

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Pedagogická fakulta
Katedra pedagogiky a psychologie

**Relaps u drogově závislých v průběhu
doléčování**

Bakalářská práce

Vypracovala: Nikola Brandová

Vedoucí práce: Mgr. Martina Brožová

České Budějovice 2011

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 17.4.2011

.....

Můj největší dík patří Mgr. Martině Brožové za rady a připomínky, bez nichž by tato práce nevznikla. Ráda bych poděkovala také všem účastníkům výzkumu za čas, který mi věnovali a členům týmu Doléčovacího centra Prevent České Budějovice za to, že mi bylo umožněno provést výzkum v tomto zařízení.

ANOTACE

Práce se zabývá jevem zvaným relaps u drogově závislých, kteří mají zkušenost s doléčováním. V teoretické části se zaměřuji na problematiku drogových závislostí, jejich léčbu, doléčování, Doléčovací centrum Prevent a na samotný relaps. Empirická část obsahuje cíl výzkumu, kterým je získat více informací o faktorech souvisejících s relapsem tak, jak je reflektují závislí během doléčování či po něm. Jako metoda sběru dat byly použity polostrukturované rozhovory, jejichž přepisy jsem následně analyzovala dle technik zakotvené teorie. Analýza proběhla nejprve na úrovni otevřeného kódování, poté následovalo axiální kódování.

Klíčová slova: závislost, léčba závislostí, doléčování, relaps, prevence relapsu, zakotvená teorie

BRANDOVÁ, N. *Relaps u drogově závislých v průběhu doléčování*. České Budějovice 2011. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Pedagogická fakulta. Katedra pedagogiky a psychologie. Vedoucí práce Mgr. Martina Brožová.

ABSTRACT

This thesis is focused on phenomenon called relapse. Specifically relapse in drug users who have an experience with after-treatment. In the theoretical part, I provide the view on drug addiction, treatment, after-treatment, PREVENT after-treatment centre and relapse itself. The empiric part contains target of research that deals with getting more information about facts related to relapse, how it is reflected by the addicted during the treatment and after it. It is used the method of semistructurated interviews whose transcription I consequently analyzed in accordance with the embedded theory. The analysis went first on the open coding level, later on the axial coding level.

Keywords: addiction, addiction treatment, after-treatment, relapse, relapse prevention, embedded theory

BRANDOVÁ, N. *Relapse of the drug addicts during after-treatment*. České Budějovice 2011. Bachelor thesis. University of South Bohemia. Pedagogical Faculty. Department of Pedagogy and Psychology. Supervisor of the bachelor thesis Mgr. Martina Brožová.

OBSAH:

I. ÚVOD	10
II. TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1. Závislost.....	11
1.1 Vymezení závislosti.....	11
1.2 Přístupy k problematice závislosti.....	12
1.2.1 Biologický přístup.....	12
1.2.2 Psychologický přístup.....	12
1.2.3 Sociální přístup.....	12
1.2.4 Spirituální přístup.....	13
1.2.5 Bio–psycho–socio–spirituální model.....	13
2. Léčba drogových závislostí.....	13
2.1 Formy léčby.....	13
2.1.1 Východiska psychiatrické léčebny.....	14
2.1.2 Východiska terapeutické komunity.....	15
3. Fáze následné péče, doléčování.....	16
3.1 Vymezení následné péče.....	17
3.2 Doléčovací programy.....	18
3.2.1 Hlavní složky programu následné péče.....	19
3.2.1.1 Psychoterapie.....	19
3.2.1.2 Prevence relapsu.....	19
3.2.1.3 Sociální práce.....	19
3.2.1.4 Práce a rekvalifikace.....	20
3.2.1.5 Lékařská péče.....	20
3.2.1.6 Práce s rodinou.....	20
3.2.1.7 Volnočasové aktivity.....	20
4. Doléčovací centrum Prevent.....	21
4.1 Formy programu.....	21
4.1.1 Individuální doléčovací program (ambulantní).....	21

4.1.2	Ambulantní doléčovací program.....	22
4.1.3	Doléčovací program s chráněným bydlením.....	22
4.2	Fáze programu.....	22
4.2.1	Nultá fáze (zkušební doba).....	23
4.2.2	První fáze.....	23
4.2.3	Druhá fáze.....	23
4.2.4	Třetí fáze.....	24
5.	Relaps.....	24
5.1	Vymezení pojmů.....	24
5.2	Možné příčiny relapsu.....	26
5.3	Syndrom porušení abstinence (AVS).....	27
5.4	Prevence relapsu.....	28
5.4.1	Dovednosti zvládnání.....	29
5.4.2	Kognitivní intervence.....	29
5.4.3	Stabilizace životního stylu.....	30
6.	Shrnutí.....	30
III.	EMPIRICKÁ ČÁST.....	31
1.	Cíl výzkumu.....	31
2.	Výzkumné otázky.....	31
3.	Výzkumný soubor.....	32
3.1	Charakteristika výzkumného souboru.....	32
4.	Etické principy.....	35
5.	Metody výzkumu.....	35
6.	Realizace výzkumu.....	36
7.	Analýza dat.....	37
7.1	Otevřené kódování.....	37
7.2	Axiální kódování.....	39
8.	Výsledky.....	39
8.1	Výsledky první úrovně analýzy.....	39

8.2	Výsledky druhé úrovně analýzy.....	40
8.2.1	Prevence relapsu.....	40
8.2.1.1	Strategie zvládnání chutí.....	40
8.2.1.2	Vnitřní kontrola.....	40
8.2.1.3	Vnější kontrola.....	41
8.2.2	Rizika relapsu.....	41
8.2.2.1	Aktuální psychické rozpoložení.....	41
8.2.2.2	Nastavení osobnosti.....	42
8.2.2.3	Aktuální špatné okolnosti.....	42
8.2.2.4	Místo.....	43
8.2.3	Pojetí relapsu.....	44
8.2.3.1	Význam relapsu.....	44
8.2.3.2	Okolnosti.....	44
8.2.3.3	Látky.....	45
8.2.3.4	Zastavení relapsu.....	45
8.2.4	Následky relapsu.....	46
8.2.4.1	Negativní pocity.....	46
8.2.4.2	Uvědomění, zamyšlení.....	46
8.2.4.3	Ztráty.....	46
8.2.4.4	Možnost dalšího relapsu.....	47
8.2.5	Strategie.....	47
8.2.5.1	Práce s relapsem.....	47
8.2.5.2	Svěření se.....	47
8.2.5.3	Utajování.....	48
9.	Diskuze.....	48
9.1	Rekapitulace výzkumu.....	48
9.2	Prevence relapsu.....	48
9.3	Možná rizika relapsu.....	49
9.4	Pojetí relapsu.....	50
9.5	Důsledky relapsu.....	51
9.6	Strategie.....	52
9.7	Shrnutí.....	53

IV. ZÁVĚR.....	54
V. POUŽITÁ LITERATURA.....	55
VI. PŘÍLOHY.....	57

ÚVOD

„Přestat kouřit je snadné, já sám jsem přestal už snad stokrát“.

(Mark Twain)

Tento citát přesně vystihuje obtížnost léčby ze závislosti. Mnoho závislých se pokouší s užíváním návykových látek skončit, ne vždy se jim však podaří abstinenci dlouhodobě udržet.

V této práci se zabývám tématem porušení abstinence u drogově závislých, kteří mají zkušenost s doléčováním. Zajímá mě, jaké okolnosti k relapsu vedly, jak na něj závislí reagovali a jaké faktory hodnotí pro udržení abstinence jako ohrožující. Pro toto téma jsem se rozhodla z toho důvodu, že se domnívám, že dané oblasti není v odborné literatuře věnována dostatečná pozornost. Cílem mé práce je získat více informací o faktorech souvisejících s relapsem tak, jak je reflektují závislí v průběhu doléčování či po něm.

Teoretická část práce je zaměřena na vymezení závislosti. Dále se snažím zachytit odlišnosti léčby v psychiatrické léčebně a terapeutické komunitě, odkud může jedinec přejít do doléčovacího centra, kde absolvuje fázi následné péče. Věnuji se etapě léčby zvané doléčování a popisuji fungování Doléčovacího centra Prevent, které sídlí v Českých Budějovicích. V této části práce se zabývám také samotným relapsem. V empirické části pracuji s kvalitativním přístupem k výzkumu. Lze zde najít popis jeho zpracování, analýzy a výsledků.

Motivací k výběru zvoleného tématu byla skutečnost, že již dva roky docházím jako dobrovolnice do doléčovacího centra, kde se účastním skupinové terapie s klienty, při níž je téma porušení abstinence často zmiňováno. To vedlo ke zvýšení zájmu o tuto problematiku u mé osoby. Snažím se pochopit, jak závislí relaps prožívají, a doufám, že mi v tom bakalářská práce pomůže.

II. TEORETICKÁ ČÁST

1. Závislost

1.1 Vymezení závislosti

Co je vlastně závislost? V odborných publikacích lze nalézt několik různých definic tohoto pojmu. Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) je závislost popsána jako „psychický, někdy i fyzický stav charakterizovaný změnami chování a dalšími reakcemi, které zahrnují nutkání užívat drogu opakovaně pro její psychické účinky a dále také proto, aby se zabránilo vzniku nepříjemných stavů vznikajících při nepřítomnosti drogy v organismu“ (Fišerová, 2000). Jinou definici je možné najít v Mezinárodní klasifikaci nemocí MKN 10, kde je syndrom závislosti vymezen jako „skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž má užívání nějaké látky u daného jedince mnohem větší přednost, než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Ústřední charakteristikou závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) užívat psychoaktivní látky“ (Nešpor, 2000: 14).

Aby bylo možné syndrom závislosti diagnostikovat, měly by se u dané osoby objevit během jednoho roku alespoň tři z následujících jevů:

- a) silná touha nebo pocit puzení užívat látku
- b) potíže v kontrole užívání látky, a to pokud jde o začátek, ukončení nebo množství látky
- c) somatický odvykací stav; látka je užívána s úmyslem zmenšit jeho příznaky
- d) rostoucí tolerance; látka je užívána ve stále vyšších dávkách, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami
- e) postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané látky a prodloužení časového intervalu potřebného k získání nebo užití látky, nebo k zotavení se z jejího účinku
- f) pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků (Heller, 1996).

S problematikou závislosti úzce souvisí téma příčin a původu vzniku tohoto syndromu. A právě zmíněnými tématy se zabývají různě zaměřené přístupy, které se pokusím stručně shrnout.

1.2 Přístupy k problematice závislosti

1.2.1 Biologický přístup

Biologický přístup hledá příčiny vzniku závislosti na biologické úrovni. „*Alkohol a jiné drogy vstupují do chemického prostředí mozku a způsobují v něm hluboké změny*“ (Rotgers a kol., 1999: 19). Za biologické faktory lze považovat jisté problematické okolnosti během těhotenství matky, porodu dítěte či přítomnost traumat a nemocí. Dalšími faktory, které mohou mít vliv na vznik závislosti je temperament jedince a vrozená vulnerabilita, tedy sklon ke zranitelnosti. V souvislosti s genetickými dispozicemi lze hovořit pouze o vyšší vrozené toleranci vůči alkoholu u dětí alkoholiků (Kudrle, 2003).

1.2.2 Psychologický přístup

K psychologickým faktorům patří tzv. psychogenní vlivy rozvoje závislosti. Jedná se o psychické prožívání toho, co mohlo způsobit určité biologické poškození. K těmto vlivům patří např. úroveň prenatální péče (pokud žena prožívá během těhotenství stres, přenáší se informace o stresu i na plod), postnatální péče (péče o harmonický vývoj dítěte, uspokojování jeho potřeb) a pomoc v případě duševních poruch. Mezi psychologické faktory se řadí také ty, které samy vznikají jako důsledek užívání (např. alkohol má na počátku užívání anxiolytický a antidepresivní vliv) (Kudrle, 2003).

1.2.3 Sociální přístup

Na sociální úrovni je zaměřena pozornost na prostředí, ve kterém se jedinec vyskytuje. Jeho zranění formují vlivy vztahů s okolím, které jsou proto velmi důležité. Sociální vlivy zahrnují různé okolnosti od rasové příslušnosti, statusu rodiny, prostředí, ve kterém jedinec žije, až po styl výchovy. Rizikovým faktorem může být rozpad

rodiny, kdy mladiství hledají identifikační vzory mimo rodinu. Zvláštní situace nastává, vyrůstá-li dítě v rodině, jejímž členem je závislý. Tehdy je dítě konfrontováno s užíváním návykových látek jako s normou (Kudrle, 2003).

1.2.4 Spirituální přístup

Spiritualita je vnímána jako „vztah k tomu, co mne přesahuje, k čemu se vztahuji jako k nejvyšší autoritě, řádu, ideji. Jde o oblast přímého prožitku toho, co dává smysl životu“ (Kudrle, 2003: 93). Spirituální úroveň proslavilo hnutí Anonymních alkoholiků, kteří hovoří o vztahu k Vyšší moci, jež jim má ulehčit znovunalezení smyslu života. Kudrle zmiňuje, že mezi dnes závislymi se vyskytují jedinci, kteří chtěli s pomocí drog pouze naplnit potřebu přesahu a smyslu života (Kudrle, 2003).

1.2.5 Bio-psycho-socio-spirituální model

Bio-psycho-socio-spirituální model spojuje všechny výše uvedené přístupy k závislosti. Odborníci, kteří se zabývají touto problematikou, uvažují o všech uvedených úrovních, kdy u každého jedince lze nalézt různou kombinaci příčin vzniku závislosti (Kudrle, 2003). „U někoho se rozvíjí závislost na základě excesivního pití pro psychologické problémy, jinde převažují genetické, vrozené dispozice anebo sociokulturní vazby na alkohol a rituály spojené s užíváním alkoholu nebo jiných návykových látek“ (Kudrle, 2003: 91).

2. Léčba drogových závislostí

2.1 Formy léčby

Hovoříme-li o závislosti na drogách, je potřeba zaměřit se také na možnosti pomoci pro případ, kdy se jedinec rozhodne se závislostí bojovat. V České republice existují například následující formy léčby:

- a) ambulantní léčba (závislý využívá poradenské služby, dochází do AT poradny – psychiatrická ambulance specializovaná na problematiku závislostí)
- b) intenzivní ambulantní léčba (denní stacionář)

- c) léčba v psychiatrické léčebně zaměřené na léčbu závislosti nebo na zvláštním oddělení psychiatrické léčebny, popřípadě nemocnice
- d) léčba v terapeutické komunitě (dlouhodobá pobytová léčba)
- e) substituční léčba (určena pouze pro závislost na opiátech, které jsou nahrazovány jinou látkou, předepisovanou lékařem v souladu se zákonem) (Preston, Malinowski, Šefránek, 2007)

Ne každá alternativa léčby je vhodná a přijatelná pro všechny jedince. Problematika léčby drogově závislých je velmi rozsáhlá, vymezíme si proto pouze určité okruhy týkající se tohoto tématu.

Zaměříme-li se na rezidenční (pobytovou) léčbu, můžeme hovořit o tzv. střednědobé či dlouhodobé léčbě v prostředí psychiatrické léčebny nebo terapeutické komunity (Preston, Malinowski, Šefránek, 2007). Tato možnost má například proti ambulantní léčbě určité výhody. Jedním z přínosů je bezpečnější prostředí, kde existuje menší pravděpodobnost získání návykové látky a kde je lepší dostupnost odborné péče, než v přirozeném prostředí jedince. Druhým přínosem může být nastavení intenzivnějšího léčebného programu než v ambulantní léčbě (Nešpor, Csémy, 1996).

2.1.1 Východiska psychiatrické léčebny

V psychiatrických léčebnách¹ je dodnes využíván tzv. medicínský přístup, který chápe závislost jako nemoc, diagnózu a závislý je nazýván pacientem. Přestože se PL zpravidla hlásí k metodám a přístupům, které jsou využívány v terapeutických komunitách,² můžeme zde vysledovat spíše náhled na závislost jako na nemoc. Přístup k léčbě závislosti v psychiatrické léčebně má mnohá specifika. Tým zařízení je multidisciplinární, převažují v něm však zdravotničtí pracovníci (Dvořáček, 2007).

Další odlišností je právě medicínský přístup. *„Byť se může tým konkrétního zařízení hlásit k širšímu než pouze medicínskému pojetí závislosti, zůstává pacientovi plný status nemocného, zdravotník je nadále povinen formulovat i dílčí problémy*

¹ Dále také jen PL

² Dále také jen TK

pacienta standardním medicínským jazykem a následně k těmto problémům přistupovat zcela standardními medicínskými způsoby“ (Dvořáček, 2007).

Za jedno ze specifik léčby v PL můžeme považovat délku pobytu pacienta v zařízení. Střednědobá léčba, která bývá poskytována právě v psychiatrických léčebnách, je vymezena délkou trvání od 3 do 6 měsíců. Aby mohla být terapie závislostí účinná, měl by pacient strávit v léčbě dobu nejméně 3 měsíců (Dvořáček, 2003).

Zmíníme-li cíle střednědobé léčby, musíme nejprve uvést, že by měly odpovídat délce programu a potřebám pacienta. Léčba v PL směřuje k doživotní abstinenci od návykových látek, která se stává prostředkem vyšší kvality života a znovunalezení původních životních rolí (Dvořáček, 2003). Podstatou terapeutického plánu je strukturovaná léčba (samotná léčba se skládá z několika od sebe odlišných fází, každý den má pak podobu časového rozvrhu). Důležitou součástí pobytu v PL jsou bezpochyby pravidla, která určují režim v zařízení. Cílem terapie je přechod od pravidel daných terapeutky ke struktuře a pravidlům vlastním, které si pacient zvnitřní (Dvořáček, 2003).

2.1.2 Východiska terapeutické komunity

„Terapeutickou komunitu zde definujeme jako specializované rezidenční (pobytové) zařízení, zaměřené na léčbu vedoucí k abstinenci a na sociální rehabilitaci“ (Adameček, Richterová-Těmínová, Kalina, 2003: 201). Složení týmu v TK je stejně jako v PL multidisciplinární, avšak vzdělání členů týmu je orientováno poněkud jiným směrem než v PL. Pracovníci mají totiž různé psychoterapeutické výcviky, vzdělání v oblasti sociální práce, speciální pedagogiky atd. Nepostradatelným předpokladem každého pracovníka v TK jsou osobnostní vlohy, členové týmu by měli působit jako vyzrálí a pozitivní dospělí jedinci a být vzorem klientovi (Adameček, Richterová-Těmínová, Kalina, 2003).

