadonu může mít fatální následky, a proto je považována za vysoce nebezpečnou. Předcházení otravám je však velice složité, a to hlavně z důvodu toho, že zneužívání benzodiazepinů je mezi lidmi závislými na opioidech velice časté. Podle finské studie 20 z 21 klientů substituční terapie splňuje diagnostická kritéria pro škodlivé užívání nebo závislost na benzodiazepinech (Häkkinen, Launiainen, Vuori, & Ojanperä, 2012). Podle studie Novotného a Valúcha (2005), kteří provedli studii na téma úmrtí spojených s metadonem, u všech úmrtí spojených s metadonem se jednalo o kombinaci s jinými psychoaktivními látkami, nejčastěji s psychostimulancii, s kodeinem, benzodiazepiny, heroinem i alkoholem. Většina lidí zemřela na následky centrální hypoxie, což je stav spojený s nedostatkem kyslíku v těle či jiných orgánech. Nejednalo se však vždy o lidi, kteří byli před smrtí

¹⁰ Pro zajímavost - na černém trhu má metadon hodnotu 80 – 100 Kč za 1 ml/5 mg.

zařazení do metadonové substituce, z čehož vyplývá, že programy by měly zajistit minimální únik metadonu na černý trh.

Podle výzkumu Zagona a McLaughlina¹¹ z roku 1984 je metadon vhodný při těhotenství. V průběhu těhotenství může mít náhlá abstinence uživatelky negativní vliv na vývoj plodu, a metadonová léčba se jeví stále jako méně nebezpečná, než pouliční forma opiátů (Šlamberová, 2003).

Podle Dola (1980), zakladatele první metadonové substituce, je nejstarší způsob léčby závislostí na opioidech detoxifikace, která je ale dle názoru autora neúčinná. Pacientovi se sice pod odborným dohledem pomůže vyřešit jeho fyzickou závislost, ale často se opomíjí ostatní aspekty závislosti – například behaviorální složka problému čili vyhledávání drog a pohyb v rizikovém prostředí. Detoxifikační péče sama o sobě nevyřeší zvyk užívání drog. Pokud by to dokázala, závislost by podle Dola byla už dávno pouze speciálním malým výsekem ve zdravotnické péči. Dole a Nyswander v šedesátých letech 20. století začali poskytovat první metadonovou udržovací léčbu. Začali léčit pacienty na uzavřených odděleních s velmi propracovanými bezpečnostními opatřeními. V průběhu léčby se ukázalo, že takto vysoké míry bezpečnosti není vůbec třeba, a tak se nejdříve pacienti přesouvali na otevřené oddělení, potom v pokoji jen přespávali a přes den odcházeli za prací. Svůj postup založili na teorii metabolické poruchy, kterou jsme zmiňovali v textu výše.¹² Zároveň prosazovali funkčnost vysokých dávek metadonu (80 – 150 mg), které měly ustavit tzv. farmakologickou blokádu působící proti účinkům heroinu. To mělo zabránit závislému pocítit euforii při jeho užití (Preston, 1999).

Dole s Nyswanderovou se zaměřovali hlavně na biologickou čili somatickou stránku substituční léčby. Přesto však kombinovali první pokusy také s intenzivní psychosociální rehabilitací (Preston, 1999). Podle Khantziana, který se vydal cestou objasnění prospěšnosti substituční léčby z psychologického hlediska, je efektivita metadonu při léčbě závislosti na heroinu hlavně v tom, že ulevuje od nepříjemných pocitů hněvu, vzteku a neklidu, což zapřičiňuje užívání opiátů (Achal, nedat.).

¹¹ Zagon, I. S & McLaughlin, P. J. (1984). Perinatal exposure to methadone alters sensitivity to drugs in adult rats. *Neurobehav. Toxicol. Teratol.*, 6(4), 319-323. In Šlamberová, R. (2003) Užívání opiátů během těhotenství vyvolává dlouhodobé změny u vyvíjejícího se organismu. *Adiktologie*, 3(2), 50-59.

¹² Kapitola: 2. 4. 1 Biologická úroveň.

Odhaduje se, že třetina pacientů substituční léčby metadonem dosáhne úplné abstinence, třetina se časem stabilizuje dlouhodobě na své dávce a třetina jich relapsuje či dlouhodoběji recidivuje (Pavlovská & Minařík, 2015). Metadon, jako každá jiná chemická látka, může mít ale také nežádoucí účinky. Kromě typických tělesných příznaků, které se objevují u opioidů obecně, se mohou objevovat také neuropsychické poruchy jako euforie, dysforie, slabost, bolesti hlavy, nespavost, agitovanost, dezorientace (Popov, 2003).

3.2.3 Metadonová substituční terapie Společnosti Podané ruce v Brně

V další kapitole bychom rádi blíže představili metadonovou substituční terapii (dále jen MST) Společnosti Podané ruce v Brně, o. p. s., kde byla sbírána data k výzkumné části této práce.

Společnost Podané ruce momentálně poskytuje dvě MST v Jihomoravském kraji. První MST (dále jen MST Vídeňská) se v roce 2000 oddělila od denního psychoterapeutického sanatoria Elysium a začala fungovat jako samostatné centrum. Zpočátku mělo centrum okolo dvaceti klientů, dnešní počet klientů se pohybuje mezi 70 až 80 klienty, což je jeho maximální kapacita. Na podzim roku 2014 vzniklo Terapeutické centrum na Bratislavské, jehož součástí je také druhý program MST v Brně (dále jen MST Bratislavská). Tento program vznikl jako speciální projekt pro sociálně vyloučenou lokalitu (dále jen SVL)¹³ v Brně, kde je kromě substituce metadonem nabízen také ambulantní léčebný program pro uživatele návykových látek. V substituci má momentálně MST Bratislavská mezi 30 – 40 klienty a lze sledovat pomalý, ale konstantní nárůst přijímaných klientů. Oba programy MST fungují provázaně a řídí se stejnými pravidly, rozdíl mezi centry MST určuje právě poloha MST Bratislavská, tedy její umístění v sociálně vyloučené lokalitě. Kvůli zvýšenému výskytu sociálně patologických jevů je služba koncipována jako nízkoprahová forma programu, kam klienti docházejí denně, bez nároku na výdeje s sebou domů. Jsou tak chráněni jak klienti MST Bratislavská, tak pracovníci tohoto centra. Klienty MST Vídeňská jsou také ze 70 % obyvatelé SVL (SPR, 2017). V obou centrech MST byly realizovány rozhovory k výzkumné části naší práce.

Týmy MST jsou složeny z několika odborníků – lékaře, zdravotních sester a sociálních pracovníků, MST je koncipována jako zdravotně-sociální služba. Do substituční léčby může klienta přijmout pouze lékař. Přijetí klienta do programu je kromě vstupního

¹³ SVL můžeme mimo jiné definovat jako prostorové vyloučení. Jedná se o vylučování některých sociálních skupin do různých oblastí na základě sociokulturních charakteristik a ekonomického statusu. Významným problémem je fakt, že v tomto prostoru vznikají homogenní celky obyvatel, a dochází tak ke koncentraci sociálně patologických jevů (Toušek, 2006). Největší SVL v Brně je okolí známé ulice Cejl, kde ve velké míře žijí Romové. V r. 2017 realizovalo NMS ve spolupráci s Kanceláří Rady vlády pro záležitosti romské menšiny studii s názvem „Zdraví a návykové látky mezi Romy“ zaměřenou na zjištění rozsahu kouření, konzumace alkoholu a užívání nelegálních drog v romské komunitě. Výsledky ukázaly, že míra užívání legálních drog je v romské populaci ve srovnání s obecnou populací ČR přibližně 2–3krát vyšší a míra prevalence užívání nelegálních drog 2–10krát vyšší v závislosti na typu drogy (největší rozdíl byl zaznamenán v případě pervitinu, heroinu a jiných opioidů).

lékařského vyšetření podmíněno také podpisem Terapeutické smlouvy,¹⁴ čímž klient stvrzuje, že byl seznámen s pravidly programu a možnými omezeními a riziky plynoucími ze substituce, a že je zavázán je dodržovat a plnit. Pravidla programu vycházejí ze Standardů substituční léčby. Jejich porušení může mít za následek vyloučení z programu a to na různě dlouhou dobu, což závisí na tom, jaká pravidla a jakým způsobem byla porušena.

- Fungování v programu

MST má za cíl pomoci klientovi k bezproblémovému zařazení zpět do společnosti. Fáze programu označujeme 0, A, B a C. Po příjmu do programu MST se klient 2 kalendářní měsíce nachází ve fázi 0. V této fázi se klient stabilizuje a hledá vhodnou výši dávky metadonu, aby neměl potřebu relapsovat na ostatních návykových látkách. V této fázi se klient zároveň netestuje na přítomnost návykových látek v moči. Nachází se v jakési ochranné fázi, kde se obecně počítá s tím, že klient nepřestane ze dne na den s užíváním pouličních opiátů. Po měsíci přechází do fáze „A“, kde také musí docházet denně, ale již může být kdykoli namátkově testován. V této fázi se již počítá s tím, že je klient na dávce metadonu stabilizovaný.

Pokud si klient splní všechny náležitě povinnosti¹⁵, může přejít do tzv. vyšší fáze s názvem „B“ a „C“, které fungují pouze v MST Vídeňská. Tito klienti mají nárok na výdeje metadonu domů (konkrétně klienti ve fázi „B“ – 3 výdeje na týden, klienti ve fázi „C“ – 6 výdejů na týden).

Samozřejmě vysokoprahovost služby souvisí také s větším množstvím povinností. Klienti ve fázi „B“ mají každý měsíc povinnost absolvovat minimálně jeden pohovor se svým garantem v délce minimálně 30 minut a kromě toho také skupinový program v délce

¹⁴ Viz příloha č. 2.

¹⁵ Opět odkazujeme na Pravidla substitučního programu v Příloze 1, kde se lze dočíst, o jaké povinnosti jde. Ve zkratce se to pokusíme přiblížit i zde. Např. pro přechod do fáze „B“ klient nesmí mít více než 2 absence za poslední 2 kalendářní měsíce, namátkové toxikologické vyšetření z moči musí vyjít s výsledkem negativní. Dále musí mít splněn pohovor o délce minimálně 30 minut se svým garantem. Přechod není ničím dalším podmíněn. Fáze „C“ je ještě vyšší fází, než fáze „B“. Pro přeřazení do fáze „C“ musí klienti již doložit legální pracovní smlouvu, vyřazení z úřadu práce a každý měsíc musí dokládat výplatní pásky od zaměstnavatele, což je pro pracovníky centra ověření, že klient stále chodí do zaměstnání a má tak na výdeje nárok. Do fáze „C“ po splnění všech povinností může klient přejít za stejných okolností jako klient přecházející do fáze „B“, jen se tak může stát již po jednom kalendářním měsíci v programu. Je to z toho důvodu, že program chce maximálně podpořit zařazení klientů zpět do společnosti, s čímž souvisí mimo jiné také legální práce a placení dluhů.

minimálně 60 minut. Garanční pohovor nemá formu terapie, jedná se o poradenskou práci, výjimečně může mít podobu krizové intervence. S každým klientem MST se pracuje také v rámci individuálního plánování, které je aktualizováno zhruba co 3 měsíce. Častými tématy pro klienty jsou např. hledání (lepšího) bydlení, pomoc při hledání zaměstnání, konzultace ohledně dávky metadonu, případně léčby virové hepatitidy C.

Skupinové programy mají náplň zážitkovou (výstavy, bowling, výlety aj.), edukativní (např. diskuze na téma prevence relapsu, nebezpečí užívání benzodiazepinů a alkoholu při léčbě metadonem, možnosti ústavní léčby či podoba terapeutických komunit aj.; přednášky spolupracujících organizací jako IQ Roma, která představila služby, jež poskytují v sociálně vyloučené lokalitě nebo společnosti Remedis, která poskytla klientům přednášku na téma nebezpečí virové hepatitidy C a možnosti léčby). Skupinové programy mají také informační obsah (minimálně jednou za rok shrnutí a zopakování pravidel programu, požadavky či připomínky ze strany klientů k pravidlům apod.) a v menší míře náplň arteterapeutickou. U závislých jedinců se často setkáváme s minimem vlastních tzv. „zdravých“ zážitků. Pod tímto pojmem si můžeme představit hlavně zážitky ze sportu, z výletů či například radost z úspěchu, z dobře vykonané práce, z vlastního úsilí. Pokud jedinec tyto zážitky nezískává ve svém životě v přirozené podobě, začne je vyhledávat jinou cestou, a to ať už ve skupině vrstevníků či v užívání psychoaktivní látky. Často se tedy právě droga stává něčím, co jim umožní prožít něco zajímavého, nevšedního (Presl, 1987). Skupinové programy nejsou skupinové terapie, ty jsou klientům nabízeny v Terapeutickém centru v Jihomoravském kraji, spadající také pod Společnost Podané ruce. Tam mají klienti možnost chodit také na terapie individuální.

Ve fázi „C“ není pro klienty MST povinná účast na skupinovém programu, ale je i pro ně zachována povinnost absolvovat garanční pohovor. Kromě této povinnosti musí klienti MST zařazení do fáze „C“ dokládat výplatní pásky od zaměstnavatele pro ověření, že splňují podmínku pro zařazení do této fáze, se kterou je spjat nárok na výdeje metadonu domů.

- Toxikologické vyšetření z moči

Dále považujeme za důležité přiblížit pravidla namátkového testování klientů na přítomnost návykových látek v moči, protože na základě positivity namátkových toxikologických testů jsme vybírali vzorek respondentů do našeho výzkumného vzorku.

Testování probíhá v obou centrech MST výhradně z moči klientů. Důkaz užívání heroinu v moči se prokazuje do 24 hodin a přetrvává 2-3 dny. Pro srovnání u metamfetaminu (pervitinu) je detekce možná dokonce 2-14 dní po posledním užití, u benzodiazepinů je to 7 dní a u barbiturátů dokonce 30 dní (Zima, 2015).

Klienti jsou testováni na přítomnost nelegálních návykových látek a alkoholu.¹⁶ Namátkově se testuje na přítomnost látek morfinového základu (heroin, opium), metamfetamin, tramadol a benzodiazepiny. Při podezření nebo na základě anamnézy klienta se přidávají ještě testy na alkohol či buprenorfin. Na přítomnost metadonu v moči se klient testuje v případě, že je zařazen do vyšší fáze programu a má výdeje, tedy dostává metadon v daném množství s sebou domů (na 3 – 6 dní v závislosti na fázi, ve které se nachází). Děje se tak kvůli ověření, že klient skutečně užíval metadon i v době, kdy nebyl pod přímo kontrolou personálu v užívání metadonu. V dalším případě se test na metadon přidává, pokud má zdravotní sestra, provádějící toxikologické vyšetření, podezření, že si klient přinesl pro vyšetření moč jiného člověka a pokusil se při testování o podvod. Pokud by test na metadon z moči klienta byl negativní, potvrdilo by se tím podezření, že se nejedná o klientovu moč, a byl by za hrubé porušení pravidel vyloučen.

První pozitivní test pro klienta neznamena žádný postih, ale měl by absolvovat povinný pohovor s garantem, kde se relaps a jeho příčiny probírají. Další testování proběhne opět námtkově, a to obvykle dvakrát do konce následujícího kalendářního měsíce. Pokud by byl jeden z těchto testů pozitivní, klient je v podmíněném vyloučení, což pro klienty s výdeji (fáze „B“ a „C“) znamená, že o výdeje přijdou a musí chodit denně po dobu jednoho kalendářního měsíce. Opět proběhne do konce následujícího kalendářního měsíce dvojit testování, a pokud by i tady bylo některé z nich pozitivní, klient je vyloučen z programu s detoxem.¹⁷

¹⁶ Na jiné látky, např. halucinogeny apod. se v MST Vídeňská ani Bratislavská, netestuje. Látka, která rovněž není testována, a zároveň za její užívání nehrozí ani postih, je THC.

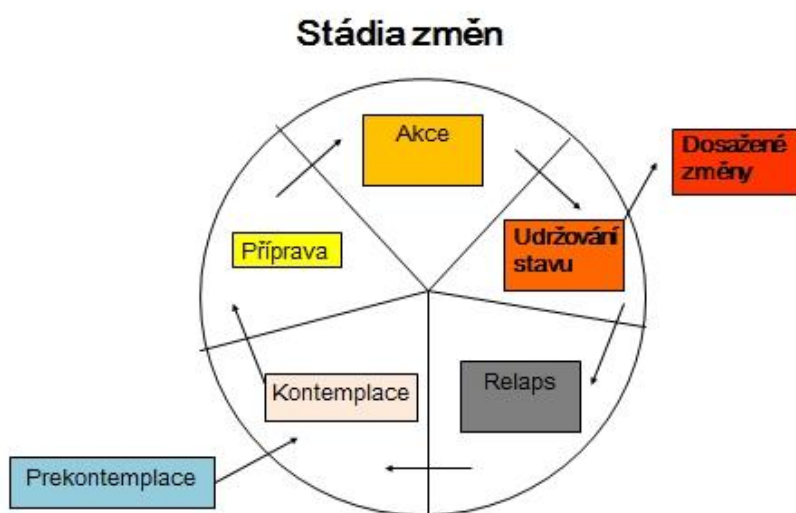
¹⁷ Dvakrát týdně snižují zdravotní sestry klientovi metadon o 1 ml/ 5 mg až do nuly.

4 Relaps

Téma práce se zaměřuje na příčiny a strategie zvládnání relapsu klientů metadonové substituční terapie a je tedy důležité tento jev pochopit. Literatura nabízí velké množství přístupů a vysvětlení tohoto fenoménu. V textu níže se proto věnujeme relapsu v základních principech a prevenci relapsu. V poslední kapitole jsme se pak zaměřili na dosavadní poznatky o námi zkoumaném tématu.

Ukončit návykové chování není samo o sobě tak obtížné, jak je obtížné skončit s ním napořád (Millerová, 2011). Na závislost na návykových látkách je často pohlíženo jako na stav relapsování, což obzvlášť pro pracovníky s lidmi se závislostí může být docela frustrující. V perspektivě prevence relapsu, kterému se věnujeme níže, je však tento fakt přijímán jako materiál pro proces úzdravy závislého.

Toto tvrzení dokládají také autoři Prochaska a DiClemente, kteří ve svém modelu s názvem „Kolo změny“ poukázali na šest fází průběhu změny. V něm počítají s relapsem jako s přirozenou součástí změny a nikoli jako s něčím patologickým či škodlivým. Vzdání se drog je pouze první krok, po kterém následuje námaha vytrvat v abstinenci nebo zmírnění návyku. Nakonec v případě, že nastane relaps, je třeba neustrnout v této fázi a posunout se na kole změny vpřed (Miller & Rollnick, 2003).



25

Obr. č. 1

Zdroj: http://www.khshk.cz/e-learning/kurs6/kapitola_122__interpersonln_komunikace_v_podpoe_zdrav.html

Většina klientů relapsuje v období 12 měsíců po dokončení léčby závislosti. Relaps ale není nedostatek motivace nebo vůle, je to neúspěch při udržování změny nikoli negace změny samotné. Kromě relapsu se v adiktologické terminologii používá výraz laps, který označuje jednorázové selhání v abstinenci (Pavlovská, 2015). Někdy se tyto dva pojmy překrývají či zaměňují. Laps je však užíván spíše ve smyslu dopřání si závislého chování na krátkou chvíli, o relapsu mluvíme ve chvíli, kdy se staré chování projevuje v delším časovém úseku (Annis & Davis, 1988).

Rádi bychom nejdříve poukázali na rozdíl mezi recidivou a relapsem. Recidiva je definována jako návrat k nemoci, která již byla vyléčena nebo zmizely její příznaky (Vokurka, 1995), což vychází z pojetí abstinence jako jediné možné volby. V tomto pojetí je tedy relaps na stejné úrovni jako recidiva, kdy se závislý vrací na začátek léčby a devaluje vše, čeho dosud dosáhl. Soudobá prevence relapsu vychází z výzkumů, které jasně ukazují, že jednorázové porušení abstinence nemusí vyústit v návrat na původní úroveň užívání (Kuda, 2003). Nabízí se tedy nový termín „laps“, který je definován jako samostatné porušení pravidel nebo zásad, které si nastavil sám jedinec. Toto pojetí mimo jiné poskytuje prostor pro učení z chyb a možnost nápravy (Kuda, 2003). Když klient zachovává důslednou abstinenci, zlepší se nejspíše jeho sebevědomí a sebeúcta, což se s prožitým relapsem může opět zhoršit. Proto člověk za porušení abstinence nemá být haněn ani vysmíván, má být podpořen v úsilí pokračovat v abstinenci dál (Riesel, 2012). Závislí lidé mají obtíže především při tlumení nepříjemných afektů, udržování únosné hladiny sebeúcty, mají tendenci ke zneklidňujícímu impulzivnímu chování anebo bývají ohroženi hlubokými pocity ztráty sebeidentity či roztříštěností a chaotičností myšlení. Návyková látka tlumí tyto obtíže, ale v době abstinence se dostávají zpět na povrch (Hajný, 2003).

Relaps, čili fáze návratu k droze v období abstinence, je mezi odborníky předmětem intenzivního výzkumu. Odkrytí neurobiologických mechanismů relapsu by mohlo mít zásadní význam pro farmakoterapii drogových závislostí. Mimo jiné jsou také zkoumány chronické relapsy, které nastávají i po dlouhé době abstinence. Konkrétní neurobiologické mechanismy relapsu jsou stále zkoumány, ale i preklinické studie zatím dokládají, že podkladem mechanismů návratu k droze je postupná reorganizace

v odměňovacích a paměťových neuronálních okruzích a poruchy ve frontálních oblastech mozku (Šustková, 2015b).

Podle výzkumu se zatím ukázalo, že čím kratší dobu se závislá osoba nachází v procesu uzdravy, tím snáze se může ocitnout v krizových situacích. Pravděpodobnost prožívání krize se zvyšuje se zvýšeným stresem a nižší mírou dovedností nezbytných k zvládnutí zátěžových situací. Klient si díky tomu například nemusí vybavit techniku, kterou již někdy dříve v krizové situaci uplatnil, nebo nezná žádnou techniku, která by mu v krizi pomohla (Millerová, 2011).

4.1 Prevence relapsu

Prevence relapsu můžeme vnímat jako cíl práce s klientem nebo jako metodu, která k předcházení relapsu využívá specifický pohled na schopnosti a kompetence závislé osoby. Z hlediska cyklického modelu změny chování se prevence relapsu zaměřuje na udržovací fázi a na uvedení klienta zpět do cyklu i po relapsu (Pavlovská, 2015).

