

Univerzita Karlova

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie – prezenční



Aneta Medková

Motivace k abstinenci v procesu doléčování

Motivation for abstinence in the aftercare process

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Jaroslav Vacek

Praha

2020

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze dne, 22.4. 2020

Aneta Medková

.....

Identifikační záznam

MEDKOVÁ, Aneta. *Motivace k abstinenci v procesu doléčování. [Motivation for abstinence in the aftercare process]*. Praha 2020. 75 stran. Bakalářská práce. Univerzita Karlova 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí závěrečné práce Mgr. Vacek, Jaroslav.

Poděkování

Chtěla bych poděkovat v první řadě mému vedoucímu práce Mgr. Jaroslavu Vackovi za podporu, odborné vedení, cenné podněty a rady při tvorbě této práce.

Dále bych chtěla moc poděkovat pracovníkům doléčovacího programu za velmi vstřícný a přátelský přístup a poskytnutí prostor pro realizaci výzkumu. Bez jejich pomoci bych výzkum pravděpodobně realizovat nemohla.

Velké díky patří respondentům za ochotu věnovat mi svůj čas a nechat mě nahlédnout do svého života.

A nakonec patří mé poděkování také mému příteli a rodině za nekonečnou podporu po celou dobu studia a při tvorbě této práce.

Abstrakt

Východiska: Během léčby závislosti klienti budují svou motivaci k abstinenci a měli by odcházet s vlastním rozhodnutím abstinovat. Po nástupu do doléčování je jejich motivace vystavena realitě, mnoha různým faktorům a rizikovým situacím. Kuda (2003) uvádí, že bažení se po nástupu do doléčování projevuje zákonitě ve stejné intenzitě jako na začátku léčby. Jak tedy vypadá motivace klientů během doléčování?

Cíl a výzkumné otázky: Cílem práce je popsat, jak se u klientů doléčovacího programu projevuje motivace k abstinenci. Výzkumné otázky jsou: 1) Co klienty motivuje k abstinenci v procesu doléčování? 2) Jak se motivace k abstinenci mění a co ji ovlivňuje? 3) Jak se klienti začleňují do společnosti ve sféře mezilidských vztahů?

Metody: Výzkum byl realizován kvalitativní formou, pomocí polostrukturovaných interview. Výzkumný soubor tvoří 8 klientů doléčovacího programu. Výzkum byl longitudinálního charakteru, rozhovory proběhly ve 3 vlnách – první v listopadu, druhá v prosinci, třetí v únoru roku 2019/2020. Analýza dat byla provedena otevřeným a axiálním kódováním, jedná se o induktivní analýzu.

Výsledky: Mezi pozitivními i negativními motivy se jeví jako dominantní motivy vztahové – sdílejí je všichni respondenti. Mezi pozitivními motivy jsou dále kategorie motivů žít normální život, sebeaktualizace, sebepoznání, abstinence jako svoboda atd. Mezi negativními motivy jsou dále kategorie nepříjemné pozice a zážitky v důsledku závislosti, změna osobnosti, trestná činnost atd. Výzkum zachytil proces osamostatňování a tři typy dynamiky vývoje motivace: pravidelná krátkodobá ztráta motivace, jednorázová ztráta motivace neurčitého trvání a znovunabytí motivace. Výsledky ukázaly, že závislost omezuje klienty závislé na alkoholu v účasti na společenských akcích. Klienti závislí na drogách mají v plánu užívat občasně alkohol nebo marihuanu. Vztahy s abstinujícími závislými jsou pro klienty významné z důvodu porozumění, které jim ostatní dát nemohou, ale podporu v abstinenci mají od partnerů, v zaměstnání, v některých rodinných i v přátelských vztazích. Většina klientů buduje nové vztahy spíše pasivně (v zaměstnání, spolubydlení), dva klienti budují vztahy aktivně.

Závěr: Práce přibližuje procesy motivace, kterými si klienti procházejí během doléčování a vybrané oblasti mezilidských vztahů. Může tak pomoci lepšímu porozumění a výběru vhodných intervencí.

Klíčová slova: závislost – motivace k abstinenci – abstinence – doléčování – mezilidské vztahy – začleňování do společnosti

Abstract

Background: During addiction treatment, clients build their motivation to abstain and should leave with their own decision to abstain. After taking up aftercare, their motivation is exposed to reality, many different factors and risky situations. Kuda (2003) states that craving after entering the aftercare is inevitably manifested in the same intensity as at the beginning of treatment. So what does client's motivation during aftercare look like?

Objectives and research questions: The aim of this study is to describe how the motivation for abstinence is manifested on aftercare program clients. Research questions are: 1) What motivates clients to abstain in the aftercare process? 2) How does motivation for abstinence change and what affects it? 3) How do clients integrate into society in the sphere of interpersonal relations?

Methodology: The research was carried out in a qualitative form, using semi-structured interviews. The research group consists of 8 clients of the aftercare program. The research was of a longitudinal nature, the interviews took place in 3 waves - the first in November, the second in December, the third in February 2019/2020. Data analysis was performed by open and axial coding, it is an inductive analysis.

Results: Among positive and negative motives, relationship motives appear to be dominant - they are shared by all respondents. Among the positive motives are the categories of motives to live a normal life, self-actualization, self-knowledge, abstinence as freedom, etc. The negative motives also include categories of uncomfortable positions and experiences due to addiction, personality change, crime etc. The research captured the process of independence and three types of dynamics of motivation development: regular short-term loss of motivation, one-time loss of motivation of indefinite duration and recovery of motivation. The results showed that addiction restricts alcohol addicts from attending social events. Drug addicts plan to use alcohol or marijuana occasionally. Relationships with abstinent addicts are important for clients because of the understanding that others cannot give them, but they have support in abstinence from partners, at work, in family and friendships. Most clients build new relationships rather passively (at work, roommates), two clients build relationships actively.

Conclusion: The theses describes the processes of motivation that clients undergo during their aftercare and selected areas of interpersonal relationships. This can help to better understanding and select appropriate interventions.

Key words: addiction – abstinence motivation – abstinence – aftercare – interpersonal relations – social integration

Obsah

1	Úvod.....	9
2	Teoretická část.....	10
2.1	Charakteristika pojmu motivace.....	10
2.1.1	Motivace a potřeby.....	10
2.1.1.1	Primární fyziologické potřeby.....	10
2.1.1.2	Primární psychologické potřeby, instinkty a pudy.....	11
2.1.1.3	Zájmy.....	11
2.1.1.4	Postoje a hodnoty.....	11
2.1.2	Masloova hierarchie potřeb.....	12
2.1.3	Motivace v kontextu interakce jedince s prostředím.....	14
2.1.4	Motivace a emoce.....	14
2.1.5	Motivace a kognice.....	14
2.1.6	Dělení motivace.....	14
2.2	Motivace k abstinenci (ke změně).....	15
2.2.1	Motivační rozhovory.....	15
2.2.1.1	Fáze změny – cyklický model změny.....	16
2.2.1.2	Fáze prekontemplace – před uvažováním.....	16
2.2.1.3	Fáze kontemplace – uvažování.....	17
2.2.1.4	Fáze rozhodování.....	17
2.2.1.5	Fáze akce.....	17
2.2.1.6	Udržování změny.....	18
2.2.1.7	Relaps.....	18
2.3	Abstinence a kontrolované užívání.....	18
2.4	Doléčovací program.....	19
2.4.1	Charakteristika a cíle.....	19
2.4.2	Složky programu.....	20
2.4.2.1	Psychoterapie.....	20
2.4.2.2	Prevence relapsu.....	20
2.4.2.3	Sociální práce.....	21
2.4.2.4	Lékařská péče.....	21
2.4.2.5	Zaměstnání.....	21
2.4.2.6	Práce s rodinou.....	21
2.4.2.7	Náplň volného času.....	22

2.4.3	Chráněné bydlení	22
2.4.4	Praxe doléčování.....	22
2.5	Prevence relapsu	23
2.5.1	Definice pojmů.....	23
2.5.2	Příčiny relapsu.....	23
2.5.3	Proces relapsu.....	24
2.5.4	Syndrom porušení abstinence	25
2.5.5	Teorie vlastní účinnosti a závislého já	26
2.5.6	Prevence relapsu a dovednosti zvládání.....	27
2.5.7	Bažení a práce s ním	28
2.6	Sociální rehabilitace	29
3	Praktická část	31
3.1	Výzkumné otázky	31
3.2	Design výzkumu a metody sběru dat	31
3.3	Výzkumný soubor	32
3.4	Metody analýzy dat.....	34
3.5	Etické aspekty výzkumu	34
4	Výsledky	35
4.1	Motivace k abstinenci	35
4.1.1	Motivace pozitivní.....	35
4.1.2	Motivace negativní	40
4.1.3	Ztráta motivace.....	43
4.1.4	Proces osamostatňování.....	47
4.2	Vzpomínky na užívání.....	49
4.3	Práce s bažením.....	51
4.4	Abstinence vs. kontrolované užívání.....	53
4.5	Jak klienty abstinence (závislost) omezuje?.....	55
4.6	Porozumění závislosti od okolí a podpora v abstinenci	56
4.7	Budování nových vztahů	62
4.8	Zhodnocení vývoje motivace	63
5	Diskuze a závěry.....	64
6	Seznam použité literatury.....	71
7	Seznam obrázků a tabulek	75

1 Úvod

Motivaci k abstinenci je věnována velká pozornost především před léčbou – v nízkoprahových službách, detoxifikačních jednotkách a ambulantních programech, v rámci budování motivace k léčbě např. pomocí motivačních rozhovorů, motivačních skupin, předléčebného poradenství apod. Klienti vstupují do léčby ve většině případů pod tlakem vnějších okolností. Během léčby by se měla postupně z motivace vnější utvářet ta vnitřní a klienti by měli ideálně odcházet z léčby s vlastním rozhodnutím abstinovat, změnit svůj životní styl.

Toto rozhodnutí, tedy motivaci, kterou si klienti vybudovali v léčbě, čeká po vstupu do reálného života ta největší zkouška – bude vystavena všemožným nástrahám reálného života, mnoha rizikovým situacím, klienta už nebudou chránit stěny léčebny. Podle Kudy (2003) se zákonitě dostaví craving v intenzitě jako na začátku léčby.

Motivace před léčbou i v léčbě je poměrně běžným předmětem výzkumu. Vojková (2017) se ve své práci zabývá přípravou klienta na léčbu v terapeutické komunitě. Motivaci v průběhu léčby se věnovala např. Vyhnálková (2013) nebo Zvingerová (2016). Životu klientů závislých na alkoholu po léčbě se věnovala Andělová (2018), problému motivace se však dotkla pouze okrajově. Já se tedy ve své práci zaměřím na motivaci k abstinenci po léčbě – v průběhu doléčování.

