

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

**STRATEGIE ZVLÁDÁNÍ STRESU A VNÍMANÁ  
OSOBNÍ ÚČINNOST ABSTINENCE U ZÁVISLÝCH  
KLIENTŮ DOLÉČOVACÍCH PROGRAMŮ**

Stress coping strategies and abstinence self-efficacy among clients of  
drug addiction aftercare programs



**Bakalářská diplomová práce**

Autor práce: Mgr. Michal Slivka

Vedoucí práce: PhDr. Eva Maierová, PhD.

Olomouc

**2017**

## **Prohlášení**

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma: *Strategie zvládnutí stresu a vnímaná osobní účinnost abstinence u závislých klientů doléčovacích programů* vypracoval samostatně pod odborným dohledem vedoucí diplomové práce a uvedl jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Plzni, dne 30.3.2017

Podpis .....

## **Poděkování**

Děkuji všem respondentům výzkumu – obyčejným lidem s neobyčejnými osudy – za jejich čas a ochotu sdílet se mnou část vlastní životní zkušenosti, a také pracovníkům doléčovacích programů, kteří s ochotou zprostředkovali kontakt s klienty zařízení a umožnili tak můj výzkum.

Děkuji však zejména PhDr. Evě Maierové, Ph.D. za její ochotu poskytnout mi odborné vedení a hodnotné připomínky v průběhu výzkumného procesu i psaní textu.

## Obsah

<b>1</b>	<b>ÚVOD .....</b>	<b>6</b>
<b>2</b>	<b>TEORIE ZÁVISLOSTNÍHO JEDNÁNÍ.....</b>	<b>7</b>
	2.1 Vymezení problému závislosti .....	7
	2.2 Vznik a léčba závislosti .....	8
	2.3 Specifika závislosti na pervitinu .....	12
	2.4 Prevence relapsu .....	13
	2.5 Úloha následné péče v systému adiktologických služeb .....	14
	2.6 Chráněné bydlení .....	15
<b>3</b>	<b>TEORIE STRESU .....</b>	<b>16</b>
	3.1 Klasické přístupy ke zkoumání stresu .....	16
	3.2 Lazarusův transakcionistický model.....	18
	3.3 Další konceptualizace stresu .....	19
	3.4 Stresory .....	20
	3.5 Salutoprotektivní faktory .....	21
	3.6 Strategie zvládání stresu.....	22
	3.7 Role osobnosti a dalších faktorů na zvládání stresu .....	24
	3.8 „Zvládání“ a jiné příbuzné pojmy.....	25
	3.9 Zvládání a závislost.....	26
<b>4</b>	<b>KONSTRUKT OSOBNÍ ÚČINNOSTI.....</b>	<b>28</b>

4.1	Původ a význam pojmu .....	28
4.2	Sociálně kognitivní teorie A. Bandury .....	29
4.3	Osobní účinnost v kontextu závislosti .....	30
4.4	Využitelnost konstruktů osobní účinnosti v praxi .....	31
4.5	Výzkum zvládnání stresu u závislých.....	32
4.6	Shrnutí.....	32
<b>5</b>	<b>CÍLE VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....</b>	<b>34</b>
5.1	Cíle výzkumu .....	34
5.2	Výzkumné otázky .....	35
<b>6</b>	<b>METODOLOGIE VÝZKUMU.....</b>	<b>36</b>
6.1	Metody tvorby dat.....	36
6.2	Průběh sběru dat.....	39
6.3	Etické aspekty výzkumu .....	40
6.4	Metody analýzy dat.....	41
6.5	Design výzkumu .....	42
<b>7</b>	<b>VÝBĚROVÝ SOUBOR .....</b>	<b>43</b>
7.1	Charakteristiky souboru .....	43
<b>8</b>	<b>VÝSLEDKY .....</b>	<b>46</b>
8.1	Výzkumný cíl 1: Analýza výsledků .....	46
8.1.1	Stresové zátěže po příchodu do chráněného bydlení.....	46

8.1.2	Cíle a aspirace respondentů .....	48
8.1.3	Projevy stresu a způsoby zvládání.....	49
8.1.4	Reflektivita ve vztahu ke zvládání stresu .....	53
8.1.5	Posilování k pocitu pohody .....	53
<b>8.2</b>	<b>Výzkumný cíl 1: Shrnutí.....</b>	<b>54</b>
<b>8.3</b>	<b>Výzkumný cíl 2: Analýza výsledků .....</b>	<b>55</b>
8.3.1	A. – druhé setkání .....	55
8.3.2	B. – druhé setkání .....	56
8.3.3	E. – druhé setkání .....	57
8.3.4	I. – druhé setkání .....	59
8.3.5	K. – druhé setkání.....	60
8.3.6	Respondenti po sedmi měsících: dosažené cíle.....	61
8.3.7	Vývoj strategií zacházení se stresem.....	62
8.3.8	Zkušenost partnerského vztahu .....	63
<b>8.4</b>	<b>Výzkumný cíl 2: shrnutí .....</b>	<b>63</b>
<b>8.5</b>	<b>Výzkumný cíl 3: Analýza osobní účinnosti.....</b>	<b>64</b>
8.5.1	Osobní účinnost abstinence při prvním setkání.....	64
8.5.2	Vývoj osobní účinnosti abstinence po šesti měsících .....	64
8.5.3	Osobní účinnost a riziko relapsu po šesti měsících.....	65
8.5.4	Zkušenost lapsu .....	67
<b>8.6</b>	<b>Výzkumný cíl 3: shrnutí .....</b>	<b>68</b>
<b>9</b>	<b>DISKUZE .....</b>	<b>69</b>
<b>10</b>	<b>ZÁVĚRY .....</b>	<b>72</b>
	<b>SOUHRN.....</b>	<b>73</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ .....</b>	<b>76</b>

<b>10.1</b>	<b>Absolventské práce .....</b>	<b>83</b>
	<b>PŘÍLOHY .....</b>	<b>84</b>

# 1 ÚVOD

Tento text vznikl jako příspěvek k tématu problematiky procesu zotavení ze závislosti, která je pojímána jako obtížně léčitelný komplex navracejících se symptomů a jako chronické onemocnění. Závislí lidé v různých fázích nemoci hledají způsoby, jak se vyrovnat se zátěžovými situacemi a jsou nuceni osvojovat si nové – nepatologické – způsoby řešení prožívané zátěže. Toto hledání představuje neobyčejný a napínavý proces. Cesta ze závislosti často může začínat v momentě prvního kontaktu s nízkoprahovými službami, pokračovat v léčbě a nekončí ani poté, co se za klientem zavřou brány institucí.

Fokus textu je namířen na klienty abstinující po ukončené léčbě a nadále využívající pobytových služeb doléčovacích programů. Data praktické části jsou konstruována na podkladu kontaktu s jedenácti uživateli pervitinu, abstinujícími se kterými jsem se setkal na počátku jejich pobytu v chráněném bydlení. S pomocí interview a inventáře SVF 78 bylo provedeno mapování vzorců zacházení se stresovými situacemi s cílem zachytit jejich vývoj a proměnu. S některými klienty se podařilo provést rozhovor a zhodnotit proměnu zvládání zátěže i po sedmi měsících poté, co kdy svůj doléčovací proces již ukončili. Zaměřil jsem se také na míru osobní účinnosti schopnosti udržení abstinence a zkoumal její vztah k budoucímu relapsu.

## 2 TEORIE ZÁVISLOSTNÍHO JEDNÁNÍ

Kapitola stručně vymezuje problematiku látkové závislosti, uvádím zde však také přehled dalších významných souvisejících pojmů, které jsou užívány v léčebné praxi a doléčování závislých. Názorů na etiologii syndromu závislosti je celá řada, proto zde jsou uvedeny jen ty nejvýznamnější. Prostor je věnován stručnému vymezení některých přístupů k léčbě, zejména pak roli bio-psycho-socio-spirituální modelu, který je nejvýznamnější konceptualizací v našem prostředí, a trans-teoretického (kruhového) modelu chápání závislosti. S ohledem na výzkumné zaměření této práce věnuji prostor základní orientaci v závislosti na stimulantech a základnímu vymezení úlohy následné péče a její role v léčebném systému.

### 2.1 Vymezení problému závislosti

Plzeňský psychiatr S. Kudrle definuje závislost jako „*chronickou a progredující poruchu, která vzniká na pozadí přirozené touhy člověka po změně prožívání*“ (Kudrle, 2003, 107). Přirozená touha po příjemnějších prožitcích, ať už s cílem zintenzivnit pozitivní prožívání jako radost či euforii, nebo s cílem vyhnout se nepříjemným psychickým stavům, je nejspíš podstatou každého závislostního jednání. Prožívání lze měnit pomocí rozličných látek i činností jako je alkohol, drogy, jídlo, hazard, práce, internet nebo sex. K rozvoji závislosti dochází prostřednictvím nárůstu touhy po takovém náhradním uspokojení, které ale postupem času nabývá nejprve limitující, posléze destruktivní povahy. Kudrle v souvislosti se závislostí hovoří o dychtění, nutkavém lpění, vazbě na nějaký způsob uspokojení pomocí vnějšího zdroje, a nakonec o nevědomé záměně změněného prožívání za změnu reality samotné. O patologii hovoříme ve chvíli, kdy člověk ztrácí kontrolu nad nutkavým chováním a uplatňuje nadále vzorce jednání, které vnášejí do jeho života negativní důsledky. „*Závislost je pak vyústěním abusu, který se stal výlučnou a dominantní činností, jež má zajistit pocit uspokojení*“ (Kudrle, 2003, 107).

Robert West (2016) na základě rozboru různých soudobých definic závislosti shrnuje, že závislost je

„*Opakovaná silná motivace k úmyslnému chování postrádajícímu jakýkoli význam z hlediska přežití, získaná na základě praktikování takového chování s výrazným potenciálem pro nezamýšlenou újmu*“ (West, 2016, 22)



Podle MKN-10 (WHO, 2008) charakterizuje látkovou závislost skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů seskupených okolo užívání látky nebo třídy látek, které mají pro daného jedince vyšší prioritu než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Přemáhající touha po užívané látce je přitom centrálním symptomem.

Vedle termínu závislost se v této a následující kapitole textu objevují některé související pojmy, jejichž význam nejprve stručně uvedu. *Abstinencí* je označován stav zdržování se návykové látky. Jako *remise* je označováno alespoň šestiměsíční vysazení návykové látky (i jiných látek, které by mohly požadovaný stav snadno nahradit). *Lapsem* se rozumí jednorázové a izolované užití drogy, které nevede k rozvoji závislosti, *relapsem* se míní vícenásobné užití, které vede k rozvoji některých symptomů. Jako *recidiva* je označována situace, kdy se závislý vrací do situace původní ztráty kontroly nad svým jednáním a opětovnému rozvoji syndromu (Kalina a kol., 2008). Konečně jako *úzdava* je v adiktologii široce označován proces změny směrem k lepšímu zdraví a kvalitě života, kdy člověk žije v místě své volby a může plně rozvíjet svůj potenciál (SAMHSA, 2012; Radimecký, 2015).

## 2.2 Vznik a léčba závislosti

Etiologie vzniku závislosti není jednoznačná. Máme k dispozici více teorií, které v praxi vedou k rozličným léčebným postojům vůči závislým – ať už jako pacientům, nebo klientům sociálních služeb. Uvedme ty nejvýznamnější.

West (2016) v rámci klasifikace modelů závislosti rozlišuje mezi modely vysvětlující fenomén závislosti na úrovni populace (teorie sociálních sítí, ekonomické modely, marketingové teorie, modely organizačních systémů) a modely, které hledají příčiny na úrovni jednotlivce (teorie automatických procesů, teorie reflexivní volby, teorie usilování o dosažení určitého cíle, integrativní teorie, teorie procesu změny a biologické teorie). Populační modely chápou závislost jako výsledek interakcí různých parametrů na úrovni sociálních sítí nebo populací a za použití statistických metod mohou mnohé vysvětlit. Z hlediska způsobu zkoumání v tomto textu však mají větší význam teorie na úrovni jednotlivce, z nichž některé zde (dle Westa, 2016) uvedu.

*Teorie vztahující se k učení* chápou závislost jako naučené chování. Jde o přístupy, které často vycházejí ze zkoumání reakcí zvířat na podněty, pozorování vlivů klasického nebo operantního podmiňování, během kterého dochází ke zpevnění reakcí určitého typu. Předpokládá se, že se člověk vlivem svých zkušeností a následného chování uvrhuje do

různých motivačních stavů, které nejsou uvědomované, tj. nejsou výsledkem reflexe nebo analytické úvahy. Závislost je pak výsledkem vystavení výrazné odměně, která se může zvyšovat, je-li jí člověk vystaven (West, 2016).

*Teorie reflexivní volby* upozorňují na to, že závislostní chování je volbou závislých. Rozhodovací procesy jsou buďto pod vlivem zkreslení a závislý se proto rozhoduje špatně (teorie neobjektivní volby), nebo je závislost výsledkem vyhodnocovacích mechanismů, které upřednostňují pozitiva plynoucí ze závislého jednání (teorie „racionální“ volby), (West, 2016).

Mezi nejrozšířenější patří skupina teorií, které West zařazuje jako teorie usilování o dosažení určitého cíle. Jde např. o *teorii pozitivní odměny*, podle které je závislost výsledkem touhy dosáhnout libých pocitů a vyhnout se nelibosti. Další teorií z této skupiny je *teorie získané potřeby*. Závislost je zde výsledkem návyku (fyziologické adaptace) na účinky drogy, kterou původně člověk užíval pro její pozitivní účinky (West, 2016).

Další z této skupiny teorií je *teorie preexistující potřeby*. Užívání drog bývá v tomto smyslu chápáno jako jistého druhu samoléčba vnitřních potíží a stavů, se kterými se daný jedinec potřebuje vyrovnat (tzv. *automedikační teorie*). Závislost může být pak považována za výsledek této „sebe-medikace“. Toto pojetí závislosti začali někteří autoři rozvíjet na základě zjištění, že na počátku alkoholové závislosti stála často snaha snížit napětí, úzkost, depresi nebo se vyrovnat s jinými psychickými stavy (např. Jellinek, 1960; Kolb, 1927). *Teorie citové vazby* hovoří o neúspěšném pokusu o opravu sebe sama, který má na jedné straně původ ve vývojových problémech, na straně druhé však vede k fyzické závislosti a narušení psychologických struktur (West, 2016).

Užívání drog tedy může být samoléčbou, přesto se však závislost u někoho rozvine a u někoho ne. *Modely biologické predispozice* k onemocnění se opírají o předpoklad, že závislost se rozvíjí na základě vrozených biologických odlišností a je latentně přítomna již od narození. Podle myšlenky genetického determinismu se závislost může rozvinout bez ohledu na vlivy prostředí – závislost byla tedy považována za záležitost genů (Rotgers, 1999). Tato myšlenka měla svou sílu v období 80.let, ale postupně ji ztrácela ve prospěch připuštění jistého vlivu prostředí, jako je tomu v *modelu kombinované genetické determinace*. V tomto modelu dochází k interakci mezi dědičnými faktory

(geny) a vlivy prostředí.<sup>1</sup> Jedinec může například disponovat od narození sníženou hladinou enzymů, které regulují membránové neuro-modulátorové procesy v mozku a způsobovat tím nerovnováhu. Abnormální fungování mozkových struktur v kombinaci např. s pitím alkoholu pak může podle těchto hypotéz vést k rozvoji alkoholismu (Rotgers, 1999). Mozek ale nemusí fungovat „abnormálně“. Predispozicemi k rozvoji závislosti mohou být individuální rozdíly ve struktuře nervových drah – impulzivita, sklony k depresi, schopnost reagovat na stres nebo úzkostnost (West, 2016), tedy vlastnosti osobnosti, které se mohou stát limitujícími nejspíše právě v interakci s problematickým prostředím. O vrozené, geneticky podmíněné determinanty závislosti se opírá tzv. *biomedicínský model léčby závislosti*. Ten vnímá závislost jako nevyléčitelnou progredující poruchu. Závislý podle těchto předpokladů může abstinovat, ale nemůže být nikdy zdrav (Kalina, 2003). West (2016) tento model zařazuje mezi tzv. *teorie pudů*. Ty obecně řečeno předpokládají, že závislost je výsledkem automatických procesů v mozku, které energetizují a řídí chování s cílem udržet homeostatickou rovnováhu. V podstatě opakem těchto teorií jsou *teorie inhibiční disfunkce*, které předpokládají, že neurobiologickým základem je „porucha kontroly“, tj. porucha mechanismů zodpovědných za inhibici silných motivačních sil (West, 2016).

Vznik a rozvoj závislosti lze jak vidno nahlížet z mnoha jiných úhlů a pozic. Nepřekvapí, že jednou z perspektiv je pohled psychoterapeutických škol. Uvedme ty nejvýznamnější:

Spirituální přístup, jak může být nazýván např. léčebný přístup anonymních alkoholiků, vidí příčinu závislého jednání lidí v pocitu odcizení a ztrátě životního smyslu. Následkem těchto prožitků dochází v člověku ve zmatku v osobních cílech a úpadku hodnotového systému (Frouzová, 2003).

Psychodynamický přístup vidí příčinu závislostního jednání v nevědomém konfliktu, deficitech a deformacích intrapsychických struktur a interních objektních vztahů. Tyto konflikty se týkají buďto zvládnutí vlastních pudů nebo interpersonálních vztahů (Frouzová, 2003).

Rodinně terapeutický přístup vychází z teorie systémů. Uživatel drog je zde symptomem poruchy vztahů v rodině, které mohou být propletením patologických vzorců chování

---

<sup>1</sup> Genetický model vzniku závislosti nepřestává být zkoumán ani po několika desetiletích. Nalezení genetických markerů pro závislost v poslední době publikovali např. Fligel a kol. (2016).

(či nevhodné výchovy dětí), které zamezují změně (Frouzová, 2003). Změn může být dosaženo pomocí léčby celého rodinného systému.

Konečně behaviorální přístup nahlíží závislost jako naučené patologické vzorce chování, podmíněné navíc chemicky. Léčba závislosti proto postupuje prostřednictvím předávání relevantních informací o fungování psychiky a osvojování nových modelů chování pomocí odměň a trestů (Frouzová, 2003).

V posledních desetiletích nejčastěji skloňovaným v našem prostředí je *model bio-psycho-sociální* (případně bio-psycho-socio-spirituální, či holistický, pokud jsou spirituální aspekty lidské existence nějakým způsobem v průběhu diagnostiky nebo léčby oslovovány). Tento model při vzniku a rozvíjení choroby připouští provázanost a interakci různých vlivů (dědičnosti, psychologického poškození, sociálního prostředí i spirituality) a nemá aspirace poskytnout jednotné a univerzální vysvětlení, odkud závislost pramení. Model využívá lékařských pojmů (diagnóza, prevence, léčba, rehabilitace), ale opírá se o široký koncept zdraví jako tělesné, duševní a sociální pohody. Nikoliv tedy pouze jako nepřítomnost nemoci nebo vady (Kalina, 2003). Přínosem tohoto modelu je ale značná pestrost, kterou vnáší do klinické oblasti a designování léčebných intervencí.

Významným přínosem pro léčbu závislosti byla konceptualizace průběhu onemocnění jako střídajících se stadií. Někdy je tento model nazývaný jako „kruhový model změny“, příp. *transteoretický model* (např. DiClemente a kol., 1995). Jeho variantu znázorňuje *schéma A* v kapitole 4.3 této práce. Principem této konceptualizace je fakt, že závislý pokoušející se zbavit svého návyku prochází několika kvalitativně odlišnými stadii, při kterých se vyvíjí jeho vztah k droze i vyhlídky na budoucnost. Stadium *prekontemplace* představuje období aktivního užívání drogy (příp. pití, hazardu apod.). V této fázi, stejně jako ve stadiu následujícím – *kontemplace* – může být efektivní působit na motivaci závislého změnit svojí situaci. Následuje fáze *rozhodnutí* pro změnu, následně pak fáze *jednání* – např. podniknutí kroků k nastoupení do léčby, zahájení abstinence apod. V poslední fázi – *udržení změn* – závislý člověk již dosáhl základní stabilizace situace, abstinuje a posiluje potenciál pro prohloubení stabilizace životního stylu. Jde o to neztratit případnou recidivou to, čeho bylo pracně dosaženo. Další fázi často bývá *relaps*, během kterého může (ale nemusí) dojít k obnovení starých vzorců jednání – tj. aktivního užívání drogy příp. dalších aspektů původního způsobu života (Prochaska a Velicer, 1997).

Citovaní autoři uvádějí, že 85 % závislých se nepropadne relapsem do stadia prekontemplace, ale „výš“ – tj. i po selhání uvažují po opětovném pokusu o abstinenci.

### 2.3 Specifika závislosti na pervitinu

Stimulancia (metamfetamin/pervitin, kokain) navozují stimulační efekt, s vyšším stupněm s poruchami vnímání, iluzí, případně halucinacemi (Kalina a kol., 2008). Podle MKN-10 jsou charakteristickými znaky intoxikace stimulancii zejména euforie a pocit nabuzení energií, bdělost, velikášské přesvědčení a jednání. Na straně méně příjemných prožitků se objevuje hrubé nebo agresivní jednání, hádavost, stereotypní chování, sluchové, zrakové iluze či halucinace, paranoidní představy, tachykardie, hyper- nebo hypotenze, pocení, nauzea, svalová slabost, pocit na hrudi, nebo křeče (WHO, 2008). Rawson a kol. (2005) dále uvádějí subjektivně vnímanou absenci pocitu únavy, absenci hladu, razantní nárůst sebevědomí a sexuálního pudu.

Podle Kaliny a kol. (2008) odcházejí somatické znaky intoxikace pervitinem do dvou dnů, psychotické komplikace způsobené případnou těžší intoxikací trvají déle. Některé symptomy psychózy mohou přetrvávat a indikují léčbu antipsychotiky.

Odvykací stavy po stimulanciích charakterizuje zejména úzkost, rozlady, únava, dráždivost, bolesti hlavy, noční můry a nejsou tak výrazné jako např. po vysazení opioidů (Kalina a kol., 2008). Kalina a kol. dále uvádějí, že tyto odvykací stavy jsou v literatuře označovány jako „psychické“.<sup>2</sup>

Užívání pervitinu sebou nese řadu rizik a specifických zdravotních problémů, z nichž některé přetrvávají i po vysazení a několikaměsíční abstinenci. Drogou indukovaná hypertenze může vést k trvalým poruchám kardiovaskulárního systému. Mezi uživateli, kteří aplikovali injekčně, je řada lidí s infekčními nemocemi, nejčastěji hepatitidou. K nejrozšířenějším běžným problémům patří zejména zkažený chrup, je evidováno až 4x větší opotřebení než u ostatní populace (Donovan, 2005). Dlouhodobé užívání, příp. jedna vysoká dávka, mohly být příčinou tzv. toxické psychózy (paranoidně halucinatorního syndromu – „stíhy“), která bývá léčena antipsychotiky (Minařík, 2003). U některých lidí dochází vlivem užívání stimulantů k přetrvávajícím kognitivním poškozením, proto je

---

<sup>2</sup> Autor textu se v rámci svého zaměstnání (terapeut doléčovacího programu) setkal s tím, že tímto způsobem charakterizují míru svojí závislosti i samotní závislí, pro které byl pervitin „hlavní“ drogou.

v léčbě i po ní potřeba rozlišit klienty, kteří nedodržují plán léčby a klienty, kteří nemohou dodržovat plán léčby (Donovan, 2005).

Život bývalých uživatelů pervitinu absolvujících léčebné programy může být tedy poznamenán nějakými z výše uvedených zdravotních následků. Mohou do něj ale zasáhnout další resocializační procesy, které souvisí s nutnými změnami životního stylu. Mezi nejvýznamnější patří: (1) vytržení ze sociálních vazeb k drogové komunitě, (2) přesídlení na nové místo a seznamování či konfrontace s „novým“, (3) hledání nové identity (identit), (4) proměna stávajících vzorců chování a prožívání – v oblasti mezilidských vztahů, sexuality nebo péče o sebe.

## 2.4 Prevence relapsu

Existuje celá řada konceptualizací závislostního jednání a zároveň paleta léčebných přístupů k léčbě závislosti. Obecná shoda panuje v tom, že významnou roli během absolvování léčebného programu a zejména po něm hraje *model prevence relapsu*. Vysazení návykové látky nebo zastavení závislostního jednání (hazardní hraní) je pro závislého velkou výzvou v procesu vlastní proměny. Prevence relapsu představuje významný prvek procesu rehabilitace a plánování léčby. Donovan (2005) uvádí, že jde o přístup, který zahrnuje kognitivní a behaviorální strategie, uplatňované s cílem neztratit nic z pozitiv, která proces změny závislému dosud přinesl. Lze říct, že se jedná o dva konkrétní cíle: (1) vyhnout se relapsu (užití návykové látky nebo např. hazardního hraní), a pokud k němu již dojde, tak (2) minimalizovat jeho dopady a vyhnout se opětovnému návratu do recidivy a s tím souvisejícímu prohlubování tělesných, psychologických i sociálních dopadů (Donovan, 2005).