Marlatt a Gordonová v technikách prevence relapsu kladli důraz na self-management a na techniky a strategie zaměřené na podporu udržování zvyků. Můžeme je nazvat prevencí sebekontroly, která kombinuje nácvik behaviorálních a kognitivních dovedností (Marlatt & Gordon, 1985). Do behaviorálních strategií řadíme jakékoli aktivní chování. Důležitým mechanismem změny je sebemonitorování, kdy si klient vede podrobné záznamy o určité aktivitě s cílem naučit se vědomě se soustředit na chování a tím v budoucnu lépe identifikovat své spouštěče. Mezi kognitivní strategie potom řadíme kognitivní restrukturalizaci, kdy se klient učí identifikovat a měnit myšlenkové pasti (Pavlovská, 2015).

Marlatt a Gordonová dále (1985)¹⁸ definovali vysoce rizikové situace, které přispívají k pocitu ztráty sebekontroly a zvyšují riziko relapsu:

1. Negativní emocionální stavy

Tvoří až 35 % relapsů. Projevují se pocity frustrace, hněvu, úzkosti, smutku, deprese či nudy. Rozpoznat tyto pocity je důležité samozřejmě proto, aby na nich člověk mohl pracovat a nenechal se jimi pohltit.

2. Interpersonální konflikty

¹⁸ Odkaz na původní výzkum: Marlatt, G. A., Baret, K. (1994). Relapse prevention. In Galanter, M., Kleber, H. (Eds.), *Textbook of Substance Abuse Treatment*. Washington, D. C.: American Psychiatric Press.

Jde o konflikty či hádky v jakémkoliv mezilidském vztahu (přátelství, rodina, zaměstnání). Účinnou strategií je situaci co nejrychleji opustit.

3. Sociální tlak

Může být přímý (verbální přesvědčování) nebo nepřímý (přítomnost osob užívajících drogy). Klient by se měl takovým situacím vyhýbat dopředu a dopředu se naučit odmítat a trénovat, jak zareaguje.

(Pavlovská, 2015)

Právě sociální tlak a udržování vztahů s uživateli heroinu je vysoce rizikové. Relapsuje 50 – 70 % těch, jejichž blízcí přátelé či rodinní příslušníci jsou aktivními uživateli heroinu (Li, Lin, Wan, Zhang & Lai, 2012). Tento fakt bude obecně problémem pro klienty žijící v sociálně vyloučené lokalitě, jichž je v MST většina (viz kap. 3. 2. 3 Metadonová substituční terapie Společnosti Podané ruce v Brně).

Je třeba tedy s klienty pracovat tak, abychom je vybavili principy zvládnutí rizikových situací. Wanigaratne (1990) uvádí, co by celý koncept prevence relapsu měl v praxi klientovi přinést:

1. Vybavit klienta dovednostmi identifikovat rizikové situace, vyhnout se jim nebo je zvládat.
2. Pokud by mělo dojít k relapsu, vybavit je dovednostmi a strategiemi, jak se vyhnout tomu, aby se relaps plně nerozvinul.
3. Zvýšit pocit jeho vlastní účinnosti.

Kuda (2003) dodává, že pro globální změnu životního stylu je potřeba identifikovat zdroje stresu, změnit nezdravé vzorce zvyků, objevit pozitivní volnočasové aktivity a začít se jim věnovat a rovněž obecně vyplnit efektivněji svůj volný čas. Podle Kudy lze s úspěchem metody prevence relapsu integrovat do základní léčby, ačkoli byl původně navržen až do péče následné. Pokud se použije metoda prevence relapsu ve fázi základní léčby, umožní nám to s tématem drog efektivně pracovat.

4.2 Relaps v metadonové léčbě

V rámci tématu relapsu je metadon jako látka obecně důležitý aspekt léčby. Parrino (1993) uvádí výhody metadonu, jako substituční látky:

1. Metadon nemá euforický, trakvilizační ani analgetický efekt, vědomí ani nálada klientů se jeho užíváním nemění, což umožňuje normální sociální fungování
2. Správně stanovená dávka metadonu blokuje narkotický efekt jiných opioidů, pokud dojde k jejich užití.
3. Nedochozí ke zvyšování tolerance, takže dávka během fungování v programu nemusí být zvyšována.
4. Metadon je účinný při orálním užití jednou za den.
5. Metadon zmírňuje craving, který je uváděn jako jeden z hlavních důvodů relapsu
6. V dávkách používaných při substituci je metadon medicínsky bezpečný a netoxický.

V kapitole 3. 2. 3 jsme popisovali průběh toxikologického vyšetření v MST Vídeňská a Bratislavská Společnosti Podané ruce v Brně. Klienti programu jsou namátkově testováni na přítomnost opiátů, metamfetaminu, benzodiazepinů, tramadolu, případně metadonu a alkoholu v moči. Tato praxe není ve všech centrech MST stejná. V centru metadonové substituce v Bratislavě reagovali na zvýšený výskyt relapsů oddělením dvou terapeutických přístupů. K terapeutické skupině, kde klienti mohou libovolně zvyšovat dávky metadonu a mají také privilegia k výdejům metadonu s sebou domů, přibyla také skupina v modalitě harm reduction udržovací substituce. Tato skupina klientů, kteří dlouhodobě a pravidelně relapsovali na ostatních návykových látkách, měla maximální povolenou denní dávku metadonu 8 ml/40 mg s tím, že se přestali testovat na přítomnost návykových látek v moči a byli nuceni chodit každý den. Toto opatření zabránilo klientům vypadávat z léčby a splnilo to harm reduction účel substituční léčby (Okruhlica & kol., 2007).

Faktory, vedoucími k relapsu na heroinu během metadonové léčby, se zabývali Wasserman a kol. (1998). Výsledky výzkumu ukázaly, že jedním z největších prediktorů k úspěšnému dodržení abstinence je vlastní závazek k celoživotní abstinenci. Klienti metadonového programu, kteří si stanovili cíl, že od heroinu chtějí zcela a plně abstinovat, prokazovali ve výzkumu lepší výsledky než ti, kteří si stanovovali menší cíle. Dále se ve výzkumu zaměřovali na souvislost stresu a relapsu na jiných návykových látkách a zjistili, že signifikantně spolu tyto dva jevy nesouvisí. Dalším zajímavým zjištěním bylo to, že pokud pacienti pravidelně užívají THC, tak častěji relapsují na látkách opiátového typu. Toto zjištění je v rozporu se zjištěním Saxona a kol. (1993), u kterých se naopak užívání THC u klientů MST neprokázalo jako příčina relapsu na ostatních návykových látkách během MST. Velice zajímavým zjištěním také bylo, že dávka metadonu metadonu nesouvisí s predikcí relapsu na heroinu. Tohle tvrzení zase vyvrací závěr výzkumu Dola (1980), který považoval za adekvátní dávku minimálně 80 mg metadonu právě proto, že pacienti na této a vyšší dávce méně často relapsovali na jiných látkách.

Některé demografické údaje jsou již dlouhodoběji uváděny jako prediktory k vyšší pravděpodobnosti relapsu, jedním z nich je například socioekonomický status. Také se dlouho předpokládalo, že lidé s vyšší mírou neuroticismu a úzkostnosti budou více ohroženi stresovými situacemi a budou tedy s větší pravděpodobností relapsovat (Powell & kol.) V dalších výzkumech jsou za jednu z nejčastějších příčin relapsu považovány negativní emoční stavy (McKernan & kol., 2015). Powell a kol. (1993) však ve svém výzkumu, ve kterém zjišťovali příčiny relapsu opiátových klientů, zjistili opak. Vysvětlují si to tím, že tito lidé jsou více senzitivní ke hrozbě stresu, takže se stresujícím situacím dopředu vyhýbají.

Co se týče souvislosti podpůrného prostředí a relapsu, výzkum Hsera (2007) prokázala, že dlouhodobou abstinenci lze dosáhnout právě podpůrným prostředím a vysokou mírou self-efficacy abstinence (jinými slovy víru ve vlastní účinnost). Z výzkumu vyplývá i potřeba důslednosti ve vyhýbání se vztahům s partnerem, který užívá návykové látky.

Výzkum Naji a kol. (2016) zjistil, že injekční užívání drog, konzumace benzodiazepinů a nízký věk při počátku užívání opiátů jsou důležitým ukazatelem pro vyšší počet relapsů v metadonové substituční terapii. Podle něho uznání lékařů a odborníků, že

tyto faktory vedou k pokračování zneužívání opioidů i během MST, jsou důležité pro lepší přizpůsobení léčby těmto uživatelům. Obzvláště problém injekční aplikace by měl být odborníky reflektován, protože zjevně nedochází k odstranění tohoto problému v léčbě MST. Proto by se naopak mělo pracovat s tím, jak tyto pacienty edukovat v rizicích sdílení injekčního materiálu nebo jiného rizikového chování, které může způsobit přenášení infekčních nemocí.

Souvislosti sociálních faktorů a opakovaných relapsů na opioidech se věnovala studie Kadama & kol. (2017). Zabývali se sociodemografickými faktory korelujícími s relapsem na alkoholu a látkách opioidového charakteru. Výsledky ukázaly, že jedinci relapsující na opiátech vykazují horší socioekonomický status oproti lidem s alkoholovou závislostí. Ve vysoké míře se mezi nimi objevovala nezaměstnanost, také se jednalo často o svobodné jedince se záznamem v trestním rejstříku. Mezi faktory, související s relapsem, tato skupina vykazovala mnohem vyšší craving a nižší vědomí self-efficacy v souvislosti se svými schopnostmi zabránit relapsu. Metadon jako pozitivní faktor, přispívající ke strategii zvládnutí relapsu závislých na opiátech, prokázala studie Clarka & kol. (2014). Výzkum zaměřili na srovnání dvou skupin jedinců závislých na opiátech – jedna skupina byla v době výzkumu klienty metadonové substituce, kontrolní skupina nikoliv. Výsledky prokázaly signifikantně nižší míru výskytu relapsu u léčených metadonem oproti kontrolní skupině.

Problematika relapsu u klientů v metadonové substituční léčbě je složitým a komplexním problémem, jak je vidět z množství výzkumů, které se mnohdy ve svých výsledcích nesečkájí. Příčinám a strategiím zvládnutí relapsu klientů metadonové substituční terapie se budeme věnovat dále ve výzkumné části.

III. Výzkumná část

5 Cíle výzkumu a výzkumné otázky

Jednorázový relaps v rámci léčby v metadonové substituční terapii (dále jen MST) pro klienty prakticky nic neznamena, naopak je na cestě k úzdavě z terapeutického hlediska důležitým jevem. Častěji se opakující relapsy však můžou znamenat problém vedoucí až k vyloučení klienta z programu MST s často devastujícím dopadem. Zpravidla se totiž na dobu vyloučení vrací k užívání pouličních opiátů, což s sebou přináší další negativní jevy.

Výzkumným záměrem naší práce bylo zmapovat příčiny a strategie zvládnání relapsu klientů MST Terapeutického centra v Jihomoravském kraji (dále jen MST Vídeňská) a Terapeutického centra na Bratislavské (dále jen MST Bratislavská) Společnosti Podané ruce v Brně. Náš výzkum jsme cílili na zkoumání příčin relapsu klientů MST na testovaných návykových látkách¹⁹ ve výše zmíněných centrech a na strategie zvládnání relapsu s akcentem na roli metadonu při zvládnání relapsu.

Prvním cílem bylo zmapovat průběh a příčiny relapsu klientů MST. Druhým cílem bylo prozkoumat strategie zvládnání relapsu.

Výzkumné otázky vztahující se k prvnímu cíli:

- 1.1 Jaký je průběh relapsu - četnost, druh návykové látky a způsob užití?
- 1.2 Jaké jsou příčiny relapsu klientů MST?

Výzkumné otázky vztahující se k druhému cíli:

- 2.1 Jaké konkrétní strategie používají klienti MST ke zvládnání relapsu?
- 2.2 Jakou roli hraje metadon při zvládnání relapsu?

¹⁹ Opiáty, metamfetamin, benzodiazepiny, tramadol, buprenorfin a alkohol. Na jiné látky jako např. THC či kokain se v MST Vídeňská a Bratislavská netestuje.

6 Popis zvoleného metodologického rámce a metod získávání dat, průběh výzkumu

6.1 Zvolený typ výzkumu

Výzkumná část této práce má kvalitativní design. Jedná se o kvalitativní studii zaměřenou na příčiny a strategie zvládnání relapsu klientů MST Vídeňská a MST Bratislavská Společnosti Podané ruce v Brně. Jako typ výzkumu byly zvoleny případové studie. Podle Miovského (2006) práce na případové studii zdůrazňuje komplexní povahu zkoumaných fenoménů a umožňuje nám zaznamenat souvislosti a podobnosti v získaných datech. K výběru typu výzkumu přispěl mimo jiné také fakt, že v kvantitativním designu bychom nedokázali zpracovat téma relapsu v takové šíři a komplexnosti, jako v designu kvalitativním.

6.2 Metody získávání dat

V našem výzkumu jsme použili metodu krátkého anamnestického dotazníku a polostrukturovaného rozhovoru.

6.2.1 Anamnestický dotazník

Začátek každého rozhovoru s respondentem tvořilo sbírání sociodemografických a anamnestických dat do připraveného dotazníku. Data sesbíraná z dotazníku jsme pro větší přehlednost shromáždili do Tab. č. 1 a Tab. č. 2. Vyplňování těchto údajů mělo sloužit k navázání kontaktu s klientem, proto jsme se rozhodli dotazník vyplňovat za klienty podle jejich odpovědí. Dalším důvodem byl fakt, že jsme si chtěli být jisti, že ze strany respondentů dojde k plnému porozumění otázek, např. kvůli sociokulturní a jazykové bariéře, a nedojde tak ke zkreslení výsledků.

6.2.2 Polostrukturované interview

Pro náš výzkum jsme zvolili metodu polostrukturovaného interview, které v sobě nese výhody nestrukturovaného i strukturovaného interview, a zároveň eliminuje jejich nevýhody (Mioviský, 2006). Otevře nám to možnosti volnější a přirozenější komunikace s respondentem, což může do rozhovoru vnést i více narativní složky, než by tomu bylo v případě strukturovaného rozhovoru. Zároveň ale máme od začátku stanoveny okruhy a

otázky, na které chceme znát odpověď. Tím máme vymezený určitý rámec a ohraničené pole působnosti, která nám i klientům zprostředkovává hranice srozumitelného a pro obě strany bezpečného prostoru.

Na začátku jsme si stanovili dva tematické okruhy, které pokryjí naše zkoumané téma. Věděli jsme, že se chceme zaměřit na dvě oblasti v rámci tématu relapsu. První okruh otázek se proto zaměřoval na příčiny relapsu klientů MST, druhý okruh se věnoval strategiím zvládnutí relapsu (viz příloha č.3). Ačkoli mají okruhy i otázky poměrně pevnou stavbu, v praxi to vypadalo tak, že jsme se těmito otázkami řídili volně. Dbali jsme na to, aby v daném okruhu zazněly všechny informace, které nás z výzkumného hlediska zajímaly, ale na druhé straně jsme se nebáli ani mírného odbočení v průběhu rozhovoru, když jsme měli pocit, že to povede zajímavým a ve výzkumu přínosným směrem.

Znění prvního okruhu otázek, týkajících se **příčin** relapsu klientů MST, jsme v průběhu výzkumu již nijak neupravovali, pokud bylo potřeba cokoli objasnit, nebyl problém ze strany výzkumníků přijít s opisem otázky tak, aby nakonec respondent dostatečně porozuměl, často i za použití slangových výrazů.

Po okruhu otázek na příčiny relapsu jsme se volně přesunuli k druhému okruhu otázek, které již mapovaly strategie zvládnutí relapsu.

Ani k tomuto tématu jsme otázky nemuseli pozměňovat v průběhu výzkumu. Mírně zavádějící se jevila otázka č. 3 druhého okruhu otázek (Co Vám tahle zkušenost s relapsem většinou přinese?), ve většině případů byla pro klienty příliš abstraktní a tak muselo dojít ke slovnímu opisu jejího hlavního záměru. Ukázkou přepsaného rozhovoru s jedním z respondentů jsme přiřadili do Přílohy č. 4.

Dále je potřeba poukázat na fakt, že respondenti jsou pod vlivem opioidu – metadonu. Pokud je denní dávka metadonu správně nastavena, nemá vliv na klientovo vědomí ani nálady (Popov, 2003). Problémem však je, že je těžké určit, kdy má klient správně nastavenou denní dávku a kdy už ji má vyšší. Vyšší dávka znamená větší sedativní účinky, které by mohly zkreslit výsledky výzkumu. Takový klient se potom i v běžném kontaktu může jevit tzv. utlumený, ospalý, s problémem udržet bdělou pozornost. Ani u jednoho klienta jsme však nezaznamenali v průběhu rozhovoru žádné výše zmíněné výrazné projevy, které by mohly ovlivnit výzkum. Pokud by se tak stalo, museli bychom rozhovor přerušit a sesbírat data jindy nebo respondenta do výzkumu vůbec nezařazovat.

6.3 Průběh získávání dat

Sběr dat probíhal průběžně od února 2018 do srpna 2018.

Samotný průběh rozhovoru tedy spočíval v tom, že jsme se s klienty setkali v domluvené datum a čas v MST Vídeňská nebo Bratislavská. Dbali jsme na to, aby rozhovory probíhaly v klidném a ničím nerušeném prostředí. Rozhovory se tedy uskutečňovaly v místnostech obou center, které slouží k individuálnímu poradenství a v případě MST Vídeňská také ke skupinovým programům pro klienty. Tyto místnosti v obou centrech MST jsou vybaveny křesly a stolem, poskytují tedy i vhodné zázemí k administraci rozhovoru formou tužka - papír. Časově probíhaly po pracovní době pracovníků MST v odpoledních hodinách.

Většina rozhovorů trvala mezi 30 – 40 minutami. Před samotným rozhovorem jsme nechali klienty podepsat písemný souhlas (podrobněji v kapitole 6.5 Etické problémy výzkumu). V rámci informovaného souhlasu byli respondenti seznámeni také s tématem výzkumu a výzkumnými cíli, a rovněž přibližnou délkou rozhovoru. Dále jsme společně vyplnili již zmíněný krátký anamnestický a sociodemografický dotazník na 2 – 3 minuty (viz Příloha č. 2). Poté jsme si připravili diktafon a zeptali se klientů, zda nebude problém rozhovor nahrávat. Osm z šestnácti klientů vyjádřilo obavu z nahrávání rozhovoru, což bylo v pořádku, protože to nebylo naší podmínkou. V takovém případě jsme do vytištěných otázek, které jsme měli připravené, zapisovali nejdůležitější odpovědi a postřehy z rozhovoru. Samotný rozhovor to časově nijak významně neovlivnilo. Jakmile respondent odešel, sami jsme si nahráli na diktafon odpovědi k jednotlivým otázkám. Tedy vše, co jsme si nestihli poznačit v průběhu, aby nám neutekly žádné důležité informace, které zazněly v rozhovoru. U zbytku respondentů, kteří s nahráváním souhlasili, jsme pořídili audiozáznam rozhovoru na přichystaný diktafon.

6.4 Metody zpracování dat

Údaje z anamnestického dotazníku byly přepsány do MS Excel, odkud byly vygenerovány do tabulek s rozdělením na muže a ženy (viz Tab. č. 1 a Tab. č. 2). Získaná data jsme přepsali z dotazníku na počítači do MS Word. Stejně jsme postupovali u respondentů, kteří si nepřáli být nahráváni – přepsali jsme nahrané poznámky z diktafonu

do MS Wordu a přidali poznámky pořizené metodou tužka – papír během rozhovoru. U nahraných rozhovorů jsme použili metodu redukce prvního řádu, která se používá v případě, že pracujeme s obsahem sdělení klienta a nejsou pro nás důležité dílčí projevy mluveného slova (Miovský, 2006). Dále jsme v takto přepsaných textech použili metodu barvení textu a vyznačovali si důležité pasáže.

Data z polostrukturovaných rozhovorů byla zpracována metodou vytváření trsů. Tato metoda slouží k seskupování a konceptualizaci určitých výroků do skupin (trsů), které by měly vznikat na základě podobnosti mezi identifikovanými jednotkami. Základním principem metody vytváření trsů je srovnávání a agregace dat s cílem určité hierarchizace. Poté jsme použili metodu kontrastů a srovnávání, která se obecně používá v případě, kdy máme dvě identifikovatelné kategorie a chceme upozornit na rozdíly mezi nimi, i když mají mnoho společného. Stejně tak je tato metoda důležitá při zdůraznění některých kontextuálních odlišností určitých fenoménů (Miovský, 2006). Věříme, že díky této kombinaci metod kvalitativní analýzy, se nám podaří zodpovědět stanovené výzkumné otázky.

6.5 Etické problémy výzkumu

Před začátkem samotného sběru dat jsme klientům předložili písemný informovaný souhlas (viz Příloha č. 1). Tento souhlas jsme poté vysvětlili důkladně bod po bodu. Pokud respondenti souhlasili, následoval podpis informovaného souhlasu a teprve potom mohl začít samotný sběr dat. Třetí bod informovaného souhlasu - tedy odstoupení od výzkumu v kterékoli fázi sběru dat - nevyužil nikdo z respondentů. Účast na výzkumu byla pro respondenty zcela dobrovolná a bez nároku na honorář. Zároveň vzhledem k tématu drog a jejich užívání, což je samo o sobě téma pohybující se na hraně jak morálky, tak zákona, jsme měli jasně stanovenou podmínku, že se výzkumu nezúčastní nikdo pod 18 let věku. Nejen pro ochranu respondentů, ale také svou vlastní. V závěru rozhovoru se s každým jednotlivým respondentem ověřovalo, zda se u nich realizací rozhovoru nespustila chuť na drogy.

Každému z respondentů byl před začátkem rozhovoru přidělen rozpoznávací kód k ochraně osobních údajů, který sestává z písmene (muži – M a ženy – Ž) a čísla určujícího pořadí rozhovoru. Proto například muž, se kterým jsme mluvili jako se čtvrtým mužem

v pořadí, má přidělen kód M4. Tím jsme zachovali plnou anonymitu respondentů. Dalším krokem k ochraně citlivých údajů klienta bylo smazání audiozáznamu ihned po transkripci a kontrole získaných dat do MS Word.

Považujeme za nutné upozornit na fakt, že autorka výzkumu je zároveň pracovník MST Vídeňská. Jak jsme již zmínili, při opakujících se častých relapsech, které se odhalí v namátkových toxikologických testech, mohou být klienti vyloučeni z programu MST. Aby kvůli tomu nedocházelo k záměrnému zkreslování ze strany respondentů, snažili jsme se tomu předejít již při realizaci rozhovorů, a to tím, že autorka nikdy neprováděla rozhovory s klienty, jichž je garantem (klíčovým pracovníkem). Předpokladem bylo, že klienti budou mít menší problém otevřít se více člověku, od kterého mu nehrozí přímý postih. Samozřejmostí je také fakt, že konkrétní odpovědi jednotlivých klientů nebyly konzultovány s ostatními pracovníky MST Vídeňská ani Bratislavská. Ačkoli jsme během rozhovorů neměli pocit, že by docházelo k záměrnému zkreslování odpovědí, se stoprocentní jistotou to říct samozřejmě nemůžeme. Věříme však, že klienti mohli být z určitého hlediska nedůvěřiví, ale zároveň fakt, že autorka výzkumu nebyla úplně cizí osobou, mohlo přinést zase jiné benefity pro zkoumané téma.