Budu se zabývat tím, co je podstatou motivace k abstinenci u klientů, jak se motivace mění, vyvíjí, jaké faktory na ni působí. Jelikož Šefrámek (2013) uvádí, že podle různých studií, 30-80 % osob, závislých na drogách (heroin, kokain, amfetaminy) užívá po léčbě alkohol a marihuanu, bude mě zajímat, zda jsou klienti rozhodnuti pro 100 % abstinenci nebo mají v plánu výjimečně, občasně či kontrolovaně užívat nějakou návykovou látku a co je k tomu vede. Zaměřím se na výskyt bažení (cravingu) a na to, jak s ním klienti pracují. Budu se zabývat otázkou, zda a jak klienty závislost (abstinence) omezuje v životě. Okrajově se dotknu také vztahové situace klientů – jak probíhá jejich začleňování do společnosti, jakou mají podporu v abstinenci od svého okolí.

Práce má tedy za cíl zmapovat problematiku motivace k abstinenci v kontextu začleňování do společnosti, do reálného života po léčbě závislosti.

2 Teoretická část

2.1 Charakteristika pojmu motivace

Motivace je široký a těžko uchopitelný pojem. Jedná se vlastně o hypotetický konstrukt, kterým vysvětlujeme naše chování. Existuje mnoho pohledů, názorů a teorií ohledně charakteru a podstaty motivace.

Obecně lze říci, že každé chování a jednání je podníceno nějakou motivací. Motivace je tedy základní hybná síla proto, abychom vykonali nějaký úkon. Zároveň tedy v každém úkonu můžeme hledat motivaci – neboli psychologický důvod toho, proč byl úkon vykonán (Nakonečný, 1996).

Učebnice obecné psychologie definuje motivaci jako: „*souhrn všech intrapsychických dynamických sil neboli motivů, které zpravidla aktivizují a organizují chování i prožívání s cílem změnit existující neuspokojivou situaci nebo dosáhnout něčeho pozitivního* (Plháková, 2004, s. 319).“

Zimbardo popsal několik fenoménů, které utváří charakter motivace:

1. energie, vzrušení;
2. zaměření této energie na určitý cíl;
3. selektivní pozornost pro určité podněty a změněná vnímavost pro jiné;
4. organizace aktivity v integrované vzorce reakcí, resp. jejich sekvenci;
5. udržování zaměřené aktivity (Zimbardo, 1983).

2.1.1 Motivace a potřeby

Na motivaci se můžeme dívat jako na potřebu a touhu po jejím uspokojení.

2.1.1.1 Primární fyziologické potřeby

Jsou to základní fyziologické potřeby, které sdílíme se savci, na jejich uspokojení je závislé přežití jedince nebo rodu. Je to např. potřeba kyslíku a potřeba vydechnout oxid uhličitý, potřeba vody, potravy, potřeba sexuální, potřeba smyslových podnětů atd.

Autorka uvádí, že z pohledu psychologie, mají k primárním fyziologickým potřebám blízko potřeby sekundární utvořené návykem, tedy potřeba např. alkoholu, tabáku, pervitinu atd., jelikož mají stejnou sílu jako např. potřeba vody a potravy (Říčan, 2010).

2.1.1.2 Primární psychologické potřeby, instinkty a pudy

Primární psychologické potřeby se své podstatě se vyvinuly z potřeb fyziologických, jsou to jejich deriváty – „*Např. erotická potřeba je v tomto smyslu derivátem sexuální potřeby.*“ Těchto potřeb je nepřeberné množství, neexistuje žádný obecně uznávaný seznam. Pro příklad, mezi ně patří potřeba sdružovat se, bránit se, pečovat o druhé, poznávat, potřeba lásky, autonomie agrese, hry, pořádku, soukromí atd. (Říčan, 2010, s. 105).

Instinkt je vrozený motiv, který reguluje činnost organismu. Nejjednodušším instinktem je nepodmíněný reflex – přirozená reakce na určitý spouštěč. Zahrnuje i fyziologickou reakci (např. vyplavení adrenalinu, u emocí např. chvění nebo zčervenání).

Pud je motiv tvořený komplexem instinktů, který zahrnuje i emoce – je tedy biologický, psychický a částečně vědomý. Jeho projevem je touha dosáhnout nějakého cíle. Pudy se během života vyvíjejí, a tak v jejich podobě mohou být individuální rozdíly (např. známe několik druhů pohlavních pudů) (Říčan, 2010).

2.1.1.3 Zájmy

Jsou speciálním druhem motivů, jejichž základem jsou hlavně psychologické primární potřeby, které se vyvíjejí v kontextu kulturního prostředí. „*Např. čtenářský zájem se může rozvinout jen při určitém stupni vzdělanosti, stejně jako zájem o motorismus jen při určitém stupni technického rozvoje.*“ (Říčan, 2010, s. 108). Jedná se tedy o odvozenou potřebu, k jejímuž uspokojení dochází při provádění určité činnosti.

2.1.1.4 Postoje a hodnoty

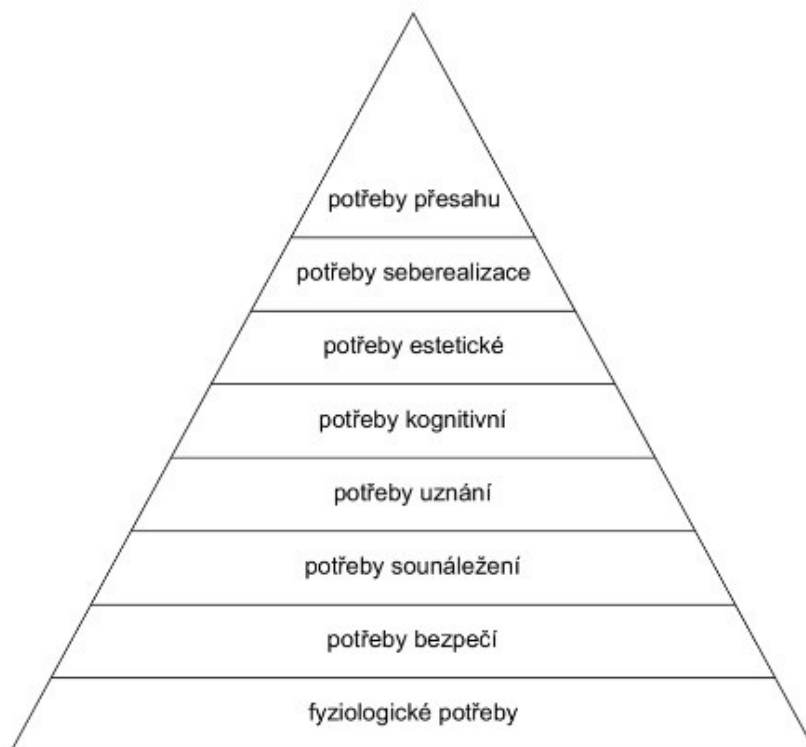
Postoje vznikají odvozením od primárních potřeb, jsou to tzv. odvozené motivy. Postoj k určitému objektu, problému je utvořen tím, jakým způsobem uspokojujeme své primární potřeby. Podle principu funkční autonomie se odvozené potřeby stávají do určité míry nezávislé na primárních potřebách: „*Můžeme si například představit, že pro malého chlapce, jenž se začal intenzivně věnovat hře na housle, byla hybnou silou potřeba prosadit se, kterou nemohl uspokojit v kolektivu stejně starých hochů pro plachost nebo nějaký fyzický*

nedostatek. Z tohoto chlapce se stal vynikající virtuos a jeho vztah k hudbě je velmi složitý samostatný útvar, který už není závislý na „motivu“, jímž kdysi byla snaha kompenzovat odmítání a posměch kamarádů. Jeho ctižádost a potřeba uznání je plně uspokojena: Bude snad pro to hrát na housle s menším elánem?“ (Říčan, 2010, s. 99). Postoje mohou být elementární – týkat se objektu, jehož význam je malý (např. film, který právě sleduji) nebo mohou být také velmi komplexní (např. postoj vůči třídnímu kolektivu).

Hodnoty jsou nejobecnější, nejabstraktnější postoje, utvořené z postojů konkrétních, které určují životní styl, člověk se podle nich orientuje ve světě (Říčan, 2010).

2.1.2 Maslova hierarchie potřeb

Teorii a hierarchii potřeb prvně sestavil A. Maslow (1970). Utvořil tzv. pyramidu potřeb – seřadil potřeby od nejnižších – těch, které je třeba uspokojit pro fungování organismu (hlad, žízeň, spánek atd.), po ty vyšší směřující k mezilidským vztahům a sociálnímu začlenění a tzv. transcendováním (dosahovat hodnot, které přesahují osobní zájmy) (Helus, 2018).



Obrázek 1: Maslowova pyramida potřeb (Helus, 2018)

1. Fyziologické potřeby – slouží k udržení homeostázy organismu – např. kyslík, potrava, tekutiny, spánek, sexuální uspokojení.
2. Potřeba bezpečí – vzniká hned po narození a její neuspokojení (např. hněv, podrážděnost, trestání) může dítě vážně poznamenat. Dále v životě se projevuje jako potřeba mít bydlení, stálé příjmy, nebýt ohrožen násilím apod.
3. Potřeba sounáležitosti a lásky – mít důvěrné vztahy, milovat a být milován, mít v někom oporu, být součástí rodiny, komunity.
4. Potřeba uznání – obdržet od lidí úctu a respekt, také je moci projevat vůči někomu a vážit si sám sebe.
5. Potřeba kognitivní – vědět, znát, chápat kontext, rozumět souvislostem, orientovat se.
6. Potřeby estetické – zažívat, vytvářet něco krásného, utvářet řád, obdivovat a žasnout nad něčím.
7. Potřeba seberealizace – zdokonalovat se, vytvářet smysluplný život, překonávat své slabiny, vyvíjet se.
8. Potřeba transcendence, přesahu – potřeby duchovního charakteru.

Nižší potřeby můžeme popsat jako **deficitní** – napětí vzniká, pokud nejsou uspokojeny, po jejich uspokojení na určitou dobu napětí mizí. Výše umístěné potřeby označuje Maslow jako **rozvojové** – kdy jejich uspokojení sílu nesnižuje, ale naopak zvětšuje. Např. pokud začneme navštěvovat galerie a studovat historii umění, naše potřeba věnovat se umění bude větší (Halus, 2018).

Herkner poukazuje, že u potřeb existují interindividuální rozdíly v hodnotách, které určují naše chování a rozsah naší spokojenosti, respektive nespokojenosti. *„Jestliže např. někdo má méně kontaktů s lidmi, než by si přál, je nespokojen. Cítí se osamělý a uvádí do chodu jednání, které má přinést úlevu (zvaní přátel, návštěva hostince nebo taneční zábavy). Má-li někdo více kontaktů, než je mu milé, je rovněž nespokojen. Cítí se být obtěžován a stahuje se zpět (Herkner, 1986, s. 193).“* Motivace tedy směřuje k udržování a obnovování určitého vnitřního stavu spokojenosti a každý má jinou hodnotu pro uspokojení dané potřeby, uspokojuje ji jiným způsobem, za jiných podmínek (Nakonečný, 1996).