Jakýmsi konceptuálním jádrem prevence relapsu je myšlenka, že k opětovnému užití/relapsu dochází na základě racionálně uchopitelných vnitřních i vnějších vlivů, se kterými se musí organismus nějak vypořádat. Tato koncepce je často v rozporu se subjektivním prožitkem závislých, kteří svůj zážitek vnímají tak, že k relapsu došlo „z ničeho nic“. Mezi aktivity prevence relapsu proto patří dle Donovana (2005) zejména (1) edukace o mechanismech relapsu, (2) identifikace rizikových situací – může jít o vnitřní či vnější stimuly, které se mechanismem klasického podmiňování spárovaly s návykovou látkou (či jiným jednáním), (3) nalezení praktických způsobů zacházení s takovými situacemi, ale i bažením, nutkavým jednáním apod. A konečně, (4) závislý by si měl vytvořit konkrétní plán, jak v případě prvotního lapsu postupovat a jednání zastavit

(Donovan, 2005). Koncept prevence relapsu je vedle transteoretického „kruhového“ modelu nejvýznamnější teorií procesu změny závislostního jednání (West, 2016).

## **2.5 Úloha následné péče v systému adiktologických služeb**

Následná péče má svoji roli v poslední fázi kruhového procesu změny chování závislého. V této fázi již závislý dosáhl výrazné změny ve vlastním fungování, například zahájil abstinenci nebo absolvoval pobytovou léčbu. Tuto novou skutečnost však charakterizuje značná nestabilita. Mezi cíle následné péče patří udržení nastolených změn v chování závislého a prevence relapsu (Marlatt & Barrett, 1994). Dle standardů odborné způsobilosti (Libra a kol., 2012) jsou cílovou skupinou doléčovacích programů osoby s anamnézou závislosti na návykových látkách nebo problematikou patologického hráčství s doporučenou minimální dobou abstinence tři měsíce.

Programy následné péče nabízejí služby a aktivity zaměřené na posilování abstinence, která je chápána jako podmínka možnosti dosažení změn. Zároveň ale usilují o dosažení stabilizace životního stylu formou sociální reintegrace – opětovného začlenění do společnosti, často do pro klienta zcela nového prostředí (Kuda, 2003b). Hlavními složkami programů jsou psychoterapie, prevence relapsu a sociální práce.<sup>3</sup> Ostatní potřebné podpůrné služby bývají poskytovány v rámci návaznosti služeb jinými institucemi zdravotnicko-sociálního systému. Následná péče po hospitalizaci v psychiatrické nemocnici může mít různou podobu. V některých případech je poskytována samotnými nemocnicemi. Následná péče s chráněným bydlením je však u nás doménou neziskových organizací, které poskytují zároveň i jiné adiktologické služby.

Období, kdy klient využívá služby následné péče, může vypadat následovně: Klienti přicházejí do následné péče s rozličnými cíli, které souvisejí s dosažením normálního života, ideálně bez drog. Vzhledem k několikaleté „kariéře“ užívání drogy a často i životního stylu na hranici zákona jde o velmi těžký krok. Závislý často ještě nemá vybudovanou pevnou motivaci pro život bez drog a v nových zátěžových situacích může docházet k bažení po droze. Udržení abstinence může být proto po léčbě kruciólní problém, na který se orientuje právě prevence relapsu. Tato klíčová složka služeb má

---

<sup>3</sup> Kuda (2003b) uvádí jako další pilíře chráněnou práci, lékařskou péči, práci s rodinnými příslušníky klientů a nabídku volnočasových aktivit. Vždy záleží na „filozofii“ konkrétního doléčovacího programu.

vybavit klienta znalostmi i dovednostmi pro zacházení s relapsem a posílit jeho sebekontrolu (Kuda, 2003b).

Sociální práce slouží ke stabilizaci životního stylu formou podpory v řešení sociálně-právních problémů (sociální dávky, zaměstnání, bydlení, dluhy apod.). Mnohé sociální problémy mohou přetrvávat po celou dobu doléčování a značně limitovat zapojení klienta do společnosti ještě dlouhou dobu po ukončení doléčování.

Podpůrná psychoterapie (skupinová i individuální) poskytovaná většinou programů následné péče bývá proto zaměřena na stabilizaci emotivity během zpracování celé situace a dále ostatní problémy řešitelné v krátkém období doléčování (Kuda, 2003b).

Dle SAMHSA (2011) je stavu úzdravy dosaženo s pomocí (1) *zdraví* – zvládnutím symptomů nemoci a zdravým způsobem života; (2) *domova* – tj. získáním důstojného (stabilního a bezpečného) místa k životu; (3) *dosažení smyslu* – smysluplné denní aktivity jako je práce, vzdělávání, dobrovolnictví, kreativní činnosti, nezávislost a příjem dostatečný k tomu, aby se člověk mohl podílet na činnosti společnosti; a (4) *komunity* – vztahy a sociální sítě, které poskytují podporu, přátelství, lásku a naději. Programy následné péče a chráněného bydlení v českém systému adiktologických služeb si kladou za cíl posílit klienty právě v těchto stěžejních životních oblastech.

## 2.6 Chráněné bydlení

Termínem *chráněné bydlení* se rozumí služby podporující sociální stabilizaci klientů formou poskytování přechodného ubytování (Libra a kol., 2012). V ČR je chráněné bydlení součástí systému zdravotnických a sociálních služeb a často je služba nabízena samotnými programy následné péče. Osoby využívající chráněné bydlení mají tedy zajištěné ubytování při současném využívání terapeutického a resocializačního programu. Kuda (2003b) uvádí, že mezi základní pravidla těchto zařízení patří dodržování „bezdrogového“ prostředí v objektu bydlení, kde je ubytováno zpravidla několik osob. Klienti si bydlení sami hradí nebo na něj alespoň přispívají. Chráněná bydlení mají posílit sociální kompetence klientů, proto klienti zařízení mohou měnit podobu interiéru, přijímat návštěvy, mají vlastní klíče apod. (Dvořák, 2003b) Konkrétní podmínky a pravidla ubytování se liší zařízení od zařízení, rámcově jsou však ohraničeny standardy služeb (Libra a kol., 2012). Chráněné bydlení je poskytováno na dobu 6-12 měsíců, záleží na podmínkách a praxi konkrétního zařízení.



### 3 TEORIE STRESU

Následující teoretická kapitola vysvětluje původ a význam pojmu stres, základní teoretická východiska jeho zkoumání od minulého století do současnosti. Dále jsou zde vysvětleny pojmy stresoru a zvládání, strategií zvládání stresu a teorie několika dalších pojmů, se kterými koncept stresu souvisí. Stěžejní prostor je věnován konceptualizaci stresu R. Lazaruse, která platí za úhelný kámen aktuálních teorií vysvětlujících nebo strategie zvládání. Pozornost je věnována roli osobnosti na zacházení se stresem. Zvládání stresu je pojímáno také v kontextu závislostního jednání.

#### 3.1 Klasické přístupy ke zkoumání stresu

Pojem stres se v angličtině začal objevovat ve (13. stol.), a to s významem „těžkost“, „protivenství“, „síla“ či „tlak“.<sup>4</sup> Význam pojmu se nejvíce uchytil ve fyzice a mechanice (17. stol.), odkud putoval postupně do dalších oborů. „Náklad“ (*load*) v této konotaci označoval zatížení nějaké struktury, „stres“ byla oblast, na kterou *náklad* působil, a „napětí“ (*strain*) označovalo způsobenou deformaci (Lazarus, 1993). Jak je vidět, psychologie si pojem stres vypůjčila z mechaniky. Nejprve ale pojem stres našel uplatnění ve fyziologii, kde bylo dosaženo prvních průlomových zjištění.

Základní kameny výzkumu stresu položilo několik klasiků, kteří se zabývali zejména fyziologickými komponentami tohoto fenoménu. I. P. Pavlov se zabýval fyziologickými změnami organismu pokusných psů, poté co se ocitli v těžké konfliktní (dnes bychom řekli *stresové*) situaci. Sledoval chování psů, u kterých se mu podařilo dosáhnout „stržení jejich vyšší nervové činnosti“. Prováděl následně rozbory jejich žaludečních šťáv a všiml si změn (Křivohlavý, 2001).

S podobným motivem zvířata stresoval americký fyziolog W. Cannon, když je vystavoval nadměrnému hluku a teplotě. Stav, který u zvířat pozoroval, označil za celkovou mobilizaci organismu. Dokázal, že dochází k aktivaci sympatiku a stal se tak autorem popisu *sympatoadrenálního systému při stresu* (Křivohlavý, 2001). Cannon také pracoval s pojmem *homeostáza*, kterým označoval určitou stabilitu vnitřního prostředí, ke které

---

<sup>4</sup> Etymologický slovník: Online Etymology Dictionary. Staženo z [www.etymonline.com](http://www.etymonline.com), 11.11.2016.

dochází právě díky sympatiku. V Cannonově modelu stresu na behaviorální úrovni dochází k reakci typu *útok* nebo *útěk* (*fight or flight*) (Hubbard – Workman, 1998).

Dalším průkopníkem v teorii stresu byl maďarský endokrinolog H. H. B. Selye. Upozornil na významnou roli nadledvinek jakožto stresových žláz v endokrinním systému savců. Zjistil, že u strádajících zvířat (krys) nadledvinky narůstají na objemu, zatímco zbytek těla chřadne (Křivohlavý, 2001). Ve 30. letech 20. století Selye ověřil, že organismus reaguje při intoxikaci různým typem cizorodých látek stejným způsobem, a zavedl pojem *obecný adaptační syndrom* (*General Adaptation Syndrome – GAS*). Adaptační syndrom popsal sekvencí tří na sebe navazujících fází se specifickým fyziologickým průběhem:

*Poplachová fáze (alarm stage)* – v této fázi jde o klasickou reakci útok nebo útěk, stresor narušuje homeostatickou rovnováhu subjektu, sympatoadrenální systém zvyšuje úroveň aktivace (Cannonovo pojetí), tepovou frekvenci i krevní tlak, s cílem přípravy jedince na zvládnutí situace.

*Fáze rezistence (stage of resistance)* – je jí dosaženo, jakmile se tělo začne vyrovnávat změnám způsobeným poplachem. Je aktivován hypotalamo-hypofyzární systém, který aktivuje produkci glukokortikoidních hormonů s protizánětlivým účinkem a energetizujícím potenciálem.

*Fáze vyčerpání (stage of exhaustion)* – stresor nadále přetrvává navzdory pokusům jej eliminovat nebo s ním koexistovat, výsledkem je vyčerpání organismu - zhroucení, spánek či smrt (Hubbard – Workman, 1998).

Selye ke konci své kariéry ustoupil od konceptu nespecifické (univerzální) stresové reakce a obohatil teorii stresu o dva nové pojmy. Negativní *distres*, který způsobuje nepříjemné pocity a problematické tělesné stavy, a pozitivní *eustres*, který vyvolával pozitivní pocity a příjemné tělesné stavy (Selye, 1987). Při rozlišování těchto dvou typů stresu se opíráme o perspektivu pozorovatele: Pokud stresor vnímá pozorovatel pozitivně, např. jako výzvu, pak jde o eustres. Za distres je považována zátěž, kterou člověk vnímá jako ohrožení. Pozdější výzkumy navazující na toto téma ukázaly, že distres působí negativně na činnost imunitního systému, zatímco eustres jej spíše posiluje (Lazarus, 1993).

### 3.2 Lazarusův transakcionistický model

Richard Lazarus, který pracoval na konceptu stresu po druhé světové válce se zaměřil více než kterýkoli z jeho předchůdců na psychologickou stránku stresu. Lazarus, na rozdíl od Selyeho, zkoumal účinky stresu přímo na lidech. Nechal například probandy sledovat film a v jeho průběhu zjišťoval, jak se vyrovnávají se stresujícím obsahem. Kromě fyziologie (tepová frekvence, elektro-galvanický odpor kůže) ho zajímalo, co si v danou chvíli probandi myslí, co prožívají. Probandi používali *intelektualizaci*, *popření* nebo se snažili o *kontrolu situace* (pečlivá evidence všech rizik ve filmu). Lazarus tak mohl porovnat, jak spolu kognitivní stránka a fyziologie interagují. Zaměřil se poté na individuální rozdíly mezi probandy, které souvisely s jejich vnitřními motivačními faktory a kognitivním zpracováním (Lazarus, 1993).

Lazarusův *transakcionistický model stresu, zvládnání a adaptace* se snaží poskytnout komplexní pohled na to, co se při zvládnání stresu odehrává. Lazarus tedy obrátil pozornost k myšlenkovému zhodnocení situace (*appraisal*), které považoval za kognitivní mediátor stresové reakce. Vznikl model opětovného zhodnocování situace ohrožení (*threat*) (Lazarus a Folkmannová, 1984):

*Prvotní zhodnocení (primary appraisal)* – je zaměřené na zhodnocení situace, jaké mohou být její důsledky včetně subjektivních faktorů (zdraví, sebehodnocení, vlastní pověst) - rozlišení mezi *ublížením (harm)*, *ohrožením (threat)* a *výzvou (challenge)*. Dochází k fyziologickým změnám, které při dlouhodobém působení ovlivňují somatické zdraví.

*Druhotné zhodnocení (secondary appraisal)* - zvážení vlastních schopností dané situaci čelit prostřednictvím defenzivních nebo ofenzivních mechanismů nebo jiných schopností. Dostavují se pozitivní nebo negativní pocity.

*Opětovné zhodnocení (reappraisal)* – může a nemusí k němu dojít, jde o další zhodnocení, které na základě nových informací mění zhodnocení předchozí.

Stres i následně zvolená strategie zvládnání stojí na řadě proměnných na straně *aktéra* (hodnoty, vyznání a přesvědčení, závazky atd.), tak i na straně prostředí (požadavky, dostupnost zdrojů, potenciální ohrožení atd.). Lazarus tímto rozšířil jednodimenzionální pojetí stresu (stres = aktivace). Rozšířil také pojetí stresu o kognitivní zpracování a v jistém smyslu dovršil další etapu vývoje pojmu stresu tím, že nevynechal specificky

lidskou oblast emočního prožívání. Problematiku stresu považoval následně za podoblast teorie emocí (Lazarus, 1993).

V první polovině 90. let Lazarus definoval společné rysy tehdejších pojetí stresu takto:

1. Existence kauzálního vnitřního nebo vnějšího agens – nejčastěji je nazýván stres či stresor;
2. existence mechanismu (psychický nebo fyziologický), který vyhodnocuje, zda je toto agens škodlivé, či nikoli;
3. mechanismy zvládání jsou fyziologické nebo mentální povahy a umožňují vyrovnat se se stresovou situací;
4. existuje komplexní vzorec efektů na tělo a psychiku – tzv. stresová reakce, (Lazarus, 1993).

### 3.3 Další konceptualizace stresu

Snaha o nalezení jednotného konceptu stresu neskončila u L. Lazaruse, ale měla odlišná vyústění. Aaron Antonovsky problematizoval předpoklad, že stres je důsledkem vybočení z homeostázy, a naopak rozvíjel tezi, že „(...) život je chaos, ve kterém se musíme permanentně vztahovat ke změně.“ (Antonovsky in Erikssonová, 2017, 93. Překlad: M.S.) Antonovsky nabídl perspektivu, ve které se všichni nacházíme na kontinuu mezi zdravím a nemocí (používal přitom pojmy *ease* a *dis-ease*), přičemž všichni v sobě neseme známky obojího. I nejzdravější jedinci nesou známky smrtelnosti: nosí brýle, občas mají horečku nebo deprese apod. A naopak velmi nemocní lidé v sobě mohou mít něco velmi vitálního (Erikssonová, 2017, 93). Antonovsky se zaměřoval na to, jakým způsobem se na tomto kontinuu posouváme ke zdravějšímu pólu (*ease*). Stresory nevnímal jako inherentně patogenní, ale jako potenciálně přínosné. Klíč k porozumění podstatě stresorů hledal v procesu jejich zvládání (*coping*) (Antonovsky, 1992).

Jinou koncepci nabídli autoři Park a Aiová (2006). Autoři navazují na Lazaruse, ale prezentují model zacházení se stresem, v jehož jádru jde o *utváření významu* (*meaning making*). Mezi základními opěrnými body jejich teorie je existence *jádrových schémat*, která sestávají z toho, v co věříme (*beliefs*), dále z cílů (*goals*) a nakonec ze subjektivních pocitů (*feelings*). Jádrová schémata tvoří tzv. *globální významy*. Při setkání s traumatem (stresor, který přesahuje běžnou zkušenost) dochází k narušení nevědomého jádrového

schématu. Traumatizovaná osoba zhodnocuje situaci (potud lazarusův model). Čím větší je ale diskrepance mezi zhodnocovanou situací (*appraised meaning*) a globálním významem (*global meaning*), tím silnější je prožívaný stres. Zpracování situace se potom může odehrát právě skrze proces utváření významu. Traumatizovaná osoba se může podívat na situaci novým způsobem a přehodnotit původní jádrová schémata tak, aby byla se situací konzistentní (Park a Aiová, 2006, 393). Tento přístup ke stresu čerpá v mnohém z prací Viktora Frankla.

### 3.4 Stresory

Termínem stresor jsou označovány faktory, které člověka vystavují tlaku, a vytvářejí tak stav zátěže (Křivohlavý, 2001). Může jít o ohrožení jak tělesné, tak duševní pohody. Křivohlavý uvádí jako nejčastější stresory: *přetížení množstvím práce, pocit časového tlaku, neúměrná odpovědnost, nevyjasněné pravomoci, vysilující snaha o kariéru, nezaměstnanost* apod. Nadlimitní zátěž však způsobují i nakumulované běžné starosti (*daily hassles*) (Křivohlavý, 2001). Stresorem se může tedy stát jakýkoli podnět, který narušuje duševní rovnováhu člověka – nekontrolovatelné události, závažná změna nebo i vnitřní konflikt (Nolen-Hoeksema a kol., 2012). Hubbard a Workman uvádějí výčet způsobů jak stresory taxonomizovat:

1. tělesné, emoční nebo obojí;
2. akutní, chronické nebo obojí;
3. jediná událost, souběh více událostí;
4. z minulosti, aktuální, budoucí;
5. popřené, přiznané;
6. vědomé, nevědomé
7. mírné, středně závažné, palčivé; (Hubbard a Workman, 1998).

Pro závislého člověka představují největší překážku v udržení abstinence a dosažení žádaných změn tzv. vysoce rizikové situace. A. Kuda je shrnuje takto:

1. *negativní emoční stavy* (často intrapersonální – frustrace, úzkost, deprese, nuda; předcházejí relapsům v 35% případů);

2. *interpersonální konflikty* (negativní, konfliktní vztahy s partnery a členy rodiny, konfrontace v zaměstnání; předcházejí relapsům v 16% případů);
3. *sociální tlak* (přímé setkání s drogovým známým nebo blízkost s drogovou komunitou – podsvětí, party; předcházejí relapsům ve 20% případů); (Kuda, 2003(a), 119).

### 3.5 Salutoprotektivní faktory

A. Antonovsky upozornil na to, že psychologie a lékařská věda jsou patogeneticky orientované (zaměřené na patologii), a přišel s neologismem *salutogeneze* (ze slov „*salus*“ = zdraví, blaho; „*genesis*“ = vznik, vývoj). Salutogenezi měl Antonovsky na mysli *cestu ke zdraví skrze uplatnění vhodných způsobů adaptace*. Uvažoval, že existuje něco jako „*zdroje rezistence*“ (*generalised resistance resources – GRR*), co na úrovni jedince, skupiny nebo situace pomůže stresovou situaci zvládat. Antonovsky vyzval akademickou komunitu, aby se stejně pečlivě, jako se zabývá stresory, zabývala také *salutory* – faktory posilujícími cestu k úzdavě (Antonovsky, 1996). *Salutory* (nebo *salutoprotektivní faktory*) představují ty faktory života, které posilují člověka ve zvládnání životních těžkostí formou dodávání síly, výdrže, odvahy apod. Křivohlavý (2001) uvádí jako příklady salutorů *pocit smysluplnosti* nebo *pochvalu a uznání od lidí, kterých si vážíme*.

Kelly a Hoepfnerová (2015) formulovali dvě klíčové osy procesu úzdravy ze závislosti, které bychom také mohli považovat za salutoprotektivní faktory: *délku remise* a *kapitál pro zotavení*. Literatura i pozorování ukazují, že dosažení úzdravy je pravděpodobnější u lidí, jejichž závislost je již delší dobu v remisi. Druhá zmíněná veličina – kapitál pro zotavení (česky např. Kalina, 2015) – představuje souhrn všech vnitřních i vnějších zdrojů člověka, které mohou iniciovat nebo udržovat proces úzdravy. Může jít o fyzické a duševní zdraví, důstojné místo k bydlení, mezilidské vztahy, vzdělání, zaměstnání, smysluplná náplň volného času aj. Autoři předpokládají, že mezi kapitálem pro úzdravu a délkou remise je vzájemně se posilující vztah: rostoucí kapitál pro úzdravu prodlužuje délku remise, a naopak prodlužující-se doba abstinence bude mít pozitivní vliv na potenciál pro úzdravu (Kelly a Hoepfnerová, 2015).

### 3.6 Strategie zvládání stresu

Frustrace i stres jsou nepříjemnými zkušenostmi, které vyvolávají potřebu je zmírnit nebo eliminovat. Proces řešení takové situace se v psychologii označuje jako *zvládání*, angl. *coping* (Nolen-Hoeksema a kol., 2012). Při odpovědi na stres uplatňují lidé různé způsoby chování ve snaze stres zmírnit nebo ukončit. Tyto strategie, či způsoby zpracování stresové situace mohou být více či méně řízené, uvědomované i nevědomé.

Konceptualizace strategií zvládání stresu vychází částečně z fyziologie (viz výše) a částečně z psychoanalytické ego-psychologie. Janke a Erdmannová je rozlišují podle druhu, zaměření, funkce a účinnosti (Janke a Erdmannová, 2003, 7). Zásadním rozdělením je rozdělení podle druhu – buďto jde o strategie akční, nebo o strategie intrapsychické.

*Akční* strategií může být útok, útek, akce i nečinnost, ale i navázání sociálního kontaktu, či naopak stranění se socializačnímu kontaktu, a tedy vyhýbání se akci. Může jít i o řetězce činností, jejichž souhrnným cílem je prostě reagovat na zátěž nebo jí odstranit (Janke a Erdmannová, 2003, 7).

*Intrapsychické* strategie se omezují na kognitivní procesy, které nevyústí v akci, ale samy o sobě stres redukují. Typicky jde o reakce nesoucí název: odklon, podceňování, popírání, pozitivní zkreslení vlastních kapacit apod. Podle Jankeho a Erdmannové mohou být intrapsychické procesy reagování složité a vzpírají se proto operacionalizaci. Tak je tomu zejména v případech, kdy jsou postavené na psychoanalytických modelech. Obtížně operacionalizovatelné by byly např. mechanismy *potlačení* nebo *identifikace* (Janke a Erdmannová, 2003, 7).

Strategie zvládání stresu mohou být dále rozlišovány podle jejich orientace. Mohou být orientované na situaci (na problém – stresor) nebo orientované na stres, který situace vyvolá. *Zvládání zaměřené na problém* vyžaduje analýzu situace, rozhodnutí a nakonec jednání. To může mít formu přímé akce, nebo může být zaměřené dovnitř: místo prostředí se může člověk snažit změnit sebe – hledat alternativní zdroje uspokojení, začít si osvojovat nové dovednosti (Nolen-Hoeksema a kol., 2012). Naopak *zvládání zaměřené na stres* (na emoce) je nejužitečnější, když je samotný problém nezvladatelný a hrozí pohlcení nepříjemnými emocemi a myšlenkami. V takové situaci může člověk obrátit pozornost na svoje vnitřní procesy a pokusit se limitovat ty, které stres zvyšují (Nolen-Hoeksema a kol., 2012).

Dalším měřítkem posuzování strategie zvládání stresu je *účinnost stresové reakce*. Akční, intrapsychické, na situaci orientované nebo na stres orientované reakce jsou v různých situacích různě účinné. Např. *vyhýbání se* a *podhodnocení* mohou vést k úlevě, ale v dlouhodobém měřítku budou nejspíše stres zvyšovat. Podobně např. intrapsychická strategie *perseverace* (neschopnost se myšlenkově odpoutat od problému, protraňované přemítání) povede k prodlužování stresové zátěže a bude mít tedy negativní konsekvence. Dalšími negativními strategiemi jsou podle Jankeho a Erdmannové *úniková tendence* (snaha vyváznout ze zátěžové situace) a *sebeobviňování* (připisování zátěže vlastnímu chybnému jednání).