7 Výběr výzkumného souboru a jeho popis

Výběr výzkumného souboru pro náš empirický výzkum probíhal formou prostého záměrného účelového výběru, zároveň bylo podmínkou, aby všichni respondenti byli v průběhu výzkumu klienty MST. Je to nejjednodušší varianta výběru respondentů, protože nemá na účastníky výzkumu žádná další specifická kritéria výběru (Miovský, 2006). Výběr respondentů probíhal na dvou pracovištích MST, konkrétně v MST Vídeňská a MST Bratislavská Společnosti Podané ruce v Brně. Většina respondentů našeho výzkumu v době sběru dat byla klienty MST Vídeňská, a to mimo jiné vzhledem ke dlouhodobě vyššímu počtu klientů oproti MST Bratislavská.

Dalším a posledním předpokladem pro výběr respondentů byl pozitivní test při namátkovém orientačním toxikologickém vyšetření z moči. Konkrétně se testuje na látky – opioidy (konkrétně heroin a surové opium), metamfetamin, benzodiazepiny, tramadol, alkohol a buprenorfin. Tyto testy z moči se v obou programech MST provádějí namátkově, frekvence testování klienta během roku není nikde v pravidlech programu stanovena, ale

pracovníci obou center si vedou podrobný harmonogram a testování jednotlivých klientů dopředu plánují. Do tohoto harmonogramu jsme jako výzkumníci nezasahovali a vycházeli tak ze skutečně namátkového testování klientů. Pokud se při toxikologickém vyšetření moči projevila přítomnost jiné psychoaktivní látky, oslovili jsme daného klienta MST Vídeňská, zda by byl ochoten udělat s námi rozhovor na téma relapsu. V případě jeho souhlasu jsme domluvili termín rozhovoru podle časových možností obou stran. Snažili jsme se termín rozhovoru směřovat na co nejbližší dobu po relapsu klienta, aby případně neunikly důležité informace k výzkumu. Jakmile jsme vyčerpali možnosti všech klientů, kteří v daném období sběru dat zrelapsovali a byli ochotni s námi udělat rozhovor, začali jsme realizovat zbytek rozhovorů s respondenty v MST Bratislavská. Domluva s pracovníky MST Bratislavská byla stejná. Jakmile bude mít klient pozitivní námtkový test z moči, tak se jej pracovníci zeptají, zda by byl ochoten poskytnout rozhovor ohledně proběhlého relapsu. Pokud klient souhlasil, domluvil se termín, na který jsme vždy přijeli do MST Bratislavská, aby mohl klient poskytnout rozhovor ve známém a důvěrném prostředí. I přesto jsme z plánových pěti rozhovorů uskutečnili pouze tři, a to většinou až na domluvený druhý či třetí termín, protože klienti na domluvenou schůzku nedorazili.

7.1 Popis výzkumného souboru

V níže uvedených tabulkách předkládáme přehledná data o respondentech získaných z dotazníku, který jsme s klienty vyplňovali. Z celkového výzkumného souboru jsme vytvořili dvě tabulky, zvláště s údaji o výzkumné skupině žen a zvláště s údaji o respondentech mužích.

Tab. č. 1 Charakteristika skupiny ŽENY

	Ž1	Ž2	Ž3	Ž4	Ž5	Ž6	Ž7	Ž8
MST	VI	VI	VI	VI	VI	VI	VI	BR
věk	38	26	28	25	28	36	34	19
Vzdělání	V	Z	Z	Z	V	Z	Z	Z
Rodinný stav	VZ	VZ	VZ	VZ	BV	BV	VZ	VZ
Partner uživatel	ano	ano	ne	ano	--	--	ano	ne
Počet dětí	4	2	2	2	2	6	0	0
Zaměstnání	MD	B	Z	ÚP	MD	ÚP	ÚP	ÚP
Bydlení	P	P	P	R	R	R	V	R
SVL	ne	ne	ne	ne	ne	ano	ne	ano
Délka drog. kariéry (v letech)	24	9	11	9	12	21	22	4
Doba v MST (v měsících)	6	22	44	10	16	9	24	9
První léčba v MST	ne	ne	ne	ne	ano	ano	ne	ano
Intravenózní aplikace	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano
HCV	ano	ne	ano	ano	ne	ano	ano	ano
Dávka metadonu v mg	40	40	80	65	50	55	85	55

VI = MST Vídeňská, BR = MST Bratislavská

V = vyučena, Z = základní vzdělání

VZ = ve vztahu, BV = bez vztahu

RD = rodič. dovolená, ÚP = evid. na úřadu práce, Z = zaměstnanec, B = příležitostné práce

SVL = bydlení v sociálně-vyloučené lokalitě

O = opioidy, M = metamfetamin (pervitin), B = benzodiazepiny/hypnotika, TML = tramadol, ALC = alkohol

Tab. č. 2 Charakteristika skupiny MUŽI

	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8
MST	VI	VI	VI	VI	VI	VI	BR	BR
věk	35	30	25	45	26	39	23	27
Vzdělání	V	Z	Z	V	Z	VŠ	Z	Z
Rodinný stav	BV	VZ	VZ	BV	VZ	Ž	BV	VZ
Partner uživatel	--	ne	ne	--	ne	ne	--	ne
Počet dětí	0	0	1	0	2	1	0	0
Zaměstnání	Z	ÚP	B	B	B	Z	ÚP	ÚP
Bydlení	P	P	R	R	P	V	R	R
SVL	ne	ano	ano	ne	ano	ne	ano	ne
Délka drog. kariéry (v letech)	23	13	9	23	17	15	12	7
Doba v MST (v měsících)	120	3	11	78	15	60	6	7
První léčba v MST	ano	ne	ne	ano	ne	ano	ano	ne
Intravenózní aplikace	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano
HCV	ne	ano	ano	ne	ne	ne	ano	ne
Dávka metadonu v mg	80	100	20	155	100	100	60	15

VI = MST Vídeňská, BR = MST Bratislavská

V = vyučena, Z = základní vzdělání, VŠ = vysokoškolské vzdělání

VZ = ve vztahu, BV = bez vztahu, Ž = ženatý

RD = rodič. dovolená, ÚP = evid. na úřadu práce, Z = zaměstnanec, B = příležitostné práce

SVL = bydlení v sociálně-vyloučené lokalitě

O = opioidy, M = metamfetamin (pervitin), B = benzodiazepiny/hypnotika, TML = tramadol, ALC = alkohol

Kvalitativní části výzkumu se zúčastnilo celkem 16 osob, z toho 8 žen a 8 mužů. Třináct z 16 respondentů zařazených do našeho výzkumu jsou klienty MST Vídeňská a 3 jsou klienty MST Bratislavská. Ve výzkumném souboru jsou zastoupeny ženy ve věkovém rozpětí 19 – 38 let, muži ve věkovém rozpětí 23 – 45 let. Průměrný věk žen respondentek v době výzkumu je 29 let, průměrný věk mužů respondentů v době výzkumu je 31 let. Skupina mužů má oproti skupině žen vyšší průměrný věk o 2 roky. Z osmi žen jsou dvě vyučené, zbývajících šest má základní vzdělání. Mezi muži je jeden respondent

s vystudovanou vysokou školou, dva mají výuční list, zbývajících pět má základní vzdělání. Čtvrtina respondentek žen (2) není ve vztahu, je nezadaná. Ostatní respondentky ženy (6) aktuálně žijí ve vztahu. Ve výzkumném souboru mužů je jeden ženatý, čtyři muži žijí v nesezdaném vztahu a bez vztahu jsou tři muži. Ani jeden ze zadaných mužů nežije ve vztahu s partnerem užívajícím návykové látky, kdežto u zadaných žen čtyři z šesti žijí ve vztahu s partnerem užívajícím návykové látky. V obou skupinách se vyskytuje jeden respondent/ka, který vlastní nemovitost, v níž bydlí. Mezi ženami a muži není rozdíl ani v charakteru dalšího bydlení. Z výzkumného souboru 4 ženy a 4 muži žijí u svých rodičů, tři respondentky a tři respondenti bydlí v podnájmu (v bytě, nejedná se o ubytovny). Bydliště, spadající do sociálně vyloučené lokality, uvádí dvě ženy z osmi, ze skupiny mužů pak polovina respondentů (4). Průměrná délka drogové kariéry, včetně doby v MST, se ve sledovaných skupinách téměř neliší, činí 14 až 15 let. Ve výzkumném souboru mužů jsou 3 respondenti s výrazně delší dobou trvání MST v měsících (60, 78 a 120 měsíců). U žen je oproti mužům průměrná doba v MST nižší (ženy 17,5 měsíce, muži 37,5 měsíce). Ve výzkumném souboru se mezi pohlavími téměř neliší počet klientů, kteří byli ve své drogové kariéře do léčby MST zařazeni poprvé (tři z 8 žen, čtyři z 8 mužů). Všichni respondenti z výzkumného souboru (16) bez ohledu na pohlaví uvádí intravenózní aplikaci návykových látek. U žen se oproti mužům vyskytuje vyšší počet nakažených HCV²⁰ (šest z 8 žen, tři z 8 mužů). Do charakteristiky výzkumného souboru jsme zařadili údaj o výšce dávky metadonu v mg, a to k datu, kdy s klienty probíhal sběr dat. Z terapeutického hlediska je nejnižší dávka, která je ještě považována za spolehlivou pro udržení v programu a pro snížení cravingu, 60 mg (Popov, 2003). Z tabulek je zřejmé, že kromě tří respondentek na tuto minimální dávku skupina žen nedosahuje, zatímco muži ji kromě tří případů převyšují. Obecně se tedy ve skupině mužů vyskytují vyšší dávky metadonu, než ve skupině žen.

²⁰ HIV jsme u klientů nezmiňovali, protože ani v jednom programu MST v Brně není klient s HIV.

8 Výsledky

V následujícím textu jsou uvedeny výsledky empirické části práce. Struktura výsledkové části odpovídá stanoveným výzkumným otázkám k oběma výzkumným cílům.

8.1 Průběh relapsu

V této kapitole jsou uvedeny výsledky v rámci první výzkumné otázky, která se věnuje průběhu relapsů u klientů MST, jejich četnosti, druhů užívaných návykových látek a způsobu jejich užití při relapsu.

Pro větší přehlednost uvádíme výsledky do dvou tabulek, z nichž jedna je věnována skupině respondentek žen a druhá skupině respondentů mužů. Tabulky obsahují dobu v měsících, po kterou jsou respondenti v léčbě MST, kolikátou léčbu absolvují, jaká byla nejdelší doba jejich abstinence při léčbě MST v měsících, četnost relapsů v průběhu MST, na jakém druhu návykové látky v rámci MST léčby relapsují, způsob užití této návykové látky a jaké návykové látky byly v moči klientů MST přítomny při posledních toxikologických testech.

Tabulky jsou vytvořeny výhradně z informací získaných z polostrukturovaných rozhovorů s respondenty. Pouze informace v posledním sloupci tabulek č. 3 a 4 jsou získány přímo z výsledků posledního testování na přítomnost návykových látek z moči klientů MST, která byla podmínkou pro zařazení do výzkumného souboru respondentů.

Tab. č. 3 Průběh a okolnosti relapsu ŽENY

	Doba v MST v měs.	Aktuální pořadí léčby	Nejdelší doba abstinence při MST v měsících	Četnost relapsů v MST	Návykové látky užívané při relapsu	Způsob užití	Návykové látky při posl. toxik. testech z moči
Ž1	6	třetí	4	2	O	IV	O
Ž2	22	pátá	7	3	O, M	IV	O, M
Ž3	44	druhá	24	3	M	IV	M
Ž4	10	čtvrtá	6	4	O	IV	O
Ž5	16	první	3	4	O	IN	O
Ž6	9	první	8	2	O, M, ALC	IV, OR	M, ALC
Ž7	24	třetí	10	10	O, B, TML, ALC	OR	B, TML
Ž8	9	první	1	9	O	IV	O

O = opiáty, M = metamfetamin (pervitin), B = benzodiazepiny/hypnotika, TML = tramadol, ALC = alkohol
IV = injekční aplikace, IN = inhalace, OR = orální užití

Tab. č. 4 Průběh a okolnosti relapsu MUŽI

	Doba v MST v měs.	Aktuální pořadí léčby	Nejdelší doba abstinence při MST v měsících	Četnost relapsů v MST	Návykové látky užívané při relapsu	Způsob užití	Návykové látky při posl. toxik. testech z moči
M1	120	první	6	20	M, B, ALC, TML	OR, IV	B, ALC
M2	3	osmá	1	6	O, M	IV	O, M
M3	11	druhá	6	4	O, TML	IV, OR	O, TML
M4	78	první	24	4	M	IV	M
M5	15	třetí ²¹	6	4	O	IV	O
M6	60	první	60	1	TML	OR	TML
M7	6	první	1	8	O, M	IV	M
M8	7	třetí	1	6	O	IV	O

O = opiáty, M = metamfetamin (pervitin), B = benzodiazepiny/hypnotika, TML = tramadol, ALC = alkohol
IV = injekční aplikace, IN = inhalace, OR = orální užití

²¹ Klient je aktuálně ve třetí léčbě, z toho dvě absolvoval v MST v Anglii.

Četnost relapsů v MST

U respondentek se pohybuje četnost relapsů okolo dvou až čtyř během poslední léčby v MST. Pouze dvě respondentky uvedly oproti zbývajícím 6 respondentkám vyšší četnost relapsů. Respondentka Ž7 uvádí 10 relapsů během její 24 měsíční léčby. Jedná se o respondentku, která během této poslední léčby prožila náročnou životní situaci - smrt svého dědečka, o něhož pečovala. Našla ho mrtvého, což jí připomnělo situaci z dětství, ve které byla přímou svědkyní sebevraždy svého otce. V průběhu 24 měsíců léčby se také setkala s kamarádem uživatelem, se kterým před pár lety squatovali ve Francii a stali se partnery. Partner užíval heroin a odvary z opia, takže relapsovala s ním do doby jeho nástupu do léčby MST. Respondentka Ž8 udala 9 relapsů během 9 měsíců léčby v MST. Tato respondentka žije v SVL, jde o její první léčbu MST. Přiznává, že se jedná o velkou frekvenci relapsů, ale jak sama uvádí, má pocit, že se teprve stabilizuje. Muži respondenti uvádějí vyšší četnost relapsů oproti ženám. Respondent M6 sice uvedl pouze jeden relaps za dobu 60 měsíců v MST, zbývajících počet respondentů (7) však uvedl relapsy v četnosti od 4 do 20. Například respondent M1 měl mezi všemi respondenty nejvyšší počet relapsů – dvacet. Z výzkumného souboru mužů je však nejdelší dobu v léčbě – 10 let. Jedná se o klienta, který bydlí mimo SVL, doba jeho drogové kariéry trvá již 23 let. Ve výzkumném souboru mužů patří k těm, kteří užívají návykové látky nejdéle, konkrétně od 12 let. Respondent M2 bydlí v SVL a je v léčbě MST již po osmé. Má za sebou nejvyšší počet léčeb z výzkumného souboru mužů i žen. Uvádí, že se mu nedaří abstinovat od nelegálních návykových látek déle než jeden měsíc a již šestkrát byl vyloučen z programu MST kvůli pozitivním testům na návykové látky. Kromě toho byl dvakrát vyloučen za hrubé porušení pravidel, konkrétně za nedovolenou manipulaci s metadonem (potají vynášel metadon v malé skleničce schované v šále) a za podvody při toxikologickém vyšetření moči (při testování zaměnil svou moč za cizí, kterou si přinesl s sebou).

Doba abstinence při MST

Abstinence u žen (tedy období bez relapsů) byly různé, v rozmezí od 1 do 24 měsíců. Respondentka Ž3 s nejdelší dobou v MST mezi ženami uvedla, že za dobu 44 měsíců léčby zrelapsovala třikrát. Tato respondentka má již druhým rokem stabilní zaměstnání, dlouhodobě žije ve vztahu s partnerem neužívatelem, odstěhovala se

s rodinou z SVL. Ve dvou případech se jednalo o relaps v období po úmrtí jejího otce, poslední relaps proběhl po hádce s přítelem.

Nejdelsí doba abstinence mezi muži respondenty je 60 měsíců, druhá nejdelší doba abstinence mezi muži respondenty je u M4 v délce 24 měsíců. Jedná se o klienta dlouhodobě stabilizovaného v MST, zároveň i nejstaršího respondenta ve výzkumném souboru vůbec. M4 je respondent s nejdelší drogovou kariérou, který žije mimo Brno, navíc má nejvyšší dávku metadonu ze všech respondentů. Příležitostně pracuje v Rakousku na příležitostných pracích, kde má dle jeho slov slušné peníze a náplň volného času. Ostatní respondenti z řad mužů uvádí dobu abstinence buď měsíc (3) nebo šest měsíců (3). Respondenti muži oproti respondentkám ženám uvádějí kratší doby své nejdelší doby abstinence v průběhu léčby MST, uvádějí také vyšší frekvenci relapsů.

Návyková látka a způsob jejího užití

Sedm žen uvádí heroin jako užitou návykovou látku při relapsu, přičemž kromě jedné, která inhaluje heroin z alobalu, všechny uvádějí intravenózní aplikaci. Respondentka Ž7 jako jediná z ženského výzkumného vzorku užívá surové opium. Preferuje jeho orální užití od doby, kdy skončila s intravenózní aplikací všech návykových látek. Tři ženy relapsují na metamfetaminu (dále pervitin) s intravenózním užitím, pro dvě ženy je návykovou látkou užívanou při relapsu alkohol (per os). Pouze respondentka Ž7 uvedla navíc benzodiazepiny a tramadol (per os).

Pro čtyři respondentky je heroin jedinou užívanou návykovou látkou, na které relapsují, nekombinují ji s dalšími drogami. Naproti tomu další čtyři ženy využívají kombinaci návykových látek. Respondentka Ž2, která v rozhovoru kromě heroinu hovořila i o užívání pervitinu, důvody jeho užívání uvádí takto: *„Heroin vyjde na strašný prachy. Ale když si koupím perník, tak na něm vydržím i dva dny, ten stav zůstává. Heroin bych si dala a po pár hodinách bych musela shánět další. Tolik peněz nechci a nemůžu do toho dát.“* Respondentka Ž6 v rozhovoru uvedla, že v užívání návykové látky není vyhraněná a relapsuje na čemkoli, co jí kdo nabídne a v jakékoli kombinaci. Během léčby v MST měla příležitost užít pouze pervitin, heroin a alkohol, většinou bezúplatně. Jediná respondentka Ž7 nevedla heroin jako drogu, na které relapsuje. Jako důvod uvedla dlouhodobě špatnou kvalitu heroinu v Brně. Z opioidů proto dává přednost surovému opiu. V náročných a hodně emočně vypjatých chvílích však volí nejlépe kombinaci všech látek:

„Když se potřebuju prostě sjet a na všechno kolem zapomenout, vezmu cokoli a nejlépe najednou. Jsem potom mimo a na chvílku nemusím řešit nic.“

Ve skupině mužů se objevují opioidy (konkrétně heroin) u pěti z osmi dotazovaných respondentů, u všech s intravenózní aplikací. Mezi zbývajících třemi muži jeden (M6) udává jako návykovou látku tramadol, druhý (M4) hovoří o výhradním užívání pervitinu, třetí (M1) uvádí více látek, na kterých relapsuje – benzodiazepiny, tramadol, pervitin a alkohol. Poslední zmíněný respondent M1 vypověděl stejně jako respondentka Ž7, že heroin nevyhledává z důvodu jeho současné špatné kvality v Brně. Sní o tom, že si sežene jednou heroin přímo z Afghánistánu a užije ho samotný, případně v kombinaci s metadonem. Při relapsu uvádí kromě heroinu užití všech dostupných návykových látek. Jako nejlepší udává při metadonu kombinaci benzodiazepinů a alkoholu. Respondent M4 relapsuje pouze na pervitinu, v rozhovoru uvedl také asi 3 užití LSD v průběhu jeho léčby v MST. Halucinogeny však nepatří mezi návykové látky, na které jsou klienti v MST testováni. Respondenta M4 heroin ani jiné opioidy nelákají kvůli jeho nastavené vysoké dávce metadonu (155mg), protože by je dle jeho slov přes metadon ani nepocítil. Navíc kombinace metadonu a pervitinu (dříve místo pervitinu užíval kokain, ale ten se v jeho blízkosti dlouho neobjevil) mu připomíná jeho oblíbený „speedball“. Respondent M6 po celou dobu 60ti měsíční léčby v MST přiznává pouze jeden relaps. Ke zmírnění napětí z probíhajícího rozvodového řízení užil tramadol. Situace je pro něj náročnější i vzhledem k tomu, že se jedná již o druhé manželství a se současnou manželkou mají půlročního syna. Respondent uvedl, že celý život chtěl mít syna a teď se na jeho výchově nebude podílet v takovém rozsahu, v jakém vždycky chtěl. Druhý rozvod ve svém životě považuje za selhání. Ve smyslu selhání mluví i o svém relapsu: *„Strašně toho lituju. Jsem tu pět let a chutě jsem vždycky zvládal. Teď už toho ale bylo moc. Potřeboval jsem se uklidnit.“* Respondent M3 uvádí kromě heroinu také tramadol, ale o relapsu na tramadolu tvrdí, že nastal pouze kvůli nízké dávce metadonu. Dávku metadonu si již zvýšil. Respondent M7 je 6 měsíců v MST a relaps na heroinu uvádí pouze na počátku léčby. Jakmile si nastavil správnou dávku metadonu, na které se cítil dobře, na heroin už neměl vůbec chuť. Uvádí však, že mu chybí „jehla“ a to, že je „sjetý“, tak relapsuje na pervitinu. Pervitin se objevuje také u respondenta M2, který si je vědom své kombinované závislosti. Když je na metadonu, tak na heroin moc chuť nemá, ale jak zčásti v legraci uvádí: *„...na perník není substitute.“*

Ve výzkumném souboru žen relapsují na opioidech všechny respondentky (8), ve výzkumném souboru mužů pět z osmi respondentů. U mužů se při relapsech setkáváme s častější přítomností pervitinu. Užívání dalších typů návykových látek je u obou skupin přibližně stejné.