2.1.3 Motivace v kontextu interakce jedince s prostředím

Na motivaci se můžeme také dívat jako na interakci mezi jedincem a situací. Motivace zde vystupuje jako „*kontinuální regulace a aktivní usměrňování chování vůči cílovým objektům*,” přičemž objekt se stane cílovým, když slouží jako prostředek k dosažení uspokojení (Nuttin, 1984, s. 76). Motivace tedy vychází z působení dvou sil, jedna je výsledkem intrapsychických procesů jedince a druhá síla vychází z působení prostředí, tedy situace, ve které se jedinec nachází. Situace poskytuje cílové objekty, které slouží k uspokojení našich potřeb. Jako příklad můžeme uvést člověka, který celé odpoledne nejedl, jde kolem pizzerie a jeho cílovým objektem bude jídlo, kterým uspokojí svou potřebu nasycení. Tímto se dostáváme k dalšímu pohledu na motivaci, a to jako na jakýsi stav vnitřního napětí neboli potřebu a cestu k jejímu uspokojení (Nuttin, 1984).

2.1.4 Motivace a emoce

Emoce odrážejí určité potřeby, doprovázejí celý proces úspěchu nebo neúspěchu při uspokojování potřeb. Emoce nás jednoduše informují o stavu uspokojení našich potřeb. A také slouží jako regulátor pro zaměření a trvání činnosti, ovlivňují ochotu dále v činnosti pokračovat (Vágnerová, 2017).

2.1.5 Motivace a kognice

Lidé o svých potřebách přemýšlí, mají různá očekávání a představy o tom, jak je uspokojit, jak dosáhnout cíle. Racionální uvažování se uplatňuje již na vzniku motivu, při volbě vhodné aktivity, při posuzování její efektivity a výsledku. Lidé se zkrátka snaží volit dosažitelný cíl (Reeve, 2005).

2.1.6 Dělení motivace

Motivaci můžeme rozdělit na dva typy. A to na motivaci **pozitivní** a **negativní**. Pozitivní motivací je podníceno jednání, které má za cíl něčeho dosáhnout, něco získat. Například jdeme se projít, abychom se cítili dobře. Negativní motivace naopak podněcuje chování, které má za cíl něčemu zabránit, něčemu se vyhnout. Například když prší, vezmeme si deštník, abychom nezmokli.

Dále můžeme motivaci rozdělit na **vnitřní** a **vnější**, někdy také na **motivaci** a **stimulaci**. Vnitřní motivace vychází z vlastního zájmu, potřeby člověka, zatímco vnější motivace (stimulace) je podmíněna vnějšími okolnostmi.

Ne všechny motivy jsou člověku známy, některé jsou tzv. **nevědomé**, tzn. člověk nezná pravou příčinu svého jednání, neuvědomuje si ji. Chování má také často více než jednu příčinu. Někdy jsou vnitřní motivy protichůdné, tedy v konfliktu. Intenzita jednotlivých motivů pak rozhoduje, který se projeví. „*Například jedinec touží po intimitě a současně se jí bojí, chtěl by založit rodinu a současně si uchovat nezávislost, chce dosáhnout úspěchu v kariéře a zároveň být dobrým společníkem* (Plháková, 2004).“

Člověk si také často vysvětluje příčinu svého chování chybně, racionalizací, přičemž pravý motiv zůstává nevědomý. Vnitřní potlačené tendence se však mohou projevovat ve snech, neurotickými symptomy nebo v chování např. chybnými úkony. Tzv. chybné úkony se projevují např. jako přeřeknutí, zapomenutí apod. „*Zapomeneme-li například termín schůzky a nepřijdeme na ni, může to znamenat, že jsme na tuto schůzku nechtěli přijít a tato tendence se prosadila proti nepříjemné povinnosti.*“ (Nakonečný, 1996, s. 30).

2.2 Motivace k abstinenci (ke změně)

Motivace k abstinenci prochází podobnými procesy a fázemi jako motivace k jakékoli životní změně. Motivací ke změně se zabývali William R. Miller a Stephen Rollnick, vytvořili teoretický koncept procesu změny a terapeutický přístup zaměřený na podporu vnitřní motivace ke změně – Motivační rozhovory (Miller, Rollnick, 2004).

2.2.1 Motivační rozhovory

Pro účely této práce použiji hlavně teoretické poznatky o motivaci, které motivační rozhovory přinášejí, a které mohou napomoci pochopení procesu, kterým motivace k abstinenci (ke změně) prochází. Terapeutických technik motivačních rozhovorů se dotknu pouze okrajově. Motivace v očích Millera a Rollnicka vypadá takto: „*Motivace se spíše jeví jako stav připravenosti ke změně či touha po ní, tento stav se ovšem v různých situacích a s časem proměňuje. A lze jej ovlivnit* (Miller, Rollnick, 2004, str. 14).“ Pro pochopení průběhu procesu motivace ke změně a jeho proměn nám skvěle poslouží cyklický model změny neboli

„kolo změny“, který byl vytvořen v 80. letech Prochazkou a DiClementem (Prochaska, DiClemente, 1982). Motivační rozhovory tento model přejaly.

2.2.1.1 Fáze změny – cyklický model změny

Jednotlivé fáze kola změny charakterizují určitý stav „motivovanosti“ klienta nebo také připravenosti a přístupu k dané změně. Takovou změnou nemusí být pouze léčba závislosti a abstinence. Dvořák (In Kalina a kol., 2003) uvádí, že také sociální učení prochází fázemi změny. Např. otázky zaměstnání, sociálního zázemí, způsobu trávení volného času apod. prochází procesy kognitivní disonance, rozhodování a upevňování postojů a chování, které posilují vlastní sociální hodnotu – tedy udržovací fáze.

Kalina (2015) podotýká, že klient často projde všemi fázemi (celým kolem změny) několikrát, než se mu podaří dosáhnout trvalé změny. Je tedy na místě klienta na relaps připravit – zajistit, aby klienta co nejméně poškodil. To však neznamená, že relaps předpovídáme nebo povolujeme.



Obrázek 2: Kolo změny dle Procházky a DiClementa (vlastní zdroj)

2.2.1.2 Fáze prekontemplace – před uvažováním

Klient v této fázi (ještě) o změně nepřemýšlí, hlavně, pokud je to první kolečko změny. Nevidí negativa svého užívání. Tito klienti většinou nevyhledávají pomoc, pokud nejsou donuceni. V tu chvíli pak přecházejí do obranného postoje (Miller, Rollnick, 2003). Klienti

v této fázi potřebují obdržet informace a dostat zpětnou vazbu o jejich chování, situaci – aby si uvědomili, své potíže a že mají možnost něco změnit. Podávat rady klientům v této fázi je nevhodné (Rollnick, MacEwan, 1991). Úkolem terapeuta je tedy vyvolat pochybnosti, posílit vnímání negativ, které stávající chování přináší (Miller, Rollnick, 2003).

2.2.1.3 Fáze kontemplace – uvažování

Pokud si klient začne uvědomovat nějaká negativa svého současného stavu, uvědomuje si alespoň částečně, že má nějaký problém, přechází do fáze uvažování. Tato fáze se vyznačuje ambivalencí – klient o změně uvažuje, zvažuje pro a proti změně, houpe se mezi oběma směry, dělá kroky kupředu a zpět, stále obhájí své chování, jelikož mu přináší jistá pozitiva, kterých se nechce vzdát. Misky vah se převažují ze strany na stranu. S tím se pojí i emoce – obavy spojené s uvažováním o změně a bezstarostnost při uvažování o setrvání ve stavu beze změny.

Lidé ve fázi uvažování již běžně vyhledávají odbornou pomoc a v tu chvíli je úkolem terapeuta zreflektovat klientovu ambivalenci a podpořit ji směrem ke změně – vyzdvihnout důvody pro změnu a důvody proti setrvání beze změny (Miller, Rollnick, 2003).

2.2.1.4 Fáze rozhodování

Do této fáze se klient přehupuje, když se misky vah převáhnou a v jeho uvažování začínají převažovat výhody změny a nevýhody současného stavu, které si spojuje se svým závislostním chováním. Klient již reálně přemýšlí nad uskutečněním změny (Kalina, 2013). *„Fázi rozhodování považujeme za jakési okno do krajiny možností, které se otevírá po určité době (Miller, Rollnick, 2003; str. 16).“*

V této fázi je vhodným postupem pomoci klientovi hledat konkrétní možnosti a tvořit postupy, jednotlivé kroky vedoucí ke změně (Miller, Rollnick, 2003).

2.2.1.5 Fáze akce

Tato fáze je samotná realizace konkrétních kroků a postupů vedoucích ke změně. Cílem je dosažení změny v dané problémové oblasti. V oblasti závislosti se obvykle jedná o nějaký druh terapie či léčebného programu (Kalina, 2013).

2.2.1.6 Udržování změny

To, že člověk uskutečnil kroky ke změně však neznamená, že u změny zůstane. Přírozenou součástí procesu změny jsou jak kroky kupředu, tak i drobné nebo větší kroky zpět – relapsy (Miller, Rollnick, 2003).

Hlavním úkolem terapeuta v této fázi tedy je podporovat klienta v udržení navozené změny a klíčová je zde technika prevence relapsu (viz. 4.2.2 Prevence relapsu).

2.2.1.7 Relaps

Přijetí relapsu jako přirozené součásti procesu změny, přináší naději a může odlehčit pocitům selhání. V této fázi je úkolem terapeuta podpořit klienta v pokračování na kole změny, tedy směrem k uvažování, následně rozhodnutí atd., aby nedošlo ke vypadnutí z kola do fáze prekontemplace (Miller, Rollnick, 2003).

2.3 Abstinance a kontrolované užívání

Glosař pojmů z oblasti drog a drogových závislostí definuje abstinenci jako: *„Jednání, které vede ke zdržení se užívání alkoholu nebo jiné drogy z důvodů zdravotních, osobních, sociálních, náboženských, morálních, právních či jiných (Kalina a kol., 2001).“* Tato definice je však příliš úzká i pro oblast závislostí. Obecně můžeme abstinenci definovat jako zdržení se nějakého návykového chování (Hartney, 2019). Můžeme tedy abstinovat nejen od drog, ale také od hraní hazardních her, sexu nebo třeba sledování porna. Význam abstinence je klíčový, a to i v případě, že není trvalá nebo úplná. Pokud jsou podmínky pro udržení abstinence příznivé, nemusí jednorázový relaps ohrozit udržení změny (Kalina a kol., 2015). Nešpor (2011) považuje udržení abstinence po dobu jednoho roku po léčbě za prioritu. Mezi odbornou veřejností je však obecně známo a již sám Skála (1987) upozorňoval, že *„abstinence je prostředek, nikoliv cíl“*. Podstatná je celková změna životního stylu, pro kterou je abstinence nutnou podmínkou (Kalina a kol., 2015).