Folkmanová s Moskowitzovou (2000) vyzdvihují reakce na stres, které obsahují pozitivní emoce: (1) *Pozitivní (znovu)zhodnocení (positive reappraisal)* umožňuje přerámování prožívané situace a změnu perspektivy. Tento proces může probíhat zcela vědomě, opírá se však o hlubší hodnoty, které jsou stresovou událostí aktivovány. (2) *Zvládání zaměřené na problém (problem-focused coping)* je v podání autorek reakcí, která vede k eliminování stresu skrze rozhodování, plánování, přehodnocení cílů nebo řešení konfliktů. Snižovat stres tímto způsobem je podle autorek možné i ve zcela neřešitelných situacích jako jsou chronická nebo letální onemocnění (např. AIDS). Důležité je držet se plánování a následného plnění úkolů, samotný smysl konání není podle autorek až tak podstatný. Dobrým výsledkem je pocit zvládání (*mastery*) a pocit kontroly situace, které vedou spíše k pocitu pohody (Folkmanová a Moskowitzová, 2000). Poslední strategií, kterou vyzdvihují, je vnímání běžných událostí v pozitivním světle.<sup>5</sup> Výzkum osob pečujících o lidi s AIDS ukázal, že pozitivně vnímané události mohou být připravené a plánované, nebo může jít o běžné události, ve kterých dotyčná osoba objeví pozitivní význam (Folkmanová a Moskowitzová, 2000).

Janke s Erdmannovou rozděluje pozitivní strategie zacházení se stresem na (1) strategie podhodnocení a devalvace viny, (2) strategie odklonu, a (3) strategie kontroly (viz Tab. 1, kap. 6.1). Mezi nejúčinnější reakce podle autorů inventáře patří *kontrola situace* (analýza situace a plánované jednání), *pozitivní sebe-instrukce* (posílení vlastního pocitu kompetence) a *kontrola vlastních reakcí* (Janke a Erdmannová, 2003).

V předchozích odstavcích jsme jmenovali vodítka, podle kterých lze klasifikovat strategie zvládání stresu. Je zřejmé, že každému člověku bude fungovat lépe jiný typ dání.

---

<sup>5</sup> V orig. *Infusing ordinary events with positive meaning* (Folkmanová, Moskowitzová, 2000, 651).



Například pokud se jedná o zanedbatelný problém, bude nejužitečnější se jím nezabývat (strategie devalvace, př. odklonu). Pokud půjde ale o zásadní problém, pak bude nejlepší nic zanedbat a strukturovaně problém řešit (strategie kontroly). Účinnost určité strategie bude tedy vždy vysoce kontextová záležitost, ve které budou hrát roli jak individuální motivace, tak i interpersonální dynamika a další situační nebo kulturně specifické faktory (Lazarus a Folkmanová, 1984; Aldwinová, 2007).

Schopnosti lidí vyrovnat se s nějakým stresem se mohou také značně lišit. Je to dané mnoha okolnostmi. V první řadě – citlivost vůči stresorům bude velmi variovat. Stejně tak dovednost zvládání u daného jedince bude také ovlivněna mnoha faktory. Hubbard a Workman (1998) jmenují např. tyto: dědičnost, prostředí, vzdělání, víra, pohlaví, věk, zkušenost, národnost, výcvik, percepce stresoru, aktuální stav organismu (stav vyčerpání), fyzická zdatnost, rodinná stabilita, faktory sociálního prostředí atp.

Aldwinová (2007) uvádí, že k dobrému zvládání stresu na psychické úrovni je zapotřebí vnitřních zdrojů (např. dostatečně silné ego, kognitivní kompetence apod.) a jistá míra vnějších zdrojů (jako např. podporující blízcí, komunitní podpora, přátelé apod.). Proces zvládnutí stresoru se odehrává skrze kognitivní zhodnocení, meaning making, náboženský coping nebo instrumentální akci. Pozitivními přínosy takového zvládání může být vyšší pocit kompetence, posílení sociálních pout, posílení emoční zralosti, zvýšená odolnost ke stresu nebo i spirituální růst (Aldwinová, 2007).

### **3.7 Role osobnosti a dalších faktorů na zvládání stresu**

Se stresovými situacemi se někteří lidé vyrovnávají úspěšněji než ostatní. Vysvětlení není možné dosáhnout s použitím konceptu strategií zvládání stresu. Předpokládá se, že zacházení se stresem u každého člověka souvisí s hlubšími osobnostními charakteristikami. Lazarus (1993) dával do souvislosti odolnost vůči stresu s konstruktivním myšlením, optimismem, nezdolností (*hardiness*), smyslem pro koherenci (*sense of coherence*) a vnímanou osobní účinností (*self-efficacy*). Aldwinová uvádí, že faktory, které nejvíce posilují resilienci u dětí, jsou *kognitivní schopnosti* (děti s vyšším IQ vyvíjejí realističtější strategie zvládání), *temperament* (pozitivní emocionalita pomáhá k pozitivnímu zhodnocení stresové situace) a *sociální opora* (přítomnost zdravé sociální opory v dětství vede k rozvinutí adekvátní odolnosti) (Aldwinová, 2007).

Významnou roli při zvládnuté stresové zátěži hraje schopnost člověka prožívat a vyjadřovat pozitivní afekty. Folkmanová a Moskowitzová (2000) shrnuly výsledky

mnoha prací na toto téma: (1) Pozitivní afekt může přerušit koloběh zahlcení negativními emocemi a umožnit dočerpání sil, které byly investovány do zvládnutí zátěže. Dochází k tomu mimo jiné v důsledku změn v neuroendokrinním systému. (2) Pozitivní emoce rozšiřují rádius pro zaměření pozornosti, ale i behaviorální repertoár pro případnou reakci; (3) posilují kreativitu a flexibilitu při hledání řešení; (4) umožňují zpracovat i negativní informace tak, aby nenarušily sebevědomí; (5) při chronickém stresu působí kompenzačně a pomáhají předejít klinické depresi (Folkmanová a Moskowitzová, 2000, 649). Prožívání pozitivního afektu jako takové může být významně provázáno s osobností.

Jakou roli hrají osobnostní faktory při rozvoji závislosti? Typická premorbidní osobnost, u které se rozvine závislost, nebyla nikdy zjištěna. Řada autorů ale upozornila na specifika, která souvisí přímo s oblastí reakcí zvládnání zátěže. Kalina a kol. vybírají například tyto: disharmonický vývoj osobnosti nebo její porucha, hyperaktivita, výbušnost, porucha identity, snížená odolnost vůči stresu, dále např. obranné mechanismy nadužívané v důsledku neschopnosti unést doprovodný emoční stres, hypersensitivita (Kalina a kol., 2008), nebo také nezralost, nízké sebehodnocení, problémy spojené s charakterem a životním scénářem (Kalina, 2015). Můžeme tedy shledat, že jde o psychologické a vývojové potíže, které způsoby zacházení se zátěží nutně musí ovlivnit. Ačkoli zmíněných psychologických predispozic k závislosti je celá řada, zdá se, že se manifestují podobnými způsoby – formou deficitu schopnosti „zdravě“ reagovat na zátěže.

### **3.8 „Zvládnání“ a jiné příbuzné pojmy**

Ne všechny adaptační mechanismy lze označit za mechanismy zvládnání stresu. Lazarus a Folkmanová (1984) upozornili na rozdíl mezi zvládnáním stresu a automatickým adaptivním jednáním. Automatické jednání nestojí člověka příliš úsilí, je prováděno bezmyšlenkovitě při setkání s nějakým podnětem nebo při čelení situaci. Například osvojování dovednosti řízení automobilu je zpočátku náročné a během prvních hodin za volantem může působit potíže a řidič se s tím stresem musí nějak vyrovnat. Po pár týdnech ježdění však už při řízení nemusí přemýšlet nad tolika věcmi najednou, protože je provádí automaticky.

Tito autoři také odlišují mechanismy zvládnání stresu od obranných kognitivních mechanismů – přestože hranice může být někdy nejasná. Lidé v mezních životních

situacích, jako je pobyt v koncentračním táboře, bezprostřední ohrožení života nebo terminální stadium smrtelného onemocnění, vnímají sebe a okolí odlišně. Mezi obvyklé jevy v těchto situacích patří tunelové vidění nebo neúplné vnímání, které jim umožňuje zvládnout situaci. Pokud k těmto zvláštnostem nedochází nevědomě, a naopak vyžadují úsilí a jsou účelové, mluvíme o zvládnání. Pokud se děje vše nevědomě a automaticky, hovoří Lazarus a Folkmanová (1984) o adaptivních kognitivních mechanismech. Aldwinová (2007) upřesňuje, že se jedno vyvíjí v druhé.

### 3.9 Zvládnání a závislost

Jak jsme definovali v úvodní kapitole, závislost lze vnímat jako poruchu rozvíjející se na pozadí nevhodného zacházení s nepříjemnými psychickými stavy, a tedy i zátěžovými situacemi, které je navozují. U závislých nacházíme specifické vzorce zacházení se zátěžovými situacemi a psychickou zátěží. Závislí v aktivní fázi užívání se podle Kudrleho snaží zejména o to zkreslovat realitu, aby se ubránili nejen neporozumění a kritice ze strany okolí, ale také aby ubránili postupnou devalvací vlastní sebehodnoty a sebevědomí v důsledku narůstajících pocitů viny a studu (Kalina a kol., 2003, 108). Psychologické obrany, často neuvědomované, mají podobu *omnipotence a velikášství*, *racionalizace* (např. pseudo-zdůvodňování, alias hledání důvodu k užití drogy), *projekce viny* (např. alkoholik pije kvůli nevěrné manželce), *popření* (pocit, že se užívání zatím nevymklo kontrole), *bagatelizace/minimalizace* (myšlenky o snižování závažnosti problému), *či úniku* (často do regresivních fantazií o tom, jaká by byla situace, kdyby měl dotyčný v předchozím životě více štěstí) (Kalina a kol., 2003, 108).

Kalina a kol. (2008) chápou látkovou závislost částečně jako pokus o obranu a regulaci snížených schopností a deficitů odpovídajících charakterovým neurózám a patologickým obranám. Cesta ze závislosti, tak jak byla v této teoretické části podána, zahrnuje mimo jiné postupnou proměnu těchto negativních strategií a jejich postupné nahrazení efektivnějšími vzorci myšlení a jednání. Tyto procesy jsou podmíněné vysazením a abstinováním od drogy a probíhají ruku v ruce s čím dál více realističtějším pohledem na aktuální situaci. Abstinující závislí se proto učí přijímat životní realitu tak jak je a učit se přitom uplatňovat jiné (mnohdy zcela nové) mechanismy zvládnání. Samotné udržení abstinence (podmínky pro probíhající proces změny) vyžaduje hodně vynalézavosti a sil. Kuda (2003(b), 119) uvádí, že závislý by na cestě k úzdavě měl získat schopnosti zvládnání ve dvou rovinách, a to:

1. schopnost zvládat specifické vysoce rizikové situace;
2. schopnost zvládat stres a životní nároky obecně.

Donovan (2005) shromáždil data z řady výzkumů závislostního jednání, která potvrzují předpoklad, že se vyplatí mít v repertoáru více strategií pro zvládnutí zátěžové situace a být flexibilní při volbě té nejvhodnější. Závislí, kteří mají omezený repertoár takových reakcí, jsou náchylnější k relapsu. Pokud už k lapsu dojde, lidé s širším repertoárem strategií zvládnutí se pravděpodobněji dovedou z krize lépe zotavit a vrátit se k pokračování v abstinenci (Donovan, 2005).

## 4 KONSTRUKT OSOBNÍ ÚČINNOSTI

V této kapitole shrnuji základní fakta o konstrukt vnímané osobní účinnosti. Osobní účinnost udržení abstinence je vedle strategie zvládnání stresu u závislých v této práci druhým teoretickým opěrným bodem pro porozumění procesu stabilizace abstinujících závislých. V následujících podkapitolách podávám stručně výklad konstrukt, jeho význam v kontextu sociální teorie jeho tvůrce a význam konstrukt pro výzkum i klinickou práci se závislými.

### 4.1 Původ a význam pojmu

Pojem a zároveň teoretický konstrukt *vnímané osobní účinnosti* (pův. angl. *self-efficacy*) vnesl do sociální psychologie kanadsko-americký psycholog A. Bandura (nar. 1925). Osobní účinnost, nejjednodušeji řečeno, představuje sebedůvěru člověka ve vztahu k určitému úkolu či problému, kterému bude v budoucnu čelit. Bandura přikládal zásadní význam kognitivním procesům, které předcházejí určitému jednání, a které podle jeho zkoumání zásadně ovlivňují jeho výsledek. Síla přesvědčení o možném pozitivním výsledku vlastního jednání má podle Bandury vliv na to, zda se jedinec vůbec do něčeho pustí, či nikoli. A pokud je již chování zahájeno, bude mít vnímaná osobní účinnost vliv na to, jaké výsledky od sebe bude jedinec očekávat (Bandura, 1977; Bandura, 2006). Například nízká víra ve vlastní účinnost může vést k defenzivnímu jednání či pasivitě. Naopak vysoká vnímaná vlastní účinnost bude mít pozitivní vliv na množství vynaloženého úsilí k překonání nějakého problému. Klíčem k dosažení úspěchu v čemkoli nejsou podle Bandury ani tak samotné schopnosti a dovednosti, ale spíše vnitřní kognitivní zpracování možnosti takového úspěchu dosáhnout. Vnímaná osobní účinnost bude má vliv na to, jakým výzvám je člověk ochotný čelit, kolik bude ochoten investovat do akce úsilí a s jakou vervou bude čelit překážkám, které na cestě za cílem vystanou (Bandura, 1977; Bandura, 2006).

Bandura předpokládal, že vysoká míra osobní účinnosti je žádoucí v tom smyslu, že se člověk nebude vyhýbat náročnějším úkolům. Může být ale riziková proto, že takový člověk podcení přípravu. Proto může být určitá malá míra nejistoty při přípravě ku prospěchu (Bandura, 1982). Lidé, kteří si v něčem nevěří (a mají tedy i nižší míru vnímané vlastní efektivity), se více zaměřují na vlastní nedostatky a mají tendenci vnímat překážky jako horší, než doopravdy jsou, což způsobuje stres. Lidé s vyšší mírou vnímané osobní účinnosti mohou naopak svoji pozornost a úsilí plně obrátit na situaci a nalezení

řešení. „Čím silnější je vlastní vnímaná účinnost, tím spíše člověk vytrvá v úsilí, až dokud neuspěje“ (Bandura, 1982, 128. Přeložil autor).

Konstrukt vnímané vlastní účinnosti je propojen s několika dalšími konstrukty z oblasti sociální psychologie a self psychologie jako je *sebevědomí (self-esteem)*, *sebehodnocení (self-evaluation)*, *místo řízení (J. Rotter – locus of control)*, *smysl pro integritu (A. Antonovsky – sense of coherence)*, nebo psychologie osobnosti – př. *neuroticismus*. Jak již vyplynulo z předchozí kapitoly, pojem *mechanismy zvládání (coping behavior)* na tuto oblast psychologie také navazuje. Pro potřeby tohoto textu vnímejme konstrukt osobní účinnosti zejména v kontextu bandurovy sociálně kognitivní teorie, na které několik desítek let pracoval.

## 4.2 Sociálně kognitivní teorie A. Bandury

Bandura uchopil vnímanou osobní účinnost v rámci koncepce triadického recipročního deterministického modelu. V tomto sociálně-psychologickém modelu dochází k interakci mezi (1.) psychikou (vnitřní prostředí dané osobností a kognitivním zpracováním), (2.) vnějším prostředím a (3.) chováním (Janoušek, 2000). Chování je tak výsledkem osobnostních dispozic i možností prostředí, které byly nějakým způsobem kognitivním aparátem zpracovány (Bandura, 1977). Výsledek jednání (*efekt*) je v tomto procesu znovu kognitivně uchopen a podílí se na modulování dalšího jednání. Nezáleží přitom tolik na faktickém výsledku jednání, jako na tom, jak je tento výsledek kognitivně zpracován. Jednotlivé faktory (kognice, vnitřní prostředí, vnější prostředí) se doplňují a interagují navzájem, přičemž vždy může některý z nich dominovat (Janoušek, 2000). Dobrá analýza lidského chování by se měla opírat o porozumění všem třem faktorům (Maddux, 1995). Procesy, které umožňují takovou interakci, jsou modulované základními lidskými schopnostmi, které jsou u lidí rozvinuté v různé míře a které Bandura definoval jako: *schopnost symbolizace*, *schopnost myšlenkové anticipace*, *schopnost zástupného učení*, *schopnost autoregulace a schopnost autoreflexe* (Bandura, 1982).

Vnímaná vlastní účinnost je v Bandurově modelu součástí systému autoregulace. Lidé zpracovávají a integrují množství informací vypovídajících o vlastních schopnostech, a teprve na základě toho se rozhodují a jednají s vysokým nebo nízkým úsilím a vytrvalostí. Podle Bandury má mapování osobní účinnosti vysokou prediktivní hodnotu ve vztahu k budoucímu zvládání stresu a sebe-regulačnímu jednání. Vycházel přitom mimo jiné z publikovaných výzkumů relapsu a recidivy u závislých na heroinu a nikotinu, ze kterých

plynulo, že nízká osobní účinnost ve vztahu k udržení abstinence často indikovala relaps (jednorázové selhání v abstinenci), ke kterému v budoucnu skutečně došlo<sup>6</sup>. Rozpoznání aktuální úrovně osobní účinnosti v rámci procesu nějaké léčebné intervence může být užitečné pro další modulování intervencí a posílení růstu (Bandura, 1982; Maddoux, 1995; Bandura, 2006).

### 4.3 Osobní účinnost v kontextu závislosti

Může být poněkud matoucí uvažovat o vnímané osobní účinnosti vybraného člověka v obecné rovině. Daleko lepšího pochopení dosáhneme, zaměříme se na úroveň osobní účinnosti v nějaké úzce vymezené oblasti či souboru schopností. Cesta ze závislosti je pro mnoho lidí cestou osobní transformace a nabývání nových schopností. Může jít o kaskádu životních situací, s nimiž se závislý člověk potřebuje vyrovnat různými způsoby.

V oblasti výzkumu a léčby závislostního jednání je proto možné uvažovat o celé paletě takových schopností zvládnutí. Autoři Marlatt a kol. (1995) rozlišují následující: Jde o (1) schopnost rezistence vůči prvnímu užití návykové látky (dále jen NV) a s ní související osobní účinnost rezistence (*the resistance self-efficacy*). Dále jde o (2) schopnost minimalizovat rizika po prvním užití NV a s ní související osobní účinnost minimalizace rizik (*the harm-reduction self-efficacy*). Další schopnosti mají význam pro navození procesu změny a udržení abstinence: (3) Schopnost zahájit abstinenci nebo se pokusit o kontrolované užívání NV (*the action self-efficacy*), (4) schopnost vyhnout se relapsu pramenícího z nezvládnutí rizikových a stresových událostí a jejich zvládnutí v průběhu období abstinence – tzv. copingová osobní účinnost rizikových situací a nutkání (*the coping self-efficacy*). A nakonec (5) schopnost zotavení se po relapsové epizodě, kdy jde zejména o to minimalizovat dopady relapsu, dále neztratit víru v možnou úzdravu a neopustit snahu o udržení abstinence. V tomto případě mluví Marlatt a kol. (1995) o osobní účinnosti schopnosti zotavit se (*the recovery self-efficacy*).

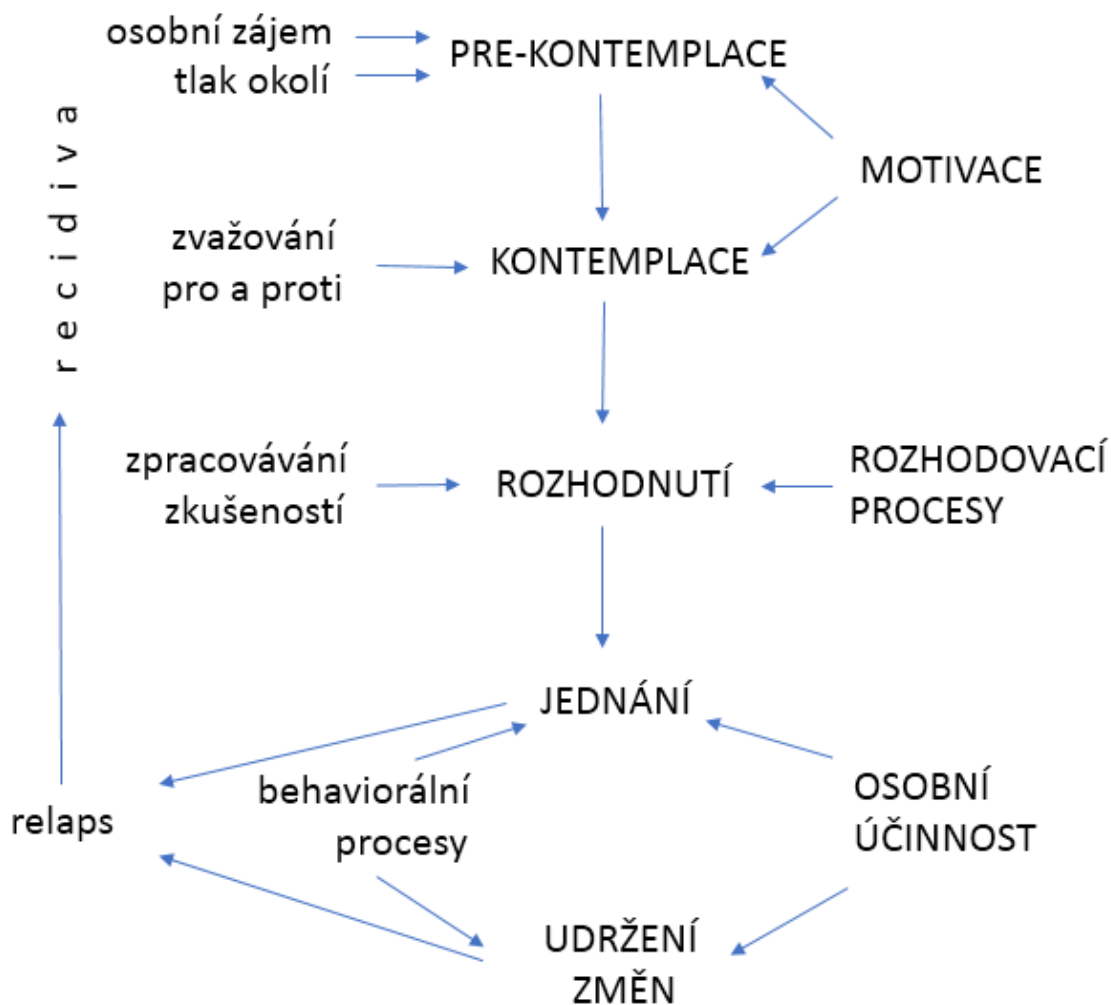
DiClemente a kol. (1995) vnímali nejzásadnější roli osobní účinnosti v závěrečné fázi boje se závislostí. Schéma 1 (níže) znázorňuje klasický model „cesty ze závislosti“.

---

6 Mimo jiné šlo o práce autorů DiClemente (1981) a Marlatt a Gordon (1980), kteří se detailněji zabývali relapsem v závislostním chování. Berens Crouch a kol. (2015) zjistili, že prediktivní hodnotu má osobní účinnost abstinence pouze v případě, že je „vysoká“, nikoli pouze „zvýšená“. Tehdy lze usuzovat na stabilitu abstinence s větší jistotou.

Význam motivace, rozhodovacích procesů a vnímání vlastní účinnosti umístili autoři do odlišných fází procesuálního modelu. Míra osobní účinnosti je závislá na zkušenosti závislého se sebou a okolím v předcházejících fázích procesu.

**Schéma 1.** Stadia změny závislostního jednání s perspektivou osobní účinnosti (DiClemente a kol., 1995, 115). Text - překlad autora.



#### 4.4 Využitelnost konstruktů osobní účinnosti v praxi

Schematičnost a poměrně dobrá teoretická uchopitelnost konstruktů vlastní účinnosti vedla k tomu, že byl v zahraničí v klinické praxi hojně využíván při práci se závislými. Rozličné využití škál pro evidenci a zhodnocování aktuální úrovně účinnosti uvedl např. Maddux (1995). Bandura předpokládal, že zmapování osobní účinnosti v určité konkrétní oblasti týkající se zvládnání nebo udržování abstinence může být velmi užitečné. Díky prediktivní hodnotě těchto škál je možné nejen odhadnout rizika, ale také naplánovat lépe



zaměřenou a efektivnější intervenci (Bandura, 2006). A konečně, vedle poklesu bažení po droze je to právě sílí osobní účinnost, která indikuje dobře úspěšně se vyvíjející proces údravy ve stadiu udržování změn (DiClemente, 2003; Berens Crouch a kol., 2015).