8.1.1. Souhrn průběhu relapsu

Při zkoumání fenoménu průběhu relapsu klientů MST jsme se zaměřili na několik hledisek. Jsou jimi četnost relapsů v MST, doba abstinence při léčbě MST, druh a způsob užití návykové látky, na kterých klienti relapsují. Většina žen z výzkumného souboru prodělala okolo dvou až čtyřech relapsů. Větší počet relapsů u dvou respondentek byl ovlivněn kumulací náročných životních situací, překážek a okolností, ať už úmrtím blízké osoby, bydlištěm v sociálně vyloučené lokalitě, soužitím s partnerem uživatelem atd. Ve srovnání s ženami vykazují respondenti muži vyšší četnost relapsů. Muži potvrdili velké rozdíly mezi četností relapsu od jednoho po dvacet. Ve výzkumném souboru je mezi respondenty muž, který uvedl, že za období pětileté léčby zrelapsoval pouze jednou, a to při řešení vztahových problémů. Naopak respondentovi, který je po osmé v opakované léčbě, se nedaří abstinovat od nelegálních návykových látek ani jeden měsíc. Respondent s nejvyšším počtem relapsů (20) je zároveň po nejdelší dobu v léčbě MST, konkrétně 10 let, což umožňuje jiný náhled na jeho četnost relapsů.

Délka období bez relapsů (tedy abstinence) se u respondentů ve výzkumném souboru liší podle toho, jak jsou stabilizováni ve vztazích s partnery, s primární i širší rodinou, jestli mají stabilní práci. Důležitými faktory, které ovlivňují setrvání respondentů v abstinenci, jsou i neočekávané a náročné životní situace. Při porovnání mužů s ženami jsou muži těmi, kteří uvádějí kratší doby abstinence a vyšší frekvenci relapsů.

Většina respondentů výzkumného souboru, bez ohledu na pohlaví, relapsuje na heroinu, který užívá intravenózně. Většina z nich uvádí i „závislost na jehle“. Výjimkou není ani kombinace několika návykových látek. U mužů se při relapsech setkáváme s častější přítomností pervitinu. Užívání dalších typů návykových látek je u obou skupin výzkumného souboru přibližně stejné.

8.2 Příčiny relapsu

V této kapitole jsou uvedeny výsledky na druhou výzkumnou otázku vztahující se k prvnímu výzkumnému cíli. Otázka se věnuje příčinám relapsu klientů MST. Ze získaných dat z polostrukturovaných rozhovorů jsme vygenerovali kategorie tak, aby byly shodné pro obě skupiny respondentů – vztahy, životní styl, emoce a metadon jako příčina relapsu. Příčiny relapsu jsou mnohvrstevnaté, mohou být kumulací několika faktorů. Častou příčinou relapsu, na které se respondenti napříč oběma skupinami shodují, je stres. Ten vzniká v souvislosti se zátěžovými situacemi, které jsou doprovázeny hůře zvladatelnými emocemi. Respondenti uvádějí, že příčinami relapsu jsou nejen samotné těžké životní situace, ale i emoční prožívání těchto situací, často i touha uniknout z reality.

8.2.1 Vztahy

Smrt

Při podrobnějším zkoumání zátěžových situací u respondentek Ž7 a Ž3 bylo zjištěno, že se jedná ve vztahové oblasti hlavně o ztráty v podobě úmrtí blízkého člověka. Z výpovědí obou respondentek vyplývá, že úmrtí blízké osoby bylo nejsilnějším spouštěčem relapsu. Respondentce Ž3 zemřel otec krátce po jejím propuštění z výkonu trestu. Velice silně prožívala skutečnost, že s otcem nemohla trávit poslední měsíce jeho času: *„Otec byl pro mě strašně moc. S matkou jsem si nikdy tolik nerozuměla. Dost si odseděl, když jsem byla malá, moc s náma taky nebyl, ale měla jsem ho ráda. Ale hlavně jsem s ním nemohla být, když by tak hodně nemocný, krvácel víte, jako..no..ze zadku a měl hrozná bolesti. Měla jsem se o něho starat já se sestrou...Strašně jsem se rozjela, jela jsem perník a moc a automaty, mám teď dluhy, kam se podívám kvůli tomu. Pak mi ale na metadonu dělali testy a já si řekla a dost, nechci být vyhozená přece.“* Respondentka Ž7 pečovala o těžce nemocného dědečka, kterého jednoho dne po návratu domů našla mrtvého: *„V tu chvíli jsem měla tmu. Vzala jsem všechny prášky, co tam děda měl, tramaly, riváče a zapila jsem je asi půl litrem vodky. Nechtěla jsem už nic cítit.“* Samotné úmrtí bylo spouštěčem relapsu, užití návykové látky sytily potřebu zvládnutí emocí, a zároveň dovolily respondentce únik z reality.

Odebrání dětí

Respondentce Ž3 kvůli opakovaným relapsům po úmrtí otce, tedy v náročné životní situaci, hrozilo odebrání syna z péče. Za jeden z nejtěžších momentů svého života považuje respondentka Ž4 odebrání dětí z péče z důvodu opakovaných relapsů v MST. Po odebrání dětí z její péče respondentka procházela dále vícečetnými relapsy, až přestala zcela docházet do MST: *„Bylo to šílený, chtěla jsem umřít. Dávala jsem si i dvacetkrát denně a doufala, že už se neproberu. Točila jsem se v kruhu, místo toho abych se sebou něco udělala a zabojovala o ně, tak jsem prostě fetovala, abych to všechno přebila.“*

Problémy ve vztazích

Mezi respondenty muži se téma zátěžových situací v podobě ztráty vyskytovalo ojediněle. Respondent M6 uvádí jako jedinou příčinu relapsu v době léčby v MST svou rozvodovou situaci. Jedná se o respondenta, který bezproblémově funguje v programu MST již pátým rokem bez relapsu. Je majitelem firmy specializující se na IT technologie a dlouhodobě abstinuje od ostatních návykových látek. Na své abstinenci si zakládá. Momentálně je v rozvodovém řízení po roce a půl manželství se svou druhou ženou: *„Myslel jsem si, že už jsem to feťáctví v sobě překonal. A teď se mi znovu potvrdilo, že ten feťák ve mně pořád je.“*

Častou příčinou relapsu jsou vztahové problémy respondentů napříč výzkumnými soubory. Pět z osmi žen respondentek a pět mužů respondentů (z 8) se shodují na tom, že relapsují po hádkách s blízkými osobami. Velmi často se jedná o hádky v partnerském vztahu nebo s primární rodinou, ve které stále žijí. Respondenti M1 a M7 spatřují důvod svých relapsů v tom, že nemají partnerku. Respondent M1 vypověděl, že kdyby měl přítelkyni, určitě by nerelapsoval, protože by na něj dohlídla: *„Když jsem chodil s Hankou a nebylo mi dobře, lehla si se mnou do postele a třeba i několik hodin mě jen hladila a já s ní mohl mluvit o tom, co cítím. To bych znovu chtěl.“* Respondent M7 se snaží hledat partnerku na různých hudebních akcích, diskotékách, ale nakonec zůstane vždy zklamaný z toho, že se z jeho nové přítelkyně dle jeho slov *„vyklube vždy feťáčka“* a *„nutí“* ho ke společnému užívání drog. Jedná se proto vždy o vztahy na pár dní a moc touží po *„normálním“* vztahu: *„Jsou se mnou jenom proto, že znám dealery a ony chtějí fetovat. Jen nemají nikoho, kdo by jim fet dával. Ale že mě nemilujou mi začne být jasné dost brzo. Jednu jsem vzal přímo k dealerovi a odešel jsem už bez ní.“*

Soužití partnerů uživatelů

Velkým problémem z pohledu samotných respondentů je soužití partnerů uživatelů. Mezi respondenty muži se neobjevuje ani jeden, který by měl za partnerku uživatelku návykových látek. Ve výzkumném souboru žen polovina respondentek (4) žije v partnerském vztahu s uživatelem návykových látek. Všechny shodně uvádějí hlavní problém v tom, že se nemůžou o partnera tzv. opřít. Kdyby si chtěly jít dát, tak je nezastaví, naopak je v tom ještě podpoří. A přesně takové jsou také jejich zkušenosti, že když zrelapsují, tak zrelapsuje také jejich partner. Recipročně to ale nefunguje. Respondentky s dětmi uvádí, že si často dá partner, ale ony kvůli dětem už nemůžou. Alespoň jeden z nich musí fungovat a „obětovat se.“ To pokušení v nich ale zůstává a většinou brzy po relapsu partnera relapsují také ony. Respondentka Ž4 říká: *„Chutě zůstanou a já počkám pár dní, až on je ready a pak jdu ven a dám si. Ale je to kvůli němu. Kdyby si on nedal, tak já bych si pak taky nedala.“* Jedna z respondentek (Ž2) uvádí, že zpočátku po zařazení do MST relapsovali spolu s partnerem na pervitinu, protože metadon jim snižoval chuť na sex. Začali proto spolu s partnerem užívat pervitin do té doby, než si společně nastavili správnou dávku metadonu tak, aby tolik nepotlačoval jejich sexuální potřeby: *„Potom se to ale stejně zvrtilo a my brali perník pravidelně, bylo to dobrý, no a pak to trvalo, než jsme se z toho dostali.“*

8.2.2 Životní styl

Riziková kamarádi

Další významné příčiny relapsu uváděné respondenty našeho výzkumného souboru souvisejí se životním stylem respondentů. Jako velice rizikové uvedlo 14 ze 16 respondentů náhodné setkání s kamarády nebo známými. Obecně s lidmi, se kterými se buď v době užívání návykových látek znali a stýkali anebo o nich vědí, že momentálně užívají a mají pravděpodobně drogu u sebe. V takovém případě dle slov respondentů dochází bezprostředně většinou k nabídce užití nějakých návykových látek. Respondent M3: *„Mám jen kámoše feťáky. Když jdu po Cejlu (pozn. sociálně vyloučená lokalita v Brně), musím se jim vyhýbat. Začnou mě přemlouvat, jo, že si mám dát. A když mám zrovna blbej den, tak neodolám.“* Respondent M3 tedy uvádí souhru dvou významných faktorů, které

hrají roli v příčinách relapsu – kamarádi a špatná nálada. Na otázku, zda někdy odolá, odpověděl, že ano a to tehdy, když *„je v pohodě.“* Respondent M4 tvrdí, že relapsuje pouze na akcích, jako například při oslavě Silvestra nebo narozenin, kde ho lákají k užití jeho kamarádi. Respondent M8 popisuje průběh svých relapsů tak, že neumí odolat, když se mu ozvou kamarádi s tím, že mají kvalitní heroin. Tvrdí, že do té doby, dokud ho kamarádi takto nekontaktují, tak nemá na *„heroin ani pomyslení.“*

Sociálně vyloučená lokalita

Třetina respondentů (6) bydlí v sociálně vyloučené lokalitě v Brně (dále jen SVL), dalších šest respondentů tam má rodiny, které pravidelně navštěvují. SVL hodnotí 12 z 16 respondentů územně jako vysoce rizikovou oblast pro možnost relapsu. Respondentka Ž5 odpověděla, že největší chuť na drogy dostává, když jezdí přes Cejl (SVL), protože tam na ni *„dýchne ta atmosféra.“* Spouštěčem chutě na drogy je podle jejích slov samotné místo a to, že se sama v tu chvíli v SVL nachází. Uvádí, že je tímto místem přímo fascinována, *„je Cejlem přitahována.“*

Respondentka Ž2 začala užívat pravidelně heroin poté, co s partnerem ztratili bydlení a byli nuceni přestěhovat se na ubytovnu spadající do SVL s dvěma malými dcerami. Navíc bydlení ztratili poté, co partner prohrál všechny peníze na automatech: *„Měla jsem šílený strach, že tam ty holky budou vyrůstat. Začne to cigaretou a už si kupují herák. Navíc když přímo v baráku stačilo zaklepat na jakékoli dveře a v osmi z deseti případů by se člověk trefil a fakt něco koupil nebo dostal. Zním to sama. Nechci, aby dopadly stejně. Začala jsem znovu brát heroin, nevěděla jsem, kdy to skončí, jak dlouho tam budeme muset zůstat a nechtěla jsem na to myslet. Od doby, co jsme se přestěhovali do Řečkovic, jsem mnohem klidnější.“*

Setkání s dealerem

Respondentka Ž8 vypověděla, že dealera potkává denně, protože s ním bydlí v jednom domě: *„Prostě na Cejlu je fakt těžký nenarazit na borce, co nemá fet.“* Kontakt s dealerem je pro respondenta M5 silným spouštěcím mechanismem k relapsu: *„Úplně nejhorší je, když se ozve můj dealer, že má dobré. To potom vypínám mobil a snažím se na to nemyslet, ale je to dost těžký.“* Stejný problém uvádí respondentka Ž4, že má dealer její

telefonní číslo a dost často ji kontaktuje. Vzhledem k tomu, že její partner je uživatel, musí mu tuhle informaci vždy zatajit, protože „*on by takhle silný nebyl.*“

Peníze

Dva respondenti zmínili, že spouštěcím mechanismem k relapsu jsou pro ně peníze. Větší obnos peněz mají automaticky spojený s chutěmi na drogy, protože jim to připomíná dřívější dobu, tedy dobu před vstupem do MST, kdy cokoli hodnotného u sebe měli, okamžitě utratili za drogy. Respondent M7 přiznává, že když má náhodou nárazově práci „na černo“, tak je mistr vyplácí vždy v pátek. Každý pátek proto za ním do práce přichází jeho švagrová, aby peníze od mistra převzala místo respondenta, protože jí jako jediné důvěřuje. Peníze mu potom přiděluje podle jeho potřeby.

8.2.3 Emoce

Vyrovňávání se s emocemi se u respondentů objevovalo buď nezávisle na dalších jevech, nebo jako průvodní jev jiné příčiny relapsu. Například když se u respondentů objevila hádka s partnerem nebo s někým blízkým, byla tato událost doprovázena vztekem, smutkem, strachem, lítostí, agresí apod. S emocemi jako se samostatným spouštěcím mechanismem se ale setkáváme také.

Vztek, smutek, pocit prázdnoty, sebelítost

Vztek většinou provází nějaká jiná událost, ale pocit smutku či sebelítosti přichází pro mnohé bez nějakého předchozího spouštěče. Dvě respondentky uvedly jako spouštěcí mechanismus relapsu také „depresi“, ale jelikož ani u jedné z nich nebyla odborníkem diagnostikována, pro naše potřeby jsme ji přiřadili k prožívání emoce smutku.

Smutek, někdy i pocit prázdnoty či sebelítost, popisovalo jako spouštěcí mechanismus relapsu šest respondentů, z toho byl pouze jeden z výzkumného souboru mužů. U žen respondentek (5) se tato emoce vyskytovala ve větším měřítku. Respondentka Ž6 uvedla, že relapsu často předchází myšlenky na její dětství, kdy ji fyzicky i psychicky týrala její matka, která měla navádět i ostatních sedm sourozenců k šikaně vůči ní. Pocit, který předchází relapsu, popisuje jako sebelítost a užití nějaké návykové látky má vést k jejímu vlastnímu potrestání. „*Jako bych pořád věřila, že si to zasloužím. Že všechno*

špatné, co se mi děje je proto, že jsem hrozný člověk.“ Často ani neví, jak se do pocitu sebelítosti dostane, tento pocit přichází náhle a stejně náhle potom přijde právě relaps. Většinou se i s „pocitem blbého dne budí“, už od rána se cítí diskomfortně.

Radost až euforie

Na druhé straně spektra o projevující se radosti až euforii jako o spouštěči chutí na drogy hovoří respondent M7. Často se cítí tak dobře, že se chce vlastně cítit ještě lépe, takže si dá drogu: *„Většinou to souvisí s těma penězma. Je pátek, mám prachy a jdu kalit. Je mi prostě tak dobře, že si to chci užít dýl.“*

Pocit nudy

Dalším výrazným faktorem a spouštěčem relapsu byl pocit nudy, který uváděla nadpoloviční většina respondentů. Nudu obecně definovali jako stav, ve kterém mají příliš mnoho prostoru k přemýšlení a začnou je dohánět vlastní neúspěchy a například již zmíněná sebelítost. Respondent M6 uvádí, že jakákoli činnost, při které musí být sám se sebou a musí se soustředit na vlastní myšlenky, je pro něj extrémně náročná. Proto svůj život *„zasvětil práci“*. Respondentka Ž8 popisuje, že právě nuda v ní spouští lehkovážné myšlenky, jako například jít navštívit kamarády či kamarádky, kteří ale aktivně užívají a tím vzniká velké riziko relapsu: *„Já nevím, proč to dělám. Asi mi chybí prostě, že se něco v mém životě děje.“* Tato výpověď by se dala také zařadit do potřeby adrenalinu, kterou uvádí další dva respondenti. Jedna respondentka dokonce uvádí, že relaps na metadonu je pro ni něco jako *„zakázané ovoce nejlíp chutná.“*

Emoce spojené s nájездem, injekční aplikací a rituálem

K dalším jevům, které spouštějí relaps, patří pojmy jako nájезд, injekční aplikace a rituál. Jelikož se tyto jevy vyskytovaly u všech respondentů, kteří je zmínili, současně, věnujeme se jim současně také v textu. Sedm z šestnácti respondentů uvedlo jako důvod relapsu injekční aplikaci. O potřebě intravenózní aplikace mluvili z větší části respondenti, kteří nemají a ani v minulosti neměli výdeje metadonu domů. S intravenózní aplikací úzce souvisí také pojmy „nájезд“ a rituál. Tři respondenti uvedli, že chystání drogy a náčiní k intravenózní aplikaci už je pro ně samo o sobě euforií. Jeden z nich uvedl, že přípravu injekční aplikace často co nejvíce protahuje, aby se dostal do úplného transu: *„Je to jako*

když oddalujete orgasmus.“ Tento respondent také přiznává, že má sám pro sebe stanovenou nějakou maximální vnitřní frekvenci relapsů a to se snaží dodržet a nerelapsovat častěji. Proto, když potom relaps přijde, snaží se ho co nejvíce vychutnat. Po přípravě a aplikaci drogy nitrožilně přichází nájezd. Všichni respondenti nájezd spojují právě s nitrožilní aplikací, ne s látkou samotnou. Respondentka Ž7 však udává, že i orální užití metadonu jí způsobuje určitý druh nájezdu. Přiznává, že sice ne tak silný, jako kdyby si dala nějakou drogu nitrožilně, ale že si o nájezd ochuzená nepřipadá. Respondentka Ž5 ale například v rozhovoru uvedla, že od vstupu na metadon necítí potřebu užívat nitrožilně. Naopak se jí to zhnusilo. Když tedy relapsuje na heroinu, tak jej pouze kouří. U M6 se s rituálem setkáváme také v trochu jiné souvislosti. Poté, co zrelapsoval na tramalech z důvodu probíhajícího rozvodu se svou ženou, zbytek lahvičky vylil do záchodu. Celý tento proces si zvědomil a nazval jej sám pro sebe rituálem. Potřebu ritualizovat události ve svém životě má tendenci dělat odjakživa. Rituálem ukončil také svou injekční aplikaci, na které byl asi 5 let závislý. Vzal jehlu a zakopal ji na zahradě a hned ten den zasadil na zahradě také strom. Růst stromu popisuje jako analogii s každým dalším dnem své abstinence. Relaps, který teď po pěti letech zažil, v něm vzbudil potřebu strom pokácet. Nakonec to však neudělal a hledá jiný způsob, jak se s relapsem pomocí rituálu vyrovnat. Momentálně dochází na individuální terapii.

Pomsta po hádce

V partnerských vztazích se také objevuje téma užívání návykových látek jako pomsty partnerovi po hádce. Více se s tímto fenoménem setkáváme u respondentek a respondentů, jejichž partner návykové látky neužívá. Dva respondenti uvedli, že měli po hádce takovou zlost na svého partnera, že se chtěli pomocí relapsu partnera zbavit. Byli přesvědčeni, že tenhle relaps už jim partner neodpustí. Respondent M2 uvedl, že jeho přítelkyni trvalo několik let, než ho dostala na metadon a hodně jí záleželo na tom, aby se v programu udržel a fungoval, což se mu vzhledem k vysokým počtům léčeb v MST moc nedaří. Relaps někdy využíval k tomu, aby jí způsoboval stres, že bude díky relapsu z programu MST zase vyloučen a bude muset zase užívat nelegální látky: *„Pokaždé, co jsem šel fetovat, tak jsem prostě chtěl se jí pomstít. Říkal jsem si, že teď už to určitě nevydrží a vykopne mě z baráku a já už s ní nebudu muset mít nervy. Stejně to nikdy neudělala. A podívejte se, kolikrát mě už vykopli z metadonu.“* Respondentka Ž5 se takto

také chtěla pomstít svému milenci, kterému nevadí pouze užívání drog, ale také metadon. Respondentka s tímto partnerem přímo nežije, protože je ženatý, ale již druhým rokem spolu mají milenecký poměr, ze kterého se před pár měsíci respondentce narodil syn. Žárlivost potom probíhá z obou stran a u respondentky vede k relapsům: *„Tak on se kurvit může s tou svojí, ale mě vyčítá, že chodím do klubu? A co mám dělat, když se mnou ty večery není? Já bych taky byla radši s ním, než někde v klubu. Mám chuť se mu pomstít, tak si dám a třeba se mu neozývám nějakou dobu. Máti mě zapírá doma. Ať se bojí. Jenže pak ho nesnáším ještě víc, nechci kvůli němu být tak v prdeli a ještě vypadnout z metadonu.“*

8.2.4 Metadon

Respondenti vzhledem k tomu, že jsou klienty MST, jsou specifictí právě tím, že užívají metadon. Čtyři respondenti uvedli, že jim nestačila dávka metadonu, bylo jim fyzicky špatně, necítili se ve své kůži a to zapříčinilo jejich relaps. Více než psychické problémy popisovali fyzický diskomfort, který vedl k relapsu s předpokladem, že mají nízkou dávku. Respondent M3 uvádí jako příčinu posledního relapsu velmi nízkou dávku metadonu, která je oproti doporučené dávce opravdu nižší. Respondent M8 ale potřebu zvýšit metadon vůbec nezmiňoval, ačkoli má momentálně ještě o 5 mg nižší dávku, než respondent M3. Respondentka Ž1 uvádí, že ji dlouho nenapadlo, že nízká dávka metadonu může být příčinou její chutě na drogy. Myslela si, že jí chybí intravenózní aplikace. Po prodiskutování se svým garantem v MST Vídeňská pochopila, že pro ni může být spouštěcím mechanismem k relapsu právě nízká dávka metadonu a ne potřeba intravenózní aplikace. Také potvrzuje, že od doby, co si zvýšila metadon, již chutě na drogy nepocituje. Stejně důvody při posledním relapsu uvádí také respondentka Ž7. Dlouho nechtěla uvěřit tomu, že když si dávku metadonu zvýší, nebude pocítovat chuť na benzodiazepiny. Uvádí, že po zvýšení dávky metadonu se teď cítí dobře. Několik respondentů naopak negovalo souvislost mezi zvýšením dávky metadonu a snadnějším zvládnutím chuti na drogy. Toto přesvědčení se objevovalo hlavně u respondentů, kteří jako důvod relapsu uváděli to, že jim na metadonu chybí intravenózní aplikace a nájezd. Respondent M7 uvádí, že metadon mu nemůže nikdy nabídnout to, co mu dává heroin nebo pervitin a to z toho důvodu, že metadon si *„si nemůže píchat.“*

8.2.5 Souhrn k příčinám relapsu

Příčin relapsu je podle výpovědí respondentů výzkumného souboru několik, mají mnoho vrstev, obvykle jsou kumulací několika faktorů. Většina respondentů se shodla na tom, že hlavním spouštěčem relapsu je pro ně stres. Ten vzniká zátěžovými situacemi, které jsou doprovázeny silným emočním prožíváním, často i touha uniknout z reality.