Na abstinenci založená léčba závislosti byla v minulosti jediným způsobem léčby. Do 60. let 20. století se v literatuře neobjevovala žádná jiná možnost léčby uživatelů alkoholu než abstinence. Tato tvrzení se opírala o studie, které zjistily, že opakovaným užíváním alkoholu dochází k tzv. neuronální senzitivaci na alkohol, což znamená, že člověk, který byl závislý na alkoholu nezvládá kontrolovaně užívat alkohol, protože v jeho mozku došlo k fyziologickým

změnám. V 70. letech 20. století se především díky studii manželů Sobellových (1973) otevřela diskuze nad kontrolovaným užíváním alkoholu (Vavrníčková, 2012). Morávek a Kabele (2016) uvádějí studie, které prokázaly možnost kontrolovaného užívání různých druhů drog. Morávek (2007) charakterizuje koncept kontrolovaného užívání jako odpovědný způsob zacházení s drogami, kdy uživatel eliminuje rizika a užívání drogy mu nezabraňuje žít plnohodnotný a společensky aktivní život. Kontrolované užívání je reálnou možností výsledku léčby u osob, které látku nadužívají či osob s pouze mírným stupněm závislosti. Dosažení trvale udržitelného kontrolovaného užívání u problémových uživatelů a osob s vysokým stupněm závislosti, či škodlivého užívání je nepravděpodobné. Vavrníčková (2012) vyzdvihuje výhodu možnosti léčby s cílem kontrolovaného užívání, kterou je větší zájem o léčbu – léčit se půjdou i osoby, které se alkoholu nechtějí zcela vzdát.

Šefránek (2013) uvádí, že podle různých studií, 30-80 % osob, závislých na drogách (heroin, kokain, amfetaminy) užívá po léčbě alkohol a marihuanu. A pokud toto užívání nepřekračuje společensky tolerovaný rámec, je tedy cílem léčby abstinence od původní drogy, ne celková abstinence. I u osob s vyšším stupněm závislosti je tedy reálným cílem kontrolované užívání, ne však původní drogy.

2.4 Doléčovací program

Doléčovací program nebo také následná péče je dnes již nedílnou součástí systému péče o závislé. Programy následné péče poskytují intervence zaměřené na udržení změn, kterých bylo dosaženo v léčbě (Marlatt, Barrett, 1994).

2.4.1 Charakteristika a cíle

Definice dle Standardů odborné způsobilosti zní takto: „*Strukturované programy intenzivního doléčování jsou určeny abstinujícím osobám s anamnézou závislosti na návykových látkách nebo problematikou patologického hráčství s doporučenou minimální dobou abstinence 3 měsíce. Doléčovací programy jsou částečně založeny na formě odpoledních stacionářů, v délce minimálně 6 měsíců. Programy jsou zaměřené na podporu a udržení abstinence klientů/pacientů po léčbě v základním léčebném programu a pomáhají jim v navrácení do podmínek běžného života* (Libra a kol., 2015).“ Pro léčbu v doléčovacím programu jsou tedy indikováni klienti, kteří absolvovali ústavní, residenční nebo ambulantní základní léčbu, která trvala minimálně 3 měsíce. Podle Kudy by měl mít klient základní

náhled na potřebu dlouhodobé abstinence od primární drogy s potřebou podpory a pomoci v integraci do podmínek normálního života. Cílem doléčovacího programu je tedy vytvořit podmínky pro klientovu abstinenci při integraci do normálního života a postupně rozvolňovat klientovy vazby na program až dojde k úplnému osamostatnění (Kuda, 2003). Mezi další cíle, které si doléčovací program klade, patří podpora a udržení abstinence, prohlubování dovedností prevence relapsu (McLatchie, Lomp, 1998), podpora osobního růstu a pozitivní změny v sebepojetí, zajištění bydlení a zaměstnání (Kalina a kol., 2008) a podpora ve zvládnání sociálních rolí (Dvořák, 2003).

Služba následné péče může být buď sociální službou nebo zdravotnickým zařízením nebo také jejich kombinací. Terapeutický tým programu musí být multidisciplinární, musí odpovídat potřebám klientů. Skládá se z psychologů, adiktologů, speciálních pedagogů nebo sociálních pracovníků, kteří jsou vybaveni poradenským nebo psychoterapeutickým výcvikem a ovládají prevenci relapsu. Ve zdravotnických zařízeních je členem týmu i lékař. Kuda zdůrazňuje, že ex-useři (s odborným vzděláním a supervizí) jsou v doléčovacích programech velmi užitečnými pracovníky, hlavně v oblasti socioterapie (Kuda, 2003).

2.4.2 Složky programu

2.4.2.1 Psychoterapie

Když klient opustí chráněné prostředí léčby, v podmínkách normálního života se vynořují traumata z dětství a z období užívání v plné síle a zároveň se objevují zcela nová témata. Psychoterapie je tedy důležitou složkou programu. V doléčovacím programu nám však jde hlavně o udržení abstinence a dosažených změn. Proto bychom měli posoudit, zda se dané téma vztahuje k tomuto cíli. Snaha zvládnout všechny klientovy problémy během doléčování může být velmi nebezpečná (Kuda, 2003). V doléčovacím procesu se tedy jedná hlavně o podpůrnou psychoterapii, zaměřenou na stabilizaci klienta (Kuda, 2008).

2.4.2.2 Prevence relapsu

Prevence relapsu je klíčová složka doléčovacího programu. Jedná se o soubor dovedností a vědomostí které si musí klient osvojit, aby zvládl odolat cravingu neboli bažení (silné touze po droze) a udržet abstinenci v životě mimo chráněné prostředí. Úkolem prevence relapsu je vytvořit u klienta náhled na jeho situaci, naučit ho vnímat své emoce a myšlenky a pracovat s nimi, vyvinout strategie zvládnání rizikových situací, které se klient

naučí praktikovat. Jedná se tedy o kognitivně-behaviorální terapii. Pro prevenci relapsu je také zásadní stabilizace nového životního stylu (Kuda, 2003), viz. kapitola 2.3 Prevence relapsu.

2.4.2.3 Sociální práce

U klientů doléčovacího programu se vyskytuje mnoho problémů ze sociální oblasti, nejčastěji jimi bývají dluhy, sociální dávky nebo trestně-právní problémy. Řešení těchto problémů je zásadní pro stabilizaci nového životního stylu, tudíž je sociální pracovník nezastupitelným členem týmu. Jeho pomoc by měla být hlavně praktická (Kuda, 2008).

2.4.2.4 Lékařská péče

Zdravotní rekonvalescence může trvat až několik let po ukončení aktivního užívání, a je třeba pomoci klientům zajistit adekvátní zdravotní péči – především nalézt praktického lékaře, zubaře, gynekologa, psychiatra a pomoci zajistit léčbu virových hepatitid B a C (Kuda, 2003).

2.4.2.5 Zaměstnání

Být zaměstnán je základním předpokladem pro integraci klienta do společnosti. Najít a udržet si zaměstnání je tedy jedním z předních úkolů, kterým se musí klient v doléčovacím programu zabývat. Pokud klient postrádá pracovní návyky, či má nějaký handicap (např. psychiatrické potíže), může využít pracovní pozice v chráněných dílnách. Vždy je však důležité pečlivě zvážit, zda je klient opravdu tak handicapován, že není schopen se uplatnit na trhu práce, aby nedošlo ke zbytečnému „invalidizování“ klienta. Většinou však postačí klientům pomoci najít volná pracovní místa či zprostředkovat rekvalifikační kurzy (Kuda, 2003).

2.4.2.6 Práce s rodinou

Práce na vztazích s rodinou může být důležitou součástí doléčování a může zvyšovat jeho účinnost. Avšak z praxe vyplývá, že klienti někdy směřují naopak k odpoutání se od rodiny, jelikož obnova rodinných vazeb je spíše kontraindikována (Pavlovská, Makovská Dolanská, 2015).

2.4.2.7 Náplň volného času

Klienti mají často problém trávit smysluplně volný čas, plní ho většinou povinnostmi, protože nevědí, čemu jinému by se věnovali. Doléčovací program by měl podporovat svépomoc klientů v této oblasti (Kuda, 2003, 2008).

2.4.3 Chráněné bydlení

Chráněné bydlení je tradičně součástí doléčovacího programu. Napomáhá k sociální stabilizaci klienta poskytnutím dočasného ubytování (Libra a kol., 2015). Tato služba je nabídnuta klientům, kteří v místě svého bydliště doléčovací program nemají nebo těm, pro které by byl návrat do místa bydliště kontraindikací k úspěchu léčby. Bydlení si klienti platí nebo na něj alespoň částečně přispívají, je časově omezeno (v ČR max. jeden rok) a klienti na něj uzavírají smlouvu. Klienti musí respektovat práva ostatních a dodržovat bezdrogové prostředí. Většinou spolu sdílí několik klientů jeden byt či pokoj (v doléčovacím programu, kde jsem prováděla výzkum to byli vždy 2 v jednom bytě). Práva, která klient v chráněném bydlení má, ho vedou ke zvyšování vlastních kompetencí – má možnost zasahovat do podoby interiéru v bytě, může ubytovávat návštěvy, vlastní klíče atd. (Kalina a kol., 2001).

2.4.4 Praxe doléčování

Doléčovací program stojí na individuálních konzultacích s pracovníky a na skupinových setkáních klientů, která slouží ke zpracování témat. Témata se týkají jak přímo drog a udržení abstinence, tak běžných životních témat a skupinové sdílení a podpora slouží ke zvýšení životní stabilizace (Pavlovská, Makovská Dolanská, 2015). Doléčovací program, kde jsem kde jsem realizovala výzkum také klientům nabízí kurz mindfulness a arteterapeutické skupiny.

Individuální práce s klienty probíhá tak, že každému klientovi je přidělen tzv. garant, kterým je jeden z členů týmu (RVKPP, 2004). Garant klienta provází celým procesem doléčování, sleduje jeho pokroky, pomáhá mu stanovit cíle, pomáhá nacházet řešení problémů a různých situací, pomáhá mu zapojit se do skupinové práce a vybudovat si důvěru k dalším členům týmu.

2.5 Prevence relapsu

Prevenci relapsu jsem krátce charakterizovala jako složku doléčovacího programu. Jelikož téma relapsu a prevence relapsu je v doléčování stěžejní, považuji za důležité ho představit podrobněji.

(Re)laps k závislosti patří a je součástí práce se závislými. Je tedy důležité toto téma natabuizovat a věnovat se mu, podporovat klienty v osvojení technik pro zvládnání rizikových situací a potencionálních lapsů a relapsů (Pavlovská In Kalina a kol., 2015). Pokud se vrátíme ke kolu změny, prevence relapsu cílí na fázi udržení změny a na vrácení klienta do kola změny po relapsu (Wanigaratne, Wallace, Pullin et al., 2008).

2.5.1 Definice pojmů

Nejprve si pojdme definovat důležité termíny v prevenci relapsu. Tzv. **laps** je „jednorázové, izolované užití alkoholu nebo drog po období abstinence („uklouznutí“).“ **Relaps** je definován jako „návrat k pití nebo k užívání jiných drog po období abstinence, často doprovázený návratem příznaků závislosti“ (Kalina a kol., 2001). Pak se používá ještě termínu **recidiva**, který Kalina (2000) používá ve smyslu úplného a dlouhodobého návratu k závislosti.

2.5.2 Příčiny relapsu

Klouček (s.d.) uvádí, že po nějaké době abstinence se stává nový život běžným, a u člověka dochází ke ztrátě stability v prožívání a existenci. Člověk má tendence se zakotvit, srovnává se s ostatními a v takové situaci se nabízí droga jako známá jistota.