#### **4.5 Výzkum zvládnání stresu u závislých**

Teoretické předpoklady postavené z velké části na zahraniční literatuře byly shrnuty výše. V českém prostředí se proměně strategií zvládnání věnovali Csémy a Nešpor (1998). Závislí si podle nich osvojují nové mechanismy zvládnání v léčbě i mimo ni. Léčba však vede prokazatelně k navýšení počtu použitelných strategií (údajně v průměru o 3,4 nových strategií), což má pozitivní vliv na zvládnání bažení. Jak je tomu ale v období následné péče? Tématu strategií zvládnání stresu u závislých se dále věnovalo pouze několik studentských prací (z těch, které stojí za zmínku: Kutříňová, 2009; Horská, 2013; Školotíková, 2016), které potvrzují více méně odbornou veřejností akceptované předpoklady. Tím hlavním je existence kvalitativního rozdílu v reagování na stres mezi klienty kontaktních center (aktivní uživatelé) a klienty doléčovacího programu (abstinující). Klienti doléčovacího programu ve větší míře využívají pozitivních způsobů zpracování stresu, ale také u nich se vyskytují ve zvýšené míře maladaptivní strategie jako rezignace, sebeobviňování, perseverace nebo vyhýbání se (Kutříňová, 2009). Nebyly však provedeny kvalitnější přehledové studie, které by se věnovaly tématu proměny strategií zvládnání stresu longitudinálně, nebo alespoň v období po absolvování léčby závislosti. Nevíme například, jakým způsobem k proměně strategií zacházení se stresem dochází – zda se jedná o postupný vývoj, nebo zda ke změnám dochází ve skocích v souvislosti s kvalitativními změnami v životní situaci nebo mimořádnými událostmi (recidiva, hospitalizace, propuštění z léčby, odchod z chráněného bydlení do samostatného bydlení). V praxi doléčovacích programů se nicméně setkáme spíše s předpokladem (a klinickou zkušeností), že k tomuto vývoji i během doléčování dochází a poskytovaná podpora funguje. Tento výzkum si klade za cíl vzhled do problematiky prohloubit.

#### **4.6 Shrnutí**

V teoretické části byla popsána problematika vzniku a vývoje závislosti na pervitinu v kontextu cesty ze závislosti znázorněné transteoretickým modelem průběhu závislého jednání. Závislost byla pojímána mimo jiné z perspektivy teorie stresu, jakožto fenoménu

s fyziologickou i psychologickou komponentou. Proces údravy ze závislosti byl prezentován jako proces posílení reakcí zvládání specifických stresových situací i běžné zátěže. Významnou roli v procesu údravy hraje osobní účinnost abstinence, a to zejména při prevenci relapsu a udržování abstinence, nebo pak při zotavování z recidivy. K pozitivnímu vývoji dochází u řady závislých v období pobytu na chráněném bydlení při současném využívání služeb následné péče.

## 5 CÍLE VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Podle teoretických předpokladů, které jsem na podkladě odborné literatury prezentoval v teoretické části, je vznik a prohlubování závislosti charakteristický mimo jiné nevhodnými mechanismy zvládnání na prožívanou zátěž. Proces údravy proto vnímají někteří autoři jako proces osvojování adekvátnějších forem reagování a celkové rozšiřování repertoáru reakcí na zátěž. Důležitá část procesu údravy probíhá také v období pobytu v chráněných bytech doléčovacích programů. Zde, jak můžeme tušit, dochází mimo jiné k pozitivnímu posílení kompetencí zacházení se stresem. Závislý člověk už v tomto období nemůže používat drogy jako nárazníku při střetu se zátěží, ale potřebuje najít a osvojit si jiné, méně nebezpečné vzorce zvládnání. Osvojení funkčních strategií zacházení se stresem může být klíčové pro dosažení žádoucích změn a budování stabilnější (a podle všeho i zdravější) existence.<sup>7</sup> V jakých oblastech leží cíle výzkumu?

### 5.1 Cíle výzkumu

Výzkum vychází z předpokladu, že je možné zachytit a zkoumat vzorce zacházení se zátěží, k jejichž vývoji dochází v průběhu a léčby a zejména po jejím ukončení – v období doléčování. Ačkoli existuje předpoklad, že strategie zvládnání stresu se v průběhu doléčování pozitivně vyvíjejí, není jasné, jaký je vlastně výchozí stav. Prvním cílem výzkumu je proto

- (1) zjistit, jaké strategie zacházení se stresem klienti chráněných bydlení využívají v době, kdy z pobytové léčby nastoupí do programu.

Druhým cílem je

- (2) ověření toho, zda k vývoji ve strategiích zvládnání stresu v průběhu doléčování skutečně dochází, a zda je tento vývoj pozitivní.

---

<sup>7</sup> Nechci zde popírat skutečnost, že drogy mohou být také něčím jiným – např. vstupenkou do kvalitativně odlišného sociálního kontaktu, prostředkem k dosažení pozitivního zážitku, sebepřesahu apod. Zde spíše vycházím ze situací lidí v hlubší fázi závislosti, kdy se droga stala nutností i jediným východiskem a kdy závislý nedisponuje jinými způsoby, jak se se stresem (nudou, únavou, úzkostí, nemocí, konfliktem či bažením) vypořádat.

Abstinence od návykové látky, jak bylo uvedeno výše, platí za podmínku dosažení žádoucích změn. Výzkum se zaměřuje také na konstrukt osobní účinnosti ve vztahu k jejímu porušení – (re)lapsu. Třetím cílem proto je

- (3) popsat charakteristiky osobní účinnosti u těch respondentů, u kterých dojde k lapsu či relapsu.

## **5.2 Výzkumné otázky**

1. *Jaké jsou strategie zvládnání stresu u osob nacházejících se aktuálně v doléčovacím procesu?*
2. *Jak se změní strategie zvládnání stresu s půl ročním odstupem u abstinujících klientů s ohledem na dosažení jejich osobních cílů?*
3. *Čím je charakteristická osobní účinnost udržení abstinence u respondentů, u kterých v budoucnu dojde k relapsu?*

## 6 METODOLOGIE VÝZKUMU

Kapitola je přehledem metod tvorby dat, průběhu sběru dat a použitých metod analýzy konstruovaného materiálu. Jedna z podkapitol je věnována etickým aspektům výzkumu.

### 6.1 Metody tvorby dat

Základní metodou tvorby dat bylo **polostrukturované interview** (Miovský, 2006). Strukturu interview jsem opřel o klíčové oblasti, které jsem se snažil projít se všemi respondenty, aby bylo umožněno alespoň rámcové srovnání. Tato struktura mi sloužila jako záznamový arch pro psané poznámky (Příloha 2). Pokud k tomu respondenti poskytli souhlas, byl z rozhovoru pořízen audio záznam, v opačném případě jsem v průběhu rozhovoru pořizoval zápis.

Interview probíhala vždy individuálně, v prostorách, kde jsme nebyli rušeni. V první fázi výzkumu proběhla všechna interview bez výjimky v prostorách doléčovacích zařízení. Druhá vlna rozhovorů proběhla podobným způsobem, tentokrát však do procesu nevstupovala instituce, ale respondenti jednali více sami za sebe. V tomto období již byli tři z pěti respondentů po úspěšném odchodu z chráněného bydlení. Výstupy z jednotlivých interview sytí všechny tři výše zmiňované výzkumné cíle.

Vedle interview byl druhou použitou metodou pro uchopení problému a konstrukci dat **inventář SVF78** (Janke a Erdmannová, 2003). Autoři vycházejí z pojetí stresu R. Lazaruse. Stres chápou jako

*„(...) psychický a somatický stav, který znamená v určitém okamžiku (nebo časovém úseku) déletrvající a/nebo silnější odchylku od obvyklé úrovně excitace. Stres se odvozuje ze somatických a psychických změn. Somatické parametry se týkají především vegetativních změn ve smyslu zvýšené aktivity sympatiku a endokrinních změn ve smyslu aktivace nadledvinek a produkce hormonů (adrenalin, kortikosteroidy). Psychickými parametry jsou úroveň emočního prožívání, vnitřní vzrušení, případně napětí, cílené i bezcílné činnosti i jednání, desorganizované při vysokých intenzitách stresu.“* (Janke a Erdmannová, 2003, 7)

Jde tedy o komplexní pojetí stresu, které zahrnuje jak intrapsychické procesy vznikající v interakci s vnějším prostředím, tak i behaviorální odpověď ve vztahu k prostředí.

Inventář SVF 78 mapuje reakce zacházení se stresem. Výstupem je profil reakcí vyjádřený v číselných hodnotách skóru okruhů „pozitivních“ reakcí (POZ1, POZ2, POZ3) a „negativních“ (NEG).

Z hlediska stresové teorie se inventář SVF 78 dále opírá o tyto předpoklady:

1. Strategie zvládnání stresu představují akční i intrapsychické způsoby, jak zvládat stres (psychické a somatické změny) a dosáhnout původní psychosomatické úrovně.
2. Časová konstanta: způsoby zacházení se stresem jsou relativně stabilní v čase, jde o „habituální“ rysy osobnosti.
3. Situační konstanta: způsoby zacházení se stresem jsou relativně nezávislé na situaci – lidé reagují na různé situace stejným způsobem.
4. Reakční konstanta: reakce na zátěž je relativně nezávislá na způsobech, jakým daný člověk zpracovává stres.
5. Multidimenzionalita: existuje více relativně nezávislých způsobů zpracování stresu, které spolu pouze nízce korelují a lze z nich sestavit profil.
6. Nezávislost: Jednotlivé způsoby zpracování stresu pouze minimálně korelují s osobnostními charakteristikami.
7. Jednotlivé strategie jsou vědomé, takže je možné se na ně verbálně dotázat (Janke a Erdmannová, 2003, 8-9).

Inventář obsahuje 78 výroků – odpovědí na položenou otázku: „*Když jsem něčím nebo někým poškozen(a), vnitřně rozrušen(a), nebo vyveden(a) z míry ...*“ Respondent vybírá odpověď na škále od 0 do 4 (*vůbec ne – spíše ne – možná – pravděpodobně – velmi pravděpodobně*). 78 odpovědí je následně při vyhodnocení rozděleno do třinácti škál, z nichž prvních sedm představuje pozitivní (žádoucí) zacházení se zátěží a poslední čtyři škály (úniková tendence, perseverace, rezignace, sebeobviňování) jsou reakcemi negativními. Škály číslo 8. a 9. (potřeba sociální opory, vyhýbání se) není možné podle autorů testu jednoznačně interpretovat. Proto nejsou zařazeny ani mezi negativní, ani pozitivní reagování.

**Tab.1.** *Subtesty inventáře SVF 78 (Janke a Erdmannová, 2003, 10).*

Číslo subtestu	Název subtestu	Charakteristika
1	Podhodnocení	Ve srovnání s ostatními si připisovat menší míru stresu
2	Odmítání viny	Zdůraznit, že nejde o vlastní odpovědnost
3	Odklon	Odklon od zátěžových aktivit/situací, případně příklon k situacím inkompatibilním se stresem
4	Náhradní uspokojení	Obrátit se k pozitivním aktivitám/situacím
5	Kontrola situace	Analyzovat situaci, plánovat a uskutečnit jednání za účelem kontroly a řešení problému
6	Kontrola reakcí	Zajistit nebo udržet kontrolu vlastních reakcí
7	Pozitivní sebeinstrukce	Přisuzovat sobě kompetenci a schopnost kontroly
8	Potřeba sociální opory	Přání zajistit si pohovor, sociální oporu a pomoc
9	Vyhýbání se	Předsevzetí zamezit zátěžím, nebo se jim vyhnout
10	Úniková tendence	Tendence (rezignační) vyvážnout ze zátěžové situace
11	Perseverace	Nedokázat se myšlenkově odpoutat, dlouho přemítat
12	Rezignace	Vzdávat se s pocitem bezmocnosti, beznaděje
13	Sebeobviňování	Připisovat zátěže vlastnímu chybnému jednání

Inventář jsem administroval u všech respondentů, aniž bych se jej během prvního setkání snažil vyhodnotit. Na druhé setkání, které se odehrálo po šesti až sedmi měsících, jsem měl již připravený vyhodnocený formulář z posledního setkání. Výsledky – pokud to bylo z časových důvodů možné – jsme s respondentem společně interpretovali. Takto komplexně mi podařilo proces realizovat nakonec s pěti respondenty.

Některé otázky interview jsem vztáhl k právě vyplněnému dotazníku<sup>8</sup>. Zajímalo mě, nakolik klienti o strategiích zvládnání sami kriticky přemýšlejí a zda jsou schopni o nich přemýšlet prospektivně. Výstupy z inventáře SVF 78 byly použity pro zodpovězení výzkumných otázek 1. a 2.

<sup>8</sup> Ot. 4: *Před chvílí jste dokončil dotazník mapující Vaše zacházení se stresem. Které z nabídnutých reakcí v dotazníku byste si do budoucna rád osvojil?*

Ot. 5: *Které z nabídnutých strategií nyní užíváte, ale v budoucnu byste od nich rád upustil?*

Posledním použitým nástrojem byl **inventář osobní účinnosti udržení abstinence** *Drug Abstinence Self-efficacy Scale* (UMBC, 2017). Jedná se o volně dostupný nástroj, který připravili DiClemente a kol. (1994), a který mapuje úroveň osobní účinnosti ve dvaceti položkách. Jde o situace, ve kterých by v budoucnu mohl člověk v budoucnu „uklouznout“ (laps). Otázka je směřována k tomu, do jaké míry si respondent věří, že v každé ze jmenovaných situací dokáže udržet abstinenci. Respondent označuje odpovědi na škále od 1 do 5. Pro účely mého výzkumu jsem přeložil původní anglickou verzi inventáře do češtiny (Příloha 3) a upravil znění tak, aby odpovídalo podmínkám následné péče.<sup>9</sup> Vyhodnocení inventáře je pak autory uspořádáno do čtyř subškál – škála negativního afektu (1), sociální situací a pozitivního a. (1), tělesné zdraví a podobné potíže (3), a nakonec bažení a nutkání (4). Autoři nabízejí možnost jak práce se skóry ze subškál, tak i s celkovým skóre – průměrnou hodnotou ze všech odpovědí. Vzhledem k tomu, že jde spíše o orientační údaj, přiklonil jsem se k možnosti vyjádřit výsledek jediným skórem vyjádřeným v procentech. Ve výsledcích uvádím oba údaje. Délka administrace metody uváděná autory je 10 minut (DiClemente a kol., 1994). Tento nástroj byl (spolu s výstupy z rozhovorů) použit pro zodpovězení výzkumné otázky č. 3.

## 6.2 Průběh sběru dat

Délka rozhovorů se pohybovala mezi šedesáti a devadesáti minutami. Hodina se ukázala být hraničním časem, pokud se měl stihnout rozhovor spolu s administrací obou inventářů. V těchto kratších interview jsem se jako výzkumník cítil pod tlakem, abych „stihl, co jsem si naplánoval.“ K tomu došlo několikrát, když respondenti na mě více času neměli, nebo když jsme byli omezeni délkou času, po který jsme měli rezervovanou konzultační místnost. V situacích, kdy se nedalo stihnout všechno (u klientů, kteří o sobě hovořili obsáhle, s energií a chutí), jsem se rozhodl soustředit na klíčová témata – *plány do budoucna, co mi způsobuje největší stres, reflektování vývoje* apod. Během provádění interview jsem při nedostatku času upřednostňoval téma zvládání stresu a souvisejících

---

<sup>9</sup> Škála je v původním znění zaměřena buďto na alkohol, nebo na drogy. To ale neodpovídá podmínkám českých doléčovacích center, kde se vesměs po klientech požaduje, aby abstinovali od drog i alkoholu. Druhý problém vězel v první položce, která se ptá respondenta, nakolik si věří, že udrží abstinenci, když je právě v agonii po vysazení drog. Autoři totiž koncipovali inventář tak, aby vyhovoval situaci aktivních uživatelů, spíše než abstinujících. Tuto položku jsem změnil, abych nasměroval respondenty k možnosti relapsu, která je pro klienty doléčovacích programů více na místě. Grafickou podobu inventáře jsem ponechal co nejvěrnější původnímu originálu.



fyziologických, kognitivních a behaviorálních projevů před tématem bažení a osobní účinnosti. Uvítal jsem také to, že mi respondent sděluje něco, co považuje za důležité on sám, a to i za cenu odbočení z naplánované struktury.

Pro setkání s respondenty jsem si připravil přibližnou šedesátiminutovou strukturu:

1. Seznámení, informovaný souhlas;
2. sběr základních dat o respondentovi;
3. administrace SVF78 (15 min);
4. hlavní část rozhovoru dle připravené struktury (30 min);
5. administrace inventáře osobní účinnosti abstinence (5 min);
6. rozloučení (předání kontaktu, domluva na příště).

Druhé setkání po šesti až sedmi měsících probíhalo podobně, s tím rozdílem, že jsem se více snažil pracovat s inventáři, např. SVF78 jsem vyhodnotil v průběhu rozhovoru, abychom mohli učinit srovnání. Druhé interview vypadalo v nejkratší možné verzi přibližně takto:

1. Mapování situace, zhodnocení proběhnuvších změn, mapování aktuálních zátěží (25 min);
2. administrace SVF78 – respondent, vyhodnocení – výzkumník (30 min);
3. společná interpretace výsledků (15 min);
4. administrace a zhodnocení inventáře osobní účinnosti abstinence (5 min);
5. Poděkování, rozloučení.

### **6.3 Etické aspekty výzkumu**

Příprava výzkumu, kontakt s respondenty, tvorba dat a následná analýza a publikace tohoto výzkumu měla několik etických úskalí, se kterými jsem se musel vypořádat. Stanovil jsem si tyto rámcové podmínky, jejichž řešení zde uvedu:

1. Výzkum nesmí omezit/negativně ovlivnit proces úzdravy respondentů. Řešení: výzkum deklaruje naopak pozitivní přínos, a to tím, že umožňuje respondentům posílit náhled na vlastní způsoby reagování na zátěž a reflektovat proces růstu v průběhu půlročního období.
2. Publikace nebo prezentace výstupů nesmí mít negativní dopad na respondenty: Řešení: jména a zařízení jsou ve výzkumu i případné prezentaci kódována, je tak znemožněna identifikace respondentů.
3. Publikace ani prezentace výstupů nesmí mít negativní dopad na zařízení, která výzkum umožnila. Řešení: Nepochází ke srovnání mezi zařízeními, není z textu zřejmé, který klient pochází z jakého zařízení. Výzkum je spíše vnitro-subjektovým designem.

Kromě těchto otázek jsem se potřeboval vypořádat s faktem, že do výzkumu nejspíš zapojím také některé klienty doléčovacího programu, kde sám působím jako terapeut. Mohu být zároveň terapeutem pro klienta a výzkumníkem? Očekával jsem, že pro klienta budu i jako výzkumník nejspíš nadále terapeutem, který po něm ale teď chce něco navíc. Může zapojení do výzkumu nějak negativně ovlivnit účinné terapeutické faktory léčby? Nemyslím si, protože mapování zvládání stresu je na jiných úrovních běžnou stránkou programu. Připustil jsem však možnost, že existence terapeutického kontraktu (a vztahu) s některými respondenty nejspíš nějakým způsobem ovlivní konstruovaná data. Na druhou stranu mohla být hlubší znalost některých respondentů přínosem. Rozhodl jsem se proto klienty našeho zařízení do mého zkoumání zapojit.

## 6.4 Metody analýzy dat

Při analýze dat jsem použil metody, které Miovský (2006) označuje jako metoda vytváření trsů, metoda zachycení vzorců, metoda prostého výčtu a metoda kontrastů a srovnávání. Metoda *vytváření trsů* spočívá v prostém seskupování výroků respondentů do skupin na základě vzájemné podobnosti a používám jí proto v několika úvodních podkapitolách výsledků (výzk. cíle 1., 2., 3.). Metodu *zachycení vzorců* využívám v několika momentech s cílem zachycení obecných principů a vzorců, které mají být patrné ve výpovědích respondentů. (kap. Výsledky, výzkumné cíle 1., 2. i 3.). Metodu *prostého výčtu* používám napříč výsledky pro ilustraci toho, kolik respondentů sdělilo určitý typ odpovědi, byli určitého názoru, anebo postupovali v některých situacích podobně. Podkapitoly výsledků proto obsahují také jednoduché frekvenční analýzy. Tyto

dílčí postupy analýzy kvalitativních dat doplňuje ještě *metoda kontrastů a srovnávání*, která má význam při rozlišování např. dvou identifikovaných kategorií (Miovský, 2006) a kterou používám např. při sledování rozdílu nejmladší vs. nejstarší respondent.

## **6.5 Design výzkumu**

S ohledem na typ zkoumaného problému a povahu sběru dat s těžištěm v polostrukturovaném interview se jedná o kvalitativní výzkum (Miovský, 2006; Hendl, 2016). Použité inventáře samy o sobě sice mají potenciál pro případnou kvantitativní analýzu, základním problémem je však malý počet respondentů, se kterými bylo reálně možné výzkumný proces uskutečnit. Inventáře tedy mají umožnit konceptuální uchopení tématu zacházení se stresem u daného respondenta, a to jak z hlediska výzkumníka (dotvoření profilu zacházení se stresem popisovaného klientem o kvantitativní komponentu), tak z hlediska respondenta (utřídění prožívání do kategorií v podobě jednotlivých reakcí, zhodnocení vývoje reakcí na stres). V tomto smyslu se jedná o využití inventářů pro vnitro-subjektové srovnávání, ovšem bez použití statistických metod.

## 7 VÝBĚROVÝ SOUBOR

K výběru byla použita metoda záměrného účelového výběru přes instituce (Miovský, 2006). Zkoumaný soubor pochází z populace klientů doléčovacích programů, kteří splňovali předem stanovená kritéria – (1) pervitin jako hlavní zneužívaná látka (případně jako látka, která hrála v závislosti klienta významnou roli), (2) nedávný nástup klienta na chráněné bydlení, (3) souhlas s účastí na výzkumu. Oslovil jsem nejprve pět doléčovacích programů, které zároveň poskytují službu chráněného bydlení, abych je seznámil s podmínkami plánovaného výzkumu. Osloveni byli vedoucí programů, případně další pracovníci, kteří zastupují zařízení v Sekci následné péče – platformy zajišťující pravidelné setkávání a sdílení dobré praxe mezi pracovišti s podobnými službami. Tímto způsobem jsem získal souhlas všech pěti zařízení a následně také kontakt na klienty, kteří splňovali kritéria a zároveň souhlasili s výzkumem. V jednom zařízení jsem byl požádán, abych nejprve prezentoval výzkumný záměr celému týmu. Souhlasil jsem a na jedné z týmových porad, kam jsem byl pozván, výzkum odprezentoval. Tímto způsobem jsem postupoval také na pracovišti, kde sám působím. Zde došlo k souběhu rolí, o kterém se více rozepisují v podkapitole o etických problémech.

### 7.1 Charakteristiky souboru

S účastí na výzkumu souhlasilo a zúčastnilo se 11 osob. Šlo o 7 mužů a 4 ženy, klienty pěti doléčovacích programů z celkem tří krajských měst – Olomouce, Prahy a Plzně<sup>10</sup>. Očekával jsem, že klientů bude více, ale jako limitující se ukázaly být jak časové možnosti potenciálních respondentů, tak i aktuální situace v některých programech.<sup>11</sup>

---

<sup>10</sup> CPPT, o.p.s (Plzeň), Magdalena o.p.s. (Praha), P-centrum, spolek (Olomouc), Sananim z. ú. (Praha) a Point 14, sdružení právnických osob (Plzeň). Dle Mravčíka a kol. je v ČR celkem 20 doléčovacích programů poskytujících ubytování.

<sup>11</sup> Vzhledem k výzkumnému záměru bylo potřeba, aby první vlna rozhovorů proběhla mezi dubnem a srpnem 2016. V jednom zařízení se vyskytl případ hepatitidy E a noví klienti nebyli dva měsíce přibírání. V jiném zařízení byla kvůli jiné situaci aktuálně ubytovaná pouze jediná klientka. Dalším limitujícím faktorem se ukázala být samotná komunikace s pracovníky a předávání informací klientům daných zařízení.

Základní charakteristiky souboru –aktuální věk, věk prvního užití hlavní drogy, primární a další závislosti, aktuální délka abstinence, souhrnná délka absolvovaných pobytových léčeb a další, zachycuje Tab.2.