Za jednu z kategorií příčin relapsu považují respondenti výzkumného souboru vztahy ve všech podobách. Od ztráty blízkého člověka jeho úmrtím, která spouští opakované relapsy k překonání bolesti nad ztrátou, až po odebrání dětí z péče matky jako důsledku jejích častých relapsů. Samotné odebrání dětí pak nastartovalo u respondentek v našem výzkumném souboru ještě častější relapsy. Většina respondentů potvrzuje jako příčinu relapsu vztahové problémy, hádky v partnerském vztahu, případně s primární rodinou, ve které stále žijí. Další respondenti, v našem výzkumném souboru zejména muži, považují absenci trvalého partnerského vztahu za významný prvek příčiny relapsu na návykových látkách. Jeden z nich pak hovoří o své potřebě vztahu s přítelkyní, od které očekává dohled, aby nerelapsoval. Respondentky ženy považují za významnou příčinu relapsu partnerské soužití s uživateli návykových látek. Všechny shodně uvádějí hlavní problém v tom, že jim partneři nejsou oporou při zvládnutí chuti na drogy, naopak je v tom podporují. Zajímavým úkazem je fakt, že ani jeden muž v našem výzkumném souboru nežije ve vztahu s partnerkou uživatelkou, proto se tato příčina relapsu mezi respondenty neobjevuje. Ojedinělou příčinou relapsu je snížení chuti na sex po nasazení léčby MST, které respondentka spolu s partnerem řešila užíváním pervitinu do doby, než spolu vyladili správnou dávku metadonu.

Další významnou kategorií příčin relapsu respondentů je jejich životní styl a s ním související sociální síť kontaktů. Setkání s kamarády, známými, obecně setkání s lidmi, se kterými se buď v době užívání návykových látek znali a stýkali anebo o nich vědí, že momentálně užívají a mají pravděpodobně drogu u sebe. Někteří z respondentů přidávají k setkání s kamarády další významné faktory, které vedou k relapsu. Tím je špatná nálada a pohyb v sociálně vyloučené lokalitě. V Brně se konkrétně jedná o tzv. lokalitu Cejl, někteří respondenti vypovídají, že jsou tímto místem fascinováni, nebo přímo přitahováni. Hovoří o tom, že tam na ně „dýchne ta atmosféra“, kterou mají spojenou s užíváním drog.

O setkání s dealerem respondenti obou skupin hovoří jako o silném spouštěcím mechanismu k relapsu. Nejedná se jen o setkání, dle výpovědí respondentů se často stává, že se jim dealer ozývá telefonicky s tím, že má pro ně k dispozici kvalitní drogu.

Někteří respondenti muži považují za příčinu relapsu i větší obnos peněz, který mají automaticky spojený s chutěmi na drogu z doby, kdy užívali návykové látky a musí vynaložit mnoho úsilí, aby se překonali a nic si nekoupili. Nevyhýbají se ani pomoci širší rodiny, jejichž členové jim pomáhají s penězi nakládat a hospodařit.

Vyrovňávání se s emocemi se u respondentů objevovalo buď nezávisle na dalších jevech, nebo jako průvodní jev jiné příčiny relapsu. Například když se u respondentů objevila hádka s partnerem nebo s někým blízkým, byla tato událost doprovázena vztekem, smutkem, strachem, lítostí, agresí apod. S emocemi jako se samostatným spouštěcím mechanismem se ale ve skupině respondentů setkáváme také. Pocit smutku či sebelítosti přichází pro mnohé z respondentů bez nějakého předchozího spouštěče, přidává se k nim i pocit prázdnoty. Jedna z respondentek popisuje, že se většinou s „pocitem blbého dne budí“. Často ani neví, jak se do pocitu sebelítosti dostane, tento pocit přichází náhle a stejně náhle potom přijde relaps. Cítí se jako špatný člověk a užití nějaké návykové látky má vést k jejímu vlastnímu potrestání.

Příčinou relapsu nejsou pro respondenty jen negativní emoce, ale i radost a euforie, s tím spojené oslavy. Jeden z respondentů popisuje svůj dobrý pocit, který má potřebu ještě vylepsit, chce se cítit ještě lépe. Proto relapsuje.

Nadpoloviční většina respondentů popisuje jako významný spouštěč relapsu pocit nudy. Nudu obecně definovali jako stav, ve kterém mají příliš mnoho prostoru k přemýšlení a začnou je dohánět vlastní neúspěchy a například již zmíněná sebelítost.

K dalším jevům, které spouštějí relaps, patří potřeba intravenózní aplikace, tzv. „závislost na jehle“, s intravenózní aplikací pak úzce souvisí pojmy „nájezd“ a rituál. Respondenti popisují chystání drogy a náčiní k intravenózní aplikaci jako rituál, jako euforickou záležitost, kterou se snaží co nejvíce protahovat, aby se dostali do stavu transu.

V partnerských vztazích se také objevuje téma příčiny užívání návykových látek jako pomsty partnerovi po hádce. Více se s tímto fenoménem setkáváme u respondentek a respondentů, jejichž partner návykové látky neužívá. Dva respondenti uvedli, že chtěli po hádce s partnerem zrelapsovat a tímto způsobem je potrestat.

Někteří respondenti uvedli také jako další možnou příčinu relapsu nízkou dávku metadonu v léčbě MST. Více než psychické problémy popisovali fyzický diskomfort, který si spojovali s nízkou dávkou metadonu, proto relapsovali. Většina z nich uvádí, že zvýšením dávky metadonu došlo k potlačení chuti na drogy. Několik respondentů naopak negovalo souvislost mezi zvýšením dávky metadonu a snadnějším zvládnutím chuti na drogy. Toto přesvědčení se objevovalo hlavně u respondentů, kteří jako důvod relapsu uváděli to, že jim na metadonu chybí intravenózní aplikace a nájezd.

8.3 Strategie zvládnutí relapsu

V této kapitole jsou uvedeny výsledky na první výzkumnou otázku vztahující se k druhému výzkumnému cíli. Otázka se věnuje strategiím zvládnutí relapsu klientů MST. V následujícím textu uvádíme strategie zvládnutí relapsu respondentů obou výzkumných souborů. Z výpovědí respondentů se vygenerovaly tři oblasti strategií zvládnutí relapsu – behaviorální strategie, kognitivní strategie a metadon. Vzhledem k provázanosti jevů, které se u jednotlivých strategií objevují, je však naše rozdělení pouze orientační, s častými přesahy do dalších kategorií. Konkrétní strategie tedy uvádíme v oblasti, do které je respondenti v rozhovoru pomyslně zařadili sami. Metadonu, jako strategii zvládnutí relapsu, se podrobněji věnujeme v kapitole 8.4 Role metadonu při zvládnutí relapsu klientů MST.

8.3.1 Behaviorální kategorie strategií zvládnutí relapsu

Za behaviorální strategii zvládnutí relapsu považujeme jakékoli aktivní chování vedoucí k zabránění relapsu.

Práce

Respondenti z obou výzkumných souborů považují za jednu z hlavních strategií zvládnutí relapsu práci ve smyslu zaměstnání. V tomto případě nerozlišujeme, zda se jedná o legální práci, brigádu či práci „na černo“. Většina respondentů udávala vyšší riziko relapsu v případě ztráty práce jako zdroje obživy a jako náplně volného času. Respondenta M1 práce naplňuje, i když si stěžuje, že je špatně zaplacená. Při rozhovoru jsme zjistili, že skutečně během posledního roku v této práci benzodiazepiny, u kterých

má nejsilnější touhu k užití, vůbec neměl. Podobně to má respondent M5, který sice dělá „na černo“, ale povětšinou pravidelně. V práci vidí také pocit vlastní užitečnosti: „*Dokud dělám, tak se cítím nějak užitečný. Musím to děckám nějak vynahradit ty moje drogy.*“ Zaměstnání jako náplň volného času používá také respondentka Ž3, která zároveň sděluje, že díky práci nemusí být doma s přítelem. Jak v rozhovoru uvádí, když jsou oba doma delší dobu, začnou se hodně hádat a respondentka má potom potřebu utíkat ven s vyšším rizikem relapsu: „*Jsmo si takhle vzácnější a doma je klid. Navíc se unavím a jak přijdu z práce, tak spím. A aspoň nelítám někde venku.*“ Vysoká míra potřeby zaměstnání a obecně vyplnění volného času je patrná u respondenta M6, který závislost na návykových látkách nahradil závislostí na práci. Uvádí, že pracuje i 18 hodin denně, často přespává v kanceláři. Ve workoholismu spatřuje příčinu rozpadu jeho nynějšího manželství. Podobně jako respondent M5 i respondent M6 mluví o potřebě užitečnosti v práci, dodává mu pocit úspěšnosti, který mu v osobním životě schází. Práce tedy kromě odvedení pozornosti od myšlenek na drogy dává respondentům také pocit užitečnosti, který v osobním životě z nějakého důvodu nepocítují.

Péče o děti

Z výzkumného souboru žen je zaměstnaná pouze jedna, respondentka Ž3, o které se zmiňujeme výše. Ostatní respondentky jako hlavní aktivitu, kterou se zaměstnávají při myšlenkách na drogy, uvádějí péči o děti. Shodně všechny respondentky uvádějí, že čas strávený s dětmi jim pomáhá v uvědomování si svých priorit, a tím zabránění častějších relapsů. Aktivity s dětmi popisují různě – hry, procházky, dětská hřiště, nákupy. Ze skupiny respondentů mužů tuto strategii neuvedl ani jeden z nich. Respondent M5 sice uvádí, že když cítí riziko hrozícího relapsu, vezme děti a partnerku na nákupy a do kina nebo na jídlo. Zároveň ale uvedl, že v podstatě tato strategie funguje jen málokdy. Zároveň dodává, že je to hodně tím, že „*nemá na děcka nervy.*“ Toto tvrzení se objevilo také u respondentky Ž2, která vypověděla, že někdy právě „zlobení dětí“, jak to sama nazývá, jí spouští chutě na drogy.

Volnočasové aktivity, zájmy

Pouze respondent M4 uvádí jako strategii zvládnutí relapsu cílenou volnočasovou aktivitu (koníček), konkrétně hudbu. Před zahájením drogové kariéry respondent

účinkoval v několika hudebních kapelách. Teď má amatérskou kapelu, se kterou nárazově zkouší a sporadicky hrají také na malých hudebních akcích. O době, kdy se připravují na koncert, hovoří jako o období, kdy se cítí nejspokojenější. Tento respondent byl jediný z obou výzkumných souborů, který zmínil volnočasové aktivity k práci s chutěmi na drogy. Ostatní respondenti uváděli spíš nárazové činnosti, na které si vzpomněli, že jim v minulosti pomohly relaps překonat. Většinou se jedná o jedince, kteří nechodí do práce a ani nemají rodinu. Například respondentka Ž7 uvedla, že jí v minulosti pomohl například poslech oblíbené hudby. Na druhou stranu ale uvedla, že to nezabírá vždy, protože spoustu hudebních kapel má spojenou s obdobím, kdy aktivně užívala drogy a často se stává, že když náhodně zaslechne nějakou písničku, tak se stane spíš spouštěčem. Ve výběru hudby musí být tedy opatrná. Co ale zabírá, tak je vaření a jídlo. Obecně, když se necítí dobře, tak jde do kuchyně a snaží se udělat nějaké lepší jídlo, jehož příprava jí klidně zabere i několik hodin: *„Baví mě vařit, tak je to možná první co mě napadne, když mám nějaké blbé myšlenky nebo náladu. Potom se strašně nacpu a pár hodin si vychutnávám tu euforii z jídla.“* Sama respondentka potvrdila, že spojení euforie z jídla nepoužila náhodně. K dobrému pocitu, který by ze začátku po užití drogy měla, došla jinou cestou. Stejnou strategii jídla má také respondentka Ž8. Svoji nejčastější strategii popisuje jako *„dám si studenou sprchu, přecpu se čímkoli sladkým a chutě najednou nemám.“* Konzumace cukru vede k uvolnění dopaminu, který stojí za příjemnými pocity a je dáván právě do souvislosti s drogovou závislostí.

Vyhýbavé chování

Z aktivního vyhýbání se nebezpečným situacím respondenti dost často popisují hlavně vyhýbání se SVL (Cejl). U některých respondentů to vedlo dokonce i k odstěhování se z této lokality. Respondent M5 uvádí, že po návratu z Anglie, kde žil několik let, se vrátil zpět do starého bytu na Cejlu a okamžitě zrelapsoval. Jako příčinu relapsu nevidí ve významné změně ve svém životě, jako je právě stěhování, ale v tom, že se vrátil na Cejl, kde se mu chutě spojily s lidmi a vzpomínkami. Proto nyní aktivně hledá byt mimo tuto lokalitu. Respondentka Ž1 uvádí, že by svým starším dětem nikdy nedovolila na Cejl chodit samotným, jinde po Brně jí to nedělá problém. Pro mnohé respondenty bydlení v SVL procházky jako strategie zvládnání relapsu nefungují, protože by museli projít Cejlem, takže by na ně číhalo mnohem více rizik, než když se zamknou doma.

Potřeba vnější kontroly

S pocitem potřeby vnější kontroly v SVL se setkáváme také u respondenta M2. Ten chodí po Cejlu zásadně se svou přítelkyní, která odhání všechny lidi, jež respondentovi drogy nabízejí. Respondent uvedl, že si nemyslí, že by to byla jeho slabá vůle, která mu brání v tom se jim postavit, ale že z jeho přítelkyně jde „větší strach.“ U respondentů bydlících v SVL se také setkáváme se strategií nechat se zamknout doma. Jedna z respondentek (M8) popisuje svou strategii předcházení relapsu takto. Když cítí přicházející relaps, čeká na přítele vracejícího se z práce: *„Odpočítávám každou minutu do jeho návratu, aby mě zamkl a zabránil jít ven. Ale není to zas tak často.“*

Na systému vnější kontroly staví respondentka Ž5 vztah se svou osmiletou dcerou. Popisuje, že když je poslána svou matkou navštívit rodinu na Cejlu (SVL v Brně), tak bere rovnou svou dceru s sebou. Dcera je její ochranou před tím, aby si tam případně nesháněla drogy. Společnost dcery je pro respondentku Ž5 jistotou, cítí se klidnější, zvládne pak návštěvu SVL bez relapsu.

Užívání THC

Velice důležitou strategií zvládnutí relapsu je pro osm respondentů napříč výzkumným souborem užívání THC. Na přítomnost THC v moči se v MST v Brně netestuje, je to tedy jediná povolená návyková látka, která se k metadonu může užívat. Dva z respondentů dokonce uvedli THC jako nejsilnější strategii zvládnutí relapsu. Jedna respondentka (Ž7) uvedla, že zdaleka „nehulí“ denně, ale že přítomnost marihuany v kapse jí sama o sobě uklidňuje a dodává jí pocit jistoty, kdyby přišla nějaká krizová situace, tak že si může „zahulit.“ Naopak ale respondentka Ž1, jejíž partner je také v léčbě MST a silný kuřák marihuany uvádí, že THC je pro ni spouštěč chuti na drogu a proto se mu ostře vyhýbá: *„Kdykoli jsem něčím sjetá, jako..jak to říct..ovlivněná, tak jako by mi chyběla ta kontrola nad sebou. A toho se bojím, pak nevím, co dělám. Tak radši neberu nic, ani pivo k obědu si nedám.“* Navíc má velice nepříjemnou zkušenost s THC psychózou a má z marihuany obecně respekt. Hodnotit tuto strategii zvládnutí nechceme, pouze konstatujeme, že je marihuana z výpovědí respondentů vlastně opět touhou útěku z reality, jež byl mezi respondenty zmiňován jako jedna z příčin relapsu. Někteří

respondenti tvrdí, že je nic jiného než marihuana ve vypjaté chvíli neuklidní. Na druhou stranu přiznali, že v podstatě ani jiné strategie nezkoušeli.

8.3.2 Kognitivní kategorie strategií zvládnání relapsu

V souvislosti se strategiemi zvládnání relapsu jsme identifikovali také myšlenkové, tedy kognitivní vyrovnávání se s chutěmi. Často se tyto strategie týkaly myšlenek, které respondentovi brání v relapsu.

Myšlenky na rodinu a děti

Jako významného zástupce strategií zvládnání relapsu udávali respondenti myšlenky na rodinu a děti. Jeden respondent uvádí, že ví, že mu rodina (rodiče) už nikdy nebude věřit, ale pokusí se tedy o to, aby z něho alespoň nebyli ještě více zklamaní. Hovoří také o stopce kvůli přítelkyni, která s ním podle jeho slov vydržela víc, než si zasloužila. Nechce ji znovu zklamat, s každým dalším relapsem má větší a větší výčitky kvůli ní a kvůli dětem. Ne vždy, ale často mu podle jeho slov pomáhají myšlenky právě na ně. Respondentka Ž4 poté, co jí odebrali děti z péče a stále nebyly do její péče navráceny, popisuje samotný kontakt s dětmi za naplňující, a rovněž uvádí často výčitky a stud jako takovou vlastní stopku před relapsem: *„Stydím se za to, co jsem dělala. Jak jsem skončila, jak skončily děcka. Ale už to tak nechci, teď už chci být lepším člověkem. Dát si život zase do kupy.“* Respondent M4 uvedl, že si je vědom toho, že kdyby měl rodinu a děti, tak by nepotřeboval ani kapelu a dle jeho slov už by „nebyl ani na metadonu“. V této souvislosti se o rodině vyjádřil podobně také respondent M2, který se s přítelkyní již několik let snaží o dítě, ale pořád se jim nedaří. Stále věří, že se jim to jednoho dne podaří. Je přesvědčen, že kdyby měl děti, našel by smysl života, *„odešel by také z metadonu“* a už by drogy nechtěl do konce svého života vidět. O reálnosti naplnění tohoto sdělení nehodláme polemizovat, zajímavým se však jeví moment, kdy respondent zmiňuje smysl života. Tuto linii jsme vysledovali ve více rozhovorech a většinou souvisela s potřebou rodiny právě u bezdětných respondentů.

Výčitky

Výčitky se objevují u většiny respondentů poté, co zrelapsují. Hovoří také o nenaplněných očekáváních od účinku drogy. Respondentka Ž5 říká: *„Kdyby to aspoň k něčemu bylo. Trvá to chvíli a pak přijde úplná depka, výčitky, co jsem to zas udělala.“* Respondent M4 naopak udává, že výčitky většinou moc nemá, když už zrelapsuje, tak si to chce užít.

Silná vůle

Dalším faktorem ke zvládnutí strategií je podle asi dvou třetin respondentů „silná vůle“. V otázce, jak zabránit, aby se z relapsu nestalo opakované a časté užívání, většina respondentů odpověděla, že si „prostě řekne ne“. Respondent M3: *„To máte v hlavě. Když nechci, tak nechci.“* I přes podrobnější zkoumání odpovědi a rozvíjení tématu jsme však konkrétnější odpověď na otázku nezískali. Většina z těchto respondentů také byla přesvědčena, že je již další relaps nečeká. Respondentka Ž6 naopak přiznala, že vlastně nikdy neví, zda se bude jednat pouze o relaps anebo o dlouhodobější užívání návykových látek.

Respondent M8 přiznal, že zatím vůbec žádnou strategii proti opakovaným relapsům nemá. Dva respondenti uvedli, že když už vědí, že se relapsu nedá zabránit, dají si alespoň dvojnásobnou dávku drogy, aby potom už neměli chuť na další, protože jim to takhle stačí a vědí, že na víc nebudou mít chuť. Jeden respondent navíc udal, že v Anglii zažil předávkování na metadonu, když si k němu dal heroin. Potom měl dlouhou dobu strach cokoli užívat. Respondentka Ž8 uvedla, že za svou strategii považuje to, že „nemá žíly“: *„Možná až už nebudu mít žíly vůbec, tak prostě ty chutě přejdou. Jinak než jehlou brát nechci, nebaví mě to.“*

Nejednoznačné odpovědi jsme získali na otázku, zda si vzpomenou na situace, ve kterých překonali chuť na drogu a zda jim něco z těchto nabytých zkušeností může být v budoucnu užitečné. Respondent M8 přišel na to, že vlastně chuť na drogu ještě nikdy nepřekonal. Další respondenti mluvili o tom, že je možné využít vzpomínky na dobrý pocit z překonání chuti na drogu a že se díky tomu cítí silnější. Dvě respondentky však naopak uvedly, že se necítí silnější a ani to pro ně není nijak významným milníkem: *„Tohle by už*

přece mělo být normální. Za to se chválit nemůžu. Fetuju přes dvacet let, za co se mám chválit?“, uvádí respondentka M1. Druhá respondentka vypovídala podobně a ještě dodala: *„To, že jsem to překonala teď ale neznamená, že to překonám příště.“*

8.3.3 Souhrn ke strategiím zvládnání relapsu

Výsledky analýzy dat ke strategiím zvládnání relapsu ukazují na tři základní oblasti strategií zvládnání relapsu – behaviorální strategie, kognitivní strategie a metadon. Vzhledem k provázanosti jevů v rámci jednotlivých strategií je toto dělení orientační, s častými přesahy do dalších kategorií. Metadonu, jako zvládací strategii relapsu, je věnována samostatná kapitola.