Vysoce rizikové situace

Rizikovou situací rozumíme takovou, která ohrožuje klientovu sebekontrolu (Marlatt, Gordon, 1985). Millerová poukazuje na to, že závisí na způsobu zvládnání těchto situací, zda člověk uklouzne (Millerová, 2011). Tito autoři popisují tři hlavní druhy rizikových situací:

- **Negativní emoční stavy** – jsou to vnitřní stavy jako např. vztek, frustrace, deprese, úzkost, nuda. Pro zvládnutí je třeba, aby klient přišel na původ těchto stavů a hledal způsoby, jak si od nich pomoci. Tvoří příčinu až 35 % relapsů.

- **Interpersonální konflikty** – tedy konflikty v jakýchkoliv mezilidských vztazích, partnerských, rodinných, přátelských, pracovních. V takové situaci je nejlepší odejít. Jsou příčinou zhruba 16 % relapsů.
- **Sociální tlak** – může být přímý (nabízení drogy, přesvědčování) nebo nepřímý (klient se dostane do kontaktu s uživatelem nebo drogou). Tvoří příčinu 20 % relapsů.

Další příčiny

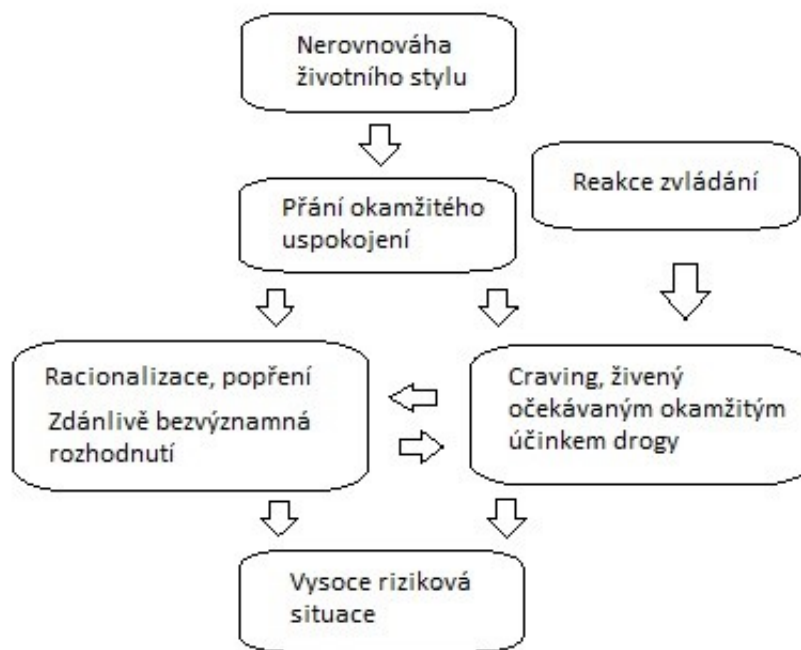
Mezi další časté příčiny se řadí negativní fyzické stavy (např. dlouhodobé bolesti), testování kontroly (klient se naschvál vystavuje rizikové situaci v přesvědčení, že ji zvládne), bažení (craving) (Kuda In Kalina a kol., 2003), zklamaná očekávání, absence ocenění, sociální izolace, pocity osamění (Pavlovská In Kalina a kol., 2015). Anonymní alkoholici dodávají ještě stres, vyčerpání, sebelítost, polevování v pravidlech a režimu, nadměrná očekávání od ostatních a postoj s nedostatkem pokory „to se mi stát nemůže“ (Wanigaratne, Wallace, Pullin et al., 2008).

Charakteristikou klientů, kteří zrelapsují, je nevyvážený životní styl (Pavlovská In Kalina a kol., 2015). Kuda (In Kalina a kol., 2003) uvádí, že bažení (craving) se zcela běžně vyskytuje, jak v léčbě, tak často s ještě větší intenzitou v doléčování. Je tedy třeba, aby na něj byli klienti připraveni a vnímali ho jako součást léčby, ne, aby docházelo k jeho tabuizaci. Kuda také podotýká, že bažení poukazuje na nevyváženost životního stylu. Pokud tedy klient zažívá bažení, je to pro něj signál, že by měl něco změnit.

2.5.3 Proces relapsu

Jak už bylo zmíněno výše, za základní faktor v procesu relapsu je považována **nerovnováha v životním stylu**. Taková nerovnováha vzniká kvůli vnějším tlakům – to, co by klient dělat měl a vlastním představám – co by chtěl a mohl dělat. S touto nerovnováhou vzniká stres a dochází k sebedeprivaci. Klient má potom tendence se „odměnit“ pozitivním účinkem drog. Někdy dochází také k tomu, že si klienti takové pocity deprivace shromažďují a vytvoří si potřebu okamžitého uspokojení. Tomu říkáme tzv. **fenomén poslední kapky** (Wanigaratne a kol. In Kalina a kol., 2003). K těmto faktorům se pak přidává **bažení** a nebezpečí relapsu velmi vzrůstá.

Když klient prožívá velkou touhu si závislé chování dopřát, takový prožitek v něm vzbuzuje pocity viny, které spouštějí obranné mechanismy (racionalizace, popření). Tyto procesy pak způsobují nevědomé plánování relapsu a klient dělá tzv. **zdánlivě bezvýznamná rozhodnutí**. Jsou to nenápadná, drobná rozhodnutí, tedy kroky, které klienta posléze zavedou do velmi rizikové, někdy až bezvýchodné situace (Kuda In Kalina a kol., 2003).



Obrázek 3: Proces relapsu. Marlatt, Gordon 1985 (vlastní zdroj)

2.5.4 Syndrom porušení abstinence

Reakce, která se dostaví po lapsu je nazývána syndrom porušení abstinence. Klient zažívá silné pocity viny, jejichž intenzita se odráží v postojích, které si klient osvojil v léčbě. Negativní pocity ze selhání klient cílí jak proti sobě (hněv, vztek, stud, ...), tak i proti léčebnému programu („špatně jste mě léčili“).

Pokud byl klient v léčbě veden k tabuizaci relapsu, je tím podpořeno černobílé vnímání relapsu a riziko rozvoje relapsu z lapsu se zvyšuje. Prevence relapsu však pojímá syndrom porušení abstinence jako důležitý bod – jako křižovatku. Klient se může rozhodnout, zda chce pokračovat ve své cestě k uzdravě a pojme laps jako užitečnou zkušenost nebo zda se navrátí k závislému chování. Následující graf znázorňuje kognitivní procesy, které provázejí jedno nebo druhé rozhodnutí.

↗	zvládání situace	→	vzrůst sebevědomí a kapacity pro zvládání	→	snížená pravděpodobnost relapsu	
	vysoce riziková situace					
↘	nezvládání situace →	snížené sebevědomí a kapacita pro zvládání	očekávání slasti →	počáteční užití drogy	efekt porušení abstinence →	zvýšená pravděpodobnost relapsu

Obrázek 4: Kognitivně-behaviorální model relapsu – Marlatt, Barret, 1994 (zdroj Kalina a kol., 2015)

Důležitým fenoménem, ke kterému může dojít v situaci po relapsu, je tzv. **disonanční konflikt**. Pojem je odvozený od teorie kognitivní disonance a vzniká právě v situaci, kdy vzniká rozdíl mezi tím, co od sebe klient očekává („zvládnou abstinovat“), a tím, jak právě chová („užil drogu“). Čím větší tento rozdíl je, tím větší je konflikt. Přirozeně vzniká potřeba konflikt zmírnit, čehož může klient dosáhnout dalším užitím drogy a snížením nároků, které na sebe klade. Tak vzniká riziko recidivy (Kuda In Kalina a kol., 2003).

Kalina (2013) podotýká, že důležitým faktorem pro to, jak se klient po relapsu zachová, zda ho půjde řešit s pracovníky programu, závisí na tom, jakou důvěru má v pracovníky, jaký vztah má k léčebnému programu a jakou reakci od pracovníků na svůj relaps očekává.

2.5.5 Teorie vlastní účinnosti a závislého já

Nejprve představím dvě teorie, které se váží k **pocitu vlastní účinnosti** (self-efficacy). Pocit vlastní účinnosti označuje klientovu důvěru ve své schopnosti zvládnout konkrétní situaci (Millerová, 2011). První teorie předpokládá, že když klient zvládne rizikovou situaci, jeho pocit vlastní účinnosti stoupne a další situace bude zvládat lépe, a takhle dál a dál (Kuda, 2008). Některé výzkumy však tuto teorii nepotvrdily. Gordon (2003, In Kalina a kol., 2015) uvádí, že studie kuřáků zjistila, že jejich pocit účinnosti se po vystavení se vysoce rizikové situaci snížil, i když ji zvládli a měli stejné obavy o budoucí rizikové situace jako ti, kteří ji nezvládli. Florentine a Hillhouse (2003, In Kalina a kol., 2015) přinášejí teorii **závislého já (addicted self)**, která předpokládá takový model, kdy klienti nejdříve zkoušejí

kontrolovaně užívat, a až po několika neúspěšných pokusech přijmou potřebu celoživotní abstinence.

2.5.6 Prevence relapsu a dovednosti zvládání

Podle Kudy (2008) je prevence relapsu přístupem, jehož cílem je dosažení sebekontroly skrze nácvik dovedností zvládání, kognitivní restrukturalizaci a stabilizaci životního stylu. Shoduje se s obecnými cíli relapsu podle Marlatt a Barret (1994), které znázorňuje následující graf.



Obrázek 5: Cíle prevence relapsu, zdroj: Wanigaratne, Wallace, Pullin et al., 2008 In Kalina a kol., 2015

Kalina (2013) uvádí 5 složek prevence relapsu:

1. Psychoedukace – informovat klienta o procesu a modelech relapsu, díky čemuž se pak může orientovat ve svém myšlení a chování.
2. Zvědomování – klient se učí rozpoznávat rizikové a prerizikové situace, učí se vnímat své vnitřní signály (duševní nepohoda, bažení atd.), učí se rozpoznávat skryté předchůdce relapsu, zdánlivě bezvýznamná rozhodnutí, psychologické obrany, zautomatizované myšlenky a iracionální přesvědčení (např. že klient má nárok se odměnit užitím drogy při negativních pocitech).
3. Hledání alternativ – k nefunkčním vzorcům myšlení, jednání a v životním stylu. Hledání efektivnějších strategií, jak identifikovat a anticipovat vysoce rizikové situace, jak je zvládnout a v případě nezvládnutí, jak zabránit rozvinutí relapsu.
4. Tvarování chování, nácvik dovedností – pro výše uvedené změny si klient musí osvojit určité dovednosti. Např. relaxaci, trénink asertivity, sociální dovednosti

apod. Získáváním nových dovedností klient posiluje pocit vlastní účinnosti a kompetence.

5. Intervence k životnímu stylu – určit zdroje stresu, identifikovat nezdravé návyky a odstranit je, objevit pozitivní aktivity a věnovat se jim, naučit se organizovat svůj čas efektivně a dospět k umírněnému a vyrovnanému životnímu stylu.