**Tab. 2.** Výzkumný soubor – základní charakteristiky (řazeno dle věku)

respondent	pohlaví	věk	doléčovací program	INT 1	INT2	věk 1. užití hlavní drogy	primární závislost	další závislosti	abstinence od posl. užití (měs)	pobytové léčby, komunita (měsíců)	doléčování s CHB v minulosti	výkon trestu v minulosti	další onemocnění	aktuálně psycho-farmaka
<b>A</b>	m	20	①	ano	ano	18	pervitin	–	13	10	–	–	–	–
<b>B</b>	ž	21	①	ano	ano	16	pervitin	opiáty	11	11	–	–	–	–
<b>C</b>	m	24	⑤	ano	–	19	kokain, THC	pervitin, alkohol	8	18	ano	–	–	–
<b>D</b>	m	28	②	ano	–	20	pervitin, THC	–	30	16	–	–	schizo-afektivní porucha	anti-psychotika
<b>E</b>	ž	30	①	ano	ano	17	pervitin, THC	gambling	6	6	–	–	–	–
<b>F</b>	ž	30	⑤	ano	–	16	pervitin	–	14	6	–	ano	hep. C	–
<b>G</b>	ž	31	③	ano	–	24	pervitin	alkohol, automaty	32	13	–	–	–	anti-depresiva
<b>H</b>	m	33	②	ano	–	x	pervitin	–	4	7	ano	–	–	–
<b>I</b>	m	36	⑤	ano	ano	18	pervitin	–	9,5	17,5	ano	–	ADHD, (Inv.D)	–
<b>J</b>	m	37	②	ano	–	x	opiáty/metadon	pervitin	4	3	ano	ano	–	anti-depresiva
<b>K</b>	m	42	④	ano	ano	23	pervitin	–	12	11	–	ano	–	–

**Vysvětlivky:**

①, ②, ③, ④, ⑤ - kódy pro přiřazení skupiny respondentů k jednomu z pěti zařízení (konkrétní zařízení záměrně neuvádím)

INT 1 – účast respondenta na prvním setkání

INT 2 – účast respondenta na druhém setkání

Inv.D – invalidní důchod pro zdravotní omezení

Hep. C – hepatitida typu C

Nejmladším třem jedincům v souboru bylo 20, 21 a 24 let. Věk ostatních respondentů se pohyboval mezi 28 a 37 lety, nejstaršímu jedinci bylo v době výzkumu 42 let, průměrný věk v souboru byl 30,2 let. Průměrný věk prvního užití hlavní drogy byl v souboru 19 let (u dvou respondentů nebylo zjištěno). V závislosti všech jedenácti respondentů hrály významnou roli stimulanty. U devíti respondentů byl pervitin hlavní, nebo jednou z hlavních drog. U jednoho respondenta byl hlavní drogou kokain a THC. THC se vyskytovala jako jedna z hlavních drog u tří respondentů. Z hlediska závislosti ze souboru nejvíce vybočoval klient s hlavní závislostí na opiátech, který byl v posledních letech klientem metadonové substituce a pervitin v tomto období užíval v omezené míře, nebo vůbec. Délka aktuální abstinence od všech návykových látek variuje v souboru mezi 4 a

32 měsíci (průměr 13 měsíců). Všichni respondenti absolvovali v minulosti nejméně jednu pobytovou léčbu, průměrná doba respondentem strávená v pobytových léčbách nebo komunitách (od počátku drogové kariéry do posledního nástupu na chráněné bydlení) byla 11 měsíců. Čtyři respondenti využili již v minulosti doléčování s chráněným bydlením. Tři respondenti absolvovali v minulosti výkon trestu (délka nezjišťována). Duševní onemocnění (a aktuální užívání antipsychotik) oznámil pouze jeden respondent ze souboru. Dva další respondenti oznámili medikaci antidepresivy (aniž by se označili jako duševně nemocní). Rodinný status nebyl podrobně zjišťován. Jak se ale ukázalo v průběhu interview, téměř ve všech případech šlo o svobodné jedince, většinou i mimo dlouhodobější partnerský vztah. Socioekonomické charakteristiky jako vzdělání, praxe v určitém oboru příp. výše dluhů nebyly zjišťovány.

Výzkumný soubor nejspíš nepředstavuje reprezentativní vzorek populace. V jistém smyslu však reprezentativní je – obsahuje totiž charakteristiky, které se u této populace vyskytují velice často. Jde zejména o dlouhodobou zkušenost s léčebnými institucemi, dále zkušenost s výkonem trestu, socioekonomickou nezakotvenost, absenci stabilního partnerského vztahu nebo manželství, přítomnost duševní nemoci (tzv. duální diagnóza) a medikaci psychofarmaky (srov. Mravčík a kol. 2016). Výpovědní hodnotu má i věkový profil souboru: Na rozdíl od uživatelů alkoholu jsou uživateli pervitinu v doléčování nejčastěji právě mladší dospělí a dospělí ve věku do čtyřiceti let<sup>12</sup>, což přibližně odpovídá i průměrnému věku uživatele pervitinu žádajícího o léčbu – 29,6 let (Mravčík a kol., 2016).

---

<sup>12</sup> Zde čerpám z neoficiální statistiky doléčovacího programu, kde jsem v době výzkumu působil.

## 8 VÝSLEDKY

Setkávání s respondenty jsem zahájil v dubnu 2016. Poslední rozhovor a administrace inventáře proběhla v březnu 2017. Tato kapitola je přehledem základních výsledků, které byly v tomto období shromážděny.

### 8.1 Výzkumný cíl 1: Analýza výsledků

V této kapitole přináším výsledky k položené otázce „**Jaké jsou strategie zvládnání stresu u osob nacházejících se aktuálně v doléčovacím procesu?**“ Za tímto účelem kombinuji data z rozhovorů i inventářů. Data z inventářů uvádím v tabulkovém souhrnu. Jména respondentů nahrazují písmena A až K, (abecedně od nejmladšího k nejstaršímu respondentovi). Údaje o tom, v jakém doléčovacím programu konkrétní klient pobýval, záměrně nejsou uvedena. Vzhledem k povaze výzkumu uvádím také informace, které úzce souvisejí s problémem zvládnání stresu a dokreslují kontext ve kterém aktéři výzkumu prožívali a jednali. Zmiňuji proto specifika stresu z adaptace na doléčovací program, stres související s hledáním zaměstnání aj.

#### 8.1.1 Stresové zátěže po příchodu do chráněného bydlení

Respondenty jsem se snažil poprvé zastihnout v období, kdy se adaptovali na novou životní situaci chráněného prostředí v nové službě. Otázka mířená na aktuální stav, kterou jsem každému položil, měla zčásti za cíl prolomit bariéru neznáma mezi námi, částečně ale také získat přehled o tom, v jakém rozpoložení se aktuálně nacházejí. Ukázalo se, že většina respondentů byla spokojena s programem jako takovým a celkově s prostředím služby. Několik respondentů jsem zastihl ve velice pozitivní náladě, prožívali radost z nalezeného zaměstnání nebo to, že mají více nabídek práce a mohou si vybrat (A, B, C, G, K). Respondent A. (20 let) mi k nástupu do chráněného bydlení sdělil: „*Je to dobrý prostředí, hezký místo, takový opečování po komunitě. (...) Venku si to zatím nedokážu představit*“. Jeho slova jsem vnímal jako výrok, který v něčem vystihuje pocity i několika dalších respondentů. Zejména fakt, že jde o prostředí nabízející zázemí pro jakousi fázi přechodu ke kvalitativně odlišnému způsobu bytí ve světě, na jehož realizace právě pracují. Stejně tak respondentka B. byla spokojená s tím, jak se jí dařilo: „*Jsem pyšná na to, že dovedu dělat něco jinak, než jak jsem byla v minulosti zvyklá. A taky na to, že to tak sama chci*“. Komentovala tak povzbudivě svoje aktuální pocity pramenící z toho, že

dokáže mít větší kontrolu nad svým jednáním a ovlivňovat sebe sama pozitivním způsobem.

Sedm respondentů prožívalo v souvislosti se zahájením doléčování naopak velký stres. Jak se ukázalo, jednalo se o dvě hlavní oblasti zátěže: (1) stres ze vstupu do nové sociální (příp. terapeutické) skupiny, který zahrnoval strach z hodnocení skupiny nebo strach z reakcí ostatních členů skupiny; a (2) stres způsobený vnějšími vlivy, například strachem z nezaměstnanosti, rizika relapsu, návratu bývalého partnera z vazby, stres z kontaktu s institucemi apod.

(1) Obavy z toho, zda zapadne do skupiny, měla např. respondentka *F.* (30 let), kterou jsem zastihl na bydlení po dvou týdnech pobytu. Kdyby mohla, tak by se skupině vyhnula, ale to vstupní procedura v jejím doléčovacím programu neumožňuje. Popsala mi, jak bojovala se studem několik dní před seznamovací skupinou, a také jak se se situací vyrovnala. *„Byla jsem úplně ve smrti. Styděla jsem se, jak se na mě budou dívat, jestli mě přijmou. (...) Řekla jsem si ale: už jsem prožila horší věci. (...) Třáslý se mi ruce, hrála jsem si s gumičkou, když jsem mluvila. (...) Dívala jsem se na kamarádku z Karlova, takovej záchytný bod (...), dívala jsem se při mluvení jenom na ní.“* Podobné situace zažívali respondenti *H.* a *J.*, kteří po dvou týdnech pobytu zatím nenalezli zaměstnání. Využívali však doléčovací program, kde musí klienti během prvních dvou týdnů obhájit vlastní plán doléčování před skupinou. S touto „obhajobou“ měli svůj stres spojený nejvíce.

(2) Stres druhého typu v průběhu prvních týdnů v doléčování zmínili explicitně respondenti *D.*, *E.*, *F.*, a *K.* Jak se ale ukázalo, tento druh zátěže do jisté míry zažívají všichni respondenti, což vyplývá ze skutečnosti, že se adaptují do nové životní reality. Jako příklad uvedu respondenta *D.*, který pracoval jako kuchař. V zaměstnání se cítil v práci ještě stále nový a s přístupem k vlastní osobě ze strany zaměstnavatele a dalších kuchařek nebyl spokojen. Např. nevěděl najisto, kdy má být v práci, a kdy naopak může mít volno. *„Nevím, kdy mam přijít do práce. Třeba mi zavolaj ráno v osm a řeknou: přijď v deset“*, stěžoval si. Respondenti *H.*, *J.* a *K.* byli ve stresu, protože ještě žádnou práci nalezenou neměli. Vyšlo najevo, že nezaměstnanost byla chápána respondenty jako stav, který je v rozporu s jejich vlastními cíli, i s podmínkami poskytování služeb programů.

Dva respondenti měli v době prvního interview za sebou krizi, která by se dala nazvat konfliktem s prostředím programu: Respondent *A.* plánoval během několika prvních



týdnů bydlení ukončit a odejít někam, kde by začal žít „podle svého“. V rámci terapie však svůj záměr přehodnotil a rozhodnutí odložil. Větším otřesem prošla respondentka E., která relapsovala krátce po nástupu na chráněné bydlení. Vnímala svojí aktuální situaci jako stav narušení důvěry mezi ní a pracovníky programu – relaps totiž měla v plánu zamlčet a k jeho odhalení došlo při namátkovém kontrolním testování. „*Lhát je pro mě takhle [luskne prsty], ale dát to dohromady už je těžší. (...) Makam ted' na tom, aby mi D. [terapeutka] zase začala věřit*“, komentovala vlastní situaci.

Jako specifický zdroj stresu zmínilo několik respondentů partnerské nebo rodinné vztahy. Za svůj velký úkol považoval respondent C. zlepšení vztahu s matkou, který dost utrpěl v době aktivního užívání drog. V době rozhovoru představoval pro něj vztah s matkou oporu a pevný bod, „*máma mě zachrání, (...) rozumí těm pracovním věcem a poradí mi*“, ale zároveň zátěž, se kterou měl v plánu se vyrovnávat: „*zachrání mě, ale zároveň mě našťve. Musím se někdy obhajovat, protože vim, že mám pravdu. Ale zároveň jsem na ní přítom hnusnej (...) a pak mám z toho výčitky*“. Z rozhovorů vyplývalo, že v oblasti mezilidských vztahů, nejen rodinných, se respondenti setkávají s řadou zatěžkávajících zkoušek. Nejčastěji však respondenti mluvili o partnerských vztazích.

Tři respondentky (B., E., F.) byly v době prvního interview bez partnera. Cítily se však ohrožené ze strany posledního partnera, který by je mohl vyhledat buďto po ukončení výkonu trestu, nebo při soudním sporu o dítě. Tři respondenti (C., H., J.) prožívali naopak jako stres skutečnost, že jsou aktuálně bez partnerky. Hypotetickou ztrátu partnerky (rozchod, příp. nevěru) vnímali tito muži jako vůbec nejrizikovější situaci z hlediska relapsu a případně dalších selhání. Muži dávali najevo, že si nedovedou představit, jak by situaci čelili. Někteří přímo uvedli, že by se v případě rozchodu opili a užili pervitin. Zatímco v symbolické rovině se partnerské vztahy respondentů nacházely buďto v oblastech *reálné/hypotetické ohrožení*, příp. *nedostižné přání*, reálná zkušenost s nimi jim chyběla.

### **8.1.2 Cíle a aspirace respondentů**

V rámci prvního mapování situace respondenti odpověděli na otázky směřující na jejich cíle a aspirace. Jednotliví respondenti měli o své budoucnosti představy, nebo měli stanovené cíle, ke kterým se chtěli přiblížit. Častým záměrem bylo nasměrovat úsilí do získání profese, nebo její proměny (C., H., J., K.), jeden respondent plánoval dokončení vzdělání (C.), tři respondenti zmínili cíl dosáhnout změn v blízkých vztazích (C., E., F.).

Dvě respondentky měly v plánu zajistit se během následujících měsíců tak, aby v budoucnu mohly převzít do péče vlastní dítě (*E.*, *F.*). Zatímco někteří respondenti zmiňovali orientaci na vnější cíle jako je dosažení samostatnosti (*A.*), nalezení známých (*H.*) nebo nějaké pozitivní sociální skupiny (*K.*), jiní mluvili více o přání realizovat proměnu sebe sama, dosáhnout větší sebejistoty, vnitřní nezávislosti nebo proměnit vztah k sobě (*B.*, *D.*, *E.*, *G.*, *H.*) nebo k někomu jinému (*C.*). Jeden respondent zmínil při tomto prvním setkání cíl získat dluhovou situaci pod kontrolu (*J.*).

### 8.1.3 Projevy stresu a způsoby zvládnání

Při mapování projevů stresu jsem dotazoval respondenty na tělesnou, kognitivní i behaviorální stránku jejich prožívání zátěže. Jak se v průběhu rozhovorů ukázalo, respondenti spíše preferovali vždy jednu z těchto stránek prožívání. Pouze dvě respondentky (*E.*, *F.*) dokázaly popsat všechny aspekty jejich prožívání s obsahovou, emoční i tělesnou komponentou. Ostatní respondenti se ve sdělení zaměřili na nejvýraznější vjemy.

Výrazné popisy tělesného prožívání podalo pět respondentů (*A.*, *B.*, *C.*, *E.*, *K.*). Čtyři respondenti uvedli, že stres prožívají na tělesné úrovni jako stažení dovnitř v oblasti hrudníku. Respondentka *B.* měla noční můry, ve kterých testovala pervitin. „*Mám strach třeba usnout (...) tlak na hrudníku, jakoby sevření [směrem] dovnitř, a pocit horka. (...)* Respondent *C.* na tělesné úrovni prožíval stres jako stažení hrudníku (směrem dovnitř). Také respondentka *E.* prožívala stres jako sevření uvnitř těla, a popisovala „velké nádechy“ kterými bezděčně reagovala. Prožívala přitom úzkost a strach, zda situaci zvládne, a podaří se jí získat syna zpátky do péče. Podobně *K.* prožíval „svírání hrudníku“ když měl dojem, že se nemůže vymanit ze situace.

Respondent *A.* prožíval na tělesné úrovni stres z práce přeneseně jako únavu, bolesti a nevolnost. „*Stojím třeba v práci (...) nikdy dřív mě nebolely takhle nohy jako teď. Mám taky problémy s jídlem. Doktor mi říkal, že mám náběh na vředy (...) Mám pravidelně staženej žaludek, nemám vůbec hlad. Ráno se nenajím a přes den ani nic nesním. (...) Pocit, že mám v žaludku tvrděj tenisák, no, a občas křeče.*“ *A.* popisoval, že měl tendenci o věcech hodně přemýšlet a nešlo mu se od problémů myšlenkově odpoutat. Také respondent *H.*, který reagoval na zátěž podobným způsobem jako *A.*, prožíval v souvislosti s některými úvahami slabost a únavu.

Situace na počátku doléčování a překonávání životních překážek vyvolávalo u respondentů pestrou paletu emocí, pro jejichž efektivní zpracování respondenti nejspíše teprve hledali nové způsoby. Některé emoční stavy pocházely z životní situace jako takové: „*Depka, stres a strach, to jsou pocity, co mam hlavně když se srovnávám s druhějma,*“ vysvětloval C. „*Zklamání, panika v souvislosti se vzpomínkami*“ (H.), případně „*smutek, ale i vztek na sebe, že se nemůžu ožrat*“, sdílela se mnou G. V souvislosti s mnoha řešenými problémy zmiňovali respondenti mnoho dalších emocí. Nejčastěji se objevovaly obavy a strach z výsledku zatěžující situace, dále naštvání, vztek, zoufalství a pocit, že „nevím, co dřív“, pocit nesoustředěnosti a roztržitost, pocity samoty a „ztráty přátel“, ale také sebelítost.

Strategie zacházení se zátěží byly při prvním setkání zachyceny s pomocí SVF78 a rozhovorem. Skóry subtestů inventáře uvádím pro srovnání v tab. 3. Zvýrazněny jsou ty výsledky, ve kterých respondent dosáhl skóru významně vyššího (nejméně o 1 SD pro danou škálu), než jaký je průměr v běžné populaci mužů nebo žen uváděný autory metody.

**Tab. 3.** Výsledky inventáře SVF78 – 1. administrace. Zvýraznění provedeno u skóru převyšujících průměr u běžné populace ve věkové kategorii respondenta. Dole pro komparaci: průměry mužské a ženské populace napříč věkovými kategoriemi, viz. Janke a Erdmannová (2003).

Reakce zacházení se zátěží (skóry: MIN=0, MAX=24)	Podhodnocení	Odmítnutí viny	Odklon	Náhradní uspokojení	Kontrola situace	Kontrola reakcí	Pozitivní sebeinstrukce	Potřeba sociální opory	Vyhýbání se	Úniková tendence	Perseverace	Rezignace	Sebeobviňování
A (m)	18	11	14	12	12	14	20	24	2	14	22	11	7
B (ž)	7	20	23	10	20	21	22	19	21	12	7	7	3
C (m)	9	13	9	13	13	12	13	17	10	14	11	12	12
D (m)	7	6	19	13	15	14	18	23	15	15	19	13	7
E (ž)	11	10	16	11	18	18	17	15	20	6	17	8	11
F (ž)	10	10	19	18	13	13	19	18	16	7	6	9	9
G (ž)	2	7	10	13	13	9	10	24	24	20	23	19	21
H (m)	12	11	15	13	18	14	18	12	18	11	11	7	11
I (m)	3	18	20	10	19	18	24	17	14	7	9	4	8
J (m)	17	14	15	4	20	19	14	6	5	6	2	6	9
K (m)	2	12	14	10	19	15	10	18	19	18	19	9	10
Průměr M	10,7	11,41	11,69	8,42	16,84	15,27	16,71	11,57	11,44	7,35	13,61	7,17	9,81
SD	4,45	3,61	3,61	4,45	3,68	4,01	3,92	4,90	4,86	4,33	5,54	3,75	3,80
Průměr Ž	8,18	9,99	11,97	9,42	16,72	15,56	16,02	14,23	12,51	9,16	16,68	8,93	11,48
SD	4,06	3,75	3,72	4,69	3,80	3,99	4,01	5,22	4,51	4,81	5,39	4,76	4,40

Můžeme si všimnout, že „nadužívání“ dvou nebo více negativních strategií se objevuje u pěti (5/11) respondentů (A, C, D, G, K). Reakce „vyhýbání se“ a „potřeba sociální opory“, které autoři metody hodnotí jako potenciálně problematické (Janke a Erdmannová, 2003), se vyskytují u pěti a u šesti respondentů. Vysokou potřebu sociální opory v celém zkoumaném souboru navrhuji vnímat jako adekvátní reagování na zátěž vzhledem k obývanému prostředí. To totiž záměrně podporuje abstinující závislé, aby sdíleli v maximální míře stresové zátěže v rámci prevence relapsu nebo psychoterapie. Skóry významně podprůměrné (nejméně 1 SD) u pozitivních reakcí zůstaly bez zvýraznění. I tyto je však potřeba brát jako signifikantní pro pochopení copingového stylu každého respondenta. Např. neschopnost podhodnocení situace, jak vyplynulo z rozhovorů s respondenty G. a K., měla souvislost s neúměrným zabýváním se zátěží a nevědomým nadužíváním strategie perseverace. U pěti respondentů (B., E., F., H., J.) neodhalily výsledky inventáře výraznější zvláštnosti.

V průběhu rozhovorů popisovali respondenti příběhy, ve kterých bylo možné rozeznat z pozitivních strategií nejčastěji strategii *kontrola situace*, *kontrola reakcí*, *pozitivní sebeinstrukce* a *odklon*. Několik respondentů čerpalo ze zkušeností získaných v terapeutické komunitě, kde se sebou „učili pracovat“. K pobytu v komunitě respondenti datovali získání dovednosti zvládání bažení:

*„Chutě výrazný ještě nepřišly, ale vlastně mě to furt otravuje. (...) Třeba když se bavím o minulosti na baráku, tak mě to nabíhá. (...) Když si toho všimnu, tak zastavím hovor. Dělán to často i u sebe.“ (B.)*

*„Naskočí mi tam ale potom něco jako: Vždyť jsou i další možnosti! Udělám plán, konkrétní kroky, který udělám, abych v tom nezůstával (...)“, [mluví o komunitě a doléčování], „(...) Předtím jsem házel flintu do žita a nepomáhalo mě nad tím víc přemýšlet. Řekl jsem si třeba prostě: je to všechno v háji, kašlu na to. Ted' se víc snažím, aby k takový nějaký situaci nedocházelo. Podchytit to, když se to blíží. (...) Chtěl jsem dřív všechno hned, ale nikdy není nic hned.“ (K.)*

Respondenti často popisovali, že se zkoušejí sami povzbudit (*pozitivní sebeinstrukce*):

*„Řeknu si, že už jsem zažila horší věci, kriminál (...).“ (F),*

*„Měla jsem stres, abych o tu práci nepřišla. Nešlo mi dělat to, co mám, byla jsem vzteklá jako malý dítě. To není možný, já odsad' odejdu (...) Ale řekla sem si nebud' srab, neodejdeš přeci první den.“ (G.)*

Tři respondenti popsali, že volí mezi více možnostmi reagování, např.:

*„Vrací se mi vzpomínky, co jsme spolu zažili, a taky co nám udělal (...) Zhluboka se nadechnu a řeknu si: to bude dobrý. Nebo taky někdy dovedu chodit a dýchat. (...) Když o tom mluvím, tak to taky pomůže.“ (E.)*

*„(...) Taky si zacvičím, nebo na něco kouknu. Akorát teď jsem si skřípnul nerv, takže cvičit nemůžu. (...) Nebo si něco dobrýho uvařím, koupím si něco, nebo naplánuju něco pěknýho.“ (H.)*

Mezi negativními reakcemi zacházení se zátěží respondenti nejčastěji zmiňovali reakce *úniková tendence*, *perseverace* a *sebeobviňování*. V popisu propojovali to, jak sami sebe znají z minulosti, s tím, jak aktuálně fungují:

*„Nabíhám si do stejných situací pořád dokola. Mám tendenci věci vzdávat, odcházet od něčeho, co mě nejde.“ (C.)*

*„Hroutím se, když mě holka odmítne (...) [v těle se mi neděje] nic. Ale jede to v hlavě. Hodně sebelítost. A myšlenky, že nestojím za nic. Sám si z toho vydedukuju, že to je moje chyba, a utápím se v tom. Baví mě zůstávat v těch emocích. (...) No a pak to konzultuju se sestrou, protože potřebuju poradit“ (D.)*

*„Přemejšlím racionálně dopředu, co asi tak můžu čekat, pak si vyberu to, co mě nejvíc štve, a to už pak očekávám. Dřív jsem se třeba natruc zřetoval, ale teď už to řeším. Něco si zadrmolím pod fousy, zanádvám, a pak to pustím z hlavy. Nebo prostě mlčím a myslím si svoje“ (J.)*

Respondenti uváděli sociální interakci (*potřeba sociální opory*) jako vyhledávaný způsob reagování. Většina respondentů mluvila o aktivním vyhledání pomoci, ale objevily se i jiné přístupy. Pro ilustraci uvedu kontrastní příklady nejmladšího a nejstaršího respondenta souboru. Potřeba sociální opory byla u obou respondentů klíčovou strategií:

*„[Když jsem ve velkém stresu, tak] sem tichej, zamýšlenej, nejradši bych byl sám. Ale to je taktika, aby se o mě ostatní začali zajímat.“ (A.)*

*(...) Jdu místo toho za lidma, buším do pytle nebo cvičím s činkama. Naučil jsem se jít se vším ven. Nemusím potom lhát a soustředit se na to, co jsem komu řekl nebo ne.“ (K.)*

#### **8.1.4 Reflektivita ve vztahu ke zvládnání stresu**

Výsledky potvrzují metodologický předpoklad výzkumu, že respondenti jsou schopní uvažovat nad svými způsoby zvládnání zátěže (uplatnění autoregulačních a autorefektivních mechanismů). Skrze data z inventářů i rozhovorů bylo možné abstrahovat popis stresorů, stresových reakcí i strategií zvládnání konkrétních situací. Respondenti uvažovali nad sebou reflektivně ve vztahu k budoucnosti a většina plánovala svůj způsob zacházení se zátěží do budoucna ještě proměnit:

*„Furt si potřebuju po nějakým stresu udělat radost. Chtěla bych to ale zvládnout bez odměny, aby to nebylo tak snadné. (...) To totiž dělal táta, vždycky něco nejdřív nesplnil, potom mi místo toho koupil dárek. Mám to z té doby.“ (F.)*

*„Ráda bych se někdy zbavila mojí přecitlivělosti, ale nevím, jestli to vůbec jde.“ (B.)*

*„Kdybych mohl, chtěl bych v budoucnu méně věci řešit, možná miň nad věcma špekulovat.“ (I.)*

*„(...) Musím změnit životní styl, návyky, úplně všechno.“ (K.)*

Známky přijetí sebe sama takového, jaký je, jsem našel nejsilněji u jediného respondenta:

*„Mám sklon se stresovat. Cejtím třeba přívál energie, kterou nemám kam pustit. (...) Jsem možná pak zbytečně moc ve stresu. (...) Ale už jsem si zvyk, že jsem taková asi povaha“ (J.)*

#### **8.1.5 Posilováním k pocitu pohody**

Většina respondentů-mužů (4/7) mluvila o významu, který pro ně má posilování nebo bojové umění. C. měl ambice být dobrým v kick-boxu a pracoval na svém zlepšování. H., I. a K., kteří aktivně posilovali, přímo řekli, že se po cvičení cítí dobře a že používají posilování k tomu, aby se odreagovali. Potřebu se „vybušit“ případně „oddělat“ a prožívat následně příjemný pocit únavy vyčerpání (I.) používali jako hlavní nástroj k naložení s nahromaděným afektem. Že se jedná o dobrou adaptační strategii, která má dobrý dopad

na stabilizaci emotivity, dokládá ostatně řada studií<sup>13</sup>. Vnímám jsem, že posilování a práce na svojí fyzické kondici tvořilo u těchto respondentů důležitou součást sebepojetí.