K behaviorálním strategiím patří činnost, aktivní chování, které napomáhá ke zvládnání relapsu. Respondenti v obou výzkumných skupinách se shodli na významné zvládací strategii, kterou je práce ve smyslu zaměstnání. Není pro ně jenom zdrojem obživy, ale také naplněním volného času. Práce sytí respondentům také potřebu pocitu vlastní užitečnosti, pocitu úspěšnosti, který jim v jejich osobním životě schází. Jeden respondent závislost na návykových látkách nahradil závislostí na práci (workoholismus). Zvládací strategie zaměstnání je ve výzkumném souboru spíše doménou mužů než žen. Ženám je oproti mužům bližší další zvládací mechanismus relapsu, kterým je péče o děti, tu pro sebe vnímají jako hlavní strategii proti myšlenkám na drogy. Shodují se, že čas strávený s dětmi jim pomáhá v uvědomování si svých priorit a zabránění častějším relapsům. Mezi ženami je i respondentka, které naopak „zlobení dětí“ spouští chutě na drogy. Další významnou oblastí zvládnání relapsu by mohly být volnočasové aktivity a zájmy respondentů. Z výpovědí však vyplývá, že pouze jeden respondent má skutečný cílený zájem a tím je hudba. Ne však ve formě pasivního poslechu, ale v její produkci, zkouší s amatérskou kapelou a hraje na malých hudebních akcích. Paradoxně pro jiné respondenty může být poslech oblíbené hudby spouštěčem relapsu, protože ji mají spojenou s dobou, kdy užívali návykové látky. Pro mnohé respondenty je významné spojení jídla a jeho přípravy, vaření, také pojídání sladkostí.

Další zvládací strategii relapsu je možné nazvat jako vyhýbavé chování ve smyslu vyhnout se situacím, případně místům (v našem případě SVL v Brně), které mají respondenti

spojené s lidmi a vzpomínkami na svou drogovou kariéru. Proto respondenti žijící v SVL často volí odstěhování z této lokality jako strategii zvládnání relapsu.

U několika respondentů z výzkumného souboru se projevila jako zvládací strategie relapsu potřeba vnější kontroly. Jedná se např. o fyzický doprovod respondentů do SVL, který jim má zabránit v užití návykových látek (ať už partnerů neuživatelů, v jednom případě s sebou do SVL záměrně bere respondentka svou osmiletou dceru). Další respondentka má potřebu nechat se zamknout doma svým partnerem, aby nemohla jít ven a předešla tak relapsu.

Velice důležitou strategií zvládnání relapsu je pro osm respondentů napříč výzkumným souborem možnost užívání THC. Na přítomnost THC v moči se v MST v Brně netestuje, jedná se o jedinou povolenou návykovou látku, která se může k metadonu užívat. Jsou však mezi respondenty i takoví, pro které je THC naopak spouštěčem chuti na drogy.

Další oblastí strategií ke zvládnání relapsu je kognitivní vyrovnávání se s chutí na drogy, jsou to myšlenky, které klientovi brání v relapsu. Respondenti hovořili zejména o myšlenkách na rodinu a děti, které jsou při užití drog spojeny s výčitkami vůči nejbližším. O výčitkách a studu hovořila respondentka, které byly z důvodu opakovaného užívání návykových látek odebrány děti z její péče. Kontakt s dětmi považuje za naplňující a stud spolu s výčitkami jsou pro ni stopkou před dalším relapsem. Jeden z respondentů hovoří o tom, že kdyby měl děti, tak by našel smysl svého života a už nikdy by nepotřeboval drogy, dokonce by podle jeho slov nepotřeboval ani MST.

Silná vůle, schopnost říci si ne, je podle dvou třetin všech respondentů strategií ke zvládnání relapsu. I přes podrobnější zkoumání odpovědi a rozvíjení tématu nebyli respondenti schopni odpovědět konkrétněji na otázku, co pro ně znamená silná vůle a jakým způsobem by silnou vůli prosazovali, posilovali a byli tak schopni využít při dalším ataku chuti na drogy.

Několik respondentů připustilo, že by mohli využít jako strategii vzpomínky na dobrý pocit, který zažili při překonání chuti na drogy.

Speciální kategorií zvládnání relapsu pak tvoří tělesné překážky u respondentů, které jim zabraňují relapsu, a tou je především fakt, že nemají žíly.

Zvláštní kategorií byli mezi respondenty ti, kteří si uvědomili, že žádnou strategií zvládnání relapsu nemají, jeden respondent přiznal, že se mu ještě nikdy nepodařilo chuť na drogy překonat.

8.4 Role metadonu při zvládnání relapsu

V této kapitole jsou uvedeny výsledky na druhou výzkumnou otázku vztahující se k druhému výzkumnému cíli. Otázka zní, jakou roli sehraává metadon při zvládnání relapsu.

Vzhledem ke specifitě klientů v MST se metadonu jako strategii zvládnání relapsu věnujeme zvlášť. Dobře nastavená dávka metadonu má totiž potlačit craving a při užití jiných opioidů by měla blokovat jejich euforický efekt (Verster, Buning, 2007). Z rozhovorů s respondenty bylo zřejmé, že metadon v jejich strategiích zvládnání relapsu zastává důležitou a specifickou roli.

Metadon a jeho roli ve svém životě, chápou respondenti v několika rovinách. První a zdaleka nejvýznamnější je jeho působení na tělesné prožívání, konkrétně tedy na pokrytí fyzických projevů odvykacího stavu, tedy že nemají „*abstáky*.“ Podstatně menší část respondentů spatřuje benefit metadonu také v potlačování jejich psychické závislosti, tedy chutí na drogy. Zvědomování psychické závislosti se u respondentů projevovala velice málo. Závislost je stavěna na tělesných „*abstácích*.“ Respondent M3 například tvrdí, že „*komu nebylo špatně, neví, co je závislost*.“ Při odpovědích na otázku, zda uvažují o „*skončení s metadonem*“, většina respondentů vyslovila obavy z toho, že nebudou schopni zvládat nepříjemné tělesné pocity spojené s vysazením metadonu. Mají obavy z toho, že jim bude špatně. Většina respondentů mužů uvádí, že by skončili s metadonem klidně hned, ale bojí se bolesti a toho, jak strašně špatně jim po vysazení bude. Respondent M4, který má poměrně vysokou dávku, odmítá představu, že by někdy skončil s metadonem: „*Vím, že tady budu do konce života. Radši umřu, než znovu zažít ty abstáky, které jsem měl před metadonem*.“ Návrat chuti na drogy negují hlavně respondenti, kteří uvedli silnou vůli jako hlavní kognitivní strategii ke zvládnutí dalšího relapsu. Respondent M3 například říká: „*Kdyby se mi podařilo vykrizovat z metadonu, tak už nikdy nebudu fetovat*.“ Respondenti si napříč výzkumnými soubory téměř nepřipouští, že jim metadon sám o sobě pomáhá ve zvládnání chuti na drogy. Na druhou stranu nejsou schopni přemýšlet o časovém horizontu skončení léčby MST. Představy o skončení v časově nespecifikované budoucnosti jim nedělaly problém, kdežto otázka na okamžité skončení léčby je výrazně zaskočila. Respondent M1 kontruje svým tvrzením, že metadon vlastně považuje za drogu a to ho uklidňuje v tom, že v sobě nějakou drogu má, což

většinou znamená, že nemusí brát další. Je pro něj tedy důležitý pocit „*být sjetý, být pod vlivem čehokoli*“, a to na metadonu je: „*Neumím si představit svět bez drog. Vždyť já fetuju od třinácti, už vlastně ani nevím, jaký je to život bez drog.*“ Podobně o tom mluví také respondentka Ž7, která také nemá v budoucnu v plánu s metadonem skončit a v případě představy skončení s metadonem hovoří o obrovském prázdnu, které by podle ní nastalo: „*Otec nám odmala dával vyplachovat lahvičky po tramalových kapkách za odměnu. V té době mi bylo asi 10. Bráchovi dokonce osm. Brácha dneska těžce jede v opiátech a ségra taky. No a já vlastně taky, ale aspoň jsem tady. Ségra se válí někde v Německu po bordelech, teda podle posledních zpráv. Matka byla pořád sjetá nějakýma práškama. Tak kdo se může divit, jak jsme všichni dopadli. Abstinenci (pozn. také od metadonu) neplánuju, neuměla bych to, neumím si představit to obrovské prázdno, které by se tam objevilo po těch drogách.*“ Obecně mezi respondentkami ženami se mnohem více objevoval aspekt psychické závislosti, respektive jeho zvědomění. Respondentky Ž2 a Ž4 shodně přiznávají, že ukončení léčby v MST plánují, ale vůbec si ještě netroufnou skončit, protože si nevěří v úplné abstinenci. Hlavně při představě krizových situací neví, jak by zareagovaly a jestli by chutě na drogy ustály. Když jsme dále zjišťovali, co jim tedy konkrétně metadon přináší v zátěžových situacích, měly problém s vyjádřením přesného popisu. Respondentka Ž4 se k tématu vyjádřila podobně jako respondent M1: „*Asi ten pocit, že v sobě mám drogu.*“

Opět se u metadonu setkáváme s potřebou vnější kontroly, se kterou jde ruku v ruce strach z vyloučení. Respondent M1 na otázku, co mu brání v častějších relapsech, přiznal, že nastavená pravidla programu MST, kde díky opakovaným relapsům nejdříve přijde o výdeje metadonu domů a po dalším relapsu je z programu vyloučen. Na hypotetickou otázku, co by dělal, kdyby se v MST nedělaly testy, odpověděl: „*No to by se mnou dopadlo špatně.*“ V podobných intencích uvažovala naprostá většina respondentů, dost často hovořili o tom, že strach z toxikologických testů byla jedna z prvních myšlenek po relapsu. Respondentce Ž3 pomohl strach z toxikologických testů se úplně „*nerozjet*“ po smrti otce. V této souvislosti také respondenti M4 a M6 hovořili o strachu ze zklamání pracovníků MST. Respondent M6 vypověděl, že by se svému garantovi „*nemohl podívat ani do očí*“, protože by mu garantovo dlouholeté snažení přišlo jako zbytečné. Podobně se vyjadřoval respondent M4, který ve svých relapsech vidí určitou formu své slabosti.

Relaps je v rozporu s jeho přesvědčením, že by při léčbě v MST neměl žádné návykové látky užívat.

U respondentů výzkumného souboru, kteří byli zařazeni do vyšších fází programu MST (B a C), jsme se setkávali s výpověďmi, že když se necítili dobře a nechtěli si dát jinou návykovou látku, případně nepomohlo ani THC, tak si dali část dávky metadonu, kterou měli mít na další dny. V tomto případě například respondentky Ž6 a Ž3 uvedly, že možnost takhle „upít“ z další dávky metadonu jim opravdu pomohla v několika případech nezrelapsovat. Naopak respondenti spadající pod MST Bratislavská shodně uvedli, že jim vyhovuje kontrolovaná forma užívání, protože neví, jak by s výdeji nakládali. Na druhou stranu tito respondenti vykazují poměrně vysoký počet relapsů na dobu, kterou strávili v programu MST.

Diskomfort a zvýšené chutě na drogy někteří respondenti spojovali s nízkou dávkou metadonu a měli potřebu si její dávku navýšit. Vypovídali, že po zvýšení dávky metadonu opravdu došlo ke zlepšení a potlačení chuti na drogy. Tomuto tématu se podrobněji věnujeme v kapitole 8.2.4 Metadon.

8.4.1 Souhrn k roli metadonu při zvládnání relapsu

Výsledky analýzy rozhovorů s respondenty ukazují na to, že metadon jako strategie zvládnání relapsu zastává pro klienty MST specifickou a nezastupitelnou roli. První důležitou rovinou je jeho působení na tělesné prožívání, konkrétně tedy na pokrytí fyzických projevů odvykacího stavu, tedy že nemají „abstáky.“ Menší část respondentů vnímá přínos metadonu ve zvládnání psychické závislosti na návykových látkách, tedy chuti na drogy. Pro mnohé respondenty je závislost stavěná na tělesných abstinčních příznacích. Respondenti uvádějí, že by byli schopni skončit s metadonem hned, ale obávají se, že nebudou zvládat nepříjemné tělesné pocity spojené s vysazením metadonu. Téměř všichni respondenti výzkumného souboru si nepřipouští, že by byl metadon látkou, která může přispět ke zvládnání chuti na drogy. Některým respondentům naopak to, že užívají metadon, uspokojuje potřebu mít v sobě nějakou drogu a podle jejich slov žádnou jinou nepotřebují užívat. Respondentky ženy si více uvědomují aspekt psychické závislosti, který jim metadon přináší, psychicky jim pomáhá pracovat s uvědoměním, že mají v těle drogu.

S ukončením léčby MST a užíváním metadonu mají někteří respondenti výzkumného souboru spojen nástup obrovského pocitu prázdnoty.

Léčba MST, nastavená pravidla, toxikologické testování moči přináší mnoha respondentům benefity v podobě vnější kontroly, která je spojena se strachem z vyloučení. V této souvislosti respondenti výzkumného souboru také hovoří o potřebě nezklamat pracovníky v MST, dodržovat všechna pravidla a setrvat v léčbě.

9 Diskuze

V této kapitole se věnujeme hlavním dosaženým výsledkům našeho výzkumu a kritickému zamyšlení nad nimi.

Respondenty výzkumu byli klienti metadonové substituční terapie Terapeutického centra v Jihomoravském kraji (dále jen MST Vídeňská) a Terapeutického centra na Bratislavské (dále jen MST Bratislavská) Společnosti Podané ruce v Brně. Výzkumným záměrem této práce bylo zkoumání příčin relapsu klientů MST na testovaných návykových látkách ve výše zmíněných centrech a na strategie zvládnání relapsu s důrazem na roli metadonu při zvládnání relapsu. V centrech MST se provádí toxikologické vyšetření z moči na přítomnost látek morfinového základu (heroin, opium), metamfetamin, tramadol a benzodiazepiny. Výjimečně se přidává také test na přítomnost alkoholu či buprenorfinu. Při podezření na nedovolenou manipulaci s metadonem se testování rozšiřuje také o něj. Kritériem výběru respondentů byl pozitivní výsledek na některou z výše zmíněných testovaných látek, případně na kombinaci několika z nich. Na široké ostatních návykových látek se testy neprovádějí.

Pro kvalitativní část výzkumu jsme získali 16 osob z toho osm mužů a osm žen. Z 16 respondentů jsou tři klienty MST Bratislavská, zbývající jsou klienty MST Vídeňská. Autorka výzkumu pracuje v MST Vídeňská, proto bylo záměrem získat do výzkumného souboru respondenty z tohoto pracoviště. Důvodem k doplnění výzkumného vzorku o klienty MST Bratislavská byl nízký počet klientů MST Vídeňská splňujících podmínky pro zařazení do výzkumného souboru. Do výzkumného souboru nemohli být zařazováni ti klienti MST, jichž je autorka garantem. Díky této podmínce došlo k dalšímu zúžení počtu klientů MST Vídeňská vhodných k zařazení do výzkumného souboru. Posledním z důvodů, proč byla zbývající část rozhovorů realizována v MST Bratislavská byl střet rolí autorky výzkumu. Domníváme se, že výpovědi respondentů mohly být zkreslovány skrytou nedůvěrou a neodlišením dvou rolí autorky výzkumu. Tento fakt kriticky vnímáme jako možné zkreslení některých výpovědí. Na druhou stranu fakt, že autorka nebyla úplně cizí osobou, mohl přinést jiné benefity pro zkoumané téma. Střet rolí se u autorky projevoval i tím jak nakládat s informacemi získanými v průběhu rozhovoru. Konflikt rolí byl ošetřen v rámci individuální supervize autorky. Výsledkem supervize bylo doporučení realizovat zbývající rozhovory mimo autorčino pracoviště.

V následujícím textu bychom rádi specifikovali respondenty našeho výzkumu a obecně klienty MST. Klienti zařazení do substituční léčby metadonem jsou lidé, kteří nejsou momentálně z jakéhokoli důvodu motivováni k úplné abstinenci (Kmoč, 2014). Jako významný faktor jejich fungování shledáváme to, že buď přímo žijí v sociálně vyloučené lokalitě (dále jen SVL), anebo ji často navštěvují. V SVL je jedním z problémů vznikání homogenních celků obyvatel, čímž dochází ke koncentraci sociálně patologických jevů (Toušek, 2006). Největší SVL v Brně je okolí známé ulice Cejl, kde ve velké míře žijí Romové. Výsledky studie Národního monitorovacího střediska (Mravčík & kol.) s názvem *Zdraví a návykové látky mezi Romy* ukázaly, že míra užívání legálních drog je v romské populaci ve srovnání s obecnou populací ČR přibližně 2–3krát vyšší a míra prevalence užívání nelegálních drog 2–10krát vyšší v závislosti na typu drogy (největší rozdíl byl zaznamenán v případě pervitinu, heroinu a jiných opioidů). V našem výzkumném vzorku třetina dotazovaných respondentů v SVL přímo bydlí, dalších šest respondentů tam má rodiny, které pravidelně navštěvují. Dvanáct z těchto respondentů hodnotí SVL jako vysoce rizikovou oblast pro možnost relapsu. Respondenti, kteří žijí v sociálně vyloučené lokalitě se vyznačují společnými znaky, kterými jsou nízký věk počátku užívání opiátů, injekční aplikace drog. Naji & kol. (2016) k uvedeným znakům přiřazují zneužívání benzodiazepinů a mají souvislost s vyšším počtem relapsu v MST.

Dále v textu shrnujeme výsledky našeho výzkumu. Průběh relapsu u jednotlivých respondentů byl různý, lišil se v četnosti relapsu, v době abstinence při MST, druhu návykové látky a způsobu jejího užití. Ve výzkumném souboru žen většina prodělala okolo dvou až čtyřech relapsů. Větší počet relapsů udaly dvě respondentky. Domníváme se, že zvýšený počet relapsů byl u nich ovlivněn kumulací náročných životních situací a překážek, ať už úmrtím blízké osoby, bydlištěm v SVL, soužitím s partnerem uživatelem atd. Naproti tomu muži ve srovnání s ženami vykazují vyšší počet relapsů. V rozhovorech se ukázalo, že pro ženy respondentky jsou děti a péče o ně hlavním hnacím motorem, nesou za ně odpovědnost. Naproti tomu respondenti muži ve většině případů nemají děti, proto se domníváme, že se mohou zajímat více o sebe a své potřeby. Kromě toho jsme v podtextu rozhovorů s muži vnímali absenci smyslu života, což bylo oproti ženám pečujícím o děti naprosto zřetelné. Délka období bez relapsu, tedy abstinence, se u respondentů ve výzkumném souboru liší podle toho, jak jsou stabilizováni ve vztazích s partnery, s primární i širší rodinou, jestli mají stabilní práci. Muži uvádějí kratší doby abstinence a

vyšší frekvenci relapsů. Ze získaných informací se nedá odvodit, že by délka v MST souvisela u respondentů výzkumného souboru s četností jejich relapsů a to ani u mužů ani u žen. Většina respondentů bez ohledu na pohlaví relapsuje na heroinu, který užívá intravenózně. Spousta respondentů v rozhovorech potvrdila závislost na jehle, což je jev, který Levine (1974) popsal ve svém výzkumu. Uvedl, že samotná aplikace drogy přináší uživateli větší odměnu než samotná droga. Domníváme se, že v této oblasti se projevil náznak nedůvěry vůči autorce spojený se zmíněným střetem rolí. V odpovědích na otázku, jaký způsob aplikace při relapsu na drogách používají, všichni respondenti, kteří dostávají výdeje metadonu s sebou, hovořili o závislosti na jehle v minulosti. Toto tvrzení dokládáme tím, že respondenti MST Bratislavská neměli ostych o své závislosti na jehle s autorkou výzkumu mluvit. Respondenti dále potvrdili, že výjimkou při užití není ani kombinace několika návykových látek, což je dle výzkumu rizikové (Mravčík&kol, 2018). U mužů se při relapsech setkáváme s častější přítomností pervitinu. Domníváme se, že existuje souvislost mezi vysokou dávkou metadonu, která jim pokrývá chuť na opiáty, což potvrzují výsledky výzkumu Dola (1980). Užívání dalších typů návykových látek je u obou skupin výzkumného souboru přibližně stejné.

Zjištění spojené se zkoumáním příčin relapsu v pojetí naší jsou v souladu s výzkumem Marlatt a Gordon (1985), kteří definovali vysoce rizikové situace přispívající k pocitu ztráty sebekontroly a zvyšující riziko relapsu. Patří mezi ně negativní emocionální vztahy, interpersonální konflikty a sociální tlak. V naší práci jsme definovali, že příčiny relapsu je obvykle kumulací několika faktorů. Za jednu z kategorií příčin relapsu považují respondenti výzkumného souboru vztahy ve všech podobách. U jedné z respondentek se jednalo o ztrátu blízkého člověka (úmrtí), která spustila opakované relapsy k překonání bolesti nad ztrátou. U další respondentky šlo o odebrání dětí z její péče v důsledku jejích častých relapsů. Většina respondentů potvrzuje jako příčinu relapsu vztahové problémy, hádky v partnerském vztahu, případně s primární rodinou, ve které stále žijí. Další respondenti, v našem výzkumném souboru zejména muži, považují absenci trvalého partnerského vztahu za významný prvek příčiny relapsu na návykových látkách. Pro respondentky ženy je významnou příčinou relapsu partnerské soužití s uživateli návykových látek. Všechny shodně uvádějí hlavní problém v tom, že jim partneři nejsou oporou při zvládání chutí na drogy, naopak je v tom podporují. Potvrzují tak výzkum Li & kol. (2012), který ve své studii uvedl, že udržování vztahů s uživateli heroinu je vysoce

rizikové, relapsuje 50 - 70 % z nich. Zajímavá je skutečnost, že ani jeden muž z našeho výzkumu nežije s partnerkou uživatelkou, proto se tato příčina relapsu mezi respondenty muži neobjevuje. Tento fenomén se neobjevuje pouze ve výzkumném vzorku, ale je charakteristický pro muže - klienty MST.

Další významnou kategorií příčin relapsu respondentů bez ohledu na pohlaví je jejich životní styl a s ním související sociální síť kontaktů. Za krizové považují setkání s kamarády, známými, obecně setkání s lidmi, o nichž vědí, že momentálně užívají a mají pravděpodobně drogu u sebe. Někteří z respondentů přidávají k setkání s kamarády i další významné faktory, které vedou k relapsu. Tím jsou špatná nálada a pohyb v SVL. Hovoří o tom, že jsou tímto místem fascinováni nebo přímo přitahováni, potvrzují, že tam na ně „dýchne ta atmosféra“, kterou mají spojenou s užíváním drog. Silným spouštěcím mechanismem k relapsu je pro respondenty obou skupin setkání s dealerem. Nejedná se jen o setkání, dealer se jim ozývá i telefonicky, často i opakovaně, že má pro ně k dispozici kvalitní drogu. Zajímavou příčinu relapsu uvádějí někteří respondenti muži, která souvisí s tím, že mají k dispozici větší obnos peněz. Ten automaticky spojují s chutěmi na drogu z doby, kdy návykové látky užívali.

Vyrovňávání se z emocemi se u respondentů výzkumného souboru objevovalo buď nezávisle na dalších jevech, tedy prožívání emoce samotné, nebo emoce byla průvodním jevem jiné příčiny relapsu. Pro mnohé z respondentů přichází bez jakéhokoli předchozího spouštěče pocit smutku či sebelítosti, ke kterým se přidává i pocit prázdnoty. Cítí se jako špatný člověk a užití drogy používají pro překonání těchto nepříjemných pocitů. Tento výsledek potvrzuje Khantzianovu teorii sebemedikace, který tvrdí, že závislí lidé nehledají euforii či útěk z reality, ale pokouší se léčit sami sebe od řady psychických problémů a bolestně prožívaných emocí (Khantzian, 1985).