V případě léčby v terapeutické komunitě není hlavním cílem abstinence, ta je zde cestou a součástí léčby. Hlavním záměrem je změna stylu života, které lze dosáhnout tím, že klientovi bude umožněn osobnostní růst. *„TK nabízí bezpečné a podnětné*

prostředí pro růst a zrání, které se děje především prostřednictvím sociálního učení v kontextu vymezeném jasnými a srozumitelnými pravidly“ (Adameček, Richterová-Těmínová, Kalina, 2003: 201). Již Kratochvíl (1979) hovoří o tom, že v terapeutické komunitě jsou využívány modelové situace v malé sociální skupině k projekci a úpravě interpersonálních stereotypů chování a prožívání. Soužití ve společenství TK umožňuje danému jedinci náhled na jím používané formy chování v interakcích a konfliktech s ostatními členy. Zpětná vazby od členů skupiny poskytuje klientovi možnost pozitivní změny (Kratochvíl, 1979 in: Nevšímal, 2004). Díky osobnostnímu růstu je možné, aby si jedinec udržel kladné změny chování i po opuštění bezpečného prostředí komunity (Adameček, Richterová-Těmínová, Kalina, 2003).

„Zvláště významným faktorem v podpoře pozitivního růstu je pocit, že člověk se stává součástí něčeho, co ho přesahuje. Lidé v terapeutické komunitě jsou jejími členy – tak jako v rodině –, nejsou pacienti instituce“ (Nevšímal, 2004: 156). Klienti mají možnost plně se začlenit do komunity díky délce léčby, která trvá většinou v rozmezí od 9 do 15 měsíců (Preston, Malinowski, Šeřfránek, 2007). Terapie v TK klade důraz na:

- a) vývoj osobnosti a emoce (rodinná, individuální a skupinová psychoterapie)
- b) chování (pravidla, režim, zpětná vazba, struktura léčby)
- c) spirituální rozměr osobnosti a etiku (vzdělávání, diskuze, tématické skupiny)
- d) dovednosti přežít a být profesně zajištěn (sociální učení, práce, asertivní trénink, komunikační dovednosti) (Adameček, Richterová-Těmínová, Kalina, 2003)

3. Fáze následné péče, doléčování

Projde-li závislý jedinec fází léčby (zejména jedná-li se o typ pobytové léčby), můžou se u něj objevit zcela reálné obavy z návratu do normálního života. I v tomto případě existuje možnost pomoci, jedná se o tzv. následnou péči.

3.1 Vymezení následné péče

Pro fázi péče o klienta po léčbě se používají dva termíny, a to následná péče a doléčování. V České republice odborníci hovoří o doléčování, zatímco v anglosaských

zemích je používán termín „aftercare“ nebo „postcare“, což lze přeložit jako „následná péče“. Právě následná péče hraje velmi důležitou roli v konečné efektivitě léčby závislosti, jejím cílem je totiž integrovat závislého jedince zpět do podmínek normálního života (Kuda, 2001).

„ Smyslem následné péče je udržet u klienta změny, které nastaly v průběhu léčby, popř. spontánně. Následná péče může mít různé formy: tradiční v našich podmínkách jsou to tzv. opakovací léčby.³ Další formou následné péče jsou doléčovací skupiny. Ty se scházejí zpravidla jednou týdně. Setkávají se jak klienti po ukončení základní léčby, tak klienti v léčbě. Cílem doléčovacích skupin je, stejně jako u opakujících léčeb, posílení abstinence a výměna zkušeností. Následná péče může mít formu individuálních pohovorů, zajišťovaných AT organizacemi, popřípadě K-centry nebo klinickými psychology. Také je tady kladen důraz na posilování abstinence. Velmi důležitou roli v procesu následné péče hrají též svépomocné skupiny“ (Kalina, 2001: 69).

Kdy vlastně následná péče začíná? Z hlediska tradičního pojetí léčby závislostí jsou jednotlivé typy péče striktně ohraničené. Lze oddělit fázi léčby (např. terapeutická komunita nebo psychiatrická léčebna) a fázi následné péče. Rozdíl mezi danými fázemi můžeme nalézt v intenzitě a typu intervencí v průběhu práce s klientem. Pro proces uzdravení závislého má velký význam spolupráce jednotlivých typů péče, což je v České republice problematická záležitost, protože některá zařízení o sobě často vůbec neví (Kuda, 2001).

Důležitost následné péče po fázi léčby je obecně respektována. Doba bezprostředně po ukončení léčby bývá spojena s velkým rizikem návratu k užívání drog, je proto potřeba poskytovat klientovi podporu, aby výsledky, kterých bylo dosaženo v průběhu léčby, nebyly ztraceny (Gossop 2009). Jako další úkol následné péče uvádí Heller (1996) řešení faktických potíží psychického typu, poněvadž po vyřešení problémů sekundárních (problémů, které vznikly jako důsledek užívání drogy) se objevují problémy primární, tedy ty, které k užívání drog vedly.

³ Krátkodobá hospitalizace k obnovení dobrého psychického a somatického stavu, posílení motivace, s možností konzultací s jinými abstinenty.

3.2 Doléčovací programy

Specializovaná zařízení, která se zaměřují na následnou péči, se u nás většinou nazývají doléčovací centra. Ta nabízí širokou škálu služeb (viz níže). Na těchto pracovištích působí multidisciplinární týmy, které by měly mimo jiné vnímat individuální potřeby klienta a flexibilně na ně reagovat. Právě díky tomu je doléčování intenzivnější (Kalina, 2001).

Tým pracovníků daného programu má tedy na proces doléčování velký význam. Je potřeba, aby každé zařízení budovalo kvalitní síť odborníků, kteří budou zaměřeni na problémové oblasti klientely. V každém týmu se nemusí vyskytovat např. psychiatr či lékař, ale je nutné, aby s nimi spolupracovali externě. V základním týmu následné péče by měly působit profese jako je psycholog, speciální pedagog, sociální pracovník. Prostor v těchto programech dostávají také ex-useři, kteří po absolvování odborného vzdělání velmi dobře pracují v oblasti socioterapie (Kuda, 2003).

Doléčovací programy mají ambulantní formu, která je určena pro jedince se zajištěným vlastním bydlením, nebo existuje možnost chráněného bydlení, které funguje jako součást doléčovacího centra a nabízí klientovi ubytování v bezpečném prostředí (Preston, Malinowski, Šefránek, 2007).

Doba, po kterou by měl jedinec setrvat v programu je velmi pohyblivá. Odborníci z praxe doporučují jako minimální délku následné péče šest měsíců, mnoho klientů si však tuto dobu prodlužuje až na jeden rok. Důležitou součástí doléčování je jeho rozdělení do fází, které se odlišují intenzitou docházky do programu. To podporuje postupné odpoutání se klienta od podpory týmu doléčovacího centra a přebírání zodpovědnosti za svůj život (Kuda, 2003).

3.2.1 Hlavní složky programu následné péče

3.2.1.1 Psychoterapie

V průběhu doléčování se závislým vynořují nová témata, kterými se během léčby nezabývali, popřípadě byla považována za vyřešená. Je však důležité určit, které problémy jsou řešitelné v aktuálním čase. Psychoterapeutické působení by mělo být zaměřeno na stabilizaci abstinence od primární drogy. Je potřeba vždy citlivě zvážit, která z klientových témat bezprostředně souvisí s ustálením abstinence. Jedná se zde spíše o podpůrnou psychoterapii, která se zaměřuje na stabilizaci klientovy emotivity (Kuda, 2003).

3.2.1.2 Prevence relapsu

„Obava z možného selhání (relapsu) je klíčovým motivačním faktorem závislého pro vstup do programu následné péče. Jejím cílem je vybavit klienta dovednostmi a vědomostmi tak, aby se zvýšila jeho sebekontrola a tím se snížila pravděpodobnost relapsu“ (Kuda, 2003: 209). Prevence relapsu je postavena na třech pilířích: kognitivní intervence, dovednosti zvládnání a stabilizace životního stylu. Jejím cílem je pomoci klientovi získat náhled, naučit ho zvládat rizikové situace a podpořit ho v začleňování do normálního života (Kuda, 2003).

3.2.1.3 Sociální práce

U klientů doléčovacích programů lze nalézt širokou škálu sociálně právních problémů. Patří mezi ně zejména dluhy, problematika sociálních dávek, trestní stíhání nebo zápis v trestním rejstříku. Pomoc tak musí být zpočátku velmi praktická, protože mnoho závislých nezvládá tyto problémy řešit samostatně. Ukazuje se, že sociální pracovník je velmi důležitým členem týmu programu následné péče (Kuda, 2001).

3.2.1.4 Práce a rekvalifikace

Jedním z hlavních úkolů pro závislého po návratu z léčby je získání zaměstnání, což není pro většinu klientů úkol jednoduchý, vzhledem k jejich nedostatečné kvalifikaci, pracovním zkušenostem či zápisu v trestním rejstříku. Mnohdy je také nutné snížit klientovy cíle na budoucí zaměstnání. Doléčovací programy by měly spolupracovat s úřady práce a sledovat možnosti rekvalifikace či pracovních příležitostí (Kuda, 2001).

3.2.1.5 Lékařská péče

Mezi následky užívání drog neodmyslitelně patří poškození lidského organismu, proto je podstatné, aby klientovi byla umožněna kromě psychosociální stabilizace také stabilizace fyzická. K častým zdravotním potížím závislých patří hepatitida typu B a C, gynekologické a dentální problémy. Úkolem týmu doléčovacího centra je tedy zajištění vhodné lékařské péče pro klienty (Kuda, 2003).

3.2.1.6 Práce s rodinou

Pokud se podaří zařadit do léčby závislého i jeho rodinu, zvyšuje se prokazatelně efektivita celého procesu léčby. Během užívání drog ztrácí jedinec důvěru rodiny, kdy rodiče trpí pocity viny ze selhání v rodičovské roli. Po návratu závislého z léčby, kde prošel osobnostní změnou, jsou kladeny nároky i na pozměnění vzorců chování a postojů jednotlivých členů rodiny. *„Ze všech těchto důvodů je jasné, že práce s rodinou a rodinná terapie je v následné péči velmi důležitou složkou. Rodiče musejí přijmout skutečnost, že se velmi výrazně podílejí na výsledku celého procesu uzdravy“* (Kuda, 2003: 210).

3.2.1.7 Volnočasové aktivity

Mezi služby doléčovacího centra by měla patřit také nabídka volnočasových aktivit. Pro klienta, který se snaží o integraci zpět do normálního života, je podstatné naučit se vyplnit volný čas, který dříve trávil užíváním drog (Kuda, 2001).

4. Doléčovací centrum Prevent

Jak jsem již zmínila, s doléčovacím centrem Prevent mám velmi dobrou osobní zkušenost. Poněvadž bude výzkum k empirické části mé bakalářské práce proveden právě v tomto zařízení, je potřeba na tomto místě uvést fakta týkající se fungování doléčovacího centra.⁴ Zmíním také postavení DC v rámci občanského sdružení Prevent.

Občanské sdružení Prevent tvoří síť zařízení a programů zaměřených na prevenci, poskytování informací, včasnou profesionální pomoc a léčbu drogových závislostí v Jihočeském kraji od roku 1999. V současnosti provozuje osm zařízení, mezi něž patří Kontaktní centra Prevent v Prachaticích, Strakonících a Českých Budějovicích, Drogová poradna Prevent a již zmiňované Doléčovací centrum Prevent.

DC je umístěno v Českých Budějovicích a zaměřuje se na abstinující osoby z celé České republiky, pro které je návrat do původního prostředí vzhledem k závislosti na drogách rizikový. Posláním zařízení následné péče je podpora osob, přicházejících bezprostředně po ukončení léčby ze závislostí, v jejich začlenění do většinové společnosti neuzivatelů drog. Mezi služby poskytované DCP patří individuální, párová, rodinná a skupinová psychoterapie, arteterapie, pracovní terapie, sociální práce, socioterapie, zátěžové, rehabilitační a socioterapeutické pobyty a další. Kapacita programu je pět klientů v ambulantním programu a jedenáct klientů v pobytové formě programu. Patro vyčleněné pro muže má kapacitu sedm lůžek, v patře pro ženy a matky (rodiče) s dětmi mohou být ubytováni tři nebo čtyři klienti (dle účasti rodiče s dítětem). Doléčovací centrum Prevent je od roku 2007 držitelem certifikátu odborné způsobilosti RVKPP.⁵

4.1 Formy programu DCP

4.1.1 Individuální doléčovací program (ambulantní)

Jedná se o formu programu, která je klientovi umožněna pouze v ambulantní podobě. Jedinec se zájmem o tuto službu si zvolí za spolupráce se svým klíčovým

⁴ Dále také jen DC

⁵ Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky

pracovníkem jednotlivé složky programu tak, jak mu vyhovují. Na jejich rozsahu a náplni se společně dohodnou prostřednictvím individuálního plánu. Minimální hranicí ke splnění programu je 1x měsíčně individuální terapie a konzultace v rozsahu přibližně dvou hodin. Doléčování v této formě pak není rozděleno do jednotlivých fází (viz dále).

4.1.2 Ambulantní doléčovací program

Ambulantní forma doléčování je striktně vymezena rozsahem a obsahem aktivit DCP, vyhovuje proto jedincům, kteří chtějí a mohou využívat všech služeb poskytovaných programem. Klient by se měl účastnit všech složek programu v předepsaném rozsahu, který je jednotný pro všechny v dané formě doléčování.

4.1.3 Doléčovací program s chráněným bydlením

Struktura programu a rozsah aktivit jsou stejné jako u ambulantního doléčovacího programu, klienti navíc využívají možnost chráněného ubytování v budově DCP. Volba této formy doléčování s sebou nese povinnosti navíc, jako např. účastnit se domovních skupin, kde se rozdělují služby, které udržují pořádek v domě, nebo dodržovat režim chráněného bydlení. Klient má možnost využívat chráněné bydlení po dobu maximálně šesti měsíců.

4.2 Fáze programu

Proces doléčování má strukturu, na jejímž základě je program rozdělen do několika časových úseků – fází, přičemž každá fáze s sebou pro klienta nese rozdílná práva, pravidla a povinnosti vůči zařízení a ostatním klientům. V prvních fázích je program intenzivnější, obsahuje více povinných aktivit, postupem času však povinnosti ubývají, klient se osamostatňuje a přibývá mu volný čas. Doléčování v DCP se skládá ze čtyř fází.

4.2.1 Nultá fáze (zkušební doba)

Toto období je určeno k seznámení se s programem a adaptaci na nové prostředí, režim a pravidla. Nultá fáze by měla trvat minimálně 10 a maximálně 21 dní. Úkolem osobního garanta, který je každému klientovi přidělen, je během zkušební doby zhodnotit klientův aktuální stav a potřeby, motivovat ho k setrvání v programu. Součástí nulté fáze je přísnější režim (např. návrat na DCP do 22.00 hodin nebo výjezdy mimo bydlení jednou za 14 dní). Na konci fáze je týmem zhodnocen klientův stav a adaptace na program a klient postupuje do další fáze.

4.2.2 První fáze

Tato fáze trvá 1,5 - 2 měsíce. Klient se plně účastní všech složek programu a minimálně 2x týdně se setkává se svým garantem. Jedním z prvních úskalí, která na klienta během doléčování čekají je zajištění zaměstnání do 5 týdnů od vstupu do programu. O hledání práce mají většinou klienti před odchodem z léčby zkradené představy. V tomto období je pro udržení motivace a případné překonání zklamání velmi důležitá podpora terapeutického týmu a skupiny. Obecně lze říci, že v této fázi začíná klient žít „běžný život“. Podmínkou pro přestup do další fáze je kromě předložení pracovní smlouvy i písemné zpracování zadaných témat, která následně obhájí před terapeutickým týmem.

4.2.3 Druhá fáze

Druhá fáze trvá 3 - 4 měsíce a postupně směřuje k odpoutání klienta od terapeutického prostředí. Klient je nadále veden k samostatnosti a je kladen větší důraz na to, aby smysluplně trávil svůj volný čas. Každý z klientů pracuje za pomoci klíčového pracovníka na hledání vlastní zájmové aktivity. V této fázi je počet povinných schůzek s garantem snížen na jedno setkání týdně. Podmínkou pro přestup do další fáze je stále zaměstnání, spolupráce v rámci osobního rozvoje (splácení dluhů, vykonávání OPP⁶), samostatná volnočasová aktivita minimálně 1x týdně a zpracování zadaných otázek, které klient obhájí před skupinou.

⁶ Obecně prospěšné práce

4.2.4 Třetí fáze

Tato fáze trvá 1 až 1,5 měsíce. Je to období, kdy se ověřuje klientova samostatnost a kdy má pouze minimální kontakt se svým garantem. Klient Doléčovacího centra Prevent by se měl v průběhu třetí fáze odstěhovat, a to nejpozději do šesti měsíců od nástupu do programu. Program je již omezen pouze na jedno povinné setkání s garantem týdně. Skupinové aktivity, ke kterým patří arteterapie a skupinová terapie, jsou dobrovolné. Klient by měl nadále minimálně 1x týdně provozovat nějakou zájmovou činnost. Před ukončením programu je klientovi doporučeno navštěvovat ambulantní následnou péči v DCP či jinde.⁷

5. Relaps

Hovoříme-li o problematice drogových závislostí a léčbě osob užívajících návykové látky, je nutné věnovat pozornost také tématu porušení abstinence. S tímto tématem se můžeme v souvislosti s léčbou závislostí setkat velmi často. Pokusím se na tomto místě vymezit určité pojmy, které jsou používány v kontextu krátkodobého či dlouhodobého porušení abstinence.

5.1 Vymezení pojmů

Jedním z termínů označujících návrat ke drogám, které lze v literatuře nalézt je **recidiva**. Tento pojem je popsán jako „*návrat k nemoci, která již byla vyléčena nebo u ní zmizely příznaky*“ (Kuda, 2003: 117). Uvedená definice odpovídá medicínskému pojetí závislosti, které nahlíží na závislost jako na nemoc. Dle Nešpora (2000) znamená recidiva to, že závislý po období abstinence znovu „sáhne“ po droze. Uvádí také americkou literaturu, kde je rozlišena **krátká recidiva** („laps“) a **dlouhá recidiva** s nepříjemnými následky („relaps“).