## 8.2 Výzkumný cíl 1: Shrnutí

Respondenti čelili po nástupu do chráněného bydlení paletě stresorů vycházejících z nutnosti adaptovat se na novou situaci. Vedle stresu plynoucího z hledání zaměstnání a z dlouhodobé nejistoty a sociální situace respondenti řešili to, že se potřebují začlenit do nové sociální (nebo terapeutické) skupiny a vyrovnat se s řádem panujícím v zařízení, které jim poskytovalo střechu nad hlavou. Výrazně zaznívalo téma nemožnosti odříznout se od zatěžující minulosti. Tři ze čtyř žen ve zkoumaném souboru se cítily v ohrožení ze strany bývalých partnerů, u některých (*B.*, *G.*) se tito muži nacházeli právě ve výkonu trestu. Minulost byla také limitem pro ty respondenty, kteří měli omezený výběr zaměstnání v důsledku záznamu v rejstříku trestů (*J.*, *F.*), případně i záznamem ve zdravotní dokumentaci, který přístup k zaměstnání znesnadnil (*K.*). Většina respondentů dokázala vlastní strategie zacházení se stresem reflektovat a pojmenovat ty, které jsou pro ně užitečné. Někteří respondenti se k vlastním aktuálním strategiím zvládání stavěli kriticky. Tito respondenti zmiňovali nejčastěji strategie *únikové tendence a perseverace*. Analýza inventářů SVF78 dokresluje výpovědi respondentů a umožňuje hlubší vhled do stylu zvládání každého respondenta. Pět respondentů z celého souboru (5/11) používalo při stresu ve zvýšené míře dvě nebo více negativních strategií zvládání. Tendence ve zvýšené míře užívat negativních strategií se ve výsledných skórech u pěti respondentů objevuje současně s tendencí využívat k řešení potíží ve zvýšené míře i sociální opory. Výsledky inventářů u zbývajících šesti respondentů (6/11) nevykazují výraznější zvláštnosti ve srovnání s průměry ve věkových kategoriích běžné populace. Tři z těchto respondentů při prvním setkání využívali v nadprůměrné míře některou z pozitivních reakcí, což lze vnímat jako adekvátní adaptivní reakci na problematickou životní situaci. Více než polovina mužů (4/7) se vyrovnávala se stresem pomocí aktivního cvičení nebo posilování. Téma partnerských vztahů jako takové bylo zmiňováno v souvislosti s rizikem, nebo ohrožením.

---

<sup>13</sup> Např. Roth a Holmes (1985).

### 8.3 Výzkumný cíl 2: Analýza výsledků

V této kapitole přináším výsledky k položené otázce „**Jak se změni strategie zvládnání stresu s půlročním odstupem u abstinujících klientů s ohledem na dosažení jejich osobních cílů?**“ Druhé setkání se podařilo po půlroční<sup>14</sup> odmlce realizovat s pěti respondenty (A., B., E., I., K.). U ostatních se mi buď vůbec nepodařilo navázat kontakt (F., G.), nebo setkání nešlo z jiných důvodů uskutečnit. Dozvěděl jsem se, že D., H., a J. byli sankcionováni pro porušení pravidel a předčasně museli ukončit doléčovací program. Vyměnili jsme si několik mailů s H., který byl právě v léčbě. Podobně J. na mou žádost o kontakt kladně reagoval, ale vzdálenost mezi námi byla nad mé možnosti setkání zrealizovat. Setkání se mi nepodařilo uskutečnit ani s C., který se odstěhoval do jiného města a společný termín pro setkání v Praze se nám nepodařilo najít.

I tentokrát kombinuji data z rozhovorů i inventářů. Vzhledem k záměru podat situaci co nejkompaktněji uvádím širší popis ke každému z pěti respondentů zvlášť, a to včetně dat pocházejících z vyhodnocených inventářů. Následně provádím analýzu takto konstruovaných dat.

#### 8.3.1 A. – druhé setkání

Setkání s nejmladším respondentem souboru proběhlo po sedmiměsíční odmlce. Pochopil jsem, že pokračoval směrem, který si před půlrokem vytyčil. Vídal se s lidmi, a nadále byl v původním partnerském vztahu. Prý do sebe také investoval – nechal si např. ušít oblek na míru a nakoupil nový nábytek do svého bydlení. Pracoval ve stejném podniku, stoupl však v hierarchii na hlavního opraváře strojů na lince. Popisoval, že si postupně rozšiřoval znalosti o strojích a byly mu přidělovány další kompetence. „*Lidem (na lince) se třeba nechce a já jim musím něco říct. Musím zvládat svojí práci i tu jejich, kdyby odpadli. A nemají za mě náhradu.*“ S náročnějšími situacemi v práci se dovedl vyrovnat: „*Když nechtěj makat, tak někdy jsem třeba nasranej, a někdy už to nezvládnou. Ale připomenu si, že jsem v tom lepší než oni. Tak třeba jdu a podpořím mě kolega nade mnou, pomůže, dá zkušenosti, je to normální starší chlap.*“ Evidentně svou životní situaci zvládal.

---

<sup>14</sup> Šlo o šestiměsíční, v několika případech sedmiměsíční období. V tomto mezičase jsme nebyli s respondenty v kontaktu, s výjimkou tří osob, které byli nadále v kontaktu s naším zařízením.



**Tab.5.** Respondent A.: Proměna strategií zacházení se stresem (SVF78). Zvýraznění – změna o 1 SD a více. Časová prodleva měření je 7 měsíců. Průměry mužské populace (věk 20-34) viz. Janke a Erdmannová (2003).

Reakce zacházení se zátěží (skóry: MIN=0, MAX=24)	Podhodnocení	Odmítání viny	Odklon	Náhradní uspokojení	Kontrola situace	Kontrola reakcí	Pozitivní sebeinstrukce	Potřeba sociální opory	Vyhýbání se	Úniková tendence	Perseverace	Rezignace	Sebeobviňování
1. setkání	18	11	14	12	12	14	20	24	2	14	22	11	7
2. setkání	15	4	13	15	20	11	20	24	7	9	5	1	9
Průměr M	10,4	11,0	11,4	10,0	16,8	14,8	16,3	13,2	10,6	7,5	14,6	8,0	10,6
SD	4,7	3,2	3,3	4,7	3,3	4,1	3,8	5,1	4,7	4,2	4,9	3,7	4,1

Výsledky inventáře SVF78 při druhé administraci ukazují posun směrem k efektivnějšímu vzorci zvládnání stresu. Respondent A. znatelně více využíval strategie *kontroly situace* (nárůst o 2,1 SD), a zároveň v menší míře používal negativní strategie *úniková tendence* (pokles o 1,15 SD), *perseverace* (pokles o 3 SD) a *rezignace* (pokles o 2,7 SD).

### 8.3.2 B. – druhé setkání

Respondentka B. měla za sebou relaps ukončený více než měsíční hospitalizací a opětovný nástup na chráněné bydlení. Setkání proběhlo uprostřed období, kdy měla B. odcházet z chráněného bydlení do vlastního podnájmu. Ten se jí však zatím nedařilo najít. „Tlačí mě čas, jsem nervózní, přijdu si jak papíňáček. (...) Trochu jsem to podcenila, měla jsem začít hledat bydlení dřív. Ten termín [konce ubytovací smlouvy] mi běhá v hlavě“, stěžovala si. Vlastní chyby si byla respondentka vědomá. Disponovala však i způsoby, jak se se stresem vypořádat, které bychom mohli označit za strategii kontroly situace: „(...) Každý den valím, hledám. Mám naplánovaný prohlídky bytů, dělám si plán, co kdy udělám. Když se cejtím blbě, tak mám ten plán, nebo mi pomáhá to s někým řešit.“

Druhá administrace SVF78 přinesla překvapivé výsledky v podobě poklesu pozitivních strategií *odmítání viny* (pokles o 1,7 SD) a *odklonu* (pokles o 3,5 SD). K nárůstu naopak došlo u strategií *sebeobviňování* (pokles o 2,3 SD) a *perseverace* (nárůst o 0,9 SD). Jak těmto změnám porozumět? Respondentka při interpretaci výsledků uvedla, že po recidivě začala více „řešit sebe sama“ v rámci individuální terapie. „Dřív jsem nedokázala ze situace odejít. Ted' vím, že mám možnost volby“, vysvětlovala, jakým způsobem v období

po recidivě začala uplatňovat nový životní postoj. Jiným vysvětlením může být to, že se v současnosti pokoušela čelit problémům více zpříma. Domnívám se, že takový postoj vyžaduje upustit od uplatňování *odmítání viny* a *odklonu*, a naopak může zahrnovat připuštní do vědomí více vlastní sebereflexe. Ta může zahrnovat i některé neurotické postoje jako je perseverace nebo sebeobviňování. Příznačné je, že respondentka se skóry ve druhé administraci SVF78 přiblížila průměrům v ženské populaci, které citují autoři inventáře.

**Tab. 6.** Respondentka B.: Proměna strategií zacházení se stresem (SVF78). Zvýraznění – změna o 1 SD a více. Časová prodleva měření je 7 měsíců. Průměry ženské populace (věk 20-34) viz. Janke a Erdmannová (2003).

Reakce zacházení se zátěží (skóry: MIN=0, MAX=24)	Podhodnocení	Odmítání viny	Odklon	Náhradní uspokojení	Kontrola situace	Kontrola reakcí	Pozitivní sebeinstrukce	Potřeba sociální opory	Vyhýbání se	Úniková tendence	Perseverace	Rezignace	Sebeobviňování
1. setkání	7	20	23	10	20	21	22	19	21	12	7	7	3
2. setkání	6	13	10	11	20	19	20	17	21	14	13	7	13
Průměr Ž	7,9	9,3	12,8	10,6	17,5	15,7	16,2	16,0	12,0	10,3	18,0	9,8	12,4
SD	4,3	3,6	3,2	5,0	3,6	3,6	4,0	4,9	4,3	5,0	4,4	4,3	4,4

### 8.3.3 E. – druhé setkání

Respondentka E. během sedmi měsíců na chráněném bydlení prodělala dvě hospitalizace: jednu kvůli virové hepatitidě, další kvůli bolestem, jejichž příčinou se ukázaly být žlučové kameny. Kvůli hospitalizacím přišla o zaměstnání a dostala se do složité finanční tísně. V době, kdy jsme spolu dělali druhé interview, si začala uvědomovat, že se jí vlastního syna s ohledem na finanční situaci možná nepodaří získat zpět do péče. Vnímala, že je v horší situaci, než si doposud myslela. Se svými nepříjemnými pocity a stavy se jí však dobře dařilo vyrovnávat zejména díky tomu, že uměla korigovat vlastní tendence reagovat na zátěž neefektivním způsobem.

„Učím se každým dnem, jak zvládat abstinenci a ten nával všeho. Vnímám to, že jsem silná jako nikdy předtím. (...) Jak se to projevuje? Přijde třeba víc věcí a já se zastavím a řeknu si – to zvládneš! (...) Nechci být zbabělec a propadat panice.“

Aktuálně prožívala zátěž způsobenou exekucí a šetřením peněz. Začala se vyrovnávat s tím, že jedním z řešení je vstoupit do insolvence. „*Hodně v souvislosti s tím prožívám úzkost, musím pak vstát a říct si – a dost! Dostávám se totiž do stresu sama, když o tom hodně přemýšlím. Jsem při tom hodně moc daleko, hodně moc přemejšlim*“, vysvětlovala. E. popisovala, že dokáže být sama sobě oporou: „*Vyvarovávám se slovům jako – jsi blbá. Prostě už na sebe nejsem sprostá. (...) Začalo to v léčbě, řekla jsem si tehdy, že musím sama sebe posílit. (...) Naučila jsem se mít ráda taková, jaká jsem.*“

Výsledky SVF78 se v mnohém podobají výsledkům z první administrace a dle mého názoru mohou vypovídat o efektivním stylu zvládnání prověřeném časem. Změny můžeme najít u skóre škály *odklonu* (nárůst o 1,3 SD), mezi negativními strategiemi pak u škály *perseverace* (pokles o 1,3 SD) a *sebeobviňování* (pokles o 2 SD).

**Tab. 7.** Respondentka E.: Proměna strategií zacházení se stresem (SVF78). Zvýraznění – změna o 1 SD a více. Časová prodleva měření je 7 měsíců. Průměry ženské populace (věk 20-34) viz. Janke a Erdmannová (2003).

Reakce zacházení se zátěží (skóry: MIN=0, MAX=24)	Podhodnocení	Odmítání viny	Odklon	Náhradní uspokojení	Kontrola situace	Kontrola reakcí	Pozitivní sebeinstrukce	Potřeba sociální opory	Vyhýbání se	Úniková tendence	Perseverace	Rezignace	Sebeobviňování
1. setkání	11	10	16	11	18	18	17	15	20	6	17	8	11
2. setkání	8	12	21	13	19	15	19	17	17	6	10	6	2
Průměr Ž	7,9	9,3	12,8	10,6	17,5	15,7	16,2	16,0	12,0	10,3	18,0	9,8	12,4
SD	4,3	3,6	3,2	5,0	3,6	3,6	4,0	4,9	4,3	5,0	4,4	4,3	4,4

Společně s respondentkou jsme při vyhodnocení došli k následující interpretaci těchto pozitivních změn: Odklon je dobrou reakcí na typ zátěže, kterou není možné aktuálně vyřešit. Může jít o vleklé/chronické potíže (finanční tíseň, nemožnost vyřešit situaci se synem apod.). E. se vědomě snaží zastavovat neefektivní myšlení například tak, že změní činnost, kterou právě dělá. Svojí tendencí k perseveraci (aniž by pojem znala) si byla dobře vědoma a dívala se na sebe kriticky. Na mou otázku, zda je možné, že si nyní méně věcí vyčítá, uvedla, že si je toho vědomá. Přijala prý skutečnost, že za některé věci nese kus vlastní viny, a to jí údajně pomohlo.

### 8.3.4 I. – druhé setkání

Respondent *I.* v úvodu k druhému setkání prohlásil: „*no já nevím, asi jsem se moc neposunul, je to se mnou furt asi stejný.*“ Ukázalo se, že z chráněného bydlení odešel do spolubydlení s jiným klientem, který začal pít alkohol a chovat se nepředvídatelně. *I.* to pro sebe začal vnímat jako velmi ohrožující situaci. Vybuchl a s pohružkou násilí spolubydlicího donutil z bytu odejít. Vzhledem k nestabilní situaci dostal mimořádnou nabídku od doléčovacího programu vrátit se na dva měsíce zpět do chráněného bydlení, stabilizovat se a pak odejít znovu. Nabídku přijal. „*Vzali mě tam zpátky na 2 měsíce. (...) Ale abych se rovnou přiznal, znova jsem to asi posral*“, komentoval respondent fakt, že i tentokrát se nechal se při odchodu přesvědčit do spolubydlení, tentokrát s jednou z klientek doléčovacího programu. Opět se objevily potíže, se kterými se musel nějak vyrovnávat. Ve vztahu ke spolubydlení si tedy v poslední době začal uvědomovat, že by rád bydlel sám, ale že zatím vlastně nedokázal takové podmínky vytvořit kvůli vlastní nejistotě a snad i nedostatku asertivity. „*Sem takovej hodnej a na všechno přikyvuju. A pak si teprve začínám uvědomovat, že ze mě někdo dělá debila. (...) Rupnou mi pak nervy a něco udělám. (...) Mám pak v tom amoku nadlidskou sílu a hrozí, že někomu něco fakt udělám*“, reflektoval například vlastní reagování na zátěž. Na základě posledních zkušeností si dal *I.* v poslední době za cíl, že začne lidem říkat, co mu opravdu vadí.

Výsledky druhé administrace SVF78 ukazují, že respondent *I.* využívá v maximální míře strategie zaměřené na ovládnutí situace, jako je *kontrola situace* (maximální skór, nárůst o 1,3 SD) a *kontrola reakcí*, a to v kombinaci s pozitivními reakcemi *odklonu* a *náhradní uspokojení*. Vyšší skór u strategie *potřeba sociální opory* může odrážet užitečnou schopnost respondenta být nadále v kontaktu s doléčovacím programem, kde otevřeně hovoří o svých problémech a hledá nejlepší řešení. Nárůst u negativních strategií *úniková tendence* (nárůst o 1,6 SD) a *perseverace* (nárůst o 2 SD) lze chápat jako výsledek procesu vývoje respondenta, vyrovnávajícího se s některými kroky, které v poslední době udělal.

**Tab. 8.** Respondent *I.*: Proměna strategií zacházení se stresem (SVF78). Zvýraznění – změna o 1 SD a více. Časová prodleva měření je 7 měsíců. Průměry mužské populace (věk 35-49) viz. Janke a Erdmannová (2003).

Reakce zacházení se zátěží (skóry: MIN=0, MAX=24)	Podhodnocení	Odmítnání viny	Odklon	Náhradní uspokojení	Kontrola situace	Kontrola reakcí	Pozitivní sebeinstrukce	Potřeba sociální opory	Vyhýbání se	Úniková tendence	Perseverace	Rezignace	Sebeobviňování
1. setkání	3	18	20	10	19	18	24	17	14	7	9	4	8
2. setkání	4	13	17	14	24	20	18	18	16	14	20	9	12
Průměr M	10,2	10,9	12,0	8,2	16,9	15,6	16,9	11,0	11,2	7,8	12,5	6,8	9,5
SD	4,3	3,6	3,5	4,2	4,3	3,8	4,3	5,4	4,5	5,3	5,8	3,8	3,7

### 8.3.5 K. – druhé setkání

K. na mě působil při druhém setkání vitálně a spokojeně. Dosáhl za šest a půl měsíce většinu cílů, které si předsevzal. Měl práci na smlouvu na neurčito, vztah s přítelkyní se mu podařilo udržet. Podařilo se mu najít přátele – kolegy z práce, se kterými chodí třikrát týdně cvičit. Jeho sebedůvěra v jednání s úřady vzrostla. Našel si nového lékaře, který ve vztahu k němu jedná korektněji, ale měl i další úspěchy. Aktuální stresory se týkaly řešení exekucí, které se mu dostaly na plat, a celkově dluhové situace: „*Nejdřív jsem byl naštvanej na mzdovou účetní, že mi nic neřekla. Neskutečně jsem se tam rozčílil. (...) Pak sem se ale uklidnil a řekl si – nějak to dáme. (...) Naplánoval jsem si systematicky jak to udělat. (...) Jasný, že mi to štyve, že nad tím občas přemýšlim. Ale říkám si – nedlužim přece miliony, za šest let to můžu mít splacený.*“ Měl i další způsoby, jak se sebou dovedl naložit: „*Řeknu si třeba – bude to dobrý, když seš šikovnej. (...) Nebo se snažim nějak uklidnit, hledat v sobě pozitiva. (...) Nebo se nechám uklidnit – řeknu si prostě o pomoc*“, vysvětloval mi, vědom si toho, že má v záloze více způsobů, jak zátěžovým situacím postavit.

**Tab. 9.** Respondent K.: Proměna strategií zacházení se stresem (SVF78). Zvýraznění – změna o 1 SD a více. Časová prodleva měření je 7 měsíců. Průměry mužské populace (věk 35-49) viz. Janke a Erdmannová (2003).

Reakce zacházení se zátěží (skóry: MIN=0, MAX=24)	Podhodnocení	Odmítání viny	Odklon	Náhradní uspokojení	Kontrola situace	Kontrola reakcí	Pozitivní sebeinstrukce	Potřeba sociální opory	Vyhýbání se	Úniková tendence	Perseverace	Rezignace	Sebeobviňování
1. setkání	2	12	14	10	19	15	10	18	19	18	19	9	10
2. setkání	7	7	16	10	21	14	14	19	19	7	22	8	8
Průměr M	10,2	10,9	12,0	8,2	16,9	15,6	16,9	11,0	11,2	7,8	12,5	6,8	9,5
SD	4,3	3,6	3,5	4,2	4,3	3,8	4,3	5,4	4,5	5,3	5,8	3,8	3,7

Výsledky druhé administrace SVF78 ukázaly, že i *K.* (podobně jako *I.*) používá ve velké míře strategie zaměřené na ovládnutí situace. Ze srovnání také vyplynulo, že pravděpodobně v menší míře používá pozitivní strategii odmítání viny (pokles o 1,4 SD) a negativní strategii *úniková tendence* (pokles o 2,5 SD). *K.* byl toho názoru, že dříve před problémy hodně utíkal. Když jsme se tyto proměny zachycené inventářem pokoušeli společně interpretovat, prohlásil: „*Je to téma zkušenostma. Ted' už vim, že když věci řeším, tak to řešení mají. (...) Taky už to nevidím tak černě*“. Další výrazné prvky v jeho copingovém stylu – vysoká úroveň *potřeba sociální opory*, *vyhýbání se* a *perseverace* – zůstaly beze změn. Když jsme srovnání společně procházeli, prohlásil *K.* na konto perseverační strategie: „*Tomuhle já přesně říkám stres. Vypadá to takhle, všichni říkají – to dobře dopadne – ale já ne. Já se stresuju*.“ *K.* si byl dobře vědom toho, že jde o problematický způsob uvažování.

### 8.3.6 Respondenti po sedmi měsících: dosažené cíle

V čase, kdy jsme se neviděli, pracovali respondenti na proměně vlastní životní situace ve prospěch dosažení vlastních cílů. Čtyři respondenti (*A.*, *B.*, *E.*, *K.*) dosáhli toho přibližně toho, co si před třemi měsíci stanovili. U třech respondentů šlo o nalezení stabilního zaměstnání a dostatečné finanční zajištění. Tři respondenti již měli nalezené vlastní bydlení, jedna respondentka si jej aktivně hledala (*B.*) a zbývající respondentka se nacházela ve fázi prodlužování pobytu (*E.*). Pro dva nejmladší respondenty v souboru naplnění tohoto cíle znamenalo vůbec první dosažení z ekonomického hlediska samostatné existence. Naplnit dobře volný čas se podařilo oběma respondentům, kteří se orientovali na fitness a posilování (*I.*, *K.*). Někteří respondenti našli uspokojení v partnerském vztahu (*A.*, *B.*, *E.*, *K.*). Něktěry významných cílů (uspokojivé bydlení, změna pracovní orientace) zatím nedosáhli *E.* a *I.* Oba však pokračovali v řešení svojí

situace. Zatímco *I.* poznamenal, že se „moc neposunul“, *E.* uvedla, že vnímá, že se stává silnější a její sebedůvěra roste.