Myslím si, že tento výčet dává dobrou představu, na jakých principech se prevence relapsu zakládá, jejich aplikaci v praxi ukazuje např. Kalina (2013, s. 343) na příkladu ze své praxe.

Ještě se na závěr krátce zmíním o novém modelu prevence relapsu – **model dobrého života**. Jeho autory jsou Thakker a Ward (2010), navrhují tento model integrovat do Marlattova modelu prevence relapsu. Model dobrého života vychází z toho, že všechny lidské činnosti slouží k uspokojování základních potřeb a obdržení související odměny. Pokud má tedy člověk své základní potřeby uspokojeny, pak žije dobrý život. Lidé, kteří upadli do závislosti nejsou schopni své potřeby adekvátně sytit, drogami sytí hlavně svou potřebu vnitřního klidu a vyhýbají se tak negativním emocím, nejsou pak ale schopni své potřeby žít jinak. Model dobrého života se zaměřuje na cíle a plány pro budoucí dobrý život a věnuje se nácviku vhodného způsobu sycení potřeb (Pavlovská In Kalina a kol., 2015).

2.5.7 Bažení a práce s ním

Bažení (také craving, „chutě“) je velice komplexní psychosomatický fenomén. Má jak fyziologické projevy (oslabení paměti, zrychlení tepu, zvýšení tlaku, zvýšení metabolismu glukózy, bušení srdce, sevření žaludku, pocení atd. – zkrátka je aktivován sympatikus), tak různé subjektivní duševní projevy (např. příjemné vzpomínky na užívání drogy, silná touha po ní, úzkost, neklid, vzrušení, podrážděnost) (Nešpor, 2011).

Kuda, 2008, Nešpor 2011 uvádějí strategie, jak s bažením pracovat:

- Hledat spouštěče bažení
- Mapování situací
- Rozpoznávání signálů
- Behaviorální techniky (např. kontrola záchvatu bažení, expozice v imaginaci, nácvik sebekontroly, kontrola spouštěčů)

- Přijmout craving jako součást léčby závislosti, nepotlačovat ho a naučit se ho zvládat (In Kalina a kol., 2015)

Kalina (2015) uvádí přístupy kognitivně-behaviorální terapie, které klienti pro práci s bažením využívají. Jedná se o protipodmiňování (=nahrazení negativní reakce na podnět reakcí pozitivní), habituace (=útlum reakce na podnět), práce s myšlenkovými schématy – např. stop!technika (=vědomé zastavení nežádoucích myšlenek a emocí), odvedení pozornosti nebo náhradní strategie.

Nešpor (2011) uvádí zkušenosti ze své praxe, techniky, které klienti využívají při práci s bažením. Je jimi např.:

- vyhnout se situacím, které vyvolaly bažení
- uvědomit si negativní důsledky relapsu
- odvedení pozornosti
- vybavit si negativní vzpomínky na užívání
- uvědomit si výhody abstinence
- pohyb, cvičení
- prostě vydržet
- spánek, odpočinek
- uvědomit si bažení již v počátku, když je slabé
- myslet na své zdraví
- hovořit o bažení
- sex
- relaxace
- jít na místo, kde není droga
- přemýšlet o příčinách bažení
- požádat o pomoc

2.6 Sociální rehabilitace

Sociální rehabilitace je proces opětovného začleňování jedince do společnosti. Dříve se mělo za to, že své místo má až po ukončení léčby, ale nyní je součástí všech druhů programů, i těch, určených pro aktivní uživatele. Znovuzačlenění je docíleno pomocí (znovu)nabytí sociálních a pracovních dovedností a díky podpůrnému prostředí a mezilidským vztahům. Člověk tak získává kompetence fungovat v běžné společnosti a buduje si sebeúctu.

Pro sociální rehabilitaci je klíčové zvládnání sociálních rolí. Je tedy třeba dát klientům prostor k sociálnímu učení, při kterém bude docházet k obnově nebo vytvoření deficitních

sociálních dovedností (Dvořák In Kalina a kol., 2003). Je však třeba dbát na individuální potřeby konkrétního klienta, abychom neměli příliš velké nároky a klienta neretraumatizovali (Vos, 1997).

Pro člověka je primárním zdrojem socializace jeho rodina. Člověk si během vývoje osvojuje kulturní a společenské normy a hodnoty, způsoby jednání a komunikace, význam sociálních rolí atd. Učí se různé vzorce chování napodobováním významných osob a zvnitřněním hodnot. Lidé uplatňují při sociálním učení tzv. ego vztažné učení – snaží se chovat tak, aby zvýšili svou kladnou sociální hodnotu a vyhýbat se způsobům chování a situacím, které je ponižují. Během plnění sociálních rolí, které člověk postupně přejímá, si tvoří vlastní sebeobraz, obraz svých schopností a své identity. A to, jak je člověk schopen ovlivňovat a řešit sociální situace, ovlivňuje pozitivní vztah sám k sobě (Nakonečný, 2000).

Pro úspěšnou sociální rehabilitaci je třeba vytvoření podpůrné vztahové sítě (rodina, přátelé, authority, různá společenství), která vytváří předpoklady primární socializace. Je důležité podotknout, že sociální a psychologické aspekty se navzájem ovlivňují (např. aby mohl člověk přijmout pozitivní reflexi, musí být schopen pozitivního sebehodnocení).

V léčebném programu je mnoho faktorů, které přispívají sociální rehabilitaci. Je to skupinová terapie a vlastně jakákoliv skupinová činnost, která poskytuje mnohaúrovňové mezilidské učení, které ovlivňuje chování jedince a rozvíjí jeho sociální dovednosti. Např. v terapeutické komunitě působí sociálně-rehabilitačně samotný řád a pravidla, která si klient zvnitřňuje. Pracovní terapie slouží k získání pracovních dovedností a návyků, navíc pomáhá pozitivnímu sebehodnocení a dává prožitek úspěchu.

U klientů nejčastěji nalézáme následující deficity socializace:

- „Narušenou nebo neexistující sítí blízkých vztahů, a naopak dlouhodobou nebo závislostí „zablokovanou“ schopností blízké vztahy vytvářet, udržet a rozvíjet
- Nedostatečně sociální dovednosti v oblasti komunikace, vyjadřování emocí a „adekvátního“ sebehodnocení
- Nízké vzdělání a malé nebo žádné profesní dovednosti a návyky
- Právní a finanční problémy a nízký socioekonomický statut
- Životní styl poskytující nedostatek příležitostí k pozitivnímu sebehodnocení a sociálnímu ocenění“ (Dvořák In Kalina a kol., 2003, s. 65, 66).

Terapeutické intervence vytváří určitý prostor pro změny ve výše popsaných oblastech, jsou doplněny podporou v sociální oblasti – chráněné bydlení, chráněné dílny, socioterapeutické kluby apod.

Sociální rehabilitace napomůže klientovi k sebezpřijetí s vědomím svých silných a slabých stránek a s tím i k přijetí podobně rozporuplného světa (Dvořák In Kalina a kol., 2003).

3 Praktická část

3.1 Cíl a výzkumné otázky

Cílem práce je popsat, jak se u klientů doléčovacího programu projevuje motivace k abstinenci.

Na základě výzkumného cíle byla stanovena hlavní výzkumná otázka:

1) Co klienty motivuje k abstinenci v procesu doléčování?

Pro lepší porozumění dané problematice byly stanoveny doplňující výzkumné otázky:

1) Jak se motivace k abstinenci mění a co ji ovlivňuje?

2) Jak se klienti začleňují do společnosti ve sféře mezilidských vztahů?

3.2 Design výzkumu a metody sběru dat

Jedná se o kvalitativní výzkum longitudinálního charakteru. Metodou sběru dat byla polostrukturovaná interview, která proběhla ve třech vlnách – první v listopadu, druhá v prosinci a třetí z organizačních důvodů až v únoru roku 2019/20. Interview trvala v rozmezí 15-60 min (někteří klienti byli sdílnější a témata byla širší), byla nahrávána na aplikaci Diktafon v telefonu a následně doslovně transkribována do psané podoby v programu Microsoft Word.

Na **první setkání** jsem měla připravenou strukturu otázek, které se zaměřovaly na předem připravená témata a kategorie. Struktura rozhovoru sloužila k tomu, aby byly všem respondentům položeny všechny základní otázky. Když se v rozhovoru vynořila nová, zajímavá témata, věnovala jsem se jim pokládáním improvizovaných otázek, které zmapovaly danou problematiku.

První skupina otázek se zaměřovala na **motivaci**. Mezi **přímé otázky** patřily následující: Proč už neužíváš drogy? Když máš krizi, co tě přesvědčí pokračovat v abstinenci? **Nepřímé otázky** zněly: Myslíš někdy na to, když jsi bral? Jaké pocity to v tobě vyvolává? Čeho chceš dosáhnout tím, že abstinuješ? Co je momentálně tvým cílem? Jak si představuješ svůj život za 5 let? V čem tě abstinence omezuje? Přemýšlíš někdy nad tím, že si třeba za pár let dáš občas pivo nebo jointa?

Velký prostor byl ve výzkumu věnován oblasti **interpersonálních vztahů a začleňování do společnosti**. Otázky zjišťovaly, jaká je ideální vztahová situace, které by chtěl klient dosáhnout, jaká je jeho aktuální vztahová situace a jaké kroky podniká či má v plánu podniknout, aby své ideální vztahové situace dosáhl. Dále se výzkum zaměřoval na stigma závislosti – jak jsou klienti otevření o své závislosti a jak reaguje okolí. Tato oblast výzkumu se bohužel později ukázala jako velmi rozsáhlá, a proto jsem se rozhodla práci zaměřit pouze na oblast motivace a data z této oblasti jsem využila pouze okrajově, pro doplnění kontextu motivace.

Po setkání jsem vždy zpracovala data z rozhovorů a připravila si doplňující otázky, které měly rozvinout důležitá témata.

Druhé setkání s klienty jsem využila ke zjištění změn, které se udály v jejich životě a v jejich postojích od prvního setkání. A následně k rekapitulaci informací, které jsem získala v prvním rozhovoru. Tímto jsem si ověřila, zda jsem dobře porozuměla tomu, co mi respondenti sdělili a zda informace správně interpretuji. Respondenti měli možnost informace opravit či doplnit. V rámci rekapitulace jsem klientům pokládala doplňující otázky.

Třetí setkání sloužilo opět ke zjištění změn v životě a postojích klientů. Pokládala jsem respondentům opět doplňující otázky a jelikož v druhém rozhovoru se vynořilo téma ztráty motivace, dotázala jsem se respondentů na toto téma.

3.3 Výzkumný soubor

Výzkum jsem uskutečnila na půdě doléčovacího programu. Výzkumný soubor měl čítat minimálně 4 respondenty, aby měl výzkum určitou platnost. Maximální počet participantů jsem zvolila 8, abych neměla příliš mnoho dat a byla je schopná průběžně zpracovávat.

Kritéria pro výběr respondentů byla následující:

- Respondent je abstinující závislý
- Je klientem doléčovacího programu
- Bude v následujících 3 měsících docházet do doléčovacího programu
- Je ochotný se výzkumu zúčastnit

Představila jsem výzkum na skupinové terapii a přijala jsem každého, kdo měl zájem se zúčastnit – výběr respondentů proběhl technikou samovýběru.