Dalším pojmem, který zde uvedu je **relaps**. „*Ten může být vnímán jako návrat k dřívější úrovni aktivity, který následuje po pokusu tuto aktivitu ukončit nebo redukovat*“ (Kuda, 2003: 118). Kalina (2001: 91) pak tuto definici více konkretizuje:

⁷ Zdroj: Operační manuál DCP, 2010.

„Relaps je návrat k pití nebo k užívání jiných drog po období abstinence, často doprovázený návratem příznaků závislosti“. Obě vymezení, která jsem použila, jsou založena na medicínském přístupu, který považuje i jednorázové užití drogy, tedy relaps, za obnovení onemocnění. Závislý by měl znovu začít svou léčbu, protože jeho selhání znamená znehodnocení úspěchu, kterého v léčbě dosáhl (Kuda, 2003). Relaps však můžeme zjednodušeně vnímat jako chvilkové selhání při snaze dosáhnout cílů, které si závislý na určité časové období stanovil (Wanigaratne, 1990). Pokud u závislého k relapsu dojde, často ho paradoxně utvrdí v tom, že rozhodnutí abstinovat bylo správné (Makovská-Dolanská, 2007).

Klinická praxe a výzkumy dokazují, že jednorázové porušení abstinence neznamená vždy návrat závislého k užívání drog. V literatuře se objevuje nový termín **laps** neboli „uklouznutí“, který je definován jako „*jakékoliv samostatné porušení pravidel nebo souboru zásad, které si jedinec sám stanovil a které se týkají četnosti nebo typu vybraného cílového chování*“ (Kuda, 2003: 118). Na laps můžeme nahlížet jako na „rozcestí“, kde jeden směr míří k původnímu závislému chování a druhá cesta směřuje k pozitivním změnám chování závislého jedince (Kuda, 2003). Jiný zdroj uvádí, že „*pokud se jedinci pokoušejí změnit problematické chování, je uklouznutí vysoce pravděpodobné*“ (Marlatt, Witkiewitz, 2005: 2, volně přeloženo autorkou práce). Laps je popsán také jako „*jednorázové, izolované užití alkoholu nebo drog po období abstinence*“ (Kalina, 2001: 60). Tato definice se však v adiktologické praxi užívá pro relaps.

Musím říct, že při procházení odborné literatury jsem objevila značnou terminologickou nejednotnost v užívání výše zmíněných pojmů. V cizojazyčných zdrojích lze najít patrné posunutí významů jednotlivých pojmů, kdy je relaps popsán jako recidiva a laps definován jako relaps. V české adiktologické praxi se pojmem recidiva označuje dlouhodobý návrat k užívání drog, relapsem je myšleno krátkodobé užití drogy a termín laps se téměř nevyskytuje.⁸ Také sami závislí vymezují dané pojmy tímto způsobem. S přihlédnutím k výše uvedeným skutečnostem používám ve své práci označení relaps pro krátkodobé užití návykové látky po období abstinence.

⁸ Zdroj: Operační manuál DC Prevent

5.2 Možné příčiny relapsu

Relaps nelze chápat jako jednorázovou událost, ale jako proces, jehož součástí jsou kognitivní, behaviorální a afektivní procesy. Důležitými faktory souvisejícími s porušením abstinence u závislého jedince jsou tedy např. jeho emoce, chování či vnímání (Kuda, 2003). V souvislosti s relapsem se hovoří o tzv. vysoce rizikových situacích.⁹ To jsou momenty, kdy je vyřazena schopnost kontroly jedince nad jeho impulsy a často pak dochází k lapsu či relapsu (Kuda, 2000). Zhoršená schopnost sebekontroly závislých je důsledkem působení podnětů, které na ně během VRS působí. Tyto podněty se nazývají „spouštěče“ (Nešpor, Müllerová, 1999).

VRS jsou velmi rozmanité a specifické pro každého jedince, Marlatt a Gordon (1985) je rozdělují do několika obecných skupin:

- a) negativní emoční stavy; jsou nejčastější skupinou vysoce rizikových situací zvyšujících riziko relapsu. Nejčastěji vyskytované negativní emoční stavy jsou vztek, frustrace, nuda či deprese a mají intrapersonální příčiny.¹⁰
- b) interpersonální konflikty; sem lze zařadit negativní konfliktní vztahy s rodinou, přáteli, partnery nebo v zaměstnání.
- c) sociální tlak; může být přímý (setkání se známým, který závislému nabídne drogu) nebo nepřímý (závislý se nachází v blízkosti osob, které užívají drogy) (Kuda, 2001).

K vysoce rizikovým situacím lze dále zařadit negativní somatické stavy (např. dlouhodobé bolesti) a craving. **Craving** je anglický termín, který je do českého jazyka překládán jako „bažení“, sami klienti pak používají pojem „chutě“. Jedná se o silnou touhu opět užít drogu. Příčiny, které vyvolávají či posilují bažení, jsou individuální. Lze zmínit např. lokalitu, kde si klient dříve aplikoval drogu nebo hudbu, kterou poslouchal v průběhu užívání drog (Kuda, 2001). Zmíníme-li příznaky cravingu, jedná se např. o vybavení si pocitů, které jedinec prožíval pod vlivem drogy, svírání na hrudi, bušení srdce, svírání žaludku, pocení, podrážděnost, neklid či únava (Kalina, 2001). S cravingem se můžeme setkat u mnoha drogově závislých, a to nejen na počátku jejich abstinence. Bažení nebo jeho zvýšenou intenzitu je možné vnímat jako ukazatel

⁹ Dále také jen VRS

¹⁰ Příčiny vznikající uvnitř osobnosti jedince

nevyrovnanosti životního stylu jedince a tedy zvýšené riziko porušení abstinence (Kuda, 2003). Právě nerovnováha životního stylu je pro proces relapsu podstatným faktorem. Můžeme ji popsat jako rozdíl mezi tlaky z okolí („měl bych“) a vlastními možnostmi („chci, mohu“).

Pokud má jedinec intenzivní potřebu užít drogu, je to předem doprovázeno pocity viny. Aby byly tyto nepříjemné pocity redukovány, objevují se obranné mechanismy (především popření a racionalizace), čímž začne docházet k neuvědomovanému plánování relapsu. Závislý poté uskutečňuje zdánlivě bezvýznamná rozhodnutí (nenápadná „minirozhodnutí“), která ho ovšem mohou přivést do vysoce rizikových situací (Kuda, 2003).

5.3 Syndrom porušení abstinence (AVS)

Nastane-li situace, kdy závislý poruší abstinenci, dochází obvykle k nástupu silných pocitů viny z vlastního selhání. Tehdy hovoříme o Syndromu porušení abstinence (Abstinence Violating Syndrome – AVS). AVS probíhá jako jakákoliv životní krize, kdy jedinec prochází několika fázemi:

- a) fáze ustrnutí (závislý si klade otázky typu „co se mi to stalo?“)
- b) fáze sebeobviňování (jedinec pocítuje vinu, hanbu, hněv)
- c) fáze obviňování druhých (včetně zařízení a terapeutů, kteří se závislým pracují)
- d) fáze zvládnutí krize nebo rezignace (jedinec pokračuje v úsilí o změnu životního stylu a práci na sobě nebo dojde k rezignaci na toto úsilí a opětovnému užívání drog) (Kuda, 2001)

Ve chvíli, kdy dojde k relapsu, je důležitým pojmem disonanční konflikt. *„Podle teorie kognitivní disonance je rozdíl mezi tím, co jedinec od sebe očekává (např. „dokážu abstinovat“) a tím, jak se chová (např. uklouznutí), příčinou konfliktu. Zde platí přímá úměra – čím větší rozdíl mezi očekáváním a chováním, tím větší konflikt. Přirozená je pak potřeba tento konflikt redukovat. V našem případě se může konflikt snížit dalším užitím drogy za současného snížení nároků na vlastní abstinenci“* (Kuda, 2003: 120). Za těchto předpokladů lze tedy očekávat riziko dalšího porušení abstinence. Z hlediska tradičního medicínského přístupu dochází při porušení abstinence

k obnovení onemocnění a měl by znovu následovat nástup do léčby. Moderní přístupy se však zabývají zmapováním situace, ve které se klient ocitl, aby se tak případně předešlo dalšímu relapsu (Kuda, 2001).

5.4 Prevence relapsu

Pojem prevence relapsu¹¹ hraje při procesu léčby a doléčování drogově závislých velmi důležitou roli. Jedná se o teorii, kterou vyvinuli Marlatt a Gordon (1985) a jejímž cílem je naučit klienta předejít relapsu. Tento přístup předpokládá, že jedinec je schopen měnit své závislé chování. K důležitým oblastem PR patří zlepšování self – managementu (sebeřízení) a podpora pozitivních změn v chování, kdy je kladen důraz na osobní participaci jedince právě při těchto změnách (Kuda, 2003). Jak jsem již zmínila, prevenci relapsu řadíme k podstatným prvkům procesu doléčování. Klient vycházející z bezpečného léčebného prostředí trpí obavami se selhání, proto by tento program neměl chybět v žádném centru následné péče. PR by měla vybavit jedince dovednostmi a vědomostmi, které mu umožní zvýšit jeho sebekontrolu a následkem toho snížit pravděpodobnost relapsu (Kuda, 2001).

Prevence relapsu je kognitivně – behaviorální přístup zabývající se nácvikem dovedností zvládnání. Nejedná se zde tedy pouze o učení klienta, jak se vyhýbat rizikovým situacím, ale také jak takové situace efektivně zvládat a tak udržet svou abstinenci (Kuda, 2003). Marlatt (1985 in: Gossop, 2009) uvádí, že cílem tohoto přístupu je naučit závislého rozpoznávat, předpovídat a zvládat potíže a tlaky, které mohou vést k porušení abstinence. PR směřuje ke globální změně životního stylu, kdy je nutná identifikace zdrojů stresu v životě a identifikace a změna nezdravých vzorců zvyků (Kuda, 2003).

V podstatě působí program PR na třech úrovních:

- a) trénink „zvládacích“ dovedností
- b) kognitivní intervence
- c) stabilizace životního stylu

¹¹ Dále také jen PR

5.4.1 Dovednosti zvládání

Některým rizikovým situacím se závislý během svého života úspěšně vyhne, jiným se však vyhýbat nemůže, a proto je důležité tyto situace zvládnout. K tomu jsou potřeba tzv. dovednosti zvládání, které ovšem často závislému jedinci chybí. Proto se prevence relapsu zaměřuje na trénink těchto dovedností, kdy se závislý osvojuje způsoby, jak zvládat např. interpersonální konflikty, stres, bolest nebo craving (Kuda, 2001). S tímto tématem souvisí teorie sociálního učení, kde lze nalézt pojem „pocit vlastní účinnosti“ (self – efficacy)¹². Zvládání rizikových situací se k pocitu vlastní účinnosti úzce váže. Pokud totiž klient efektivně zvládne nebezpečnou situaci, dojde k pozitivnímu zvýšení pocitu vlastní účinnosti, čímž se snižuje riziko relapsu. „*Pokud závislý nemá dovednosti potřebné pro zvládnutí vysoce rizikové situace, popřípadě není schopen tuto situaci rozpoznat, není schopen ji zvládnout efektivně. To má za následek snížení pocitu vlastní účinnosti a logicky tedy zvýšení rizika relapsu*“ (Kuda, 2003: 119).

5.4.2 Kognitivní intervence

Drogově závislí mají často sklon vnímat a interpretovat jisté situace jednostranně, což má souvislost s nedostatkem zkušeností s danou situací. Kognitivní intervence se snaží o změnu chování závislého prostřednictvím změny jeho myšlení. Cílem tohoto terapeutického působení je zvyšování náhledu (uvědomění) klienta, aby dokázal lépe rozpoznávat rizikové situace a nedocházelo k jejich podceňování. Pokud závislý testuje svou sebekontrolu (např. „nevadí mi, že kolega ze zaměstnání užívá drogy“), je potřeba mu pomoci, aby si uvědomil, jak může být toto chování riskantní (Kuda, 2001).

¹² Přesvědčení o vlastních schopnostech dosáhnout určených úrovní výkonu, které ovlivňují události působící na náš život.

5.4.3 Stabilizace životního stylu

Jak uvádím výše, nerovnováha životního stylu jedince může mít za následek porušení abstinence. Je nutné vycházet ze skutečnosti, že motivací klienta k léčbě a zařazení do většinové, tedy nedrogové společnosti, je zvýšení kvality jeho života. K důležitým úkolům doléčovacích center patří podpora klienta ve vytváření podmínek pro jeho abstinenci, mezi něž můžeme zařadit např. hledání zaměstnání, bydlení nebo volnočasových aktivit (Kuda, 2001). Marlatt a Gordon (1985 in: Nešpor, Csémy, 1996) shrnují, že prevencí relapsu je vytvoření zdravého, vyváženého životního stylu, který zahrnuje dostatek nových podnětů.

6. Shrnutí

- Hovoříme-li o relapsu, setkáváme se s velkou nejednotností v definování tohoto pojmu. Jak odborníci z adiktologické praxe, tak i sami závislí vymezují relaps jako krátkodobé užití návykové látky po určitém období abstinence. Pokud u závislého k relapsu dojde, často ho utvrdí v tom, že rozhodnutí abstinovat bylo správné (Makovská-Dolanská, 2007).
- Marlatt a Gordon (1985) popisují tzv. vysoce rizikové situace, při kterých dochází ke ztrátě schopnosti kontroly jedince. Následkem těchto situací pak často bývá relaps. K VRS řadíme negativní emoční stavy, interpersonální konflikty, sociální tlak, negativní somatické stavy či craving neboli „chutě“ (Kuda, 2001).
- Prevence relapsu je program, který by měl závislé naučit relapsu předcházet. Tento přístup je důležitou součástí léčby a doléčování drogově závislých, neměl by proto chybět v žádném doléčovacím centru. Cílem PR je vybavit jedince určitými dovednostmi a vědomostmi zvyšujícími jeho sebekontrolu, čímž se pak sníží pravděpodobnost relapsu. Prevence relapsu se soustředí na trénink „zvládacích“ dovedností, který slouží k nácviku zvládnání rizikových situací. Druhá oblast, na kterou se PR zaměřuje, se nazývá kognitivní intervence. Ta se snaží zvyšovat náhled závislého, aby lépe rozpoznával situace, které pro něj mohou být nebezpečné. Dále se PR snaží o stabilizaci životního stylu závislého (Kuda, 2001).

III. EMPIRICKÁ ČÁST

1. Cíl výzkumu

Na základě prostudované odborné literatury a v souladu se závěry teoretické části této práce je cílem výzkumu **získat více informací o faktorech souvisejících s relapsem tak, jak je reflektují závislí během doléčování či po něm.**

Pokusím-li se daný cíl více konkretizovat, pak jsou hlavními oblastmi mého zájmu:

- a) Okolnosti relapsu
- b) Strategie zvládnání relapsu, které závislí volí
- c) Rizika relapsu

Výše uvedený cíl výzkumu jsem zvolila také z toho důvodu, že se domnívám, že dané problematice není v české odborné literatuře věnována dostatečná pozornost. Ráda bych zjistila, jak závislí reflektují svoji zkušenost s relapsem, jaké pro ně mělo porušení abstinence důsledky nebo jakou roli hrálo v jejich dalším snažení o život bez drog.

2. Výzkumné otázky

Poté, co jsem se pokusila shrnout to hlavní, co mě v souvislosti s tématem relapsu u drogově závislých zajímá, dospěla jsem k následující otázce, kterou jsem stanovila hlavní výzkumnou otázkou:

Jak vnímají drogově závislí, kteří prošli či procházejí doléčováním, prožitý relaps?

Na tuto otázku navazují další výzkumné otázky, které ji konkretizují:

- Jaký měla pro závislé zkušenost s relapsem význam?
- Jakým způsobem relaps řešili?

- Co předcházelo relapsu, který prožili?
- Zda a jak jsou připraveni na možnost dalšího relapsu?
- Jaká rizika, která by mohla vést k relapsu, si uvědomují?

3. Výzkumný soubor

Protože již dva roky působím jako dobrovolnice v Doléčovacím centru Prevent České Budějovice, rozhodla jsem se pro svůj výzkum využít klienty tohoto zařízení. Pravidelně se účastním skupinové terapie, kde mám možnost klienty poznat a přiblížit se jim. Následkem toho je skutečnost, že mě vnímají jako člena skupiny a ne jako cizí, rušivý element.

3.1 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumu se účastnili lidé, kteří absolvovali rezidenční léčbu, mají za sebou pobyt v psychiatrické léčebně nebo terapeutické komunitě, popřípadě v obou zařízeních, kde řešili svoji závislost na drogách. Všichni procházejí nebo v minulosti procházeli doléčovacím programem, který jim má pomoci zařadit se zpět do „normálního“ života. Jedná se o osoby, které se liší např. délkou závislosti a počtem léčeb a pocházejí z různých částí republiky. Jejich primárním problémem je závislost na pervitinu nebo heroinu.

Použila jsem účelový výběr vzorku, který spočívá v tom, že jsem bez použití jakýchkoliv dalších metod vybrala účastníky výzkumu podle toho, zda splňovali kritéria, která jsem stanovila a zda s účastí ve výzkumu souhlasili (Miovský, 2006). Kritéria výběru byla ta, že potenciální účastník výzkumu musel absolvovat doléčování v Doléčovacím centru Prevent, musel se mnou být seznámen ze skupinové terapie. Dále jsem volila klienty, o kterých jsem věděla, že mají zkušenost s relapsem.