### 8.3.7 Vývoj strategií zacházení se stresem

Na základě skóre z inventáře SVF78 pozorujeme u tří respondentů (*A.*, *E.*, *K.*) po sedmi měsících pozitivní proměnu, patrnou nižším užíváním některých negativních strategií (*perseverance*, *rezignace*, *úniková tendence*, *sebeobviňování*) a vyšším používáním některých strategií pozitivních (*podhodnocení*, *kontrola situace*, *odklon*). Při analýze obsahů rozhovorů je možné vysvětlit, v čem byly změny v pozitivních reakcích respondentům ku prospěchu. U respondenta *K.*, který o sobě řekl, že má tendenci se v každé situaci a ze všeho stresovat, mohlo podhodnocení vydělit část stresorů mimo jeho zorné pole, zaměření se na jiné aktivity (*odklon*) pomohlo respondentce *E.* zvládat období neřešitelné, v podstatě chronické zátěže, a konečně strategie *kontrola situace* umožnila respondentům plánovat další kroky a uskutečňovat jednání, které povede k řešení jejich situace. Výrazně se v tomto posunuli respondenti *A.*, a *I.* Domnívám se, že tzv. pozitivní reakce však nelze vnímat jednoduše jako „pozitivní“ samy o sobě. U čtyř respondentů (*A.*, *B.*, *I.*, *K.*) došlo k ústupu od pozitivní reakce *odmítání viny*. Nabízí se vysvětlení, že u těchto respondentů došlo k posunu ve smyslu většího přijetí vlastní odpovědnosti za svou aktuální situaci. Tento předpoklad však nebyl ověřován.

Proti intuitivnímu očekávání nacházíme u dvou zbývajících respondentů nárůst používání negativních reakcí ve dvou (*B.*) a dokonce všech čtyřech (*I.*) škálách. Společným rysem u obou osob je také pokles užívání strategie *odmítání viny* v období druhé administrace. Tyto výsledky, pokud nejsou způsobené pouhým zkreslením v měření, mohou být interpretovány na základě výpovědi respondentů. Oba respondenti, *B.* i *I.*, zažili v šestiměsíčním období otřes, který je vrátil o krok zpět z naplánované trajektorie. *B.* po relapsu strávila více než měsíc a půl na psychoterapeutickém oddělení PN. Respondent *I.* se v mezidobí po prvním neúspěšném pokusu o spolubydlení vrátil na dva měsíce do chráněného bydlení doléčovacího centra, aby se pokusil ukončit program na druhý pokus a úspěšněji. Spekulativní závěr, který zde nabízím, by mohl znít takto: Zvýšené užívání *perseverance*, a *sebeobviňování*, a snížené užívání *odmítání viny*, mohou souviset se zpracováním nedávných událostí a hlubším přijetím vlastní odpovědnosti v prožitých zátěžích. Mohli bychom proto usuzovat na aktuální nestabilitu a probíhající vývoj v copingovém stylu těchto respondentů a předpokládat, že k dalšímu vývoji bude v budoucnu ještě docházet.

Ve srovnání se skóry běžné populace nacházíme u téměř ve všech případech u respondentů vysoké (příp. průměrné) skóry u pozitivních strategií *kontrola situace* a *pozitivní sebeinstrukce*.

### 8.3.8 Zkušenost partnerského vztahu

Partnerské vztahy jako takové nebyly v této práci nijak systematicky mapovány. V rozhovorech s respondenty však byly pro respondenty velkým tématem, které ve vztahu ke zvládnání zátěže zmiňovali. Zatímco během prvních setkání s byly partnerské vztahy zmiňovány v souvislosti se zátěží a ohrožením, druhá interview ukázala více na jejich stabilizační a saturující funkci. U čtyř z pěti respondentů se při druhém setkání ukázalo, že jsou v partnerském vztahu, zbývající respondent udržoval dlouhotrvající přátelství s druhým pohlavím a doufal, že časem se v partnerství tento vztah promění. Ve třech případech trval vztah déle než šest měsíců. Na základě těchto pozorování je možné předpokládat, že partnerské vztahy navázané v průběhu doléčování mohou mít podpůrnou a stabilizační funkci a saturovat potřeby dané zvýšenou potřebou sociální opory (např. u A., I. a K.). Je možné, že partnerský vztah může naplňovat některé z potřeb, které v situaci sociálního vykořevení nejsou saturovány (potřeba sociálního kontaktu, potřeba blízkých vztahů apod.) a být tak lékem na bolestné „*uvědomění, že jsem bez přátel*“ (H., 1.setkání).

## 8.4 Výzkumný cíl 2: shrnutí

Druhá setkání proběhla pouze s pěti respondenty (5/11). Tři respondenti se v době rozhovorů nacházeli ve vlastním bydlení. Tři respondenti v průběhu výzkumného mezidobí prožili krizové události, o kterých mluvili jako o zdrojích změn ve svém stylu zacházení se zátěží (nemoc a hospitalizace, relaps a posilující léčba, selhání ve vlastním bydlení a návrat do chráněného prostředí). Čtyři respondenti po půlročním období hodnotili pozitivně vlastní vývoj ve sledované oblasti zacházení se stresem. Jeden respondent u sebe žádné změny nevnímal. U tří respondentů je pozitivní vývoj zachycený také pomocí dat z inventáře SVF78 jako snížení používání alespoň jedné z tzv. negativních strategií. U dvou respondentů došlo naopak k nárůstu používání dvou nebo více negativních strategií. Možným vysvětlením zvýšeného užívání *perseverace* a *sebeobviňování* u obou respondentů mohla být souvislost se (1) zpracováním nedávných stresových událostí a (2) větším přijetím vlastní odpovědnosti u prožívaných zátěží. Může tedy jít o problematiku nestabilního copingového stylu. Roli ve stabilizaci respondentů a



pozitivním vyrovnávání se s životními těžkostmi mohly sehrát také navázané partnerské vztahy u čtyř respondentů (4/5).

## 8.5 Výzkumný cíl 3: Analýza osobní účinnosti

V této kapitole přináším výsledky k položené otázce „**Čím je charakteristická osobní účinnost udržení abstinence u respondentů, u kterých v budoucnu dojde k relapsu?**“ V analýze jsou kombinována data z prvního i druhého rozhovoru s respondenty spolu s výsledky inventářů osobní účinnosti udržení abstinence.

### 8.5.1 Osobní účinnost abstinence při prvním setkání

U každého respondenta jsem mapoval, zda a v jakých situacích zažívá bažení nebo „chutě“ po droze. Osobní účinnost udržení abstinence byla následně mapována s pomocí inventáře. Výsledky jsou souhrnně uvedeny v tab. 9. Celkový skóre představuje součet skóreů měřených škál, (Min/škála: 5b; Max/škála 25b; Min. celk. skóre: 20b; Max celk. skóre: 100b). Celkový skóre pro lepší představu převádím na procenta. Uvedená celková účinnost je jakýmsi souhrnem sebejistoty respondenta ve vztahu k situacím, které se velmi liší pravděpodobností, s jakou mohou nastat. Např. situace „*když jsem fyzicky vyčerpaný*“ je u většiny respondentů mnohem pravděpodobnější, než situace „*když mi nabídnou lidé, se kterými jsem pil nebo bral drogy*“. Na celkovém skóre se však obě podílejí stejně. Orientaci ve vlastní účinnosti respondenta mají proto usnadnit skóre z jednotlivých škál. Uváděná „tvrdá“ data mají spíše orientační povahu s cílem dokreslit výpověď respondentů. Respondenti jsou řazeni dle věku.

**Tab. 9.** Výsledky inventáře osobní účinnosti udržení abstinence – I.administrace

Respondenti / dle věku	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
Negativní afekt	19	17	17	14	12	16	15	19	18	25	25
Sociální/pozitivní	20	10	17	18	13	14	21	22	20	24	24
Tělesné zdraví a obavy	18	20	22	21	14	18	14	22	22	24	25
Bažení a nutkání	22	8	15	16	14	16	16	25	20	22	25
Celkový skóre	79	55	71	69	53	64	66	88	80	95	99
Účinnost (%)	<b>74</b>	<b>44</b>	<b>64</b>	<b>61</b>	<b>41</b>	<b>55</b>	<b>58</b>	<b>85</b>	<b>75</b>	<b>94</b>	<b>99</b>

### 8.5.2 Vývoj osobní účinnosti abstinence po šesti měsících

V průběhu druhých setkání se respondenti vyjadřovali ke své schopnosti vyhnout se relapsu a udržet abstinenci. I tentokrát byl administrován inventář osobní účinnosti. Vývoj, který reflektuje proměnu míry osobní účinnosti mezi prvním a druhým setkáním

zachycuje tab. 10. Celkově je možné říci, že došlo k pozitivnímu vývoji, který se vyznačuje zvětšující se důvěrou ve vlastní schopnost vyhnout se relapsu a udržet abstinenci u všech pěti respondentů.

**Tab. 10.** *Vývoj osobní účinnosti udržení abstinence. Časová prodleva měření je 7 měsíců.*

respondent	A	B	E	I	K
1. setkání - účinnost (%)	74	44	41	75	99
2. setkání - účinnost (%)	100	65	78	83	100

Interpretaci tohoto ve skrze jednoduchého výsledku ztěžuje fakt, že dva respondenti (A., K.) při druhém setkání nepovažovali za relaps samotné užití alkoholu. Základem postoje těchto dvou respondentů bylo přesvědčení, že (1) se mohou napít, pokud budou mít na alkohol chuť, a zároveň (2) sebedůvěra, že se neopijí natolik, aby nad sebou ztratili kontrolu. Ostatní respondenti v tomto výběru zaujímali k alkoholu mnohem obezřetnější postoj.

### **8.5.3 Osobní účinnost a riziko relapsu po šesti měsících**

Hlubší vhled do problému přinesla analýza rozhovorů. Dva z pěti respondentů (A., K.) udávali při prvním setkání velmi vysokou a při druhém setkání zcela absolutní důvěru ve vlastní schopnost vyhnout se relapsu. A. při druhém setkání přiznal, že má občas chuť na alkohol. Vyhybal se mu však kvůli partnerce, která byla na alkoholu závislá a aktuálně úspěšně abstinovala. Za dobu, co jsme se neviděli, údajně relapsoval dvakrát na alkoholu. Šlo o jednorázová napití, která nevyústila do recidivy, a která měl podle svých slov pod kontrolou. Při kontrole inventáře osobní účinnosti abstinence A. prohlásil, že si věří na 100 %, že ho žádná situace nezaskočí. „*Když si řeknu že si nedám, tak si nedám. Prostě to udržím*“, prohlašoval sebevědomě. Respondent K. při druhém interview také přiznal chuť na pervitin. Zároveň však popsal způsob, jakým chutím dovede čelit: „*Vzpomenu si na to, ale mám na to recept, zdravej – nevzpomínám na to, jaký to bylo, ale hned mi naskakuje, jak to bylo blbý, jaký byly deprese a co všechno jsem vyváděl. (...) Ty negativa mi docela fungují.*“ Respondent K. se chystal se na návrat do města, kde dřív drogy užíval. Zeptal jsem se jej, zda nemá z návratu obavy: „*Né, já si věřím. Vim, že i tam se kdysi povedlo najít si nedrogový známý. Když se mi to povedlo i tady, tak tam to půjde taky*“, prohlásil sebevědomě. Sebedůvěra ve vlastní schopnost odolat drogám tedy ani u respondenta K. nezeslábla. Naopak, K. se cítil sebejistější a posílený tím, že dovedl. Přiznal, že občas pije alkohol, jako relaps to však nevnímal. K relapsu na pervitinu u něj

v průběhu šestiměsíčního období nedošlo. Oba respondenti A. i K. zakroužkovali v inventáři osobní účinnosti maximální hodnoty.

Větší obezřetnost vůči rizikovým situacím, ale také vůči alkoholu, prožívaly respondentky B., E. a respondent I. Také u nich došlo v průběhu šesti měsíců k posílení vlastní účinnosti. Jak se formovala jejich zkušenost? Respondentka B. zažila před několika měsíci relaps a následně recidivu, která skončila dvoutměsíční hospitalizací. K relapsu (nejprve na alkoholu, následně i na pervitinu) došlo při nezvládnutí sociální situace (posezení s kolegyněmi po práci). Stejnou situaci pro sebe vnímala jako rizikovou i většina ostatních respondentů. Např. respondentka E. při druhém rozhovoru uvedla, že *by možná chutím podlehla v situaci fyzického vyčerpání, anebo v situaci, „když sleduji ostatní užívat si u baru nebo dávat si drogy na párty“*. Respondent I. při druhém setkání považoval za největší riziko pro sebe situaci, kdy by před něj někdo ze známých postavil pervitin. *„Té situaci se vyhýbám, ale věřím, že bych podlehl. Nevydržel bych to. Já sem ten typ, co sežere, co se před něj postaví. Když je to kýbl jídla, sním ho. (...) Třeba na zábavy teda radši nechodím, protože vím, co by se mohlo stát“*, vysvětloval, dobře si vědomý vlastní nezdrženlivosti.

Respondentka B. vyprávěla, že v průběhu intoxikace, kterou během noci zažila, se jí vrátily některé nepříjemné zážitky z minulosti a navodily jí nepříjemný stav. *„(...) Bylo to strašný. Musela jsem napálit do zdi, abych si to uvědomila.“* Nyní byla B. znovu na chráněném bydlení znovu a cítila se mnohem silnější než předtím. *„Když jdu teď někam ven, kde můžu pít, tak jsem si jistá, že by to [nutkání se napít] se mnou nic neudělalo. (...) když vidím, někoho, že si dává drogy, tak se mi zvedá žaludek. (...) a když by mi někdo nabídl, tak bych ho poslala do...“*, prohlašovala sebevědomě. Celkový skóre po vyhodnocení inventáře osobní účinnosti abstinence dosáhl z původních 44 % na 65 %. Toto výrazné posílení respondentka vnímala jako výsledek užitečné zkušenosti s relapsem a krátkou hospitalizací, ke které došlo před pěti měsíci.

Výsledky jsem vnímal jako výpovědi dvou skupin s odlišným pojetím. Zatímco A. a K. prezentovali úplně nejvyšší možnou účinnost udržení abstinence při prvním i druhém setkání, respondentky B., E. a respondent I. vnímali, že existují situace, ve kterých jsou ohroženi a musí být maximálně ostražití. Obě skupiny se také lišily svojí otevřeností vůči alkoholu. Zatímco A. a K. byli otevření možnosti, že by alkohol mohli pít pravidelně (v případě K. tomu tak nejspíše i bylo), respondentky B., E. a respondent I. považovali alkohol jako ohrožující s ohledem na jeho schopnost rozvolňovat hranice. Společným

rysem všech pěti respondentů i po sedmi měsících doléčování byla přítomnost chutí na alkohol, u některých i na pervitin (*I.*, *K.*). V podstatě všichni měli občas „chutě“, ale dovedli s nimi naložit s větší jistotou než při našem prvním setkání. Ukázalo se, že zatímco někteří čerpali ze svých negativních zkušeností (tzv. negativní motivace), které si uměli připomenout a zviditelnit tak následky možného relapsu (*B.*, *I.*, *K.*), jiní čerpali odolnost vůči rizikovým situacím z vlastních dosavadních úspěchů (*A.*) nebo ze svého vnitřního vývoje (*E.*), ze kterého měli upřímnou radost.

#### **8.5.4 Zkušenost lapsu**

Celkem tři respondenti uvedli, že u nich během půlročního období došlo k lapsu. Respondentka *B.* relapsovala v situaci, kterou původně v inventáři osobní účinnosti označila jako jedno z největších rizik. Laps, který začal napitím se s přáteli po směně, vyústil ve ztrátu kontroly a dvouměsíční hospitalizaci. Ačkoliv zpětně *B.* hodnotila užití jako nepříjemný zážitek, (re)laps jako takový zpracovala jako významnou životní zkušenost, která ji posunula k větší sebejistotě v udržování abstinence. Podobně jako u *B.*, také respondentka *E.* vnímala silně růstový aspekt zkušenosti s jednorázovým lapsem na počátku doléčování, který se snažila utajit. Důležité pro ni bylo, že došlo k odhalení jejího jednání a že se vzhledem k okolnostem pokusila mínění o sobě napravit. Přestože tato respondentka měla podle inventáře osobní účinnosti vůbec nejnižší sebedůvěru, že se jí podaří drogám odolat. Další relaps už (údajně) neměla.

Respondent *A.* mluvil o vlastním lapsu na alkoholu jako o testu sebekontroly. Podle jeho popisu ale nad sebou neztratil kontrolu a ani v budoucnu ho to nevedlo k dalším podobným experimentům. Událost měla pro něj prý malý význam. Zpracoval ji v kontextu vlastní závislosti a životní situace takto: „*Můžu se napít, alkohol by mě určitě nespustil a já vim, že se neopiju. Ale kvůli Petře [- partnerce, která je závislá na alkoholu,] sem si řekl, že pít nebudu.*“ Od tohoto postoje se jen trochu odlišoval postoj respondenta *K.*, který dal najevo, že k jeho aktuálnímu životu alkohol – byť za zvláštních okolností a v malé míře – patří. Například jedno pivo po sportu s kolegy z práce. *K.* v tom neviděl žádnou potíž, byť to bylo v rozporu s jeho původním vlastním předsevzetím – udržet roční úplnou abstinenci.

Jak je vidět, zkušenost lapsu si každý respondent spojoval s jinými významy a přisuzoval jí odlišnou závažnost. Pro *B.* představoval relaps ohrožující a kritickou zkušenost. Pro *E.* byl relaps zrcadlem pro její schopnost dodržovat dohody uzavřené se zařízením i

dodržování toho, co slíbila sama sobě. Naopak při rozhovoru s A. a K. jsem vnímal, že označení *laps* či *relaps* je spíše mým termínem, který jejich vybočení z úplné abstinence nevystihuje. Tito dva respondenti by sami označili vlastní napití jinými termíny a nechápali by takové jednání jako překročení zakázaných hranic.

## **8.6 Výzkumný cíl 3: shrnutí**

U všech respondentů, se kterými proběhlo i druhé setkání, došlo k posílení vlastní účinnosti udržení abstinence. Mezi strategiemi zacházení s bažením bylo (stejně jako u prvního setkání) respondenty zmiňováno používání negativní motivace – domýšlení důsledků případného lapsu. Užití drogy nebo alkoholu v době mezi prvním a druhým setkáním oznámili tři z pěti respondentů. V jednom případě – u respondentky, která měla při prvním setkání druhou nejnižší účinnost abstinence z celého souboru – došlo k rizikovému relapsu a hospitalizaci. Dva respondenti, kteří deklarovali při prvním setkání vysokou míru účinnosti abstinence, se napili alkoholu, aniž by ztratili kontrolu nad svojí situací. Svoji a zkušenost však za laps nepovažovali. Naopak vyhnout se relapsu i požití alkoholu nebo drog se podařilo respondentce s nejvyšší původní mírou osobní účinnosti abstinence v celém souboru. U této respondentky, která se – jak deklarovala – v doléčování zaměřila zejména na osobnostní růst, došlo v období mezi setkáními k vůbec největšímu posílení měřené osobní účinnosti. Vysoká účinnost abstinence v kombinaci s tolerantním postojem k alkoholu vedla u dvou respondentů ke změně pojetí relapsu a užití alkoholu. Nízká osobní účinnost udržení abstinence nepředcházela lapsu u respondentek, které vnímaly užití alkoholu jako riziko, otevírající cestu pro užití dalších drog. Osobní účinnost abstinence může být s postupem času posílena skrze dobře zpracovanou negativní zkušenost s vlastním selháním - (re)lapsem, ale také skrze pozitivní zkušenost se sebou, dosaženými úspěchy a uznáním okolí.

## 9 DISKUZE

Předložená práce mapuje způsoby zacházení se stresem a osobní účinnost abstinence u abstinujících klientů doléčovacích programů závislých na stimulantech. Prezentované výsledky se pokoušejí o hlubší vhled do problematiky aktuálního stavu a vývoje strategií zacházení se stresem, který se může odehrát v období doléčovacího procesu a pobytu v tzv. chráněném prostředí. Soubor vykazuje charakteristiky, které nalzáme v populaci závislých absolvujících léčbu, konkrétně např. svobodný rodinný status, psychiatrická komorbidita, zadluženost, rodičovská role, trestní minulost (srov. Mravčík a kol. 2016). Jaké jsou limity prezentovaných výsledků a jak výzkum posílit z hlediska validity? Při sbírání dat se začalo nabízet hned několik metodologických podnětů. Možná hlavním problémem je samotná povaha konstruovaných dat. Ta se opírají téměř výlučně o subjektivní pohled respondentů (rozhovor + inventář) a nikoli už pohled zvenčí. Dokonce i co se inventáře týče, tak jistým limitem tohoto způsobu sběru dat je fakt, že jsou zaznamenávány pouze ty způsoby reagování na zátěž, které si respondent sám uvědomuje. Užitečné by proto mohlo být triangulovat data získaná od respondentů skrze rozhovory s klíčovými terapeuti v jednotlivých programech, případně totéž provést s dalšími osobami (jejich blízkými, spolupracovníky v práci, partnery apod.). Další možností by byla fokusní skupina na téma zvládání zátěže na půdě některého ze zařízení. Řada výsledků práce je odvozována ze setkání s pěti respondenty (druhé setkání). Pomohlo by například, kdyby se po šesti měsících podařilo uskutečnit setkání s více respondenty, což by bylo možné za cenu mnohem větší časové a finanční investice do výzkumu. Dalším problémem, který zde uvedu, je způsob sběru dat. I když jsem o to usiloval, nedařilo se zajistit stejné podmínky pro setkání, a to zejména pro vyplnění inventářů, čímž mohlo dojít k určitým zkreslením, které však v krátkém rozhovoru nebylo možné korigovat. Zatímco někteří respondenti inventář SVF vyplnili v konzultační místnosti, jiní se museli soustředit na otázky na veřejnosti – např. v restauraci.

Práce se do jisté míry opírá o předpoklad, že v různých doléčovacích programech vstupují závislí do přibližně shodných životních podmínek. Je však otázka, zda tomu tak je, neboť v jednotlivých programech fungují odlišné podmínky a pravidla. Můžeme se tedy napříč zařízeními setkat s odlišnými požadavky na klienta a v jistém smyslu i s odlišnými službami. Některá z vybraných zařízení kladou např. větší důraz na prevenci relapsu a behaviorální techniky – to se mohlo podepsat jak na vývoji strategií zvládání

stresu, tak osobní účinnosti abstinence. Na sledovaném vývoji v těchto oblastech se tedy podílí mnoho nejen osobnostních a motivačních, ale také situačních faktorů.

Výzkumné cíle se týkaly charakteristiky strategií zvládnání stresu, jejich vývojem v průběhu půlročního období a vztahem mezi relapsem a úrovní účinnosti abstinence. V čem se prezentované výsledky shodují s jinými studii v této oblasti? Výzkum potvrzuje, že u závislých v doléčování nacházíme při analýze strategií zvládnání stresu jedince, kteří nadužívají neefektivní, tzv. „negativní strategie“ zvládnání, čímž zvyšují svojí stresovou zátěž (např. Kutříňová, 2009). Ve sledovaném souboru však těchto respondentů bylo méně než polovina. Ve výsledcích můžeme naopak vidět, že většina respondentů zvládala zátěž poměrně dobře, případně se v jejich copingovém stylu nacházely jiné zvláštnosti, jako např. neschopnost plně využít pro eliminaci stresu některou z užitečných, tzv. „pozitivních“ reakcí. Na základě zkoumaných dat se domnívám, že (1.) negativní reakce v inventáři SVF78 nejsou jediným ukazatelem problematického stylu zacházení se zátěží. Druhým zjištěním je, že (2.) řada závislých, kteří nastoupí do doléčovacího programu, disponuje schopnostmi využít adekvátní strategie zacházení a dokáže se stresory dobře naložit. Na tyto specifika se však žádná z porovnávaných prací nezaměřuje. Mezi respondenty, kteří absolvovali i druhé setkání, byly patrně stabilnější vzorce zacházení se zátěží a s ohledem na aktuální prožívané zátěže i vyšší frustrační tolerance. Podobné závěry přináší i Peschiková (2015) ze skupiny dlouhodoběji abstinujících. Prezentované zjištění, že respondenti v průběhu doléčování vstupují do dlouhodobých partnerských vztahů odpovídá zjištění Zavřelové (2015), že po léčbě závislosti je vedle „normálního“ života a nalezení zaměstnání jedním z hlavních cílů závislých (zejména uživatelů pervitinu) mít funkční partnerský vztah.

V souladu s očekáváním lze potvrdit, že v průběhu doléčování dochází k pozitivní proměně strategií zacházení se stresem. Tato změna, je-li měřena nástrojem SVF78, může mít formu i navýšení používání negativních strategií. Na základě rozhovorů s respondenty se domnívám, že může přesto jít o pozitivní vývoj, který je součástí hlubšího procesu daného člověka daného aktuálními životními událostmi. Důležitý je samozřejmě kontext, ve kterém se vývoj odehrává: respondenti v tomto výzkumu reflektovali vlastní proces v rámci skupinových i individuálních terapií a můžeme u nich předpokládat snahu vlastní vývoj pozitivně ovlivnit. Jiná by nejspíše mohla být situace u závislých, kteří nečerpají podobný typ podpory a v souladu s modely změny závislostního jednání (např. DiClemente a kol., 1995) přispívají i závěry této práce

k pozorování, že v průběhu doléčování (a zotavování ze závislosti obecně) dochází také k posílení osobní účinnosti udržení abstinence.