Výzkumný soubor tedy tvoří 8 klientů doléčovacího programu ve věku od 21 do 44 let. Výzkumný soubor čítá klienty s různými druhy závislosti v různých kombinacích. Klientů jsem se ptala na absolvovanou léčbu v poslední době, na dobu, kterou již strávili v doléčovacím programu – ta tvoří široké spektrum– od 10 dní do 1,5 roku + Zdeněk přerušovaných 18 let. Klientů jsem se také ptala, zda žijí ve městě, kde působí doléčovací program, prvně. Tyto informace shrnuje následující tabulka:

	Užívaná látka, doba užívání	Absolvovaná léčba	Doba strávená v doléčovacím programu	Žije ve městě poprvé
Adéla, 23 let	Pervitin, marihuana, 7 let s přestávkami	TK	10 dní	Ano
Patrik, 21 let	Pervitin, marihuana, alkohol	Ústavní léčba a TK	1,5 roku	Ano
Tomáš, 37 let	V mládí užíval hodně alkohol, poté 8 let abstinovat a další 4 roky užíval	Ústavní léčba	2 měsíce	Ne
David, 33 let	Pervitin, marihuana, alkohol, gambling, taneční a halucinogenní drogy, 17 let	TK, doléčovací program	1,5 měsíce	Ano
Karel, 42 let	Užíval pervitin od 18 let 3,5 roku, poté alkohol	4x ústavní léčba v posledních letech	4 měsíce	Ano
Matěj, 29 let	15 let užíval marihuanu, 11 let pervitin a posledních 5 let heroin	TK	4 měsíce	Ano

Zdeněk, 44 let	Alkohol, pervitin, marihuana	Před 18 lety absolvoval TK (pervitin), od té doby v ambulantním programu s přestávkami, před 3 lety absolvoval ústavní léčbu (alkohol)	18 let s přestávkami	Ano
Radek, 39 let	Alkohol, gambling od 22 let	Několikrát ústavní léčba, poslední byla nařízená soudně	10 měsíců	Ano

Tabulka 1: Výzkumný soubor

3.4 Metody analýzy dat

Rozhovory v textové podobě jsem podrobila otevřenému kódování – v textu jsem hledala témata, těm jsem přiřazovala jednotlivé kódy. Tím byly vytvořeny obecnější koncepty, a ty byly roztříděny do kategorií podle povahy daného jevu. Následně jsem použila techniku axiálního kódování – zkoumala jsem kontext, příčiny, vlivy a následky konkrétních jevů. Zpracování dat bylo provedeno induktivní analýzou (Miovský, 2006).

3.5 Etické aspekty výzkumu

Respondenti byli před začátkem výzkumu seznámeni se zaměřením a náplní výzkumu, s jeho účelem a průběhem. Byli informováni, že já jako výzkumník mám povinnost zachovat mlčenlivost a výzkumná data budou prezentována pouze v této bakalářské práci, a to za podmínek zachování anonymity. Anonymita je ošetřena tím způsobem, že není zveřejněn název organizace, kde výzkum probíhal, respondentům byla změněna jména a v práci nejsou prezentovány žádné informace, které by mohly vést k identifikaci účastníků výzkumu (např. jména příbuzných, názvy absolvovaných léčebných programů, názvy měst apod.). Respondenti byli seznámeni se svými právy – že mohou svou účast ve výzkumu v jeho průběhu kdykoliv ukončit bez udání důvodu a data od nich získaná budou zničena, že mají právo neodpovídat na otázku, pokud z nějakého důvodu nebudou chtít. Respondenti mi poté ústně poskytli informovaný souhlas s účastí ve výzkumu.

4 Výsledky

Ze získaných dat byly vytvořeny tematické okruhy, které jsou zásadní pro zodpovězení výzkumných otázek.

4.1 Motivace k abstinenci

Nejprve se budu věnovat konkrétním motivům, tedy budu popisovat kvalitativní složku motivace. Motivy dělím na pozitivní a negativní a dále na jednotlivé kategorie. Poté se budu věnovat kvantitativní složce motivace, tedy motivaci jako procesu – změnám v její intenzitě.

4.1.1 Motivace pozitivní

Pozitivní motivace neboli to, co klienta posiluje směrem k udržení navozené změny, tedy abstinence, kontrolovaného užívání či zkrátka nového životního stylu.

Motivy pozitivní se objevily v odpovědích na otázku „Proč už neužíváš drogy?“ a podobných otázkách, kde klienti popisovali skutečnosti, které doceňují na své aktuální situaci nebo obecně na abstinenci a novém stylu života. Poté se pozitivní motivy objevily v otázkách směřovaných k budoucnosti – v touhách plánech, cílech, vizích.

Motivy z oblasti vztahů sdílí všichni klienti, jedná se tedy o dominantní motiv v tomto výzkumu. Kategorie motivů jsou řazeny podle počtu klientů, kteří je sdílí.

Motivy vztahové

Opustit rizikové vztahy, opravit poškozené vztahy a vytvořit si nové, zdravé a nerizikové vztahy jsou základní úkoly závislého při léčbě. **Hledání a budování nových vztahů** se objevilo v cílech každého respondenta. Jejich cílem je najít si primárně partnery, poté přátele a někteří mají v plánu založit si rodinu. Hledání nových vztahů však není úkol lehký, referuje Adéla, když mluví o svých cílech: „*nový přátele, kamarády, což taky není úplně jako jednoduchý, když člověk prostě jako 7 let bral, tak všechny ztratil a ti co mi zůstali, jako čistý, tak ti jsou vlastně někde jinde a maj jakoby svoje zájmy a tak, takže je nevidám a najít si ty přátele taky není úplně tak jednoduchý no.*“

Část klientů ještě nemá „uzdravené“ vztahy s se svými blízkými, pro ně je tedy cílem tyto **vztahy zlepšovat**. Např. Karel by chtěl navázat bližší vztah se svou dcerou, která je ve výhradní péči jeho matky od jejích 10 let (nyní je jí 18 let) a navázat vztah s bratry, kteří s ním přerušili kontakt: (jeho cílem je mít) „...kontakt s rodinou úplně normálně, že můžu kdykoliv zavolat a přijet. Abychom nemuseli nějak vymýšlet, abych se s tamtím náhodou nepotkal a podobně, což se u nás v rodině teď děje.“ Tomáš by chtěl zlepšit vztahy s matkou a sestrou.

Matěj vyjádřil, že **zdravé vztahy**, které nyní má, jsou to, co ho motivuje: „Vztahový věci, mám zdravý vztahy s rodinou, s partnerkou, s přáteli, u kterých nemusím přemejšlet, jestli se se mnou baví kvůli tomu, že mám drogy nebo kvůli jiným věcem. Takže ty zdravý mezilidský vztahy.“

David: „Že se spolu bavíme otevřeně a nekřičíme po sobě, má o mě zájem, voláme si každý týden, můžeme si říct jakoby cokoliv. I jsem jí odpustil to dusdno, co mi dělala, když jsem byl malý. Dokážu si z ní udělat srandu, ona ze mě a prostě se tomu zasmějeme. Není to jako to bylo předtím – výčitky, hádky, nějaká zášť.“

Zdeněk: „S mámou mám moc hezkej vztah, to je vlastně poslední člověk, se kterým komunikuju. Jí je teďka 70, vídáme se spolu na chalupě, navštěvuju se u dětí.“

Pro Zdeňka je zásadním motivem **závazek rodičovství**. Vyprávěl o tom, jak se dostal na své dno: „...už jsem si i čekal na svůj vlak, před kterým jsem tak 2 vteřiny uskočil, před střetem. A tam jsem si uvědomil, že vlastně takhle ne, že mám děti a že prostě si zasloužej mít tátu a asi ta motivace moje zásadní byla ty děti v ten moment toho rozhodnutí.“ Závazek rodičovství byl tak silným motivem, že se rozhodl zůstat na tomto světě a svůj boj se závislostí nevzdávat.

Žít normální život

U dvou respondentů zazněla touha „**žít jako normální člověk**“, „**žít obyčejný, normální život**“. Co znamená „normální“? Z pohledu sociologie je to to, co ve společnosti převládá, co dělá většina, tedy, co je běžné. Pod pojmem „normální život“ se schovává mnoho charakteristik a mnoho motivů, které respondenti vyjádřili.

Můžeme sem zařadit například cíle jako **zařízení si vlastního bydlení, nalezení a udržení vyhovujícího zaměstnání, získání řidičského průkazu, vstoupení do insolvence a**

splacení dluhů. Patrika pohání vysoký cíl, který si vytyčil v pracovní sféře: „*Mým cílem je vybudovat firmu.*“ Pomalu sbírá znalosti a zkušenosti, aby mohl svůj cíl v budoucnu uskutečnit. Cíle tohoto typu zazněly u každého respondenta.

Pokud se klientům podaří zajistit si nějakou z těchto složek, významně vzroste jejich důvěra v sebe a spokojenost se svým životem. Příkladem může být Karlovo nalezení bydlení vlastními silami (viz. 2.6.2 Proces osamostatňování).

Můžeme sem také zařadit touhu či cíl, který vyjádřili 3 respondenti – „*fungovat*“ – tedy **zvládat svůj život, plnit své povinnosti**. Nebo cíl **udržet abstinenci**, který vyjádřili 3 respondenti. Pro Karla je to ten největší cíl, jelikož absolvoval 4 léčby po sobě v nedávné době: „*Mým cílem je určitě dodržet a udržet abstinenci, a to, pokud možno na furt, to je takovej ten největší cíl.*“

Matěj oceňuje na střízlivém životě to, že žije na uspokojivé, pro většinu lidí běžné či nezbytné životní úrovni. V porovnání s jeho životní situací před léčbou, kdy žil na squatu, je pro něj bydlení v bytě příjemným komfortem:

„Takovej ten komfort, ta komfortní zóna prostě úplně chyběla, a teď ji prostě mám, bydlím, nějakým způsobem funguju, takže vlastně i to.“

Abstinence klientům přináší důstojnou, uspokojivou životní úroveň, kterou v období užívání drog nemuseli mít.

Tyto motivy stručně charakterizují podobu „normálního života“.

Sebepoznání, sebeaktualizace

Cesta, kterou klienti ušli skrze léčbu a následné navracení do reálného světa, je pro ně velkým posunem, zásadní změnou. Respondentka Adéla vnímá období svého života, kdy užívala drogy, jako zaseknutí se, uvíznutí na jednom místě. Bylo to pro ni období, kdy stagnovala na určitém bodě svého vývoje, nerozvíjela se. Léčbou v terapeutické komunitě svůj osobní vývoj opět odstartovala a nyní ji pohání touha **vyvíjet se dál**: „*Protože se chci jako posunout někam dál,, prostě jsem se chtěla nějak jakoby vyklubat...*“

David a Radek nyní směřují svou cestu k **sebepoznání**.