Charakteristika účastníků výzkumu:

- po léčbě ze závislosti
- z různých oblastí ČR
- ve věku od 27 do 33 let
- 2 ženy, 2 muži
- doba doléčování: 3 - 7 měsíců
- primární droga: 2 pervitin, 2 heroin
- 2 současní klienti, 2 bývalí klienti DC
- relaps: 2 primární droga, 2 jiná droga

Abych více specifikovala výzkumný soubor, uvedu zde stručné charakteristiky jednotlivých účastníků výzkumu:

• Denisa

Denise je 27 let a pochází ze Severních Čech. Od 21 let užívala pervitin, který se stal její primární drogou. Kromě drogové závislosti měla problémy také s gamblingem. Absolvovala jednu léčbu v psychiatrické léčebně a následně v terapeutické komunitě, kterou řádně ukončila. Měla poměrně složité dětství a od 15 let ji vychovávala babička, která během její léčby zemřela. Nemá téměř žádné rodinné zázemí, stýká se pouze s nevlastním dědou, se kterým má dobrý vztah. Denisa byla několikrát trestně stíhaná, což jí v současnosti ztěžuje hledání zaměstnání. Má dluhy, které se snaží splácet. Během provádění výzkumu dokončovala doléčovací program a byla ve třetím měsíci těhotenství. Nyní bydlí v bytě se svým přítelem, se kterým se seznámila v terapeutické komunitě a oba se těší na narození dítěte. Denisa je vyučená v oboru gastronomie a ráda by si doplnila vzdělání, aby jednou mohla pracovat s drogově závislými lidmi. Během doléčování došlo k relapsu na alkoholu, který řešila.

• Lenka

Lenka se narodila před 28 lety v Severních Čechách. Od malička vyrůstala u prarodičů, s matkou se nikdy nestýkala. V 18 letech začala užívat pervitin, léky a alkohol. V 21 letech se poprvé dostala k heroinu, který se stal její primární drogou.

Lenka absolvovala pobyt v doléčovacímu centru, následně se kvůli opakovaným relapsům na heroinu rozhodla pro léčbu v terapeutické komunitě, odkud na podzim roku 2010 přišla do Doléčovacího centra Prevent. V minulosti byla trestně stíhaná a nyní usiluje o výmaz trestního rejstříku. Lenka dokončila základní vzdělání, má za sebou několik pokusů o získání středoškolského vzdělání, které však byly neúspěšné. V budoucnu by si vzdělání ráda doplnila. Lenka má dluhy ve výši cca. 160 tisíc korun, které postupně splácí. V DCP se setkala s bývalým přítelem, se kterým se rozešla před šesti lety, kdy oba brali drogy. V současnosti bydlí společně v podnájmu a jejich vztah tentokrát nenarušují drogy. Lenka nyní pracuje jako operátorka, což je práce, která ji, jak ona říká, nenaplňuje, ale se zápisy v trestním rejstříku nemá příliš možností na výběr. Má ráda sport, čtení a sledování filmů.

• Marek

Marek se narodil před 33 lety a pochází ze Středních Čech. Když mu bylo šest let, rodiče se rozešli a Marek vyrůstal v neúplné rodině. Dnes má dobrý vztah s matkou a s otcem začal po mnoha letech komunikovat. Absolvoval jednu léčbu v psychiatrické léčebně a následně v terapeutické komunitě, kde řešil svoji závislost na opiátech. Pro léčbu se rozhodl po osmi letech užívání heroinu, který je jeho primární drogou. Má čistý trestní rejstřík, dluhy řešil během léčby a nyní jsou splaceny. Doléčovací program řádně dokončil v roce 2007. Marek vystudoval VOŠ v oboru zdravotnictví a v současnosti studuje VŠ zaměřenou na sociální práci. I po doléčování se rozhodl zůstat v Jižních Čechách, do bývalého bydliště se vrátit nechce. K relapsu na heroinu došlo během léčby a po dokončení doléčovacího programu, nyní téměř čtyři roky abstínuje. Marek má tříletou dceru, o kterou se velmi rád stará. V současnosti prochází složitým obdobím, kdy řeší problémy ve vztahu s přítelkyní a matkou jeho dcery. Je velmi ochotný a rád sportuje.

• Michal

Michalovi je 27 let a dříve žil na Jižní Moravě. Absolvoval jednu léčbu v terapeutické komunitě, a to po sedmi letech užívání pervitinu, který je jeho primární drogou. Během léčby pracoval na zlepšení vztahů s rodinou, které jsou v současnosti

výborné. Doléčovací centrum v Jižních Čechách si vybral z toho důvodu, že se chtěl osamostatnit a postarat se o sebe, což za něj v minulosti dělala matka. Tohoto cíle Michal dosáhl, dodnes bydlí v Jihočeském kraji a za rodinou jezdí jen na občasné návštěvy. Má dokončené středoškolské vzdělání a pokoušel se o studium na VŠ. Je velmi aktivní, má mnoho koníčků a našel si velké množství přátel. Doléčovací program řádně dokončil v roce 2010 a stále abstínuje. Během doléčování došlo u Michala k relapsu na alkoholu a po odstěhování z DCP několikrát kouřil marihuanu, což také vnímá jako relaps. V současnosti bydlí v podnájmu s přáteli a pracuje jako dělník. Nemá dluhy ani trestní minulost. Je společenský, přátelský a zodpovědný.

4. Etické principy

Jelikož byl výzkum realizován se současnými nebo bývalými klienty Doléčovacího centra Prevent, je podle mého názoru potřeba připomenout základní etické principy, které by měly zajistit bezpečí účastníků výzkumu. Tyto zásady zaručuje zařízení, v němž byl výzkum uskutečněn. DCP vlastní certifikaci RVKPP a je registrováno u Ministerstva práce a sociálních věcí ČR, vyhovuje tak standardům obou institucí.

V rámci mého výzkumu byla provedena tato konkrétní opatření:

- participanty jsem požádala o předběžný souhlas s mým výzkumem
- byl podepsán informovaný souhlas
- jejich jména a další určující údaje byly změněny
- autorizovali výslednou podobu rozhovorů
- údaje, které byly vnímány jako ohrožující, byly vyřazeny (jména lidí či míst, která uvedli)
- nahrávky rozhovorů byly po transkripci vymazány

5. Metody výzkumu

Pro svoji práci jsem zvolila kvalitativní přístup k výzkumu z toho důvodu, že umožňuje porozumění a odhalení toho, co je podstatou jevů, o kterých zatím mnoho

nevíme. Můžeme díky němu také získat nová stanoviska k jevům, které jsou nám už známy (Strauss, Corbin, 1999).

Ke sběru dat byla použita metoda individuálních polostrukturovaných rozhovorů, kterou hodnotím vzhledem k tématu výzkumu, které může být pro některé jedince citlivé, jako velmi vhodnou. Použijeme-li tento způsob sběru dat, utváříme si jisté schéma, které je pro nás, jako tazatele, závazné. Toto schéma upřesňuje oblasti, na které budou účastníci výzkumu dotazováni. Dle potřeby lze zaměřovat pořadí okruhů tak, abychom z rozhovoru získali co nejvíce potřebných dat (Mioviský, 2006).

„U polostrukturovaného interview máme definované tzv. jádro interview, tj. minimum témat a otázek, které má tazatel za povinnost probrat“ (Mioviský, 2006: 160). Tento typ rozhovoru usnadňuje udržení linie interview, dovoluje přitom dotazované osobě prosadit vlastní zkušenosti (Hendl, 2005).

Při polostrukturovaném rozhovoru kombinujeme prvky nestrukturovaného i plně strukturovaného interview, což činí z této metody téměř dokonalý výzkumný nástroj pro aplikaci mnoha plánů výzkumu v rámci kvalitativního přístupu (Mioviský, 2006).

6. Realizace výzkumu

V rámci výzkumu jsem uskutečnila čtyři individuální rozhovory, s každým účastníkem výzkumu jeden. Všichni participanti byli předem osobně nebo telefonicky kontaktováni a požádáni o účast ve výzkumu. Během tohoto kontaktu byl zároveň domluven termín, kdy rozhovor proběhne. Pro účel výzkumu mi byla poskytnuta místnost pro individuální terapii na DCP, kterou každý klient během doléčovacího programu pravidelně navštěvuje. Výzkum probíhal v období od 1.2.2011 do 24.2.2011. Každý rozhovor trval od 50 do 60 minut, dva z nich se uskutečnily v dopoledních a dva v odpoledních hodinách.

Na každé setkání jsem se pečlivě připravila, aby rozhovor probíhal hladce, a aby se účastník výzkumu cítil co nejpříjemněji. Před začátkem výzkumného rozhovoru bylo danému jedinci vysvětleno, že výzkum je realizován jako součást mé bakalářské práce, proč jsem zvolila právě toto téma a jaký je cíl výzkumu. Všichni byli informováni, že

náš rozhovor bude nahráván, následně přepsán a poté jim přepis předám k autorizaci. Dále byl podepsán informovaný souhlas s účastí ve výzkumu, kde byly uvedeny zásady pro zajištění jejich bezpečí (viz příloha č. 1). V místnosti, kde rozhovory probíhaly, jsou umístěna křesla a malý stůl. Požádala jsem každého účastníka výzkumu, aby se posadil naproti mně, na stůl mezi nás jsem položila notebook a zapnula nahrávací program.

Na začátku interview dostal participant výzkumu vždy prostor, aby mi volně popsal zkušenost, kterou s relapsem má. Cílem volného vyprávění bylo odbourání možné počáteční nervozity. Poté jsem se začala ptát na otázky, které jsem si připravila (viz příloha č. 2). V průběhu rozhovoru jsem se postupně dotázala na vše, co mě zajímalo a zároveň jsem reagovala na odpovědi každého jedince a doptávala se na to, co mě v nich zaujalo nebo co jsem potřebovala objasnit. Na konci setkání jsem každému poděkovala a zeptala se na případné dotazy či reflexe. Domnívám se, že skutečnost, že výzkum byl uskutečněn v prostředí, které participantí velice dobře znají, a výzkumníkem byl člověk, kterého pravidelně potkávají či potkávali na skupinové terapii, přispělo k maximální otevřenosti všech účastníků.

Poté, co jsem nahrávky přepsala, byly smazány a každý účastník dostal vytištěný přepis. Všichni byli požádáni, aby si ho přečetli, označili údaje, které chtějí změnit a uvedli nová jména, která budu v práci používat.

7. Analýza dat

Po všech úpravách jsem začala rozhovory analyzovat podle technik zakotvené teorie, jimiž jsou: otevřené kódování a axiální kódování (Strauss, Corbin, 1999).

7.1 Otevřené kódování

První fází analýzy je konceptualizace údajů, čímž je myšlen rozbor věty či odstavce a určení jména každé myšlenky, události nebo případu. Jinak řečeno se jedná o vyhledávání a označování určitých jevů v textu (Strauss, Corbin, 1999). Postupovala jsem tak, že jsem si nejprve několikrát přečetla přepsaný rozhovor. Během čtení jsem

v textu vyhledala témata, která jsem vyhodnotila jako významná. Pomocí funkce umožňující vkládání komentářů jsem pak vpisovala na okraje textu označení daného tématu. Pro každé téma byl použit konkrétní kód, který měl podobu několika slov či věty z dané části textu. V některých případech vycházel název kódu z obsahu konkrétní části textu.

Př.: „...ve finále, když se opiješ a ten chvilkový stav toho oblouznění odejde, tak ty problémy jsou pořád stejny...“ Toto téma bylo označeno kódem **problémy i po napití zůstávají**. Jakmile se během kódování objevilo další téma s podobným obsahem, označila jsem ho podobným, popřípadě stejným kódem. V další úrovni kódování jsem tak dokázala určit, že se jedná o stejný obsah (např. problémy i po napití zůstávají a pitím se problém nevyřeší). Označila jsem tímto způsobem všechny přepisy a výsledkem byla řada kódů postihujících podstatná témata rozhovorů.

Kódy získané v první fázi otevřeného kódování je potřeba seskupit podle podobnosti, abychom neskončili s takovým množstvím pojmů, že bychom nevěděli, co s nimi dělat. Mělo by tedy dojít ke sdružení pojmů patřících ke stejnému jevu do širších skupin, kategorií. Druhá fáze otevřeného kódování se podle toho nazývá kategorizace. Jednotlivé kategorie reprezentují určité jevy, které je nutné pojmenovat. Díky pojmenování je pak snazší určit, které skupiny kódů (podkategorie) spadají pod každou kategorii (Strauss, Corbin, 1999).

V této etapě kódování jsem tedy sdružovala základní kódy, které jsem shledala jako tématicky podobné, do širších kategorií. Pokud se objevil kód zapadající do více skupin, byl zapsán ke každé z nich. V kategoriích, které mnou byly zhodnoceny jako příliš široké, jsem poté hledala tématicky podobné pojmy, které vytvořili podkategorie v rámci dané kategorie. Jednotlivé kódy, podkategorie i kategorie jsem několikrát přesouvala a upravovala, aby výsledný seznam odpovídal obsahům výzkumných rozhovorů.

7.2 Axiální kódování

V další úrovni analýzy bylo provedeno axiálního kódování. Zatímco během otevřeného kódování sdružujeme jednotlivé pojmy do kategorií, při axiálním kódování se pokoušíme tyto pojmy skládat dohromady jinou formou a nacházet vazby mezi kategoriemi a subkategoriemi (Miovský, 2006).

Vztahy mezi jednotlivými kategoriemi a podkategoriemi lze určit na základě tzv. paradigmatického modelu, který má následující podobu: **příčinná podmínka** → **jev** → **kontext** → **intervenující podmínka** → **strategie** → **následek**. Aplikace tohoto modelu nám pomáhá o údajích systematicky uvažovat. Jevem chápeme ústřední událost, myšlenku či dění, k jehož vzniku vedou jisté příčinné podmínky (případy, procesy). Konkrétní vlastnosti patřící určitému jevu nazýváme kontextem. Hovoříme-li o intervenujících podmínkách, máme na mysli obecné podmínky (např. čas, prostor, kulturu) ovlivňující strategie jednání. Každé jednání má pak určité následky (Strauss, Corbin, 1999).

V rámci úrovně axiálního kódování jsem se snažila přemýšlet o vzniklých kategoriích a jejich uspořádání s ohledem na dynamiku paradigmatického modelu, který popisují výše. Došlo tak např. k tomu, že některé kódy byly přemístěny z jedné kategorie či subkategorie do jiné, podle vzájemných souvislostí.

8. Výsledky

8.1 Výsledky první úrovně analýzy

Poté, co přepisy všech výzkumných rozhovorů prošly první úrovní analýzy, kterou je otevřené kódování, získala jsem soupis širších kategorií. Ty tvoří soubor tématicky podobných kódů, jež jsou v rámci kategorií řazeny podle podobnosti do užších subkategorií. U každého účastníka výzkumu tak vznikl výsledný seznam takto uspořádaných kódů, který byl základem pro další úroveň analýzy. Výsledky první úrovně analýzy uvádím v příloze č. 4.

8.2 Výsledky druhé úrovně analýzy

Na úrovni axiálního kódování jsem sloučila výsledné seznamy kódů z jednotlivých rozhovorů, pracovala jsem tedy s jedním souhrnným soupisem kategorií. Výsledný seznam všech kategorií a subkategorií je uveden v příloze č. 5. Nyní se pokusím shrnout konkrétní výstupy analýzy výzkumu.

8.2.1 Prevence relapsu

8.2.1.1 Strategie zvládnání chutí

Jakým způsobem závislí předcházejí relapsu? Osvojili si jisté strategie, pomocí nichž zvládají „chutě“ na drogy. Základem je craving rozpoznat, na čemž pracují už během léčby v terapeutické komunitě. Zaměříme-li se na samotné strategie, klienti udávají, že jim pomáhá jakákoliv fyzická aktivita, ať se jedná o sport či manuální práci: „...pomáhá mi to, když se jdu třeba projít, dělat nějakou aktivitu prostě nebýt pasivní, klidně nějaká fyzicky náročná aktivita...“ (Marek). Dalšími strategiemi jsou např. spánek či poslech oblíbené hudby. Mnohdy je velmi účinné, když závislý o „chutích“ mluví, jindy pomůže odplivnout si a tím se jich zbavit nebo se přenést někam, kde je člověku příjemně.

8.2.1.2 Vnitřní kontrola

Jako prevenci relapsu můžeme označit také kontrolu, kterou závislí drží sami nad sebou. Uvědomují si, o co kvůli drogám přišli, že nechtějí žít jako dřív, a že by přišli o vše, na čem od začátku léčby usilovně pracují. Relapsu předcházejí i tak, že se vyhýbají narkomanům, které mohou potkat na ulici nebo starým známým, se kterými se stýkali během své drogové kariéry. V jednom případě bylo zmíněno jako ochrana těhotenství a zodpovědnost za dítě. Velký význam mají pro udržení abstinence nové „čisté“ vzpomínky závislého, které překrývají vzpomínky na drogovou minulost: „...vzpomínky jsou nebezpečný, ale ty už teď neřeším, protože mám nový čistý vzpomínky, takže ty to překrejou a netrápí mě to...“ (Michal).

8.2.1.3 Vnější kontrola

Také kontrolu pocházející z okolí závislého lze považovat za způsob předcházení relapsu. Během fáze následné péče fungoval pro klienty jako prevence samotný pobyt v doléčovacím centru: „... když jsem byla jakoby na doléčováku a vlastně celou dobu co jsem bydlela na chráněném bydlení, tak to bylo v pohodě, na drogy jsem neměla pomyslení...“ (Lenka). Druhým způsobem vnější kontroly je dohled partnera: „...mě to pak automaticky přepne na extázi vybavím si velký oči, extáze a nějak ani nedokážu přemýšlet jinak, v tomhle je dobrý Petr, protože on ví a dokáže mě udržet na uzdě...“ (Denisa).

8.2.2 Rizika relapsu

8.2.2.1 Aktuální psychické rozpoložení

K relapsu mohou vést určité příčinné podmínky, které vycházejí z osobnosti jedince. Zde můžeme hovořit o aktuálním psychickém rozpoložení jedince, které hraje důležitou roli. Při špatném psychickém rozpoložení uvažuje závislý nad tím, zda mu nebylo lépe v době, kdy užíval drogy a zvyšuje se tak riziko relapsu. Klienti uvádějí, že k porušení abstinence může vést špatný psychický stav, který souvisí např. s nespokojeností v životě či se strachem z neznáma. Tento stav se pak rozhodnou zlepšit právě užitím drogy, která jim má navodit příjemné pocity, na něž byli zvyklí během užívání: „...je to relaps, protože v tu chvíli mám potřebu se nějakým způsobem odreagovat a to už je jedno jestli na té primární droze nebo na alkoholu, jde tam o zlepšení toho stavu...“ (Denisa).