Na základě konstruovaných dat lze tušit značnou variabilitu vzorců zacházení se zátěží, kterými budou klienti doléčovacích zařízení disponovat. Během provádění interview a reflexí s respondenty jsem nabyl dojmu, že mapování těchto strategií („zvědomení“ a rozpoznání vlastního vzorce zacházení se stresem) a následná otevřená reflexe (zhodnocení a naplánování ovlivnění, změn) by mohla být pro klienty programů značně užitečná. Přivedl mě k tomu z části i můj vlastní experiment, který jsem provedl sám na sobě paralelně k výzkumu mezi respondenty: před prvním rozhovorem jsem změřil skóry SVF78 u vlastních reakcí. Po vyhodnocení jsem poněkud znepokojen dospěl k závěru, že by bylo pro mě dobré, kdybych se v některých směrech vědomě pokusil vlastní zvládání pozměnit. Jak se ukázalo po šesti měsících při druhém sebe-testování, skutečně se mi to dle výsledků v něčem podařilo. Na základě pozorování vývoje respondentů i mého vlastního procesu se zdá být zřejmé, že skórování konkrétních reakcí s pomocí inventáře má potenciál zachytit vývoj, ke kterému může dojít v průběhu několika měsíců práce na sobě. To by mohlo být užitečné během plánování růstových cílů v oblasti zvládání a jejich následném hodnocení. Většina respondentů si vlastního vývoje v této oblasti příliš nebyla vědoma a teprve při společné interpretaci skóru z inventáře v kontextu událostí uplynulého období jsme byli schopni změny zachytit a přiřadit jim význam. Podnětem pro další výzkum by proto mohlo být ověření toho, nakolik má pochopení vlastních reakcí na zátěž (uvědomění si toho, jak reaguji na zátěž, pojmenování reakcí a zhodnocení toho, zda mi to takto vyhovuje) vliv na možnost jejich další proměny.



## 10 ZÁVĚRY

Klienti doléčovacích programů čelili po nástupu do chráněného bydlení řadě stresorů pramenících z nutnosti adaptovat se na novou situaci, hledání nového zaměstnání, dlouhodobé nejistoty a sociální situace, začlenění do sociální skupiny, ale (mezi ženami) i stresu z neukončených partnerských vztahů. Limitem rychlého a pozitivního vývoje je i to, není možné odříznout se od zatěžující minulosti. Většina respondentů dokázala vlastní strategie zacházení se stresem reflektovat a pojmenovat ty, které jsou pro ně užitečné. Sebekriticky vnímali respondenti nejčastěji strategie *únikové tendence* a *perseverace*. Přibližně polovina respondentů z celého souboru používala při stresu ve zvýšené míře dvě nebo více negativních strategií zvládnání. Naopak výsledky inventářů u druhé poloviny respondentů nevykazují výraznější zvláštnosti ve srovnání s průměry ve věkových kategoriích běžné populace. Více než polovina mužů se vyrovnávala se stresem pomocí aktivního cvičení nebo posilování. Dobře zpracované krizové události se staly stabilizujícími zkušenostmi, které posilovaly osobní účinnost abstinence. Čtyři z pěti respondentů po půlročním období hodnotili pozitivně vlastní vývoj ve sledované oblasti zacházení se stresem. Kladnou roli ve stabilizaci a pozitivním vyrovnávání se s životními těžkostmi respondentů mohly sehrát také navázané partnerské vztahy.

Užití drogy nebo alkoholu v době mezi prvním a druhým setkáním oznámili tři z pěti respondentů s původní vysokou i nízkou mírou osobní účinnosti abstinence. Vysoká účinnost abstinence v kombinaci s tolerantním postojem k alkoholu vedla u dvou respondentů ke změně pojetí relapsu a užití alkoholu. Nízká osobní účinnost udržení abstinence nepředcházela relapsu u respondentek, které vnímaly užití alkoholu jako riziko, otevírající cestu pro užití dalších drog.

## SOUHRN

Text je příspěvkem k tématu procesu zotavení ze závislosti ve vztahu k proměně strategií zacházení se stresovou zátěží. Fokus textu je namířen na klienty abstinující po ukončené léčbě závislosti a nadále využívající pobytových služeb doléčovacích programů. Teoretická část se zaměřuje na charakteristiku závislostního jednání, poskytuje základní výklad pojmů v kontextu tuzemského systému péče, obsahuje analýzu konceptu stresu a konceptu osobní účinnosti v kontextu závislostního jednání.

Závislost je pojímána jako chronické onemocnění s rozličnou etiologií, které je možné konceptualizovat z různých pozic. V rámci předložených modelů závislosti je kladen důraz na modely, které hledají příčinu na úrovni jednotlivce spíše než na úrovni populace, a které mají buďto integrativní povahu (bio-psycho-socio-spirituální model) nebo jsou přímo orientované na proces změny (transteoretický model, model prevence relapsu).

Popsaná teorie stresu poskytuje základní popis toho, co vlastně stres je, jaký byl vývoj pojmu a jak je stres zpracováván na kognitivní úrovni. Těžiště této teoretické kapitoly spočívá v modelu stresu R. Lazaruse a jeho konstruktivistickém pojetí stresu. V tomto pojetí hraje klíčovou roli kognitivní zpracování stresoru. Model zároveň počítá se zpracováním stresu na tělesné úrovni, které zmapovali klasici W. Cannon a H. Selye. Autor zmiňuje i další konceptualizace stresu, konkrétně pojetí Parka a Aiové, nebo A. Antonovského.

Dalším vysvětleným konceptem je koncept osobní účinnosti, který je představen jako součást teorie sociálního učení A. Bandury. Osobní účinnost je pojímána jako sebedůvěra ve vlastní schopnost dosáhnout nějakého jednání. Ve vztahu k dosažení cíle má podle řady autorů větší význam než aktuální reálné schopnosti daného člověka. Osobní účinnost má zásadní význam i pro schopnost udržení abstinence a z toho důvodu ji někteří autoři vnímají jako jeden z hlavních faktorů procesu změny závislostního jednání.

Závislostní jednání bývá podle mnoha teorií jedinou reakcí na prožívanou zátěž. Proměnu strategií zvládnání stresu proto autor textu chápe jako významný faktor procesu změny závislostního jednání. Literatura na toto téma uvádí, že úspěšnější ve zvládnání zátěže jsou lidé, kteří ovládají více způsobů, kterými mohou zátěži čelit. Proměna těchto strategií u závislých v procesu uzdravy by se tedy měla dít ve prospěch rozšiřování užitečných strategií a eliminace strategií neefektivních.

Výzkumná část se opírá o kvalitativní metodologii nasměrovanou na tyto výzkumné cíle:

- (1) Zjistit, jaké strategie zacházení se stresem klienti chráněných bydlení využívají v době, kdy z pobytové léčby nastoupí do programu.
- (2) Ověřit, zda k vývoji ve strategiích zvládání stresu v průběhu doléčování skutečně dochází, a zda je tento vývoj pozitivní.
- (3) Popsat charakteristiky osobní účinnosti u těch respondentů, u kterých dojde k lapsu či relapsu.

Data jsou konstruována na podkladu kontaktu s jedenácti uživateli pervitinu, abstinujícími závislými, se kterými se autor setkal na počátku jejich pobytu v chráněném bydlení v pěti doléčovacích programech ve městech Plzni, Praze a Olomouci. S pěti kontaktovanými osobami se podařilo uskutečnit kontakt i po půl roce a zhodnotit vývoj jejich zacházení se zátěží s ohledem na dosažené cíle. Autor používá pro získání dat polostrukturované interview, inventář strategií zvládání stresu SVF78 (česká verze) a inventář osobní účinnosti udržení abstinence od drog a alkoholu (volně dostupná, autorem přeložená a modifikovaná verze).

Výsledky jsou prezentovány formou popisu a kontrastů, autor však nabízí i vlastní interpretace. Respondenti čelili po nástupu do chráněného bydlení paletě stresorů vycházejících z nutnosti adaptovat se na novou situaci (zařazení se do skupiny, vyrovnání se s řádem panujícím v zařízení, které jim poskytovalo střechu nad hlavou, nalezení zaměstnání, vyřešení sociálních potíží). Některé stresory konfrontovaly respondenty s nemožností odříznout se od minulosti (ohrožení ze strany bývalých partnerů, záznamy o výkonu trestu, anamnéza závislosti ve zdravotnické dokumentaci). Většina respondentů dokázala vlastní strategie zacházení se stresem reflektovat a pojmenovat ty, které jsou pro ně užitečné. Někteří respondenti se k vlastním aktuálním strategiím zvládání stavěli kriticky. Pět respondentů z celého souboru používalo při stresu ve zvýšené míře dvě nebo více negativních strategií zvládání. Výsledky inventářů u zbývajících šesti respondentů nevykazovaly výraznějších zvláštností ve srovnání s průměry ve věkových kategoriích běžné populace. Naopak, tři respondenti při prvním setkání využívali v nadprůměrné míře některou z pozitivních reakcí. Autor textu to interpretuje jako adekvátní adaptivní reakci na problematickou životní situaci. Více než polovina mužů se vyrovnávala se stresem pomocí aktivního cvičení nebo posilování.

Setkání po šesti (nebo sedmi) měsících s pěti respondenty přinesla hlubší vhled do vývoje schopností zacházení se stresem. Autor z toho důvodu prezentuje jednotlivé případy, až následně analyzuje data skupinově. Tři respondenti se v době rozhovorů nacházeli ve vlastním bydlení. Tři respondenti v průběhu výzkumného mezidobí prožili krizové události, o kterých mluvili jako o zdrojích změn ve svém stylu zacházení se zátěží. Čtyři respondenti po půlročním období hodnotili pozitivně vlastní vývoj ve sledované oblasti zacházení se stresem. Jeden respondent u sebe žádné změny nevnímal, naopak čelil pocitům stagnace. Pozitivní vývoj u tří respondentů je zachycený pomocí dat z inventáře SVF78 jako snížení používání alespoň jedné z tzv. negativních strategií. U dvou respondentů došlo naopak k nárůstu používání dvou nebo více negativních strategií, jež se v jednom případě jeví jako zhoršení vlastních schopností zacházení se stresem, ve druhém jako přiblížení se průměru v ženské populaci. Tyto neočekávané výstupy autor na základě rozhovorů s respondenty interpretuje jako výsledek zpracování nedávných stresových událostí a s tím související větším přijetím vlastní odpovědnosti za prožívané zátěže. Autor na základě dat nabízí vysvětlení, že negativní změny zachycené inventářem SVF78 mohou u respondentů odrážet z dlouhodobého hlediska pozitivní změny, které se formují v reakci na aktuální silně stresovou situaci a za současného využívání psychoterapeutické podpory v doléčovacím programu.

Autor také upozorňuje na proměnu role partnerských vztahů, která byla patrná mezi prvním a druhým setkáním s respondenty. Zatímco na počátku doléčování respondenti vnímali vlastní neukončené nebo nenaplněné vztahy jako ohrožující, při druhém setkání akcentovali pozitivní a stabilizující funkci vlastních stávajících vztahů.

Výsledky ukazují (v souladu s literaturou) také na pozitivní vývoj osobní účinnosti abstinence, který je patrný u všech respondentů, kteří se zúčastnili druhého setkání. Autor popisuje proměnu chápání pojetí abstinence a lapsu. V rámci zkoumaného vzorku se tři respondenti drží úplné abstinence, zatímco dva zbývající proměnili svůj vztah k alkoholu ve prospěch větší otevřenosti a občasnému užívání. Rozdíl těchto dvou pojetí autor interpretuje jako výsledek (1) míry osobní účinnosti abstinence ve vztahu k užití pervitinu a (2) míry obav respondentů z toho, že u nich může být alkohol spouštěčem pro užití jiných drog.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ

ADAMS, M. & GRIEDER, D. M. (2005). *Treatment Planning for Person-Centered Care: The Road To Mental Health and Addiction Recovery*. Boston: Elsevier Academic Press.

ALDWINOVÁ, C., M. (Ed.). (2007). *Stress, Coping, and Development: An Integrative Perspective*. New York: The Guilford Press.

ANTONOVSKY, A. (1992). Can attitudes contribute to health? In: *Advances, The Journal of Mind-Body Health*, 8(4), 33–49.

ANTONOVSKY, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. In: *Health Promotion International*, 11, 11–18.

BANDURA, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. In: *Psychological Review*, 2, 191-215.

BANDURA, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. In: *American Psychologist*, 2, 122-147.

BANDURA, A. (1986). *Social foundations of thought and action. A social cognitive theory*. New York: Prentice-Hall.

BANDURA, A. (2006). *Guide for constructing Self-efficacy Scales*. In: Pajares, F. & Urdan, T. C. (Ed.). *Self-efficacy Beliefs of Adolescents*. Information Age Publishing, 307–337.

BERENS CROUCH, T., DICLEMENTE, C. C., PITTS, S. C. (2015). End of treatment Abstinence Self-efficacy, Behavioral processes of change, and Post-treatment Drinking Outcomes in Project MATCH. In: *Psychology of Addictive Behaviors*, American Psychological Association, 29(3), 706–715.

CSÉMY, L., NEŠPOR, K. (1998). Craving (bažení) a psychoterapie. In: *Alkoholismus a drogové závislosti*, 33(5), 263-272.

CSÉMY, L., NEŠPOR, K. (1999). Bažení (craving). Společný rys mnoha závislostí a

způsoby zvládnání. Staženo 2.11.2016 z <http://www.drnespor.cz>.

DiCLEMENTE, C. C. (1981). Self-efficacy and smoking cessation maintenance: A preliminary report. In: *Cognitive Therapy and Research*, 5, 175–187.

DiCLEMENTE, C. C., CARBONARI, J. P., MONTGOMERY, R. P. G. & HUGHES, S. O. (1994). The Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale. *Journal of Studies on Alcohol*, 55, 141-148.

DiCLEMENTE, C. C., FAIRHURST, S. K., PIOTROWSKÁ, N. A. (1995). Self-efficacy and addictive behaviors. In: MADDUX, J. (Ed.). (1995). *Self-efficacy, adaptation, and adjustment: Theory, research and application*. New York: Plenum Press.

DiCLEMENTE, C. C. (2003). *Addiction and change: How addictions develop and addicted people recover*. New York: Guilford Press.

DONOVAN, D. M. (2005). *Assessment of Addictive Behaviors for Relapse Prevention*. In: DONOVAN, D. M., MARLATT, G. A. *Assessment of Addictive Behaviors*. New York: The Guilford Press.

DVOŘÁK, D. (2003a). *Sociální rehabilitace*. In: Kalina, K. et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti: Mezioborový přístup*. 2. díl. Praha: Úřad vlády ČR.

DVOŘÁK, D. (2003b). *Chráněné bydlení a chráněná práce*. In: Kalina, K. et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti: Mezioborový přístup*. 2. díl. Praha: Úřad vlády ČR.

ERIKSSONOVÁ, M. (2017). *The Sense of Coherence in the Salutogenic Model of Health*. In: MITTLEMARKOVÁ, M. B. A kol. *The Handbook of Salutogenesis*. Switzerland: Springer.

FERJENČÍK, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha: Portál.

FLAGEL, S. B. a kol. (2016). Genetic background and epigenetic modifications in the core of the nucleus accumbens predict addiction-like behavior in a rat model. *Proc Natl Acad Sci USA*, 113(20), 2861–2870.

FOLKMANOVÁ, S., MOSKOWITZOVÁ, J. T. (2000). Positive Affect and the other side of coping. *American Psychologist*, 55(6), 647-654.

FRANCO, S. E., HUBBARD, J. R., MARTIN, P. R. (1998). *Stress and Addiction*. In: Hubbard, J. R. And Workman, E. A. (Ed.). *Handbook of Stress Medicine*. New York: CRC Press.

FROUZOVÁ, M. (2003). Psychologické a psychosociální faktory vzniku a rozvoje závislosti. In: KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky.

HENDL, J. (2016). *Kvalitativní výzkum. Základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál.

HUBBARD, J. R., WORKMAN, E. A. (Ed.). (1998). *Handbook of Stress Medicine*. New York: CRC Press.

JANKE, W., ERDMANNOVÁ, G. (2003). *Strategie zvládnání stresu*. Praha: Testcentrum s.r.o.

JANOŮŠEK, J. (2000). Sociálně kognitivní teorie Alberta Bandury. *Československá psychologie*, 36(5), 385–397.

Jellinek, E. M. (1960). *The Disease Concept of Alcoholism*. New Haven: College and University Press.

JERUSALEM, M., MITTAG, W. (1995). *Self-Efficacy in stressful life transitions*. In: Bandura, A. *Self-Efficacy in changing societies*. Cambridge: Cambridge University Press, 177–201.

KALINA, K. a kol. (2003). *Drogy a drogové závislosti 1 (2). Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky.

KALINA, K. (2003). Modely závislosti a přístupy pomoci uživatelům drog. In: KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky.

- KALINA, A. a kol. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing a.s.
- KALINA, K. (2015). Koncept potenciálu pro úzdravu v adiktologii. In: Maxová, V. (ed.) a kol. *Úzdrava & drogy. Sborník z odborné konference*, 53-60. Praha: Sananim.
- KELLY, J. F. & HOEPPNEROVÁ, B. (2015). A biaxial formulation of the recovery construct. In: *Addiction Research & Theory*, 23(1), 5-9.
- KOLB, L. (1927). Clinical contribution to drug addiction: The struggle for cure and the conscious reasons for relapse. In: *Journal for Nerv-Mental Disease*, 66, 22-43.
- KŘIVOHLAVÝ, J. (2009). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
- KUDA, A. (2001). Následná péče jako klíčový faktor v systému léčby závislosti. *Adiktologie: Odborný časopis pro prevenci, léčbu a výzkum závislosti*. I., č. 2.
- KUDA, A. (2003a). Relaps a prevence relapsu. In: KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- KUDA, A. (2003b). Následná péče, doléčovací programy. In: KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- KUDRLE, S. (2003). Psychopatologie závislosti a kodependence. In: KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- LAZARUS, R., FOLKMANOVÁ, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Company.
- LAZARUS, R. (1993). From psychological stress to emotions. A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44, 1-21.
- LIBRA, J. a kol. (2012). *Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby*. Staženo 25/11/2015 z <http://snncls.cz/category/standardy/>



LE FEVRE, M., MATHENY, J. & KOLT, G. S. (2003). Eustress, distress, and interpretation in occupational stress. In: *Journal of Managerial Psychology*, 18(7), 726–744.

MADDUX, E. J. (2002). *Self-Efficacy: The power of believing you can*. In: SNYDER, C.R. & LOPEZ, S. J. (Ed.). *Handbook of Positive Psychology*. Oxford: Oxford University Press, 276–288.

MADDUX, J. (Ed.). (1995). *Self-efficacy, adaptation, and adjustment: Theory, research and application*. New York: Plenum Press.

MARLATT, G. A., GORDON, J. R. (1980). *Determinants of relapse: Implications for maintenance of behavioral change*. In P. O. Davidson & S. M. Davidson (Eds.). *Behavioral medicine: Changing health lifestyles*, (410-452). New York: Brunner/Mazel.

MARLATT, G. A., BARETT, K. (1994). *Relapse prevention*. In: Galanter, M., Kleber, H.: *Textbook Substance Abuse Treatment*. American Psychiatric Press, Washington 1994.

MARLATT, G., A., BAER, J. S., & QUIGLEY, L. A. (1995). *Self-efficacy and addictive behavior*. In: BANDURA, A (Ed.). *Self-efficacy in Changing Societies*, (289–315). Cambridge: Cambridge University Press.

MILLER, W. R., HEATHER, N. (Ed.). (1986). *Treating Addictive Behaviors: Processes of Change*. New York: Plenum Press.

MINAŘÍK, J. (2003). Stimulancia. In: KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti I. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky.

MIOVSKÝ, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.

MITTLEMARKOVÁ, M. B., SAGYOVÁ, S., ERIKSSONOVÁ, M., BAUER, G. F., PELIKAN, J. M., LINDSTROM, B., ESPNES, G. A. (Ed.). (2017). *The Handbook of Salutogenesis*. Switzerland: Springer.

MRAVČÍK, V., CHOMINOVÁ, P., GROHMANNOVÁ, K., JANÍKOVÁ, B., TION LEŠTINOVÁ, Z. a kol. (2016). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2015. Praha: Úřad vlády České republiky.

NEŠPOR, K. & CSÉMY, L. (2006). *Jak zlepšit sebeovládání u závislých na alkoholu a jiných látkách a u patologických hráčů? - Pilotní studie*. Časopis lékařů českých, č. 145, str. 658–661.

NOLEN-HOEKSEMA, S., FREDERICKSON, L. B., LOFTUS, G. R., WAGENAAR, W. A. (2012). *Psychologie Atkinsonové a Hilgarda*. Praha: Portál.

PARK, C. L., & AI, A. L. (2006). Meaning-making and growth: New directions for research on survivors trauma. *Journal of Loss and Trauma, 11*, 389–407.

PROCHASKA, J. O. & VELICER, W. F. (1997). The Transtheoretical Model of Health Behavior Change. In: *American journal of health promotion: AJHP, 12*(1), 38-48.

RADIMECKÝ, J. (2015). Úzdava bez léčby, léčba bez úzdravy – Je to možné? In: Maxová, V. (ed.) a kol. *Úzdava & drogy. Sborník z odborné konference*. (53-60). Praha: Sananim.

RAWSON, R. A., SODANOVÁ, R., HILLHOUSOVÁ, M. (2005). *Assesment of amphetamine use disorders*. In: Donovan, D. M., Marlatt, G. A.: *Assessment of Addictive Behaviors*. New York: The Guilford Press.

REPETTI, R. L., & WOOD, J. (1996). Families accommodating to chronic stress: Unintended and unnoticed processes. In: Gottlieb, B. (Ed.): *Coping with chronic stress* (191–220). New York: Plenum Press.

ROTGERS, F. a kol. (1999). *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada Publishing.

ROTH, D. L., HOLMES, D. S. (1985). Influence of physical fitness in determining the impact of stressful life events on physical and psychologic health. In: *Psychosomatic Medicine, 47*(2), 164–173.

SAMHSA (2012). SAMHSA's Working Definition of Recovery: 10 Guiding Principles Of Recovery. Staženo 12.2.2017 z <http://store.samhsa.gov/shin/content//PEP12->

RECDEF/PEP12-RECDEF.pdf

SELYE, H. (1987). *Stress without Distress*. London: Transworld.

SELYE, H. (1973). The evolution of the stress concept. In: *American Scientist*, 68(6), 692–699.

SCHWARZER, R., & RENNER, B. *Health-Specific Self-efficacy Scales*. Staženo 26/02/16 z <http://userpage.fu-berlin.de/health/healself.pdf>

SMÉKAL, V. (1999). *Kvalitativní přístup jako metodologie nové psychologie*. In: Heller, D., Sedláková, M., Vodičková, L. (Ed.) (1999). *Kvalitativní a kvantitativní výzkum v psychologii*. Praha: PsÚ AV a ČPS.

UMBC (2016). *Drug Abstinence Self-efficacy Scale*. Staženo 5/05, 2016 z <http://habitslab.umbc.edu/self-efficacy-scales/>

VAVŘINČÍKOVÁ, L., LIBRA, J. & MIOVSKÝ, M. (2013). *Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice. Verze 4.7*. Staženo 25/11/2015 z <http://adiktologie.cz/cz/articles/detail/172/4383/Koncepce-site-specializovanych-adiktologických-sluzeb-v-Ceske-republice>

VELICER, W.F., DiCLEMENTE, C.C., ROSSI, J. S., PROCHASKA, J. O. (1990). Relapse situations and self-efficacy: An integrative model. In: *Addictive Behaviors*, 15, 271-283.

WEST, R. (2016). *Modely závislosti*. Praha: Úřad vlády České republiky.

WHO (2008): MKN – 10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize. Aktualizované vydání k 1.1.2013. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.

## 10.1 Absolventské práce

HORSKÁ, K. (2013). *Strategie zvládnání stresu u pacientů v substitučním programu léčby závislosti*. (Nepublikovaná bakalářská práce). Masarykova Univerzita v Brně.

KUTŘÍNOVÁ, L. (2009). *Strategie zvládnání stresu klientů kontaktního a doléčovacího centra*. (Nepublikovaná bakalářská práce). Univerzita Karlova v Praze.

PESCHIKOVÁ, L. (2015). *Hodnotové orientace uživatelů návykových látek*. (Nepublikovaná bakalářská práce). Univerzita Karlova v Praze.

ŠKOLOTÍKOVÁ, M. (2016). *Strategie zvládnání stresu v kontextu hráčských kariér u léčených patologických hráčů*. (Nepublikovaná diplomová práce). Univerzita Palackého v Olomouci.

ZAVŘELOVÁ, P. (2015). *Hodnoty v životě drogově závislých*. (Nepublikovaná bakalářská práce). Masarykova univerzita v Brně.

## **PŘÍLOHY**

1. Kopie zadání diplomové práce
2. Abstrakt (Čj/En)
3. Úvodní dopis respondentům -Informovaný souhlas
4. Záznamový arch rozhovoru
5. Inventář osobní účinnosti abstinence