Pro nadpoloviční většinu respondentů bez ohledu na pohlaví je významným spouštěčem pocit nudy. Nudu definovali jako stav, ve kterém mají příliš mnoho prostoru k přemýšlení a začnou je dohánět vlastní neúspěchy a také již zmíněná sebelítost. K dalším jevům, které spouští relaps, patří potřeba intravenózní aplikace, tzv. závislost na jehle. Výzkum Nají & kol. (2016) zjistil, že injekční užívání opiátů je samo o sobě ukazatelem vysokého počtu relapsů v MST. S intravenózní aplikací pak úzce respondenti spojují pojmy „nájezd“ a rituál. Většina z nich popisuje chystání drogy a náčiní k intravenózní aplikaci

jako rituál, jako euforickou záležitost, kterou se snaží co nejvíce protahovat, aby se dostali do stavu transu a znásobili tak požitek z užití drogy.

Další možnou příčinou relapsu může být nízká dávka metadonu v léčbě MST. Potvrzuje to teorii Dola (1980), který své pacienty léčil minimální dávkou metadonu mezi 80 – 150 mg. Nízká dávka metadonu přináší určité skupině respondentů více než psychické problémy spíše fyzický diskomfort. Několik z nich potvrzuje, že zvýšením dávky metadonu došlo k potlačení chuti na drogy. Naopak jsou mezi respondenty i takoví, kteří negují souvislost mezi zvýšením dávky metadonu a snadnějším zvládnutím chuti na drogy. Jsou to zejména respondenti, kteří spatřují důvod relapsu v tom, že jim na metadonu chybí intravenózní aplikace a nájezd. Lze usuzovat, že u těchto respondentů je těžiště relapsů v intravenózní aplikaci a potřebě nájezdu, rituálu a s tím spojenou potřebou nájezdu a rituálu.

Už v rozhovoru s respondenty o strategiích zvládnutí relapsu se projevilo jejich zaskočení samotným tématem. Vysvětlujeme to tím, že strategie zvládnutí relapsu nemají zvědomělé a na relapsy nejsou připraveni. Spousta z nich to přejde spíše vágní odpovědí, že prostě ví, že si příště už nedá. Z výsledků analýzy dat ke strategiím zvládnutí relapsu se ukazují tři základní oblasti strategií – behaviorální, kognitivní a metadon. K behaviorálním strategiím řadíme činnost, nějaké aktivní chování, které napomáhá ke zvládnutí relapsu. Respondenti v obou výzkumných skupinách se shodli na významné zvládací strategii, kterou je práce ve smyslu zaměstnání. Není pro ně jenom zdrojem obživy, ale také náplní volného času. Práce sytí respondentům také potřebu pocitu vlastní užitečnosti, pocitu úspěšnosti, který jim v jejich osobním životě schází. Tato zvládací strategie je ve výzkumném souboru spíše doménou mužů, než žen. Naopak ženám je bližší jiný zvládací mechanismus relapsu, kterým je péče o děti. Tu pro sebe vnímají jako hlavní strategii proti myšlenkám na drogy. Čas strávený s dětmi jim pomáhá v uvědomování si svých priorit a zabránění častějším relapsům. Další významnou oblastí zvládnutí relapsu by mohly být volnočasové aktivity a zájmy respondentů. Z výzkumného souboru však pouze jeden respondent má skutečný cílený zájem a tím je hudba. Ne však ve formě pasivního poslechu, ale v její produkci. Paradoxně pro jiné respondenty může být jen poslech oblíbené hudby spouštěčem relapsu, protože jí mají spojenou s dobou, když užívali návykové látky. K náplni volného času využívají zejména respondentky vaření, přípravu jídla a hlavně jeho konzumaci.

Pro polovinu respondentů napříč výzkumným souborem je důležitou strategií zvládnání relapsu možnost užívání THC. Jsou však mezi nimi i takoví, pro které je THC naopak spouštěčem chuti na drogy. Tento závěr nepotvrzuje ani nevyvrací výzkumy, jak Wassermana (1998), který tvrdí, že pacienti, kteří pravidelně užívají THC, tak častěji relapsují na látkách opiátového typu. Zároveň je toto zjištění v rozporu se zjištěním Saxona a kol. (1993), u kterých se naopak užívání THC u klientů MST neprokázalo jako příčina relapsu na ostatních návykových látkách během MST. Náš výzkum ani jednu teorii nepotvrdil, ani nevyvrátil.

U několika respondentů se projevila jako zvládací strategie relapsu potřeba vnější kontroly. Jedná se například o fyzický doprovod respondentů do SVL, který má zabránit v užití návykových látek. Další respondentka má potřebu nechat se zamknout doma svým partnerem, aby nemohla jít ven a předešla tak relapsu. Potřeba vnější kontroly se zdá být pro klienty MST významnou strategií. Ukazuje to však na fakt, že tito jedinci nemají zvědomělé své vlastní strategie a odpovědnost za své chování přenáší na ostatní lidi. Pro tyto respondenty je léčba MST, nastavená pravidla, toxikologické testování moči, vnímány jako významné benefity, a zároveň je spojena se strachem z vyloučení a ztráty metadonu. Tento závěr byl odhalen v průběhu výzkumu, nebyl samotnými respondenty explicitně vysloven. Spojujeme to opět s potřebou vnější kontroly.

Kognitivní vyrovnávání se s chutí na drogy je další oblastí strategií ke zvládnání relapsu. Jedná se o myšlenky, které klientovi brání v relapsu, musí při kognitivní zvládací strategii přemýšlet. Často jsou to myšlenky spojené s rodinou a dětmi. Silná vůle je podle dvou třetin všech respondentů strategií ke zvládnání relapsu. I přes podrobnější zkoumání odpovědi a rozvíjení tématu respondenti nebyli schopni odpovědět konkrétněji na otázku, co pro ně znamená silná vůle a jakým způsobem by silnou vůli posilovali a byli tak schopni ji využít při dalším ataku chuti na drogy. Vypadá to, že klienti tímto způsobem vůbec nedokážou uvažovat. Několik respondentů připustilo, že by mohli využít jako strategii vzpomínky na dobrý pocit, který zažili při překonání chuti na drogy, zároveň dodávají, že v této strategii necítí velkou oporu. Mezi respondenty se objevila i zvláštní kategorie těch, kteří si uvědomili, že žádnou strategii zvládnání relapsu nemají. Samotné zkoumání oblasti kognitivních strategií bylo pro klienty velice náročná a vypadalo to, že nad tímto tématem nikdy nepřemýšleli. Vnímali jsme i disproporci mezi schopností vyjmenovat příčiny relapsu a zamyslet se nad strategiemi, které by jim relaps pomohlo zvládnout.

Jak jsme již zmiňovali výše, důležitou roli při zvládnání relapsu sehrává dobře nastavená dávka metadonu. Tuto skutečnost potvrzují ve svém výzkumu také Verster a Buning (2007). Hlavní benefit metadonu je klienty vnímán v pokrytí fyzických projevů odvykacího stavu, tedy že respondenti nemají „abstáky.“ Méně častěji je zmiňován jeho přínos jako strategie zvládnání chuti na drogy. Pro mnohé respondenty je závislost stavěna na tělesných abstinenciálních příznacích a nepřipouští si psychickou závislost. Respondenti bez ohledu na pohlaví uvádějí, že by byli schopni skončit s metadonem hned, ale obávají se, že nebudou schopni zvládat nepříjemné tělesné pocity, spojené s jeho vysazením. Některým respondentům naopak to, že užívají metadon, uspokojuje potřebu mít v sobě nějakou drogu a podle jejich slov proto žádnou jinou již nepotřebují užívat. Respondentky ženy si více uvědomují aspekt psychické závislosti, metadon jim psychicky pomáhá pracovat s uvědoměním, že mají v těle drogu. S ukončením léčby MST mají někteří respondenti spojen nástup obrovského pocitu prázdnoty. Domníváme se, že dlouhodobá udržovací léčba metadonem je také jednou z možností. Metadon je pro respondenty významnou zvládací strategií. Prokázala to i studie Clarka & kol. (2014), že metadon je pozitivním faktorem, který přispívá ke strategii zvládnání relapsu závislých na opiátech. Výzkum zaměřili na srovnání dvou skupin jedinců závislých na opiátech. Jedna skupina byla v čase výzkumu klienty MST, a druhá nikoliv. Výsledky prokázaly signifikantně nižší míru výskytu relapsu u léčených metadonem, oproti kontrolní skupině. U respondentů, který v programu spadali do vyšších fází (B, C), jsme se setkávali s výpověďmi, že když jim nebylo dobře a nechtěli si dát jinou návykovou látku, případně nepomohlo ani THC, tak užili část dávky, kterou měli mít na další dny. Dvě respondentky uvedly, že možnost takhle upít z další dávky jim pomohlo v tom, aby nezrelapsovaly.

Teorie uvedené v první části naší práce jsme porovnávali s výsledky našeho výzkumu přímo v textu diskuze. Zajímavým rozšířením výzkumu by bylo doplnění o druhou skupinu klientů MST, kteří nerelapsují. Bylo by určitě zajímavé zkoumat, zda duální diagnózy mohou být častým spouštěčem relapsu, tak jak o tom ve výzkumu hovoří. Další možností, jak rozšířit práci, by mohla být otázka, jestli klienti MST vnímají metadon jako další návykovou látku nebo jestli ji vnímají jako léčebný prvek.

Vzhledem k tomu, že je spousta klientů, kteří nemají vůbec vytvořené strategie relapsů a opakovaně na pozitivních toxikologických testech vypadávají, mohlo by být doporučením této práce vytvořit MST ještě „nízkoprahovější“, jako uvádí Okruhlica & kol.

(2007). V MST v Bratislavě reagovali na zvýšený výskyt relapsů některých klientů oddělením dvou terapeutických přístupů. V harm reduction skupině měli klienti povolenou denní dávku metadonu 40 mg, s tím, že přestali být testováni na přítomnost návykových látek v moči. Toto opatření zabránilo klientům vypadávat z léčby a splnilo to harm reduction účel substituční léčby. Vzhledem k počtu léčeb některých respondentů (viz Tab. č. 3 a 4) mohlo by se uvažovat o zavedení tohoto přístupu do praxe v MST Vídeňská a Bratislavská, případně jiných substitučních léčeb.

10 Závěry

Níže jsou uvedeny hlavní závěry výzkumné části této práce.

- Průběh relapsu u respondentů souvisí s mnoha důležitými faktory, které ovlivňují setrvání respondentů v abstinenci.
- Ze získaných informací se nedá odvodit, že by délka v MST souvisela u respondentů výzkumného souboru s četností jejich relapsů a to ani u mužů ani u žen.
- Délka období bez relapsu, tedy abstinence, se liší u respondentů podle toho, jak jsou stabilizováni ve vztazích s partnery, s primární i širší rodinou, jestli mají stabilní práci.
- Významným faktorem ovlivňujícím fungování klientů v MST je skutečnost, zda žijí případně navštěvují SVL.
- Příčiny relapsu ovlivňují vztahové problémy, životní styl respondentů a špatné zacházení s emocemi.
- Důležitá příčina relapsu je potřeba intravenózní aplikace, tzv. „*potřeba jehly*“.
- Za další příčinu relapsu se nabízí nastavení nízké dávky metadonu v léčbě MST.
- Nízká dávka metadonu může způsobovat relaps.
- Klienti MST mají různé strategie zvládnání relapsu, které souvisí s mnoha faktory.
- Strategie zvládnání relapsu je v behaviorální a kognitivní rovině.
- THC je důležitou strategií zvládnání relapsu/THC je spouštěčem chutě na drogy (nejasnost).
- Potřeba vnější kontroly jako strategie zvládnání relapsu se projevila jako významný faktor.
- Metadon sehrává při zvládnání relapsu důležitou roli a to zejména v pokrytí fyzických projevů odvykacího stavu, tedy že respondenti nemají „*abstáky*.“
- Metadon se neosvědčil jako zvědomělá strategie v psychické závislosti - zvládnání chuti na drogy.

IV. Souhrn

První kapitola teoretické části práce se zabývá vymezením pojmu opioidy, což jsou tlumivé látky s výrazným euforickým efektem. Termín opiáty je všeobecně používán v užším slova smyslu pro morfin, heroin, kodein a látky izolované z opia. Opioidy dělíme na starší a novější opioidy. Ke starším opioidům patří opioidy přírodního původu a syntetické deriváty, mezi novější opioidy patří např. tramadol. K nejznámějším zástupcům opioidů, patří opium (makovina) a heroin. Opium je jedna z nejstarších známých drog, jedná se o zaslou štávu z nezralých makovic. Heroin vzniká přidáním dvou acetylových skupin k morfinu, čímž způsobuje lepší rozpustnost v tucích a tím i snadnější průnik hematoencefalickou bariérou, což způsobuje u uživatelů tzv. nájezd. Předpokládá se, že v západní a střední Evropě je až 1, 4 miliónů uživatelů opioidů. V současnosti je nejčastěji užívaným opioidem v kontextu EU buprenorfin.

Další kapitola je věnována pojmu závislost. V současnosti je nejrozšířenější pojetí závislosti z hlediska bio-psycho-socio-spirituálního modelu. Podle MKN-10 je syndrom závislosti definován jako soubor psychických a somatických změn, které se vyvíjejí po opakovaném užití substance, a který zahrnuje silné puzení drogu užívat. Jedinec má potřebu i přes škodlivé účinky v užívání pokračovat a tolerance vůči látce roste. Příčiny závislosti jsou velmi komplexní. Nejčastěji jde o kombinaci a interakci např. fyziologických faktorů s psychickými nebo socio-kulturními. Pojetí léčby drogově-závislých musí korespondovat s komplexností problému závislosti na návykových látkách. Craving neboli bažení je nutkavá neovladatelná a silná touha po opětovném užití návykové látky. Nejčastěji se objevuje v souvislosti s odvykacím stavem, ale může přijít i v době abstinence. Craving bývá provázen duševními i tělesnými příznaky stresu, prožívání vzrušení, napětí a neklidu. Bažení je vyvoláno specifickými vnitřními a vnějšími podněty a situacemi, tzv. spouštěči, které dělíme na vnější a vnitřní. Špatně zvládnutý craving často vede k relapsu. Další podkapitolou je závislost na opioidech, jedná se o chronickou relapsující nemoc, která je obtížně zvládnutelná z důvodu nutkavého užívání drog a bažení po droze. Závislost na opioidech provází somatická i psychická závislost. Typickou aplikací nejen opiátů je injekční aplikace, ta se podílí na přenosu virů a dalších somatických komplikací. V souvislosti s injekční aplikací se často objevuje pojem závislosti na jehle.

Jedná se o jev, kdy samotné aplikování drogy přináší uživateli větší odměnu, než látka samotná a jedná se o nutkovou potřebu. Ke vzniku a léčbě závislosti přistupujeme z pohledu bio-psycho-socio-spirituálního.

V další kapitole se zaměřujeme na léčbu závislosti, přičemž hlavní pozornost je věnována substituční léčbě, zejména metadonové substituční terapii. V závěru kapitoly se věnujeme již podrobněji podobě brněnské metadonové substituční terapie, kde byla také sbírána data k výzkumné části diplomové práce. Možnost úzdravy ze závislosti na heroinu a jiných tzv. tvrdých drogách budí i mezi odborníky pesimistické postoje. Je důležité klienty informovat o faktorech, které ovlivňují léčebný proces. Také to, že úzdrava z drogové závislosti může být dlouhodobým problémem a nečíska se léčba musí opakovat. Mezi faktory ovlivňující léčebný proces patří vývojové úkoly, abstinence, přátelské a intimní vztahy, vztahy k původní rodině, práce a vzdělávání. Dalším faktorem je například věk při začátku závislosti. Začátek cesty k uzdravení může svým způsobem brzdit klientova nedostatečná motivace, mnozí klienti si přejí se uzdravit, ale nechtějí se ani učit, ani namáhat. V neposlední řadě je třeba zmínit fenomén duální diagnózy, kdy klienti mají kromě diagnózy drogové závislosti ještě další přídatné diagnózy a ty mohou být častým spouštěčem relapsu. V kapitole substituční léčba se o substituci hovoří jako o plnohodnotné formě abstinence. Velká část závislých na opioidech využívá substituční léčbu metadonem nebo buprenorfinem. U dlouhodobé substituční léčby se jedná o předem časově neohrazenou léčbu, je prováděna ambulantně a posouvá splnění konečného cíle, tj. abstinence bez užívání substituční látky na dobu, kdy ji bude pacient schopen objektivně i subjektivně podstoupit. Navíc substituční léčba chrání společnost před chováním drogově závislých jedinců. Jde o terapeutický postup, při kterém je původně užívaný pouliční opioid nahrazen látkou s výhodnějším bezpečnostním profilem. Cílovou skupinou jsou klienti s diagnózou syndromu závislosti na opioidech. Metadon je syntetický opioid, chemicky není odvozen od morfinu. Metadon je látka s mírnějším, ale delším odvykacím syndromem, než jaký mají uživatelé po vysazení heroinu. Metadon má navíc typický biologický poločas 24 – 48 hodin, což je výrazně delší doba, než u heroinu. Nehodí se pro jedince, kteří s drogami experimentují, protože by jim mohl závislost vyvolat.

Další kapitolou, které věnujeme pozornost je relaps, jeho základní principy a prevence relapsu. Prevenci relapsu vnímáme jako cíl práce s klientem nebo jako metodu, která k předcházení relapsu využívá specifický pohled na schopnosti a kompetence závislé

osoby. V rámci tématu relapsu je metadon obecně důležitým aspektem léčby. Metadon nemá euforický ani analgetický efekt, správně stanovená dávka metadonu blokuje narkotický efekt jiných opioidů, nedochází ke zvyšování tolerance, je účinný při orálním užití jednou za den, zmírňuje craving a medicínsky je bezpečný a netoxický. V závěru kapitoly relapsu v metadonové léčbě se zabýváme nejnovějšími výsledky výzkumů v této oblasti.

V první kapitole výzkumné části se zabýváme cíli výzkumu a výzkumnými otázkami. Výzkumným záměrem naší práce bylo zmapovat příčiny a strategie relapsu klientů MST. Prvním cílem bylo zmapovat průběh a příčiny relapsu klientů MST. Druhým cílem bylo prozkoumat strategie zvládnání relapsu. Výzkumná část práce nese kvalitativní design, jako typ výzkumu byly zvoleny případové studie. Ke sběru dat byla využita metoda krátkého anamnestického dotazníku a polostrukturovaného rozhovoru. První okruh otázek polostrukturovaného rozhovoru se týkal příčin relapsu klientů MST, druhý okruh otázek mapoval strategie zvládnání relapsu. Sběr dat probíhal od února 2018 do srpna 2018. Rozhovory probíhaly v MST Vídeňská nebo Bratislavská. Údaje z anamnestického dotazníku byly vygenerovány do tabulek s rozdělením na muže a ženy a data z polostrukturovaných rozhovorů byla zpracována metodou vytváření trsů. Poté byla použita metoda kontrastu a srovnávání. V naší práci jsme dodrželi etické zásady pro sběr dat, které sestávaly z písemného informovaného souhlasu, z dobrovolné účasti respondentů s možností kdykoli z výzkumu odstoupit. Výběr výzkumného souboru probíhal formou prostého záměrného účelového výběru. Podmínkou zařazení do výzkumného souboru bylo, aby všichni respondenti byli v průběhu výzkumu klienty MST. Další podmínkou pro výběr respondentů byl pozitivní test při namátkovém orientačním toxikologickém vyšetření z moči. Kvalitativní části výzkumu se zúčastnilo celkem 16 osob, z toho osm mužů a osm žen. Blíže socio-demografické ukazatele jsou k dispozici v tabulce č. 1 a 2.

V poslední výzkumné části práce struktura výsledkové části odpovídá stanoveným výzkumným otázkám, k oběma výzkumným cílům. Relaps a jeho průběh jsme zkoumali z několika hledisek. Mezi ně patřila četnost relapsu, doba abstinence, druh a způsob užití návykové látky, na kterých klienti relapsují. Ve srovnání s ženami vykazují respondenti muži vyšší četnost relapsu a uvádějí kratší doby abstinence. Většina respondentů relapsuje na heroinu, který užívá intravenózně. Výjimkou není užití více návykových látek

dohromady. V kapitole příčiny relapsu jsou vygenerovány kategorie, které byly shodné pro obě skupiny respondentů. Jsou jimi vztahy, životní styl a emoce, které bývají příčinami relapsu. Podkapitola vztahů se věnuje otázce ztráty blízké osoby, odebrání dětí z péče, problémy v partnerských vztazích, soužití partnerů uživatelů. Podkapitola životní styl se zabývá příčinami relapsu z důvodu rizikových kamarádů, sociálně vyloučené lokality, setkání s dealerem a vliv vyššího finančního obnosu na relaps. Podkapitola emoce jako příčiny relapsu se zabývá vztekem, smutkem, pocitem prázdnoty a sebelítosti, pocitem nudy, emocemi spojenými s injekční aplikací, nájedem a rituálem.

V další kapitole strategie zvládnání relapsu se věnujeme strategiím z oblasti behaviorální a kognitivní. Mezi behaviorální strategie patří práce, péče o děti, volnočasové aktivity a zájmy, vyhýbavé chování, potřeba vnější kontroly, užívání THC. Kognitivní strategie spočívají v myšlenkách na rodinu a děti, ve výčitkách, ve fenoménu silná vůle a dobrém pocitu z překonání chuti na drogu. Poslední kapitola se věnuje roli metadonu při zvládnání relapsu. Hlavní benefit metadonu je klienty vnímán v pokrytí fyzických projevů odvykacího stavu. Méně často je nahlížen jeho přínos jako strategie zvládnání chuti na drogy. Pro mnohé respondenty je závislost stavěna na tělesných abstinčních příznacích a nepřipouští si psychickou závislost. Respondenti bez ohledu na pohlaví uvádějí, že by byli schopni skončit s metadonem hned, ale obávají se, že nebudou schopni zvládat nepříjemné tělesné pocity, spojené s jeho vysazením. Některým respondentům naopak to, že užívají metadon uspokojuje potřebu mít v sobě nějakou drogu a podle jejich slov proto žádnou jinou již nepotřebují užívat. Respondentky ženy si více uvědomují aspekt psychické závislosti, metadon jim psychicky pomáhá pracovat s uvědoměním, že mají v těle drogu. S ukončením léčby MST mají někteří respondenti spojen nástup obrovského pocitu prázdnoty.