Dále zmiňují „chutě“, které v daném okamžiku nelze ovládnout. I přes uvědomění faktu, že užití drogy s sebou nese nepříjemnosti, se závislému uzavře jakási „klapka“ v hlavě, čímž je racionální uvažování odsunuto do pozadí, a jedinec jde za drogou. Craving neboli „chutě“ jsou pro závislé velmi ohrožujícím faktorem. Popisují je jako nepříjemný pocit v žaludku a v celém těle, který někdy doprovází třes těla. „Chutě“ se mohou projevovat podrážděností či nervozitou jedince a některé tělesné projevy odpovídají projevům ve stavu intoxikace drogou: „...mě rozčílily jako maličkosti a byla jsem podrážděná a fyzicky jak jsem se cítila, klasicky jako

předrelapsový chování jo, byla jsem čistá, ale chovala jsem se jako bych byla úplně sjetá jo, pořád jsem někde lítala jo...“ (Lenka). Craving je doprovázen představami a vzpomínkami na minulost, které jsou závislémi hodnoceny jako nebezpečné.

8.2.2.2 Nastavení osobnosti

Jedním z faktorů hrajících roli v tom, zda dojde či nedojde k relapsu, je nastavení osobnosti. Někdy závislý není smířený s doživotní abstinencí a má potřebu si znovu zkusit, jaké by bylo, kdyby si znovu po období abstinence „dal“. Má chuť znovu zažít euforii, která je s užíváním drog spojená: „...ale někdy člověk má prostě chuť no zažít zase tu euforii...“ (Denisa). K relapsu tak často vede neopatrnost v kontextu se zkoušením sebe sama a také zvědavost. S nastavením osobnosti souvisí také téma hranic¹³, kdy u závislého dojde k jejich povolení a následkem toho může proběhnout relaps: „...máš povolený ty hranice... taky můžu jednou porušit, bude to jenom jednou, naposled...“ (Marek). Klienti vnímají uvolnění hranic v budoucnu jako riziko a obávají se ho. Dalším uvedeným tématem je fakt, že někteří jedinci nechtějí nikoho žádat o pomoc, nechávají si své problémy pro sebe, čímž dochází k vnitřní tenzi, která časem může vyústit v nezvládnutí situace a relaps.

8.2.2.3 Aktuální špatné okolnosti

Na tomto místě se pokusím popsat vnější a vnitřní okolnosti, které mohou mít za následek relaps. Vždy se jedná o negativní kontext. Klienti hovoří o chvílích, kdy se jim nahromadí problémy nebo se dostanou do nepříznivé situace. Na tyto okolnosti pak reagují způsobem, kterým byli zvyklí řešit potíže v době, kdy užívali drogy, tedy „dávku“. Někdy může k relapsu podle závislých vést shoda náhod a okolností, které se seběhly najednou.

Nejprve uvedu témata popisující špatné okolnostmi, které mohou vést k relapsu a jsou spjaty s psychikou jedince. Byly uvedeny např. vztahové problémy, konkrétně potíže v rodině a partnerském vztahu, které závislý následně „řešil“ pomocí relapsu.

¹³ Takto téma nazývají sami klienti a jedná se o určitou mez, kterou by měli dodržovat. Pokud tuto mez překročí, může dojít k relapsu.

„...já jsem měla ten relaps doma na výjezdu, tam byly problémy v rodině...“ (Denisa). Klienti uvádějí, že „chutě“ se u nich objevují, pokud prožívají obtížné chvíle, něco se jim nedaří a mají starosti. Ty se mohou týkat pracovních, vztahových či finančních záležitostí. Může se přitom jednat jak o momentální napětí, tak o dlouhodobý stres: *„...prostě mam někdy chvíli, kdy bych se na to na všechno nejradši vykašlala a vrátila se jakoby k drogám a k životu bez starostí a vždycky jsou to takový záchvěvy, když jsem zrovna z něčeho úplně vyšinutá...“* (Lenka). Popisují také sny o drogách, které se jim zdají právě v období, kdy zažívají pro ně psychicky náročné situace. K negativním okolnostem lze zařadit také samotu, která může být pro některé jedince více psychicky náročná a časem může vést ke snaze zlepšit své naladění skrze drogu. V léčbě je klient zvyklý, že podléhá určité kontrole ze strany zaměstnanců zařízení, kde pobývá. Když pak nastane okamžik, kdy je této kontroly zbaven, může dojít k relapsu a to z toho důvodu, že si klient uvědomí nepřítomnost kontroly a nic mu v užití drogy nebrání.

Významným vnějším faktorem jsou pak druzí lidé ovlivňující rozhodnutí jedince. Jedná se např. o uživatele drog, se kterými se klient před léčbou stýkal a při setkání s nimi může být snížena jeho sebekontrola. Je nutné zmínit také dosah drogy. Závislí uvádějí, že pokud by měli návykovou látku ihned v dosahu, existuje u nich vyšší riziko relapsu, než kdyby byla k dispozici až po určité chvíli: *„...měl jsem to prostě hned všechno před sebou...“* (Marek). Každý závislý může být ohrožen jinými podněty zhoršujícími jeho sebekontrolu a vyvolávajícími „chutě“ na drogy. Některé z nich lze spojovat s jeho drogovou minulostí. K velmi častým „spouštěčům“ patří místa, kde jedinec užíval návykové látky a lidé, které má s drogami spojené. Dále lze zmínit filmy o drogách, muziku, party, jízdu v autě, herny, výše uvedené vzpomínky na minulost a další. Jako „spouštěč“ byly v jednom případě označeny křížovky: *„...já jsem dva roky luštil na fetu křížovky, takže by mi to připomnělo minulost, těm se musím vyhýbat...“* (Michal).

8.2.2.4 Místo

Jako intervenující podmínku, která doprovází relaps, jsem zhodnotila místo, kde proběhl. Část klientů zmiňuje, že k porušení abstinence došlo v místě či městě, kde dříve užívali drogy. Uvádějí nepříjemné tělesné i duševní pocity a „chutě“, které je trápily nebo dodnes trápí ve chvíli, kdy se vracejí do těchto míst: *„... já to mám i teď, že když*

se vracím do toho města, kde jsem bral, tak já přijždím, vidím tu ceduli a mě se sevře žaludek, to už je to čtyři roky, ale mam to pořád. Pak jedu tramvaj a vidím místo, kde jsme dřív čekali na dealera a je mi to hrozně nepříjemný, nerad tam jezdím, ale tenkrát při relapsu to bylo taky tím, že tam znáš ty lidi, který ti seženou tu drogu, nebo sám víš, kde sehnat, je to tam jednodušší...“ (Marek). K relapsu však dochází také v jiném prostředí, než které má závislý spojené s užíváním drog. K tomu klienti dodávají, že pokud člověk chce, drogy lze sehnat v každém městě.

8.2.3 Pojetí relapsu

8.2.3.1 Význam relapsu

Jaký význam má relaps pro závislé? Oni sami hovoří o tom, že relaps může být jakýmsi voláním o pomoc, o kterou člověk nedovede požádat přímo. Každé porušení abstinence je podle nich důležitá zkušenost pro další snažení o život bez drog a vnímají ho jako součást léčby, jako zkušenost, která k cestě zpět do „normálního“ života prostě patří.

8.2.3.2 Okolnosti

V tom, co jedinec hodnotí jako relaps a co ne, hrají roli jisté okolnosti. Často byl zmiňován časový úsek, který dělí závislé od poslední léčby, s čímž souvisí také téma hranic. Během léčby mají klienti nastaveny velmi úzké hranice, které si postupem času povolují. Tato skutečnost podle nich souvisí také s tím, jak se člověk po léčbě dál vyvíjí. „...když to vezmu úplně od základu a když to vezmu i s tím časovým prodlením, tak vlastně když jsem vyšel z komunity, tak pro mě relaps bylo v podstatě i to, kdybych si zapálil cigáro, na doléčováku byl relaps, když jsem se napil, ale teď to mám jinak...“ (Michal). Jako další okolnost byly uvedeny určité psychické potíže, a to v tom smyslu, že dát si občas např. skleničku vína je v pořádku, ale pokud je alkohol „pomocníkem“ při řešení problémů, jedná se o relaps.

8.2.3.3 Látky

Závislí se odlišují v určení návykové látky, jejíž užití hodnotí jako porušení své abstinence. Shodují se v tom, že za relaps považují užití drogy, která je pro ně hlavní, neboli primární: „...no pro mě má význam relaps, když jakoby člověk, kterej má svojí primární drogu, tak jakoby na ní zrelapsuje...“ (Denisa). Obecně hovoří o relapsu na tvrdých drogách, což znamená, že např. pro uživatele heroinu je porušením abstinence i užití pervitinu a naopak. Mezi další zmíněné návykové látky patří alkohol a marihuana. Zde lze nalézt rozdíl v tom, že některými závislými je i užití těchto drog považováno za relaps a některými nikoliv, což souvisí s výše uvedenými okolnostmi.

8.2.3.4 Zastavení relapsu

Pokud se stane, že dojde k relapsu, je důležité ho zastavit, protože v opačném případě může krátkodobé porušení abstinence přejít v recidivu. K zastavení relapsu slouží u některých klientů jakási vnitřní kontrola, která vychází z jejich osobnosti. Oni sami uvádějí, že si uvědomili, že opět klesají tam, kde byli a kam se nechtějí vrátit. Právě toto uvědomění pomohlo relaps zastavit. Některým klientům stačí říct si dost a na chvíli se zastavit a zamyslet: „...já jsem si řekl, co to jako bylo, proč to děláš, když sis tady něco začal, snažíš se tady na sobě půl roku něco dělat...“ (Marek). Dalším impulsem může být dopad na pomyslné dno: „...no co mě tam stoplo to, že jsem čtrnáct dní neměl skoro co jíst a to mi prostě stačilo, dopadl jsem na nějaký pomyslný dno, a to mi fakt stačilo...“ (Michal). Někteří závislí hovoří o tom, že k zastavení relapsu napomohl jakýsi zásah z okolí. Zmiňují návrat na doléčovací centrum po porušení abstinence, který jim umožnil zpracovat jejich zkušenost za pomoci terapeutů. Dále uvádějí, že relaps jim pomohl zastavit fakt, že se na ně užití drogy „provalilo“: „... mě pomohlo to, že to na mě ve finále na tom doléčováku prasklo, to už jsem byla v koutě a tak jsem to na sebe všechno vybalila jo a řekla jsem, že začínám bejt jako v háji a že nechci...“ (Lenka).

8.2.4 Následky relapsu

8.2.4.1 Negativní pocity

Hovoříme-li o důsledcích, které závislým relaps přinesl, je nutné zmínit negativní pocity. Klienti popisují, že po porušení abstinence se člověk cítí „hrozně“. Má výčitky svědomí, protože porušil svá vnitřní pravidla i pravidla, která mu byla vtiskována v léčbě. Připadá mu, že zkažil všechno, o co se doteď snažil. Cítí zklamání sebe sama i druhých lidí, kteří ho podporují. Je nešťastný, protože ví, že se mezi narkomany nechce vrátit, ale relapsem se vzdálil „normálním“ lidem. Objevují se také obavy z blízké budoucnosti, z toho, co se bude dít dál: „...*strach a takový obavy co bude, že jsem v půlce něčeho, co jsem začal a co se mnou bude...*“ (Marek).

8.2.4.2 Uvědomění, zamyšlení

Následkem relapsu je také to, že se závislí zastaví a uvažují nad sebou. To vede k uvědomění jistých skutečností. Klienti uvádějí, že je porušení abstinence utvrdilo v tom, že problémy užitím drogy nevyřeší. Uvědomili si, co je pro ně v životě důležité, že chtějí abstinovat a neradí by se vrátili ke způsobu života, který vedli před léčbou: „... *prostě mě to asi posunulo někam, protože jsem si uvědomil, co chci a co nechci...*“ (Michal). Zamyšlejí se nad tím, jaký život jim vlastně braní drog přineslo, a pociťují potřebu udělat pro sebe něco víc. Pozastavují se také nad tím, že v abstinenci sice selhali, ale to neznamená, že je vše ztraceno. Uvědomují si, že po užití drogy se cítili jinak než dřív: „...*ten relaps jsem si vyzkoušela to, že si dám, jsem zmaštěná, ale už to není takový, jako to bylo dřív jo, že už jsem prostě načichlá tím normálním životem a tím normálním myšlením a uvědomováním si...*“ (Lenka).

8.2.4.3 Ztráty

Jedním z následků relapsu byly určité ztráty. Klienti zmiňují, že se porušením abstinence připravili o finance: „...*negativního mi přinesl relaps to, že jsem přišel o prachy...*“ (Michal). Další ztráta, která byla uvedena, už není materiální, ale psychická: „...*a co mi to vzalo, no že jsem ztratil víru v sám sebe třeba hned po tom prvním*“

relapsu, kdy jsem po půl roce někde byl, dostal jsem se do první situace, kdy to máš před sebou a hned jsem zklamal...“ (Marek).

8.2.4.4 Možnost dalšího relapsu

K důsledkům porušení abstinence lze zařadit i přehodnocení možnosti relapsu v budoucnu. Někteří závislí ji vnímají jako vysoce nepravděpodobnou a jsou přesvědčeni, že drogy jsou minulost: „...*protože to se stát může jako každému ne, ale pro mě je to teď fakt úplně nereálná záležitost, ale já bych i tvrdila, já nevím, já sem tak hrozně přesvědčená v sama sobě, že ty drogy jsou pro mě jako minulost, že tohle už je za mnou a budu mít normální život...*“ (Denisa). Pro někoho možnost relapsu v budoucnosti existuje, protože se může stát cokoliv. Je však potřeba říct, že klienti doufají, že abstinenci už neporuší.

8.2.5 Strategie

8.2.5.1 Práce s relapsem

Na relaps reaguje každý jedinec jiným způsobem, volí přitom odlišné strategie jednání. Všichni se shodují v tom, že porušení abstinence je potřeba řešit a pracovat s ním, protože v opačném případě by mohlo mít pro závislého ničující následky. Důležité je nebýt z něj na dně: „...*tak jako nebýt z těch relapsů v koncích, myslím si, že všechno co je špatný, je k něčemu dobrý no, že to má smysl...*“ (Lenka). Člověk by se měl snažit i po relapsu normálně fungovat a nenechat ho přejít v recidivu, jak uvádějí sami klienti, „nepustit to dál“. Hovoří také o krizovém plánu, který by každý závislý měl mít pro případ porušení abstinence.

8.2.5.2 Svěření se

Jednou z volených strategií je svěření se s relapsem, které je předpokladem k výše uvedené práci s ním. Podle klientů je podstatné mít někoho, komu se mohou svěřit, ať se jedná o odborníky či osoby v jejich blízkém okolí. Po přiznání následuje úleva a uvolnění vnitřní tenze, která souvisí s utajováním: „...*ale pak mě to začalo tlačit, bylo mi to nepříjemný, pak když jsem to řekla, bylo mi mnohem líp, ulevilo se mi, tajila jsem*

to zbytečně...“ (Denisa). Svěření se s relapsem pak vede také k tomu, že člověk získá nový náhled na věc.

8.2.5.3 Utajování

Další strategií jednání, kterou závislí po relapsu volí, je jeho utajování. Hovoří o tom, že porušení abstinence tajili, aby nezklamali lidi ve svém okolí. Domnívali se, že relaps ustojí sami a bylo pro ně těžké si připustit neúspěch. Tuto strategii zpětně hodnotí jako chybnou, protože zatajení vedlo ke zbytečnému stresu a opakovali jím vzorec chování, který pro ně byl typický v době užívání drog: *„...no mě to nějak jakoby, já už jsem to měl zase najetý, jak to bylo před tím, než jsem šel do léčby, to jsem bral a nikomu jsem o tom neříkal, takže jsem opakoval nějaký způsob chování...“ (Marek).*

9. Diskuze

9.1 Rekapitulace výzkumu

Cílem výzkumu bylo stanovení získání více informací o faktorech souvisejících s relapsem tak, jak je reflektují závislí během doléčování či po něm. Sběr dat proběhl pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Participanty výzkumu byli současní či bývalí klienti Doléčovacího centra Prevent v Českých Budějovicích. Výzkumu se zúčastnili čtyři participanti, všichni stále abstinují. Analýzu dat jsem provedla pomocí technik zakotvené teorie (Strauss, Corbin, 1999), konkrétně otevřeného a axiálního kódování.

9.2 Prevence relapsu

Oblast pojmenovaná prevence relapsu zcela nezapadá do rozdělení dle paradigmatického modelu (Strauss, Corbin, 1999), ale domnívám se, že způsoby předcházení relapsu, které závislí volí, jsou podstatnou součástí tématu porušení abstinence. Prevencí relapsu je v odborné literatuře nazývána teorie, kterou vyvinuli Marlatt a Gordon (1985) a jejímž cílem je klienta naučit tomuto jevu předejít. Ten si osvojuje dovednosti jak zvládat rizika, která pro něj mohou být ohrožující, zvyšuje se

jeho náhled na určité situace a pokouší se o stabilizaci svého životního stylu. Důležitou roli hraje samotné uvědomění přítomnosti ohrožujícího jevu.

Ve výsledcích lze nalézt konkrétní způsoby, jak se závislí snaží předcházet relapsu. Jedná se o strategie, jak zvládají „chutě“ na drogy, mezi něž patří např. fyzická aktivita, poslech oblíbené hudby nebo vyprávění se. Tyto aktivity jim pomáhají odpoutat pozornost od cravingu a nenechat se jím pohltit. Kuda (2001) hovoří zcela obecně o tzv. dovednostech zvládnání, konkrétní způsoby, které uvádějí klienti, nezmiňuje. Dále z výsledků vyplývá, že závislým slouží jako ochrana před relapsem **uvědomění, o co kvůli drogám přišli**, a že nechtějí žít jako dřív. K tomuto závěru došli díky zkušenosti s porušením abstinence, její následek zde tedy působí zároveň jak prevence. Za ochranu považují také **stranění se narkomanů**, což souhlasí s tvrzením Kudy (2001) o nutnosti získat náhled na situace, které mohou být pro závislého nebezpečné. Předcházet „uklouznutí“ mohou i **nové vzpomínky**, které překrývají ty staré, spojené s drogovou minulostí jedince. Jako další možnost prevence relapsu byla zmíněna **kontrola okolí**, která napomáhá k udržení abstinence. Klienti měli na mysli zejména dohled partnera, který však dle mého názoru není dostačující, pokud je jediným způsobem ochrany. Při odchodu partnera by totiž došlo ke ztrátě kontroly, čímž by se zvýšila pravděpodobnost porušení abstinence.

9.3 Možná rizika relapsu

Jak vyplývá z výsledků výzkumu, okolnosti, které podle klientů vedly k relapsu, jsou jimi zároveň vnímány jako rizika, jež je mohou v budoucnu ohrožovat. K momentům svádějícím závislé k myšlence na porušení abstinence lze zařadit špatné psychické rozpoložení jedince, vztahové potíže či působení vnějších okolností, jak o nich mluví Marlatt a Gordon (1985). Sami klienti často uvádějí jako příčinu relapsu právě **špatný psychický stav**, který je způsoben např. nespokojeností v životě či starostmi, které je trápí. Ke zlepšení tohoto stavu jim má dopomoci užití drogy, i když jsou si vědomi skutečnosti, že půjde pouze o krátkodobou úlevu.

Velkým nebezpečím mohou být „chutě“, o kterých klienti mluví jako o silné touze užít drogu, jež mnohdy nelze ovládnout. Přitom jsou si vědomi nepříjemností, které mohou následovat. „**Chutě**“ zmiňují v souvislosti s různými podněty, které je

„spouští“. V souladu s tvrzením Kudy (2001) o příčinách vyvolávajících craving lze říci, že jsou individuální a patří mezi ně např. lokalita, kde si klient aplikoval drogu či hudba, kterou poslouchal během užívání drog. Nebezpečí představují pro závislého také lidé, se kterými se stýkal v průběhu drogové kariéry. Obecně lze říci, že jej ohrožují rizika spojená s jeho minulostí. Craving klienti zmiňují ve spojení s obtížnými situacemi, kdy mají problémy a jsou ve stresu. Jedná se o více či méně psychicky náročné chvíle, jež byli dříve zvyklí řešit pomocí drog.

Dalším rizikem, které se ve výsledcích objevuje, je **nastavení osobnosti**. Někteří závislí mají tendence být neopatrní, zvědaví a zkoušet sami sebe v tom smyslu, že chtějí vyzkoušet, jaké by bylo znovu užít drogu po určitém období abstinence, což vnímám jako velký hazard. S vnitřním nastavením jedince souvisí hranice a jejich povolování, ze kterého mají sami závislí obavu. Tato témata jsem v teoretických podkladech nenalezla, na základě výzkumných rozhovorů se však domnívám, že mají v oblasti rizik relapsu význam.

9.4 Pojetí relapsu

Jak uvádím v teoretické části práci, v používání pojmů značících porušení abstinence panuje značná terminologická nejednotnost. Vymezení termínů jsou většinou založena na medicínském přístupu, který hodnotí i jednorázové užití drogy po období abstinence jako obnovení onemocnění, přičemž by klient měl znovu zahájit léčbu (Kuda, 2003). Sami klienti popisují relaps jako chvilkové selhání, které s odstupem času hodnotí jako důležitou životní zkušenost, díky níž se člověk pozná. Co už nazývají relapsem a co ještě ne závisí na jistých **okolnostech**. Mluví o tom, že během léčby vnímali porušení abstinence citlivěji než po uplynutí určité doby od jejího ukončení. Souvisí to podle nich s povolením hranic, které si v léčbě nastavili velmi úzce a časem povolili.

Z výsledků vyplývá, že se závislí liší v určení **návykové látky**, jejíž užití hodnotí jako relaps. Shodují se v tom, že za porušení abstinence považují užití primární drogy, obecně hovoří o zneužití tvrdých drog. Specifickým tématem týkajícím se pojetí relapsu je jeho **zastavení**. Domnívám se, že sem patří z toho důvodu, že právě to dělá relaps relapsem. Pokud by nebyl zastaven, přešel by v dlouhodobé užívání návykových

látek, tedy recidivu. Závislí používají určité strategie, jak ho nenechat „rozjet“. V některých případech byl zvládnut na základě **zásahu okolí**, kdy se jedinec např. vrátil do doléčovacího centra z výjezdu a s porušením abstinence se svěřil odborníkům, kteří mu poskytli pomoc. Klienti dále zmiňují **vnitřní kontrolu**, která má podobu zastavení se a uvědomění si toho, že opět klesají tam, kde byli a kam se nechtějí vrátit. Negativní vzpomínky na minulost pro ně mohou být dostatečným motivem ke zvládnutí relapsu. Jeho úspěšné zastavení může vést ke zvýšení pocitu sebeúčinnosti, protože sice došlo k „uklouznutí“, ale závislý nakonec situaci zvládl (Kuda, 2003).

9.5 Důsledky relapsu

Jako následky relapsu klienti jmenují **nástup negativních pocitů** spojených s vlastním selháním. Mají výčitky svědomí, jsou zklamaní sami ze sebe, což odpovídá projevům Syndromu porušení abstinence, jak ho popisuje Kuda (2001). Tento syndrom probíhá jako jakákoliv krize v životě člověka a klient by měl projít několika fázemi: fází ustrnutí, sebeobviňování, obviňování druhých a fáze zvládnutí či rezignace. Negativní pocity jsou signálem, že se klient nachází ve fázi sebeobviňování.

K dalším následkům patří podle výsledků výzkumu **uvědomění priorit a utvrzení v rozhodnutí abstinovat**. Tyto projevy odpovídají poslední fázi Syndromu porušení abstinence, tedy fázi zvládnutí krize či rezignace, kdy podle Kudy (2001) jedinec pokračuje v úsilí o změnu životního stylu a práci na sobě nebo rezignuje a opět začne užívat drogy. Z toho vyplývá, že závislí, kteří se účastnili mého výzkumu, krizi zvládli. Pokud by se rozhodli pro rezignaci, došlo by u nich k recidivě. Popisují sice, že u nich došlo ke ztrátě víry v sebe sama, ta však byla následnou abstinencí postupně získána zpět.

Po relapsu se klienti ocitají na jakémsi „mrtvém“ bodě, kdy už nepatří mezi narkomany, ale užitím drogy se vzdálí „normálním“ lidem, z čehož jsou nešťastní. Zde podle mého názoru setrvávají do chvíle, než se s „uklouznutím“ smíří a dále pokračují ve snaze o život bez drog. V důsledku porušení abstinence u nich může dojít k přehodnocení názoru na to, zda pro ně existuje **možnost dalšího relapsu** v budoucnu. Závislí tak dojdou k závěru, že tato možnost existuje a je dobré na ni být připraven,

čímž předejdou možným zničujícím následkům, ke kterým by pro ně další relaps mohl mít.

9.6 Strategie

Reakce na relaps mohou být různé. Každý jedinec volí odlišné strategie jednání, které po porušení abstinence použije. Závislí se shodují v tom, že je ho potřeba řešit a **pracovat s ním**, aby se v budoucnu snížila pravděpodobnost, že se bude opakovat. Je potřeba nevnímat relaps jako tragédii, protože v tom případě může dojít ke snížení pocitu sebeúčinnosti a následně ke zvýšení pravděpodobnosti dalšího porušení abstinence. Pro tento případ se klienti v průběhu léčby a doléčování věnují spolu s terapeutem přípravě krizového plánu, který by použili, a který by jim měl pomoci relaps zvládnout.

Základním předpokladem pro řešení porušení abstinence je, **že se s ním závislí svěří**. Z výsledků vyplývá, že po prozrazení cítili úlevu a uvolnění vnitřní tenze, která souvisí s utajováním. Možnost svěřit se ať už odborníkům z oblasti adiktologie či blízkým osobám vnímají jako velmi důležitou, protože mimo jiné získají jiný náhled na věc, což je u jedince, který má dojem, že prožívá krizi, zásadní. Použití těchto strategií lze ve výsledku vnímat jako předcházení dalšího relapsu.

Opačnou strategií je **tajení „uklouznutí“**. Tu závislí zvolili z toho důvodu, že nechtěli zklamat lidi ve svém okolí, domnívali se, že danou situaci zvládnou bez pomoci a nechtěli si připustit, že se jim něco nepodařilo. Shodují se, že tento způsob reakce na relaps je chybný, protože vedl ke zbytečnému stresu a opakovali jím vzorec chování, který používali během své drogové kariéry. Zatajování tak lze vnímat jako strategii jednání posilující riziko porušení abstinence.

9.7 Shrnutí

Jak vyplývá z rozhovorů, relaps je závislími vnímán jako důležitá životní zkušenost, která měla za následek utvrzení v rozhodnutí, že abstinence je správná cesta. Relaps tak může působit jako prevence dalšího porušení abstinence. Uvědomuji si, že tato tvrzení nelze generalizovat z důvodu malého výzkumného vzorku. Na výzkumu jsem spolupracovala s jedinci, kteří porušení abstinence zvládli a v současnosti abstinují, mají pravděpodobně odlišný pohled na význam relapsu než závislí, u nichž přešlo krátkodobé porušení abstinence v recidivu. Jako nedostatek tohoto výzkumu vnímám poměrně malý vzorek, který je dán kritérii výběru. Výzkum by se také mohl dále rozvíjet např. směrem k jednomu tématu, kterému by se věnoval dopodrobna. V oblasti relapsu je takovým tématem craving, který by si dle mého názoru zasloužil větší pozornost. Na základě zjištění podrobnějších informací o prožívání „chutí“ klienty by pak bylo možné uzpůsobit terapii v léčbě této problematice.

IV. ZÁVĚR

Cílem výzkumu bylo získat více informací o faktorech souvisejících s relapsem tak, jak je reflektují drogově závislí, kteří absolvovali či právě absolvují doléčování. Teoretická část práce byla zaměřena na vymezení závislosti. Dále jsem se snažila zachytit odlišnosti léčby v psychiatrické léčebně a terapeutické komunitě, odkud může jedinec přejít do doléčovacího centra, kde absolvuje fázi následné péče. Věnovala jsem se etapě léčby zvané doléčování a bylo popsáno fungování Doléčovacího centra Prevent v Českých Budějovicích. V této části práce jsem se zabývala také samotným relapsem.

V empirické části byl použit kvalitativní přístup k výzkumu. Lze zde najít popis jeho zpracování, analýzy a výsledků. Sběr dat proběhl pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Participanty výzkumu byli současní či bývalí klienti Doléčovacího centra Prevent. Rozhovorů se zúčastnili čtyři participanti, kteří v současnosti stále abstínují. Analýzu dat jsem provedla pomocí technik zakotvené teorie (Strauss, Corbin, 1999), konkrétně otevřeného a axiálního kódování.

Z výsledků vyplývá pět základních kategorií, mohou pomoci objasnit proces relapsu u drogově závislých. První z nich byla nazvána **prevence relapsu** a popisuje strategie, které klienti volí, aby předešli porušení abstinence. Nejčastěji zmiňují způsoby zvládnání „chutí“ a jakousi kontrolu vycházející z jejich osobnosti. Druhá kategorie, **rizika relapsu**, obsahuje výčet faktorů, které jsou závislými hodnoceny jako ohrožující. Sem patří craving, náročné situace či podněty spojené s drogovou minulostí jedince. **Pojetí relapsu** pak osvětluje, jak je tento jev klienty vnímán, při čemž uvádějí, že pro ně byl významnou zkušeností, která podle nich patří k léčbě. V kategorii **následků** lze najít negativní pocity a uvědomění toho, co je pro závislého důležité. **Strategie** jednání, které závislí volí po relapsu, jsou pak shrnuty v samostatné kategorii. Zde se objevuje utajování či naopak prozrazení porušení abstinence a práce s ním.

Domnívám se, že cíl práce byl splněn. Výzkum sám o sobě nepřinesl závěry, které by bylo možné generalizovat, mohl by však být nápomocen při dalším zkoumání v této oblasti.

V. POUŽITÁ LITERATURA

- 1) Adameček, D., Richterová – Těmínová, M., Kalina, K. (2003). *Rezidenční léčba v terapeutických komunitách*. In Kalina K. a kol. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 1*. Praha: RVKPP.
- 2) Dvořáček, J. (2003). *Střednědobá ústavní léčba*. In Kalina K. a kol. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2*. Praha: RVKPP.
- 3) Dvořáček, J. (2007). *Terapeutická komunita v podmínkách psychiatrické léčebny*. In *Terapeutická komunita pro drogově závislé 2*. Praha: vydal Středočeský kraj - Krajská protidrogová komise.
- 4) Fišerová, M. (2000). *Historie, příčiny a léčení drogových závislostí*. Staženo 12.1.2011 z http://old.lf3.cuni.cz/drogy/articles/zavislost_ol.htm.
- 5) Gossop, M. (2009). *Léčba problémů spojených se zneužíváním drog: důkazy o účinnosti*. Praha: vydal Úřad vlády České republiky.
- 6) Heller, J. (1996). *Léčba závislostí*. In Heller, J., Pecinová, O. a kol. *Závislost známá neznámá*. Praha: Grada Publishing.
- 7) Heller, J. (1996). *Závislost jako aktuální problém*. In Heller, J., Pecinová, O. a kol. *Závislost známá neznámá*. Praha: Grada Publishing.
- 8) Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. Praha: Portál.
- 9) Kalina, K. (2001). *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: vydalo o.s. FILIA NOVA.
- 10) Kuda, A. (2003). *Následná péče, doléčovací programy*. In Kalina K. a kol. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2*. Praha: RVKPP.
- 11) Kuda, A. (2001). *Následná péče jako klíčový faktor v systému léčby závislostí*. *Adiktologie*, roč. 1, č. 2, s. 83-91.
- 12) Kuda, A. (2003). *Relaps a prevence relapsu*. In Kalina K. a kol. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2*. Praha: RVKPP.
- 13) Kuda, A. (2000). *Tematické skupiny prevence relapsu*. Olomouc: P – centrum.
- 14) Kudrle, S. (2003). *Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti*. In Kalina K. a kol. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 1*. Praha: RVKPP.
- 15) Makovská – Dolanská, P. (2007). *V doléčovacím centru má často relaps pro klienta paradoxně pozitivní význam*. *Sociální práce*, roč. 6, č. 3, s. 32-34.

- 16) Marlatt, G. A., Witkiewitz, K. (2005). *Relapse prevention for alcohol and drug problems*. In Marlatt, G. A., Donovan D. M. *Relapse prevention: Maintenance strategie in the treatment of addictive behaviors*. New York: The Guilford Press.
- 17) Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.
- 18) Nešpor, K. (2000). *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál.
- 19) Nešpor a kol. (2000). *Edukativní a tréninkové moduly pro léčbu návykových nemocí*. Praha: Psychiatrická léčebna Bohnice.
- 20) Nešpor, K., Csémy, L. (1996). *Léčba a prevence závislostí. Příručka pro praxi*. Praha: Psychiatrické centrum.
- 21) Nešpor, K., Müllerová, M. (1999). *Jak přestat brát drogy. Svépomocná příručka*. Praha: Sportpropag a.s.
- 22) Nevšímal, P. (2004). *Původ a vývoj terapeutické komunity pro drogově závislé*. In *Terapeutická komunita pro drogově závislé 1*. Praha: vydal Středočeský kraj – Krajská protidrogová komise.
- 23) Preston, A., Malinowski, A., Šefránek, M. (2007). *Průvodce léčbou v terapeutické komunitě. Praktická příručka pro uživatele drog*. Praha: vydal Úřad vlády České republiky.
- 24) Rotgers, F. a kol. (1999). *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada Publishing.
- 25) Strauss, A., Corbin, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Boskovice: Albert.
- 26) Wanigaratne, S. a kol. (1990). *Relapse prevention for addictive behaviors: A manual for therapist*. Oxford: Blackwell Science.
- 27) *Koncepce poskytovaných služeb a operační manuál*. (2010). České Budějovice: vydalo o.s. Prevent – Doléčovací centrum Prevent.

VI. PŘÍLOHY

Seznam příloh

- Příloha č. 1 Souhlas se záznamem rozhovoru
- Příloha č. 2 Otázky k rozhovoru
- Příloha č. 3 Přepis rozhovoru
- Příloha č. 4 Ukázka výsledků otevřeného kódování
- Příloha č. 5 Výsledky axiálního kódování

Příloha č. 1 Souhlas se záznamem rozhovoru

Souhlasím s nahráváním rozhovoru uskutečněného dne 3.2.2011 na DC Prevent. Nahrávka je pořizována pro přepis a následnou analýzu pro výzkum v rámci bakalářské práce.

Nahrávka bude po přepsání smazána. Přepis bude jako součást bakalářské práce archivován. Jméno respondenta bude změněno, stejně tak jako veškeré údaje, podle nichž by bylo možné respondenta identifikovat.

Nahrávka bude doslovně přepsána a následně předána respondentovi k autorizaci. Údaje, s nimiž nebude souhlasit, budou vyškrtnuty.

V Českých Budějovicích

.....

Nikola Brandová

.....

podpis respondenta

Příloha č. 2 Otázky k rozhovoru

- Co je podle tebe relaps, jaký má význam?
- Jakou roli hrál relaps ve tvé další abstinenci?
- Jak ses cítil(a) po relapsu?
- Co ti pomohlo zastavit relaps, zvládnout ho?
- Proběhl relaps v místě, kde jsi dřív bral(a) drogy?
- Uvědomuješ si, co vedlo k relapsu?
- Jak jsi reagoval(a) na relaps?
- Co ti tato zkušenost přinesla pozitivního a negativního?
- Máš krizový plán pro případný relaps?
- Máš strategie, jak zvládat chutě na drogy, jaké?
- Pokud jsi měl(a) tyto strategie už před relapsem, co selhalo, když k němu došlo?
- Jak to vypadá, když máš chutě?
- Uvědomuješ si, co je pro tebe rizikové vzhledem k možnosti dalšího relapsu?
- Existuje pro tebe možnost relapsu nebo se domníváš, že už nikdy k žádnému nedojde?

Příloha č. 3 Přepis rozhovoru

Já: tak Leni, já bych se tě teda nejdřív zeptala, jestli si teda měla relaps?

Lenka: Měla no.

Já: A jestli jich třeba bylo víc, tak jestli bys mi o nich něco řekla, kdy kde jak a tak.