V. Seznam použitých zdrojů a literatury

1. Adameček, D., & Radimecký, J. (2015). Terapeutická komunita v adiktologii. In Kalina, K. & kol. *Klinická adiktologie* (446-468). Praha: Grada.
2. Aharonovich, E., Nguyen, H., & Nunes E. (2001). Anger and depressive states among treatment-seeking drug abusers: testing the psychopharmacological specificity hypothesis. *American Journal of Addiction*, 10(4), 327-334. <https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2001.tb00522.x>
3. Achalu, E. D. (nedat.). *A Review of the Two Major Theories and the Research Evidence*. Získáno z http://self-med-hypothesis.tripod.com/id1.html?fbclid=IwAR3jAXIFxBqDa108t8MLDgUpJoW8j3Y4Wki8yOZ6A3XpJ-Yol_3hTtzKYmY.
4. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
5. Annis, H.M., & Davis, C.S. (1988) 'Relapse Prevention'. In R.K. Hester and W.R. Miller (Eds) *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches*. New York: Pergamon Press, Inc.
6. Bém, P. (2003). Složky systému péče v ČR. In K. Kalina et al. (Ed.), *Drogy a drogové závislosti: Mezioborový přístup 2* (154-158). Praha: Úřad vlády České republiky.
7. Broža, J. (2003a). Různé pohledy na osobnost klienta a léčbu. *Adiktologie (supplementum)* 3(2), 30-33.
8. Broža, J. (2003b). Děti a mladiství. In K. Kalina et al. (Ed.), *Drogy a drogové závislosti: Mezioborový přístup 2* (232-238). Praha: Úřad vlády České republiky.
9. Clark, C. B., Hendricks, P. S., Lane, P. S., Trent, L., & Cropsey, K. I. (2014). Methadone maintenance treatment may improve completion rates and delay opioid relapse for opioid dependent individuals under community corrections supervision [Online]. *Addictive Behaviors*, 39(12), 1736-1740. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.07.011>
10. Čtrnáctá, Š. (2015). Rodinná terapie a práce s blízkými. In Kalina, K. & kol. *Klinická adiktologie* (492-509). Praha: Grada.
11. Dole, V. P., & Nyswander, D. E. (1967). Heroin addiction – a Metabolic disease. In *Arch Intern Med*, 120, 19-24.

12. Dvořáček, J. (2003c). Zvládání akutní intoxikace – speciální postupy u jednotlivých návykových látek. In K. Kalina et al. (Ed.), *Drogy a drogové závislosti: Mezioborový přístup 1* (297-303). Praha: Úřad vlády České republiky.
13. Fišerová, M. (2003). Neurobiologie závislostí. In K. Kalina et al. (Ed.), *Drogy a drogové závislosti: Mezioborový přístup 1* (114-118). Praha: Úřad vlády České republiky.
14. Foltová, L. (2012). Rodiče, nebo kamarádi? Aneb kdo má větší vliv na chování adolescenta?. *Adiktologie* (12)4, 324-333.
15. Hajný, M. (2015). Psychologické, vývojové a rodinné faktory vzniku a udržování závislosti. In Kalina, K. & kol. *Klinická adiktologie* (172-187). Praha: Grada.
16. Häkkinen, M., Launiainen, T., Vuori, E., & Ojanperä, I. (2012). Benzodiazepines and alcohol are associated with cases of fatal buprenorphine poisoning. *European Journal of Clinical Pharmacology* 68(3), 301-309.
17. Horyna, B., & Pavlincová, H. (2003). *Judaismus, křesťanství, islám*. Olomouc: Nakladatelství Olomouc.
18. Howard, J., & Zibert, E. (1990). Curious, bored and wanting to feel good: the drug use of detained young offenders. *Drug and Alcohol Review*, 9, 225-231. doi: [10.1080/09595239000185291](https://doi.org/10.1080/09595239000185291)
19. Husa, P., & Husa, P. (2016). Bezinterferonová léčba hepatitidy C. *Interní medicína pro praxi* 18(5), 226-230.
20. Hser, Y. (2007). Predicting Long-Term Stable Recovery from Heroin Addiction. *Journal of Addictive Diseases*, 26 (1), 51-60. doi:10.1300/J069v26n01_07
21. Kadam, M., Sinha, A., Nimkar, S., Matcheswalla, Y., & De Sousa, A. (2017). A comparative study of factors associated with relapse in alcohol dependence and opioid dependence. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 39(5), 627-633. doi: 10.4103/IJPSYM.IJPSYM_356_17.
22. Kalina, K. & kol. (2003b). *Drogy a drogové závislosti 2*. Mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády.
23. Kalina, K. (2003c). Faktory významné pro účinnost léčby a změnu klienta. In Kalina, K. & kol. *Drogy a drogové závislosti 2* (97-102). Mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády.

24. Kalina, K. (2003d). Rozšiřování terapeutických možností. In Kalina, K. & kol. *Drogy a drogové závislosti 2* (97-102). Mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády.
25. Kalina, K. a kol. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada.
26. Kalina, K. (2015b). Kognitivně-behaviorální přístupy. In Kalina, K. a kol. *Klinická adiktologie* (408-417). Praha: Grada.
27. Kelly, S. M., O'Grady, K., Gryczynski, J., Mitchell, S. G., Kirk, A., Schwartz, R. P. (2015). The relationship between risky substance use and friends' use of nicotine, alcohol, and other drugs in an adolescent sample. *Drug and Alcohol Dependence*, 156, 107. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.07.296>
28. Khantzian, E. J. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *The american journal of psychiatry*, 142(11), 1259-1264.
29. Kmoch, V. (2014). Intoxikace nealkoholovými látkami a odvykáací stavy. In Papežová, H. & kol. *Naléhavé stavy v psychiatrii* (462-472). Praha: Maxdorf Jessenius.
30. Kuda, A. (2003). Relaps a prevence relapsu. In K. Kalina et al. (Ed.), *Drogy a drogové závislosti: Mezioborový přístup 2* (117-124). Praha: Úřad vlády České republiky.
31. Kudrle, S. (2003b). Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. In K. Kalina et al. (Ed.), *Drogy a drogové závislosti: Mezioborový přístup 1* (91-95). Praha: Úřad vlády České republiky.
32. Li, L., Lin, Ch., Wan, D., Zhang, L., & Lai, W. (2012). Concurrent heroin use among methadone maintenance clients in China. *Addictive Behaviors*, 37, 264–268. doi: 10.1016/j.addbeh.2011.11.004
33. Lintzeris, Nicholas (2008). Future challenges for heroin and other opioid substitution treatment. *Addiction*, (103)6, 967-968. doi: 10.1111/j.1360-0443.2008.02260.x
34. Marlatt, G. A. and Gordon, J. R. (1985) *Relapse prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviours*. New York: Guilford Press.
35. McKernan, L. C., Nash, M. R., Gottdiener, W. H., Anderson, S. E., Lambert, W. E., & Carr, E. R. (2015). Further Evidence of Self-Medication: Personality Factors

- Influencing Drug Choice in Substance Use Disorders. *Psychodynamic Psychiatry*, 43 (2), 243–276. doi: 10.1521/pdps.2015.43.2.243
36. Miller, W. R., & Rollnick, S. (2003). *Motivační rozhovory*. Tišnov: Scan.
37. Millerová, G. (2011). *Adiktologické poradenství*. Praha: Galén.
38. Minařík, J. (2003). Opioidy a opiáty. In K. Kalina et al. (Ed.), *Drogy a drogové závislosti: Mezioborový přístup 1* (159-163). Praha: Úřad vlády České republiky.
39. Minařík, J., & Kmoch, V. (2015). Přehled psychotropních látek a jejich účinků. In: Kalina, K. & kol. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada.
40. Minařík, J., & Řehák, V. (2015). Somatické komplikace a komorbidita. In Kalina, K. & kol. *Klinická adiktologie* (232-246). Praha: Grada.
41. Miovský, M. (2003). Problémy mezioborového přístupu k léčbě závislostí. In K. Kalina et al. (Ed.), *Drogy a drogové závislosti: Mezioborový přístup 2* (15-19). Praha: Úřad vlády České republiky.
42. Miovský, M., & Bartošíková, I. (2003). Možnosti a meze psychoterapie v léčbě závislosti. In K. Kalina et al. (Ed.), *Drogy a drogové závislosti: Mezioborový přístup 2* (25-29). Praha: Úřad vlády České republiky.
43. Miovský, M. (2006). Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada.
44. MKN-10 (2009). *Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize*. Praha: Bomton Agency.
45. Naji, L., Dennis, D. B., Bawor, M., Plater, C., Pare, G., Worster, A., Varenbut, M., ... Samaan, Z. (2016) A Prospective Study to Investigate Predictors of Relapse among Patients with Opioid Use Disorder Treated with Methadon. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 10, 9–18. doi: 10.4137/SART.S37030.
46. Nakken, C. (1996). *The addictive personality*. Minnesota: Hazelden.
47. Nerad, J. M., & Ouštěcká-Nerad, L. A. B. (2012). Podávání heroínu na lékařský předpis v Nizozemsku - začátky. *Alkoholismus A Drogové Závislosti*, 47(4), 239-258.
48. Nešpor, K. (2012). Bažení (craving): Kombinovaná obrana je nejefektivnější. *Alkoholismus a drogové závislosti (protialkoholický obzor)*, 47(4), 205 – 213.
49. Novotný, V., & Valúch, J. (2005). Úmrtia s pozitívnym nálezom metadónu. *Alkoholismus A Drogové Závislosti*, 40(3), 139-148.

50. Mravčík a kol. [NMS] (2018). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2017*. Praha: Úřad vlády České republiky.
51. Nešpor, K. (2003a). Odvykací syndrom a craving – Klinické a behaviorální aspekty. In K. Kalina et al. (Ed.), *Drogy a drogové závislosti: Mezioborový přístup 1* (119-123). Praha: Úřad vlády České republiky.
52. Nešpor, K., & Csémy, L. (2006). Zneužívání buprenorfinu se stává v České republice problémem. *Časopis lékařů českých*, 145(1), 59-60. Získáno 10. ledna 2019 z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2006-1/download?hl=cs>
53. Nešpor, K. (2007). *Návykové chování a závislost. Současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál.
54. Parrino M. H. (1993). *State methadone treatment guidelines*. U.S. Department of Health and Human Services, DHHS Publication No. 93. Maryland: Rockville.
55. Pavlovská, A. (2015). Prevence a zvládnání relapsu. In Kalina, K. & kol. *Klinická adiktologie* (480-491). Praha: Grada.
56. Pavlovská, A., & Minařík, J. (2015). Substituční léčba závislosti. In Kalina, K. & kol. *Klinická adiktologie* (378-391). Praha: Grada.
57. Pates, R. (2001). A case of needle fixation. *Journal of Substance Use*, 6(3), 202-206. doi: 10.1080/14659890152558705
58. Popov, P. (2003). Programy metadonové a jiné substituce. In K. Kalina et al. (Ed.), *Drogy a drogové závislosti: Mezioborový přístup 2* (221-226). Praha: Úřad vlády České republiky.
59. Popov, P., Zábranský, T. & kol. (2008). *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky. Kapitola 5: Standard substituční léčby*. Praha: MZ ČR. Získáno z http://www.substitutni-lecba.cz/dokumenty/standard_sl.pdf
60. Powell, J., Sharon, D., Richards, D., Gossop, M., Marks, I., Strang, J., & Gray, J. (1993). Can opiate addicts tell us about their relapse risk? Subjective predictors of clinical prognosis. *Addictive Behavior*, 18, 473 – 490.
61. Praško, J. et al. (2009). *Poruchy osobnosti*. Praha: Portál.
62. Presl, J. (1987). *Drogová závislost*. Praha: Ústav zdravotní výchovy.
63. Preston, A. (1999). *Drogy na předpis II. Vše o metadonu*. Olomouc: Votobia.
64. Raboch, J., Pavlovský, P., & kol. (2012). *Psychiatrie*. Praha: Karolinum.

65. Riesel, P. (2012). Co mají vědět rodiče a partneři a další příbuzní pacientů o léčbě a doléčování nemocných trpících drogovou závislostí. *Adiktologie*, (12)4, 350-356.
66. Rokyta, R. (2009). Mechanismy účinku opioidů. In Kozák, J. & kol. *Opioidy v léčbě bolesti* (11-25). Praha: Mladá fronta.
67. Řičan, P., Krejčířová, D., & kol. (2006). *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada.
68. Sansone, R. A., Whitecar, P., & Wiederman, M. W. (2008). The prevalence of borderline personality among buprenorphine patients. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 38 (2), 217-226. doi: 10.2190/PM.38.2.h
69. Saxon, A.J., Calsyn, D.A., Greenberg, D., Blaes, P., Haver, V.M., Stanton, V., 1993. Urine screening for marijuana among methadone-maintained patients. *Am. J. Addict.* 2, 207–211.
70. Společnost Podané ruce [SPR] (2017). *Výroční zpráva Společnosti Podané ruce 2017*. Získáno z: http://aktualne.podaneruce.cz/wp-content/uploads/2018/07/Vy%CC%81roc%CC%8Cni%CC%81-zpra%CC%81va-2017_Spolec%CC%8Cnost-Podane%CC%81-ruce.pdf
71. Šlamberová, R. (2003) Užívání opiátů během těhotenství vyvolává dlouhodobé změny u vyvíjejícího se organismu. *Adiktologie*, 3(2), 50-59.
72. Šustková, M. (2015a). Genetické dispozice k drogovým závislostem a epigenetika. In Kalina, K. & kol. *Klinická adiktologie* (129-136). Praha: Grada.
73. Šustková, M. (2015b). Neurobiologie závislosti. In Kalina, K. & kol. *Klinická adiktologie* (140-167). Praha: Grada.
74. Turton, S., Lingford-Hughes, A. (2016). Neurobiology and principles of addiction and tolerance. *Medicine*, 44 (12), 693-696. doi: 10.1016/j.mpmed.2016.09.007
75. Vágnerová (2014). *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
76. Verster, A., & Bunning, E. (2007). *Buprenorfin*. Praha: Úřad vlády České republiky.
77. Višňovský, P. (2008). Substituční léčba opiátové závislosti. *Praktické lékařství* 4(3), 108-112.
78. Vondráčková, P. (2015). Adiktologické poradenství. In Kalina, K. & kol. *Klinická adiktologie* (301-312). Praha: Grada.
79. Wanigaratne S. (1990). *Relaps Prevention – Manual for Therapists*. London: Blackwell Science.

80. Wasserman, D. A., Weinstein, M. G., Havassy, B. E., & Hall, S. M. (1998). Factors associated with lapses to heroin use during methadone maintenance. *Drug and Alcohol Dependence* 52, 183–192. doi: 10.1016/s0376-8716(98)00092-1
81. West, R. (2016). *Modely závislosti*. Praha: Úřad vlády.
82. Zeman, P., Trávníčková, I., Štefunková, M. (2012). Znalosti, názory a postoje občanů v oblasti drogové problematiky. *Adiktologie*, (12)4, 302-310.
83. Zima, T. (2015). Biochemie závislostí. In Kalina, K. & kol. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada.

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Příčiny a strategie zvládnání relapsu klientů metadonové substituční terapie

Autorka práce: Bc. Eva Nešutová

Vedoucí práce: [PhDr. Eva Maierová, Ph.D.](#)

Počet stran a znaků: 100, 187572

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 83

Abstrakt: Cílem práce je zmapovat průběh a příčiny relapsu klientů metadonové substituční terapie. Dalším cílem bylo prozkoumat strategie zvládnání relapsu těchto klientů. Výzkum byl realizován v kvalitativním designu a jako typ výzkumu byla použita případová studie. Data byla získávána pomocí polostrukturovaných rozhovorů, k analýze dat byla využita metoda trsů. Průběh relapsu u jednotlivých respondentů byl různý, lišil se v četnosti relapsů, době abstinence při MST a druhu návykové látky a způsobu jejího užití. Příčiny relapsu jsou kumulací několika faktorů. Mezi hlavní příčiny relapsu patří vztahové problémy, životní styl respondentů, zvládnání emocí a nízká dávka metadonu. K základním strategiím zvládnání relapsu patří behaviorální a kognitivní strategie. Další strategií zvládnání relapsu je metadon. Hlavní benefit metadonu je vnímán v pokrytí fyzických projevů odvykacího stavu. Méně častěji je nahlížen jeho přínos jako strategie zvládnání chutí na drogy.

Klíčová slova: metadon, relaps, opioidy

ABSTRACT OF THESIS

Title: Causes and relapse coping strategies for clients of methadone substitution therapy

Author: Bc. Eva Nešutová

Supervisor: [PhDr. Eva Maierová, Ph.D.](#)

Number of pages and characters: 100, 187572

Number of appendices: 4

Number of references: 83

Abstract: The goal of this thesis was chart the process and causes of relapse of methadone substitution therapy clients. Another goal was explore the strategies of relapse coping for these clients. The research was realized in qualitative design and the case study was used as a type of research. Data were collected by using of semi-structured interviews and clustering method was used for data analysis. The course of relapse was different for the individual respondents. The differences were found in relapse frequency, abstinence time during methadone substitution therapy, the type of addictive substance and how it is used. The causes of relapse are the accumulation of several factors. Between the main causes belong relationship problems, respondents lifestyle, emotions coping and low level of methadone. The basic strategies for relapse coping are behavioural and cognitive strategies. Another strategy is methadone. The main benefit of methadone is in coverage of physical signs of withdrawal. On the other hand its weakness is in suppressing appetite for drugs.

Key words: methadone, relapse, opioids

Příloha č. 1 Informovaný souhlas

Informovaný souhlas

Žádám Vás o souhlas s poskytováním výzkumného materiálu pro výzkumný projekt ve formě audio nahrávky rozhovoru. Informovaný souhlas se týká diplomové práce na téma: „*Příčiny a zvládnání relapsu u klientů metadonové substituce.*“

Vzhledem k citlivosti zkoumané problematiky je náležitá pozornost věnována etickým otázkám a zajištění bezpečí informantů. Důraz je kladen na:

- (1) Anonymitu respondentů – v prepisech rozhovorů budou odstraněny jakékoli údaje, které by vás mohli identifikovat.**
- (2) Mlčenlivost ve vztahu k osobním údajům o respondentech (s tím, že s výzkumným materiálem budu pracovat výhradně já).**
- (3) Jako respondent/ka máte právo kdykoli odstoupit od výzkumné aktivity.**

Děkuji za pozornost věnovanou těmto informacím a žádám Vás tímto o poskytnutí souhlasu s Vaší účastí ve výzkumu.

Bc. et Bc. Eva Nešutová

Podpis:

Podle zákona 101/2000 sbírky o ochraně osobních údajů ve znění pozdějších předpisů uděluji souhlas s účastí v uvedeném výzkumném projektu a s poskytnutím výzkumného materiálu.

V dne Podpis:

Příloha č. 2 Anamnestický dotazník

Klient	M/Ž č.
MST	
Věk	
Vzdělání	
Rodinný stav	
Partner uživatel	
Počet dětí	
Zaměstnání	
Bydlení	
SVL	
Délka drog. kariéry (v letech)	
Doba v MST (v měsících)	
První léčba v MST	
Intravenózní aplikace	
HCV	
Dávka metadonu v mg	
Datum sběru dat	

Příloha č. 3 Otázky k polostrukturovanému rozhovoru

Otázky „Příčiny a strategie zvládnání relapsu u klientů MST“ Respondent M/Ž č.

I.

- 1) Stalo se Vám někdy, že jste relapsoval/a, když jste byl/a v metadonové substituční terapii? Jak často se vám stává, že porušíte abstinenci?
- 2) Jak dlouho jste byl/a nejdéle čistá/ý, když jste byl/a v metadonové substituční terapii?
- 3) Kdy naposledy jste si dal/a nějakou drogu? Co to bylo?
- 4) Jakým způsobem jste drogu užil/a?
- 5) Co se předtím stalo, že jste si dal drogu? Co tomu předcházelo? Popište mi to.
- 6) Jak často míváte myšlenky/chutě porušit abstinenci?
- 7) Jaké myšlenky Vás napadají? Co cítíte?
- 8) Co se stane, že začnete myslet na drogy? Popište mi takovou typickou situaci, při které vás napadne, že byste si mohl/a dát.

II.

- 1) Co se potom stane, když si drogu dáte?
- 2) Jaké očekávání máte od toho, že si drogu dáte?
- 3) Co relaps pro Vás znamená?
- 4) Co uděláte pro to, aby to byl jen relaps a nezačal/a jste brát opět pravidelně?
- 5) Jak Vám v tom pomáhá metadon?
- 6) Uvažujete o skončení s léčbou metadonem?
- 7) Máte pocit, že zde o chutích na drogy třeba se svým garantem můžete mluvit? Případně proč ne a co by se mohlo změnit?
- 8) Jak pracujete s chutěmi na drogy? Co funguje?
- 9) S čím jsou ty chutě na drogy spojeny (s lidmi, místy, se stresem, nějakými emocemi)?
- 10) Vzpomeňte si na chvíli, kdy chuť na drogu překonáte. Popište mi to. Jaký to je pocit? Dá se něco z toho použít i při příští chuti?
- 11) Jak jste připraven/a na další relaps? Máte nějakou strategii, jak tomu v budoucnu zabránit?

Příloha č. 4 Ukázka části rozhovoru s respondentem

9) Vzpomeňte si na chvíli, kdy chuť na drogu překonáte. Popište mi to. Jaký to je pocit?

Dá se něco z toho použít i při příští chuti?

Jako je to dobrý pocit, někdy se tak zaměstnám, že potom i zapomenu, proč jsem to vlastně začal dělat.

Cítíte nějaký pocit, když to překonáte?

Jo, nějakou hrdost asi. Jenže zároveň takový otazník někde vzadu, jak to dopadne příště. Člověk si nikdy nemůže být jistý a říct, že už nikdy, to mám za sebou. Furt je to dost krátká doba, co neberu.

Dá se třeba vzpomenout na ten pocit hrdosti při příštím pokušení a nějak s ním pracovat?

To záleží na strašně moc věcech. To se fakt asi nedá říct.

Tak dá se říct, že jste nějak připraven na další relaps?

Tak vím, že se musím zaměstnat a přestat myslet na blbosti, ale víc nevím, jak se na to připravit. Člověk nikdy nemůže vědět, co přijde. Jaký problém třeba a jak ho vyřeší.

Ale říkáte, že s každým dalším dnem se cítíte silněji.

Jo, to určitě. I na okolí to vidím, jako věřit mi nebudou už nikdy to jako vím, ale i to mi dost pomáhá. Že vidí že funguju, chodím do práce a snažím se.

Takže rodina je pro vás nějaká motivace, jak slyším.

No určitě. Jako vím, že mi nebudou asi věřit nikdy už úplně, ale určitě taky vidí, že dělám pokroky. Nechci to zas posrat. Ta důvěra je pro mě hodně. I to, že už u sebe můžu nosit peníze a nebát se ani já ani ostatní.