Lenka: Tak relapsů sem měla víc no, můj první relaps byl vlastně já sem byla vlastně ve vězení, tam jsem byla třináct měsíců a během toho pobytu tam jsem se rozhodla že teda zkusím abstinovat a vyřídila jsem si tam léčbu, takže když mě propustili patnáctého října v roce 2008 tak ten den jsem měla dorazit na doléčovák, na který jsem nedorazila, protože vlastně tou cestou z Opavy do Brna se mi to rozleželo v hlavě a nějak jsem dostala strach z toho neznáma co mě tady vlastně čeká, že jsem v Brně nikdy nebyla a nevěděla jsem v podstatě ani co to doléčovák je a nikoho jsem neznala a bála jsem se, takže se mi to rozleželo v hlavě a po příjezdu do Brna mi trvalo asi patnáct minut, patnáct minut jsem kroužila kolem nádraží a zahlídla jsem káčkaře, takže během patnácti minut už jsem si s nima jela koupit herák, no a relaps to bylo docela silný protože vlastně jsem třináct měsíců abstinovala v tom vězení a oni mi koupili ten heroin a byl to hroznej adrenalin a nešlo to ovládnout, ty chutě byly tak rozjetý, takže i když jsem rozumově věděla že to bude jako problém nastoupit na doléčovák, tak i když jsem nevěděla co bude dál, nebyla jsem schopná nad tím přemýšlet, hlavně ta chuť už byla tak silná že ať by to bylo jakkoliv, stejně bych to neovládla, takže jsem si koupila herák a po tý abstinenci sem si asi dala hodně a pak už si jenom pamatuju, jak mě probrali chlapi ze záchranky a policajti, prý jsem upadla, byli jsme na nějakým dvoře, tam jsme si dávali tak někdo zavolal záchranku, protože jsem tam ležela, oni mi pak něco dali a já jsem byla zmaštěná a nebylo mi vůbec dobře, takže to byl můj relaps, pak ta noc byla taky taková těžká protože jsem chodila po tom Brně a potkávala jsem ty feťáky a už se mi začaly rozjíždět výčitky, že jsem to zpackala, nicméně jsem zavolala na doléčovák a tam jsem samozřejmě nemohla přijít, když jsem v sobě měla drogy, ale domluvili jsme se, že druhý den mám nastoupit.

Já: A to byl teda jeden a byl ještě nějaký?

Lenka: To byl vlastně jeden, ten počáteční, pak jsem byla jakoby na doléčováku a vlastně celou dobu co jsem bydlela na chráněném bydlení tak to bylo v pohodě, na drogy jsem nějak neměla pomyslen, pak jsem se odstěhovala a začala jsem koketovat s myšlenkou, já jsem jakoby nebyla úplně pevně rozhodnutá přestat jo, já jsem věděla, že sem byla v base, že jsem měla zákaz Prahy, že už se tam vrátit nemůžu a to jsem chtěla změnit ale úplně jsem s tím jako nebyla smířená, že už si nikdy nic nedám že už si nikdy nebudu moct ani zahulit a takže jsem to dělala vlastně spíš proto že musím ale ne proto, že chci jako no. Takže jsem začala koketovat s tou myšlenkou, že asi začnu teda hulit, že to mě nemůže ohrozit a jakoby tomu svému bývalému životu budu blíž no. Takže jsem začla hulit, a byl to vlastně jakoby relaps ale normálně jsem na tom fungovala jo, ale pak jsem začla jakoby relapsovat na heráku a na perníku no, takže jsem si začla zase kupovat domu a hlavně jsem to tajila, pořád jsem docházela vlastně na doléčovák takže na skupiny a na individuály a pořád jsem dělala, jako že se nic neděje, ale nebylo to takový no, já jsem si pořád myslela, že si jako koupim a že mě to bude bavit, tak jako mě to bavilo dřív ale už jsem měla hodně jakoby výčitky jo, protože jsem věděla, že nedělám správně. A že navíc lžu o sobě a navíc jsem brala interferon a do toho jsem si dávala jako, takže jsem věděla že riskuju, hodně jsem i o sebe měla strach, už jsem začala pociťovat že pro mě bylo jasné, že se nevykašlu na práci i když jsem si kupovala, pořád jsem byla ve stádiu, kdy se to dalo ukočírovat, ale začala jsem dělat takový věci, že abych měla na drogy, tak jsem přestala platit dluhy, takže takovýhle byly ty relapsy no a hrozný jako výčitky no, já jsem měla relaps, pak

jsem ho nahlásila na DC a nějak jsem s nim pracovala jenomže jsem pořád nebyla smířená s tím že, jako vždycky když se mi to stalo tak jsem z toho momentálně byla vždycky úplně rozšvihaná byla jsem nešťastná, řešila jsem to ale pak se mi to stalo znovu ne a pak už mi to bylo blbý, když to bylo co čtrnáct dní, a už jsem spíš balancovala na hranici tý recidivy.

Já: Já mam radost že tak hezky povídáš víš, když se tě zeptám co pro tebe je teda relaps, pro někoho je to jen na tvrdých drogách, pro někoho je to už alkohol, jak to máš ty?

Lenka: Tak jako já vim, že alkohol pro mě není ohrožující jo, protože co mám tak jakoby v plánu, že až odsud odejdu, že se může stát, že pudu s kamarádama na pivo, hulení jakoby vim že jako mam takovou zkušenost vlastně z Brna, že jsem začala hulit, a to mi časem bylo málo a pak jsem přešla zase k těm svým tvrdým drogám jo, takže tomu bych se chtěla úplně vyvarovat a možná bych uvažovala o tom, že to je nějaký relaps jo, že už je to zase jen krok k těm drogám, takže vim, že kdybych si povolila v tomhle, bylo by to nebezpečný, ale za ten největší relaps pro sebe považuju ty tvrdý drogy.

Já: Tak teď si vyber relaps, u kterého tě třeba bude líp napadat odpověď, když se tě zeptám, jakou roli hrál relaps ve tvój další abstinenci, jestli tě to posílilo, nebo naopak?

Lenka: Tak já každej svůj relaps, nebo já jsem za ně i jakoby ráda jo protože je to pro mě důležitá zkušenost a myslim si, že to k tomu i jakoby patří, obdivuju ty lidi, který dokážou s těma drogami fakt jakoby seknout a už se k nim nikdy nevrátí jo a nepovažuju to za nějakou svojí velkou prohru, když se tohle stane a asi jsem si vyzkoušela to, že prostě kdyby se mi to nestalo, tak bych furt mohla přemýšlet nad tím, že když se k tomu vrátím, tak to bude jako pořád skvělý, že to bude skvělý jako předtím a navíc třeba přicházím o něco, co by pro mě mohlo bejt dobrý jo a ten relaps jsem si vyzkoušela to, že si dám, jsem zmaštěná, ale už to není takový, jako to bylo dřív jo, že už jsem prostě načichlá tím normálním životem a tím normálním myšlením a uvědomováním si, což je pro mě hodně důležitý, že drogy pro mě nejsou důležitý, už ani nepatřím, nebo se nepovažuju jakoby do tý společnosti těch feťáků jo, už tam nepatřím a když někoho potkám venku tak se na něj dívám z pohledu toho čistého člověka jo a ani bych se, já když jsem vlastně zrelapsovala v tom Brně, tak jsem se ani s nikým takovým nestýkala jo, protože jsem z těch lidí měla strach, protože je znám, vim, jaká jsem byla já a vim, že to je o průser jo, krádeže a tak, takže jsi ve finále jakoby při tom relapsu nešťastnej jo, protože víš, že mezi ně se už nechceš vrátit ale že ses vzdálila těm normálním lidem, takže si na nějakým blbým bodě a nevíš kam dál a jsi úplně sám no.

Já: A jaký si měla pocity po těch relapsech?

Lenka: Výčitky a no taková deprese, deprese sama ze sebe z toho, že jsem věděla, že se mnou není něco v pořádku, že se to snažim řešit těma drogami a čím víc se ty relapsy vlastně mezi sebou zkracovaly, tak tím víc mi bylo z toho mizerně a zase jedinej lék, kterej sem pro sebe dokázala nejrychleji najít byl zase další relaps, a takle se pořád propadáš, takže mi z toho bylo hrozně mizerně no.

Já: A co ti teda vždycky pomohlo, abys ho zastavila ten relaps?

Lenka: Tak já nevím jo, já sem vlastně, jak to tak dopadlo, mě pomohlo to, že to na mě ve finále na tom doléčováku prasklo, já jsem pak začala mít takový věci, že jsem se hodně stýkala s lidma, se kterýma jsem tam byla, oni bydleli někde jako pryč už a já jsem se s nima stýkala a už jsem je začala stahovat k sobě jo už jsem v tom nechtěla bejt sama, tak jsem je stahovala taky, a právě jeden kluk mě právě prásknul na doléčováku a já jsem přišla za garantem, tam už to všichni věděli, takže to na mě vybalili a já jsem ze začátku zapírala, že to není žádná pravda a pak už mě hnali k tomu

že můžeme udělat konfrontaci, že se tam můžeme sejít oba dva, naši garanti a popovídat si o tom a to už sem byla v koutě a tak jsem to na sebe všechno vybalila jo a řekla jsem, že začínám bejt jako v háji a že nechci a tam jakoby mi řekli o komunitě, tak jsem si říkala, že minimálně změní prostředí a vypadnu odsud, sice jsem zase nevěděla do čeho jdu, ale nic zas tak světoborného jsem v tom Brně jakoby neměla abych ho nemohla jakoby opustit.

Já: No a než si po tom relapsu šla do doléčováku, co tě vedlo k tomu, že ses na to nevykašlala a šla tam, co tě zastavilo v pokračování braní?

Lenka: Tak mě pomohla i v Opavě ta toxická, tam jsem byla vlastně na toxice a to je taková léčba organismu, ale byla jsem přesvědčená, že stejně budu brát dál, že mě to stejně nemůže odradit od těchhle věcí, jenomže pak jsem si to jakoby začla nějak uvědomovat no, i na těch drogách, jsem věděla že sice jako beru, ale co ten život co mi to přineslo, že jsem na ulici a jsem takový ten odpad společnosti, tak jsem věděla, že prostě mezi ně nepatřím a byla jsem z toho nešťastná, takže jakoby nějaká jakoby potřeba pro sebe udělat něco víc no a taky strach se vrátit do Prahy a tam se nechat zavřít a hlavně tím, jak jsem si vyřídila ten doléčovák, tak jsem pro sebe měla nějaký záchytný bod, věděla jsem že tam budu moct odjet, že tam budu moct bydlet a jak nemám rodinu tak, možná bych se na to už vykašlala dřív kdybych třeba měla za kým jet a u koho být, ale tohle mě vlastně pomohlo, že mě to v podstatě donutilo se zastavit, zastavit se a zase o sobě trochu přemýšlet, jaký mám teda vlastně další možnosti, i na té ulici jsem přemýšlela že bych šla do léčby ale byly to spíš jen záblesky, a hlavně jsem si neuměla představit, že bych tam šla sama a opustila bych ty lidi, o kterých jsem si myslela, že jsou kamarádi.

Já: A proběhl nějaký ten relaps v místě, kde jsi brala dřív nebo v úplně jiném prostředí?

Lenka: Ne, úplně v cizím městě, já jsem brala hlavně v Praze a relapsy proběhly v Brně, no jinde.

Já: A když se zamyslíš nad tím, co vedlo k těm relapsům, nějaká událost nebo něco?

Lenka: Tak ten první relaps byl určitě ze strachu, to jsem vlastně nevěděla, co se mnou bude dál, cizí město, měla jsem strach a pak ty další to jsem, no asi jsem ve svém životě nebyla nějak jako spokojená a pak k nim došlo, že jsem třeba navázala i vztah a to bylo i z mý jako vychcanosti, že jsem si říkala, že jsem si říkala že to pro mě bude jednodušší, když nebudu na všechno sama, ale věděla jsem že to není vztah založený na lásce nebo tak a pak pro mě bylo těžký z toho vycouvat, takže jakoby z takovýchhle věcí no a hlavně jsem tyhle věci věděla, ale nikomu jsem o nich neříkala no, ani svému garantovi, nikomu no, takže se to ve mně vždycky tak jako naťuklo, nějaká ta hromada jako nějaký svý neschopnosti a bylo to takový nějaký volání o pomoc nebo nevim, ale vždycky to bylo když jsem byla z něčeho hodně v prdeli.

Já: Jak jsi reagovala na relaps, ty si říkala, že ses to snažila utajit, bylo to lepší než to někomu říct?

Lenka: Tak já jsem to tajila, protože jsem více méně nechtěla přijít o tu možnost pořád jako chodit na ten doléčovák jo, že i když jsem to tam měla postavený zvláštně, tak jsem to tam měla ráda a věděla jsem že když budu potřebovat pomoc, tak že mi jí poskytnou, takže ze začátku jsem to tam s nima řešila, to se mi vždycky ulevilo, ale nikdy jsem nešla jakoby moc do hloubky, spíš jsem se i jakoby bála říct, že vlastně není úplně vyloučený, že se mi stane znovu jo a i jsem se cítila vůči nim tak jako zavázaná, že i přesto, že jsem ze začátku zrecla, že mi dali tu možnost, věděli, že jsem nebyla v léčbě, že jdu rovnou z basy, takže jsem je ani nějak nechtěla zklamat jo takže, jakoby měla jsem okolo sebe lidi, kteří to jako i věděli, ale ty to se mnou nějak jakoby neřešili, protože já jsem ani nestála o nějaký takový řešení, v tom Brně jsem se začla stýkat

s relativně normálníma lidma, ale ty mi moc v tomhle nerozuměli, protože na tom nebyli nikdy tak, jako já no.

Já: A jaký to bylo, když si to teda řekla?

Lenka: Tak byla to hrozná jako úleva jo, hrozně se mi ulevilo, ale i jsem se jako styděla jo, že jsem tam z nich vlastně celou dobu dělala pitomce a pak jsem si uvědomila, že jsem pitomce udělala hlavně ze sebe no, a i jsem jako čekala nějakou reakci na kterou jsem byla zvyklá z domova jo, že když jsem něco provedla a pak se to provalilo tak byl z toho kravál a tady najednou nic, takže jsem jim poděkovala a začali jsme hledat nějaký řešení no a všechno to bylo v klidu a vlastně až do mého odjezdu do té komunity se mi snažili fakt hodně pomáhat. Takže hrozná úleva a najednou když jsem měla jet do komunity, tak to bylo zvláštní, jakoby já jsem pak už neměla ani potřebu se jako, předtím než pojedu někam na rok se ještě naposledy zfetovat takže jsem byla čistá a hlavně jsem se víc těšila, měla jsem strach, nedokázala jsem si to představit, ale těšila jsem se.

Já: A kdybys měla říct, co ti zkušenosti s relapsem daly a vzaly?

Lenka: Daly mi zkušenost, zkušenost, že vim, že se to může stát, že k relapsu může dojít, ale je potřeba hlavně abych s ním pracovala a hlavně to netajit no, to se prostě může stát, ale dalo mi to to, že jsem zase na doléčovák a jedu zase od znova, že v roce 2008 jsem nastupovala na doléčovák a o tři roky později jsem zase na doléčovák, tak určitě mi to dalo, tak jako nebejt z těch relapsů v koncích, myslím si, že všechno co je špatný, je k něčemu dobrý no, že to má smysl.

Já: Když se zeptám, jestli teď máš nějakou krizovou plán, pro případnej relaps?

Lenka: No já nevím no, nějak o tom nepřemýšlím, asi mě občas napadne, jaký by to bylo, kdybych si dala ale asi bych to řekla Davidovi určitě a řekla bych to terapeutům tady určitě, takže bych to na sebe určitě práskla.

Já: A máš nějakou strategii, jak zvládat chuť, když teda nějaký přijdou?

Lenka: Tak já o tom hodně mluvím, mluvím a nestydím se to říct, že prostě mam někdy chvíli, kdy bych se na to na všechno nejradší vykašlala a vrátila se jakoby k drogám a k životu bez starostí a vždycky jsou to takový záchvěvy, když jsem zrovna z něčeho úplně vyšinutá a nadávám a pak už je to nějak jakoby v pohodě, no takže nějak chuť nemám, spíš když mám nějakou starost, tak se mi zdá o drogách, že se ráno vzbudím a první co si uvědomím, že se mi zdálo o drogách, tak to není moc příjemný, je to to první, na co ráno myslím, ale tak nějak mě asi naučili v komunitě pracovat s těma chutěmi, mě prostě asi nejvíc pomáhá se z toho vypovídat.

Já: A nějaký třeba pohyb nebo hudba?

Lenka: U mě to bylo s těma relapsama, to nebylo nikdy momentální, vždycky to vyplývá z nějaký jakoby rozpoložení a pak nedokážu si představit, že kdybych měla chuť, šla bych si někam zaběhat, to bych si zaběhla maximálně tady k Merkury.

Já: A ty chuť teda přicházejí v nějakých složitých situacích pro tebe?

Lenka: Určitě určitě, v nějakých obtížných chvílích.

Já: A co teda selhalo při těch relapsech, když máš něco, co ti pomůže při chutích?

Lenka: Jako co selhalo, že k tomu došlo?

Já: No, že víš, jak zvládnout chuť a co se stalo, žes to nekočirovala.

Lenka: Tak asi nějaká moje potřeba vypadat, že všechno zvládám a že všechno je v úplném pořádku, pro mě bylo hodně těžký si vlastně připustit, že se mi něco nedaří a i si vlastně pamatuju jak jsem jakoby úplně nesnášela skupiny na doléčovák, kdy pro mě bylo úplně nepředstavitelný, že bych o něčem jakoby mluvila, o něčem pro mě osobním a těžkým a nedokázala jsem si představit, že bych se kvůli tomu rozbředla, i když jsem to měla naučený z té komunity to přiznat, takže asi tohle selhalo no, že jsem to prostě jakoby neuměla no, prostě jsem to neuměla a začla jsem to v sobě pak nějak

jakoby žít no, a já jsem se hodně jakoby cítila sama no takže jsem vlastně pro sebe hledala něco, co by nějak zaplnilo vlastně nebo něco takovýho, a hlavně jsem chtěla, aby na mě tam ty lidi byli pyšný a i mi to jako lichotilo, že mě obdivují jak to jako všechno dávám, že chodím do práce, platím dluhy, prostě že sem úplně v pohodě a zvládám to a tak pak prostě bylo pro mě hrozně těžký se přiznat no, že to tak vlastně není. Asi kdybych tohle jako dokázala tak možná by to dopadlo jinak no, ale to se nedá říct.

Já: V komunitě se pracuje s prevencí relapsu ne?

Lenka: Já nevím, já asi kdybych byla v komunitě, tak bysme s tím pracovali, jenomže já jsem byla ve Fénixu a tam jako moc prostoru na tohle nebylo no, je to jedna z největších komunit takže jako tam toho prostoru moc nebylo, tak jako nějakým způsobem se s tím pracovalo, ale moc ne no.

Já: Ještě se budu vyptávat na chutě, když si mívala chutě, jak to vypadalo, jak ses cítila psychicky a jak fyzicky, já to neznám a zajímá mě to, jaký to je ?

Lenka: Tak byla jsem hodně nervozní no, taková podrážděná a ani jsem moc jakoby nevěděla, z čeho to pramenilo ale byly to chutě, měla jsem vlastně chuť na ty drogy a neměla jsem je, takže mě rozčlily jako maličkosti a byla jsem podrážděná a fyzicky jak jsem se cítila, klasicky jako předrelapsový chování jo, byla jsem čistá, ale chovala jsem se jako bych byla úplně sjetá jo, pořád jsem někde lítala jo a hlavně se na chvíli nezastavíš jo takže od rána do večera jsem lítala po kamarádech a támhle a semhle a byla jsem taková hodně jako neklidná, vůbec jsem nedokázala odpočívat, jak kdybych byla sjetá no.

Já: A víš o nějakých situacích, který jsou pro tebe rizikový, kde se necítíš fakt jistě nebo celkově, třeba když pudeš na diskotéku tak jestli je to v pohodě nebo ne?

Lenka: Tak určitě můj starý známý, se kterým jsem brala ty nemůžu potkat, teď jsem si vyzkoušela, že jsem byla u kamarádky v Praze a byli jsme v klubu a tam všichni hulí a to mi nějak problém nedělalo jo, tohle mě nějak jako nespouští ale starý známý a i starý místa kde člověk fetoval, tam se cítím zvláště no, tohle mě tak nějak rozjíždí a vůbec vybudovat vztahy s lidma který třeba hulí, jinak by mě rozjelo hulení to určitě, jinak nemůžu jet nikam na žádný systémy a i se narada dívám na filmy s drogami, tam jsou někdy takový záběry, a takový jako klasický toxický kecy, to umí David stopovat, o něčem se bavíme, na něco si vzpomeme a David to stopuje, no to je dobrý.

Já: No, a hele některý lidi, jsou přesvědčený, že do konce života už si nikdy nedají a někdo je připraveném, že se to stát může, jak to máš ty ?

Lenka: Jak to mám? Já vím, že se mi může stát, že začnu zase, to vím, vím, že už nikdy nenastane doba, kdy si budu moct dovolit že bych třeba jenom hulila, vím, že by mi to časem nestačilo, takže si to nemůžu dovolit a vím, že se k tomu třeba za dvacet let můžu vrátit a bude to v pohodě, vím, že se to může stát no, ale už sem jakoby tak nějak, asi v tom je rozdíl jo, že už brát prostě nechci, ale vím, že se to může prostě stát no, předtím jsem to měla tak, že brát nesmím a vím že se to může stát a proto jsem to tak pak měla, že ty relapsy se jakoby opakovaly, takže jsem to sváděla na to, že jsem to, věděla jsem že nesmím, ale že se to může stát, takže jsem to měla omluvený jo.

Já: Napadá tě k tomu ještě něco, na co jsem se neptala?

Lenka: Asi ne.

Příloha č. 4 Ukázka výsledků otevřeného kódování

MICHAL

Pojetí relapsu

Tvrdí drogy postavený jinde než tráva a alkohol
Jiné vnímání co už je pro mě relaps s odstupem času po léčbě
Po komunitě by byl relaps i cigareta
Na doléčováku relaps na alkoholu, z toho nešťastnej
Teď by byl relaps na peří, občas si dá trávu, bere to jako relaps
Vnímání relapsu souvisí s vývojem člověka a uspořádání jeho hodnot
Relaps součástí léčby

Příčinná podmínka

Relaps když mi hrabalo
K relapsu vedla neopatrnost, uvolnění
V relapsu roli zkoušení sebe sama

Kontext

Relaps když jsem byl sám na bytě
Relaps na trávě v opilosti

Intervenující podmínka

Relapsy proběhly v novém městě

Následek relapsu

Přistihnul jsem se, že jsem skoro vyčerpal účet, poslední relaps
Dobrá zkušenost, uvědomění, že musím z něčeho žít
Marihuana nerozjíždí chutě na drogy
První relaps psychické zhroucení
Relaps důvod k zamyšlení se nad sebou
Po relapsu se cítil blbě, sám sebe zklamal
Výčitky a zamyšlení jaký dopad by to mělo pro rodinu nejen pro něj
Po několikátým relapsu už mi nebylo tak hrozně jako po prvním
Zastavení díky dopadu na pomyslný dno
Relaps mi vzal jenom peníze
Pozitivní, že mě to posunulo, uvědomění si co chci a co nechci to je nejdůležitější
Dnes relapsy neberu jako tragédii, před půl rokem bych řekl něco jiného

Zastavení relapsu

Při relapsu stačilo říct si dost a zastavit se
Zastavení díky dopadu na pomyslný dno

Riziko

Mám strach z povolení hranic do budoucna
Ovlivňují mě lidi okolo (skoro všichni hulí)
Dřív na starých místech chutě, roli hraje čas
Hranice po komunitě úzké, pak posunutí, souvisí to s vývojem člověka
Při chutích na začátku léčby třes, teď už jen divný pocit v břiše, je ti divně
Chutě když mam momentální napětí (v práci)

Rizikové jsou křížovky, bedny, filmy o drogách
Možná riziková jízda v autě, to hodně s fetem spojený a dlouhodobý stres
Nebezpečný jsou vzpomínky

Prevence relapse

Zodpovědnost za sebe a přišel bych o vše na čem jsem makal
Starý známý neřeším, prostě kolem nich projdu
Všechny relapsy na alkoholu, je to spouštěč
Na chutě mi pomáhá je vyplivnout, uvědomím si je tak a zbavím se jich
Při silných chutích by pomohla fyzická aktivita, vybit to ze sebe
Při chutích se mi rozsvítí automaticky kontrolka
Psychicky chutě neprožívám, prostě je beru a musíš se s tím naučit spolupracovat
Uvědomíš si, že chutě nepotřebuješ řešit a přesuneš se někam, kde je ti příjemně
Má nové čisté vzpomínky

Další relaps

Při relapsu by volal terapeutům na DC, komunita a pokud hodně špatný tak opakovačka
Nechci aby k relapsu ještě někdy došlo, ale stát se může cokoliv
Je lepší na to být připravenej, mít plán a řešit to, kdyby ne, mohlo by to mít zničující následky

Strategie

Relapsy probíral s odborníky
Po relapsu jsem se svěřil, naučená věc z komunity
Po relapsu snaha fungovat normálně
Zvládnul jsem je svými silami
Po svěření se mu ulevilo, žádné zvláštní kroky po relapsu nepodnikal
Důležité je mít někoho, komu se můžeš svěřit
Při relapsu by volal terapeutům na DC, komunita a pokud hodně špatný tak opakovačka
Je lepší na to být připravenej, mít plán a řešit to, kdyby ne, mohlo by to mít zničující následky

Příloha č. 5 Výsledky axiálního kódování

Pojetí relapsu

Význam R

Relaps součástí léčby

Každý relaps je důležitá zkušenost

Relaps byl volání o pomoc

Relaps je porušení abstinence, kdy to zpracováváš a chceš s tím něco dělat

Okolnosti

Vnímání relapsu souvisí s vývojem člověka a uspořádání jeho hodnot

Jiné vnímání co už je pro mě relaps s odstupem času po léčbě

Pokud pitím řeším ps. problémy = relaps

Relaps na alkoholu brán na DC jako relaps, venku ne

Po komunitě by byl relaps i cigareta

Látky

Tvrdy drogy postavený jinde než tráva a alkohol

Teď by byl relaps na peří, občas si dá trávu, bere to jako relaps

Alkohol neohrožující

Největší relaps je na tvrdých drogách

Relaps = NA PRIMÁRNÍ DROZE

Občas si dám pár piv, to neberu jako relaps

Relaps je i hulení, krůček k tvrdým drogám

Příčinné podmínky

Aktuální psychické rozpoložení

Relaps když mi hrabalo

potřeba odreagovat se, droga zlepšil stav

Přemýšlení, strach z neznáma vedl k relapsu

Lék na mizernej pocit z relapsu byl další relaps

Relaps kvůli nespokojenosti v životě

Relaps když byla v prdeli

Relaps vyplývá z rozpoložení, není momentální

Před relapsem klapka v hlavě se ti zavře a jdeš za drogou

K relapsu vedla chuť

Chutě silný, nešly ovládnout, rozumově věděla, že to bude problém

Důsledky si při relapsu neuvědomuješ, jen si chceš dát

Nastavení osobnosti

K relapsu vedla neopatrnost, uvolnění

V relapsu roli zkoušení sebe sama

Zkusit si, jaký to bude, zvědavost

Něco chtěla změnit, ale nebyla smířená s úplnou doživotní abstinencí

Myšlenka, že hulení jí nemůže ohrozit a přiblíží se bývalému životu

Těžkosti si nechávala sama pro sebe

Selhalo to, že jsem neuměla přiznat problém

Dřív jsem měla relapsy omluvený, protože jsem si říkala, že se to může stát

Povolení hranic a dám si naposledy

Nebál jsem se, že od trávy sklouznu k tvrdým drogám

Kontext

Aktuální špatné okolnosti

Vnitřní

Relaps když jsem byl sám na bytě-samota
Relaps na trávě v opilosti
Při druhém relapsu jsem nebyl pod kontrolou
Problémy ve vztahu
Problémy v rodině

Vnější

Relaps a výjezdu doma, tam nepohoda
Špatná situace, jinak chutě nemám
Relaps kvůli okolnostem, nakupily se problémy
Potkal jsem známý lidi, který si jeli pro fet a bylo hotovo
Při relapsu jsem měl drogy hned v dosahu
První relaps shoda náhod a okolností
Relaps s druhou osobou, sám bych to asi neudělal

Intervenující podmínky

Místo

Relapsy proběhly v novém městě
Relaps v místě, kde dřív brala

Následky R

Negativní pocity

První relaps psychické zhroucení
Po relapsu se cítil blbě
Po několikátým relapsu už mi nebylo tak hrozně jako po prvním
Výčitky svědomí kvůli komunitě a porušení svých pravidel
Relaps spojený se špatným pocitem, nechtěla v tom pokračovat
Všechno zkazila
Následovaly výčitky svědomí
Při relapsu je člověk nešťastnej, je na blbým bodě, nechce mezi feťáky a normálním lidem se vzdálil
Po relapsu deprese sám ze sebe, mizernej pocit
Po relapsu zklamání sebe a druhých
Strach, obavy co bude, něco jsem začal, jsem v púlce něčeho

Uvědomění, zamyšlení

Dobrá zkušenost, uvědomění, že musím z něčeho žít
Pozitivní, že mě to posunulo, uvědomění si co chci a co nechci to je nejdůležitější
Relaps vedl k utvrzení, že problém alkoholem nevyřeším
Načichlá normálním životem, drogy pro ni nejsou důležitý a už nepatří mezi feťáky
Relaps mě utvrdil v abstinenci, nechci zpátky tam, kde jsem byl
Chvilkové oblouznění odejde, problémy zůstávají, alkohol je prohloubí
Řešit s čistou hlavou, při fetování před problémy neutečeš
Díky relapsu se člověk pozná, ale musí ho zvládnout

Vyzkoušela si, že si dá a už to není skvělý jako dřív
Sice jsem zklamal, ale není všechno ztracený
Občas se napít s mírou je v pořádku, přes určitou míru nepůjdu
Hned v první situaci jsem selhal, ani jsem se nad tím v tu chvíli nepozastavil
Marihuana nerozjíždí chuť na drogy
Přemýšlela o tom, jaký život jí braní přineslo
Potřeba udělat něco víc pro sebe
Zkušenost v tom, že se relaps může stát

Ztráty

Přistihnul jsem se, že jsem skoro vyčerpal účet, poslední relaps
Relaps mi vzal jenom peníze
Vzalo mi to víru v sama sebe

Zastavení R

Vnitřní kontrola

Při relapsu stačilo říct si dost a zastavit se
Zastavení díky dopadu na pomyslný dno
Uvědomil jsem si, kde jsem a že je to špatně
Řekl jsem si, že takhle ne
Zastavení relapsu díky uvědomění si sebe samotného, že klesám tam, kde jsem byl
Řekl jsem si proč to děláš, když se tady snažíš půl roku na sobě něco dělat

Vnější kontrola

Pomohl návrat na DC
Pomohlo, že na ní braní prasklo na DC

Riziko R

Chuť

Při chutích na začátku léčby třes, teď už jen divný pocit v břiše, je ti divně
Při chutích rozčílí maličkosti, podrážděná, nervózní
Fyzicky jsem se chovala jako sjetá, rozlítaná
Chuť vypadají tak, že mám nepříjemný pocit v žaludku a v těle
A jsem zamlklej, protože o tom přemýšlím a rozhozenej
Při chutích představy a vzpomínky na minulost

Spouštěče

Spojené s minulostí

Rizikové jsou křížovky, bedny, filmy o drogách,
Možná riziková jízda v autě, to hodně s fetem spojený
Spouštěč muzika lasery, party, spojené s fetováním
Automaty a herny jsou nebezpečné
Rozjíždí mě starý známý a místa, kde jsem brala
Rozjelo by mě hulení, muzika, filmy, toxi kecý
Riziko je mít hned drogu k dispozici
Nebezpečný jsou vzpomínky
Dodnes nepříjemný pocit v bývalém městě

Problémy

Chuť když mám momentální napětí (v práci)
Dlouhodobý stres
Chuť když se něco nedaří, složitý situace

Při starostech sny o drogách
Chutě v obtížných chvílích

Nastavení osobnosti

Mám strach z povolení hranic do budoucna
Zvědavost je špatná, nebezpečí relapsu na perníku
Chut' zažít euforii, ale je jen krátkodobá, pak návrat zpět díky "špatným" vzpomínkám
Na všechno se vykašlat když jsem z něčeho naštvaná
Záleží na psychickém rozpoložení, při špatném je větší riziko

Prevence R

Strategie zvládání chutí

Na chutě mi pomáhá je vyplivnout, uvědomím si je tak a zbavím se jich
Při silných chutích by pomohla fyzická aktivita, vybit to ze sebe
Psychicky chutě neprožívám, prostě je beru a musíš se s tím naučit spolupracovat
Uvědomíš si, že chutě nepotřebuješ řešit a přesuneš se někam, kde je ti příjemně
Když mám chutě, brečím nebo se z toho vyspím, pouští si hudbu
Vůbec chutě nemám, úplně jsem je vypustila
Na chutě pomáhá pohyb
O chutích mluvím, nejvíc mi pomáhá se vypovídat
Na chutě mi pomáhá, když to hned říkám a fyzická aktivita a nezasekávat se na chutích
Poznám, když mám chutě

Vnitřní kontrola

Zodpovědnost za sebe a přišel bych o vše na čem jsem makal
Při chutích se mi rozsvítí automaticky kontrolka
Stranění se narkomanů je ochrana
Teď zodpovědnost I za dítě, drogy pro mě skončily
Vim, co je pro mě nebezpečný
Nemůžu si dovolit ani hulit, nestačilo by to
Zakodovaný, že spadnutí zpět do sraček je rychlý
Uvědomění kde jsem byl a o co jsem přišel a že už to nechci mě drží a dítě
Starý známý neřeším, prostě kolem nich projdu,
Nové čisté vzpomínky
Výčitky svědomí jsou záchrana

Vnější kontrola

Petr ji drží na uzdě
Na DC žádné myšlenky na drogy
David nás oba stopuje

Strategie

Řešení relapsu (Práce s relapsem)

Po relapsu snaha fungovat normálně
Zvládnul jsem je svými silami
Žádné zvláštní kroky po relapsu nepodnikal
Je lepší na to být připravenej, mít plán a řešit to, kdyby ne, mohlo by to mít zničující následky
Nepustila bych to dál
Stát se to může každému, řešila bych to
Pak práce s relapsem

Nebýt z relapsu v koncích, i špatný je k něčemu dobrý, má to smysl
Začal jsem ho řešit až když se to rozjelo
Může se opakovat minulost, je dobrý mít krizový plán

Svěření se

Po relapsu jsem se svěřil, naučená věc z komunity
Důležité je mít někoho, komu se můžeš svěřit
První relaps jsem na sebe řekl
Pokud relaps, nemlčet, vyhledat pomoc, svěřit se, získat jiný náhled
Přiznání, přechod do komunity
Po svěřením se mu ulevilo
Při relapsu by volal terapeutům na DC, komunita a pokud hodně špatný tak opakovačka
Pracovat s relapsem, netajit ho
Relapsy probíral s odborníky

Utajování

Tendence tajit relaps, ustojím to
Zatajení vedlo ke zbytečnému stresu, nepříjemné, po přiznání ok
Zatajování relapsu, nechtěla zklamat
Druhý neřekl, zpracovával ho v sobě
Když bral nikomu o tom neříkal, při relapsu opakoval starý způsob chování
Dřív jsem mlčel při relapsu a to bylo špatný
Těžký si připustit, že se mi nedaří, proto utajování

Další relaps

Možnost

Nechci aby k relapsu ještě někdy došlo, ale stát se může cokoliv
Jsem přesvědčená, že drogy jsou minulost, budu mít normální život
Na drogách by tím ohrozila Tomáše, zodpovědná za jejich vztah, nemůže si dovolit relaps
Nepočítá s relapsem na drogách, těžko se o tom přemýšlí
Nepřemýšlím o tom
Teď pro mě možnost relapsu neexistuje, ale nikdy nevíš, co se stane