David: „*...chodím teď sám a chci být teď sám, protože poznávám sám sebe, hledám se prostě, a to zjistíš jedině sám.*“

Radek: „Rád bych našel sám sebe.“

Zdeněk již dosáhl mnoha svých cílů – má rodinu, bydlení, vlastní podnik, své zájmy i přátele. Zkrátka má všechny složky běžného života. Mluvil o tom, že cílů má hodně, ale tím hlavním cílem je pro něj **dosáhnout vyrovnanosti a štěstí** v životě, který momentálně žije:

„Já vždycky čeho jsem chtěl docílit, jsem dosáhl, získal, ať už peníze, úspěch, práci, ale nebyl jsem nikdy šťastnej. Takže čeho bych chtěl dosáhnout, bejt nějak vyrovnanej a šťastnej.“

Abstinence jako svoboda

Pokud se povídáme na negativní motiv otroka závislosti, který symbolizuje závislost jako nesvobodu či uvěznění – závislost přináší mnoho problémů a znemožňuje spokojený život. **Abstinence** je potom **cestou ke svobodě a životní spokojenosti**.

A právě takto ji vnímá Karel: *„Protože se chci kdykoliv ráno probudit a cítit se dobře. Těším se, až dostanu zpátky řidičák a až mi kdykoliv, kdokoliv zavolá a já budu moct prostě sednout do auta a jet, ... Prostě chci bejt svobodnej.“*

A také Radek: *„vím, že kdybych pil, tak budu ztrácet zbytky své svobody.“*

Abstinence Matějovi poskytuje možnost věnovat se opět svým zájmům: *„...mám mnohem víc času na sebe. Můžu dělat věci, který mám rád, který jsem dělal dřív a ke kterým jsem se mohl vrátit.“*

Tělesné a duševní zdraví

Závislost provázejí jak psychické výkyvy, tak nepříjemné fyzické stavy spojené s abstinenciími příznaky nebo poškozením zdraví následkem užívání. Abstinence je potom osvobozením od těchto příznaků, a toho si na abstinenci cení Karel: *„Protože se chci kdykoliv ráno probudit a cítit se dobře.“*

Pro Radka je situace zdánlivě opačná – alkohol mu sloužil jako prostředek sebemedikace: *„Já jsem utíkal od pocitů, který jsem nedokázal snášet, k tomu chlastu jako do pohádky na chvíli.“* Když Radek abstínuje, jeho duševní problémy se projevují v plné

míře a on má možnost jim čelit a pracovat na trvalém zlepšení svého duševního zdraví:
„Takže bych chtěl najít sám sebe a nějakou tu stabilitu psychickou...“

Pro oba respondenty (pro Radka možná později) je abstinence cestou k tomu, jak **se trvale cítit dobře**.

Abstinence má smysl

Respondent Radek popisoval svou vnitřní změnu, kdy pocítil: *„..., že ten život v abstinenci stojí prostě za to. Že to je úplně něco jiného, už tam cejtím takovej nějaký pohon, že něco mi dává jakoby smysl...“* U Zdeňka jsem pozorovala při každém rozhovoru změny v motivaci a celkovém postoji k životu. V prvním rozhovoru říká: *„...tak jak žiju teď, tak mi to dává smysl.“* Při druhém rozhovoru u něj došlo vlivem několika faktorů k úplné ztrátě vnitřní motivace, a tedy i smyslu jeho abstinence: *„Já sám prostě, mě ta abstinence nebaví.“* Při třetím rozhovoru jsem u něj opět pozorovala vnitřní změnu, a sám respondent ji vyslovil: *„Prostě dává mi to teďka smysl, ta abstinence.“*

Můžeme tedy říci, že pokud klient vyjádří, že abstinence má smysl, je to **projev vnitřního posunu** nějaké síly, touhy, která vychází z člověka a někdy **nemá konkrétní důvod či původ**, člověk ji prostě cítí.

Být vzorem pro ostatní

Respondent Patrik: *„Chtěl bych inspirovat lidi, kteří mají třeba nějaký problém nebo třeba lidi, kteří nevěřejí sami sobě, že to jde. Prostě takový ti zoufalí lidi, kteří hledají, proč nepůjde tohle a tamto. Takový lidi jsem třeba potkával dost často v komunitě. Já bych jim prostě ukázal, že i přesto, že mají nějaký životní osud, že to neznamená, že to je jako konec. Když třeba začnou s něčím a budou na začátku té cesty, tak to neznamená, že to nemůžou dotáhnout do konce, že to nemůžou zvládnout. Já bych jim řekl, že jsem prostě taky byl v nějaký situaci, kdy jsem pochyboval o tom, jestli něco dokážu.“*

V tomto vyjádření se odráží klientovo smíření se s vlastním životem, se svou minulostí. Klient dodal svému životu vyšší smysl – být užitečný ostatním, jít příkladem, dodat sílu a odhodlání. Tento postoj je projevem klientovy **vybudované sebeúcty**.

4.1.2 Motivace negativní

Negativní motivy jsou tím, co klienty odrazuje od návratu k návykovému chování. Závislost a s ní spojený životní styl přinášel respondentům řadu problémů.

Negativní motivy v oblasti vztahů sdílejí téměř všichni klienti, tudíž je považují za dominantní motivy, stejně jako u motivů pozitivních. Další negativní motivy jsou poměrně specifické pro každého klienta. Pokud nějaký sdílejí dva klienti, pro každého má trochu jiný význam a (nebo) intenzitu.

Vztahové motivy

Ze svých zkušeností ze stáží vím, že mezi uživateli drog často bývají vztahy nezdravé. Respondent Patrik moje zkušenosti potvrzuje: „...*tam ty vztahy byly na bázi manipulace a nějaký vypočítavosti a nikomu jsem nemohl věřit ani slovo.*“ Klienty tedy odrazují **nedůvěrné vztahy na drogové scéně.**

Závislost většinou významně poškodila vztahy s rodinnými příslušníky a blízkými. V těchto vztazích panovaly časté **konflikty, nedůvěra, lži, krádeže, odcizení nebo úplné přerušování kontaktu.**

Matěj: „*To (podporu) mám. Ale nebylo to vždycky takhle, dlouhou dobu jsem nebyl vůbec v kontaktu s našima, ani se ségrou, vlastně několik let. Já jsem je kontaktoval, až když mě zavřeli. Takže nebylo to úplně růžový, já jsem provedl spoustu špatných věcí mámě a tak.*“

Tomáš: „*Tak byly to hádky v první řadě, a pak už mi daly nůž na krk – když nepřestanu, že už se nikdy nevidíme.*“

Negativním motivem, který klienti vnímají, je **strach ze ztráty důvěry, odcizení, prožitku pocitu viny nebo úplná ztráta vztahu**, pokud by se navrátili k závislostnímu chování.

Adéla: „*Vlastně když si vzpomenu, co museli prožívat jakoby rodiče a co jsem vlastně páchala kolem sebe, ne jenom na sobě, ale i kolem.*“

Matěj: „*Samozřejmě, že kdybych to teď podělal, tak se to všechno vrátí na začátek, toho jsem si jako vědomej, protože to tak vždycky bylo. Vždycky jsem řekl, že už ne, trvalo to tejden, a pak zase, že jo. Pak jsme se jako dlouho vůbec nekontaktovali.*“

Nepříjemné pozice a zážitky v důsledku závislosti

Závislost způsobovala klientům mnohé nepříjemné stavy a dovedla je do nepříjemných zážitků.

Tomáš: „...jak jsem dělal bordel po baráku, jak jsem se probudil někde v parku a ani nevím, jak jsem se tam dostal.“

„...pak nějaký odvykání, kdy mi bylo špatně, pocení, chvíli horko, chvíli zima, špatně jsem spal.“

Adéla: „...co jsem jakoby prožila nebo to, do čeho bych se nějak měla jakoby vrátit, tak to bych nechtěla opakovat.“

David vyjadřoval odpor celkově k drogovému stylu života, „vizáži fetáka“ – zanedbaná péče o sebe, hygiena, laxní přístup k životu a problémům.

Matěj vyjádřil svůj sebeobraz z období závislosti: „Já jsem byl fakt troska.“

Radka dovedla závislost do ponižující pozice: „...ve svém rodném městě, kde jsem byl známej jako kluk s výborným prospěchem, hrál jsem s x kapelama, lidi mě znali a já jsem tam žebrol a obcházel lidi, žebrol jsem na alkohol a na automaty a otravoval jsem je. To jako musíš hodně hluboko klesnout, abys obešla 200 lidí a půjčila si od nich třeba jenom 2 kila.“

Klienti zažívali v důsledku závislosti **nepříjemné prožitky** různého charakteru a dostávali se do **ponižujících pozic**, které by opakovat nechtěli.

Změna osobnosti

David mluvil o tom, že závislost měnila jeho osobnost – stával se z něj špatný člověk: „Protože mě to ničí, páchám na tom trestnou činnost, ubližuju lidem kolem sebe, a to nechci. Jsem dobrý člověk v jádru, prostě nechci brát drogy.“

Adéla: „co jsem vlastně páchala kolem sebe, ne jenom na sobě.“

Několik klientů uvedlo, že v období závislosti lhali a chovali se bezohledně.

Respondenty odrazuje od návratu k užívání **změna osobnosti v negativním směru, nemorální chování**, které u nich závislost vzbuzovala.

Trestná činnost

David, Matěj a Tomáš páchali trestnou činnost, David unikl výkonu trestu pouze o vlásek. Matěj mu neunikl a zážitek výkonu trestu je pro něj nejsilnějším negativním motivem: „*Protože to zašlo moc daleko, zavřeli mě a tuhle zkušenost si nechci zopakovat. To (abstinence) je asi jediná možnost, jak tam nejít zpátky.*“

Tomáš: „*...jsem jel jednou opilej autem, chytily mě policajti, takže problémy...*“

Pro všechny 3 klienty je páchání trestné činnosti odstrašující zkušeností, ke které došlo v důsledku jejich závislosti. Spáchání trestné činnosti je klienty vnímáno jako znak toho, že – jak vyjádřil Matěj – už to zašlo moc daleko, že překročili určitou hranici, a tudíž je potencionální návrat k užívání spojen se **strachem z opětovného páchání trestné činnosti a následného trestu.**

Návrat k užívání = zbabělost, slabost

Radek by vnímal svůj návrat k užívání jako zbabělost: „*...mě by to přišlo jako hloupý, zbabělý, protože jsem to bral jako výzvu. Sám před sebou bych se styděl a zároveň už mám tolikrát vyzkoušený, že to nefunguje, že mi to nic nepřinese.*“

Patrik vyjadřuje podobný postoj při práci s bažením: „*...že přece jako nejsem takovej slaboch, že bych to jako udělal, že prostě nebudu před tím utíkat. Postavím se tomu čelem a ten problém nějak vyřeším.*“

Respondenti vnímají potencionální návrat k užívání jako **zbabělost či slabost, zklamali by sami sebe.**

Problémy v zaměstnání

Karel mluvil o strachu, který měl, když chodil do práce pod vlivem alkoholu – aby nenadýchal a o práci nepřišel.

Tomáš měl časté absence v práci: „*v práci, já jsem teda chlastal o víkendu a kolikrát se to protáhlo, že mi třeba bylo ještě v pondělí špatně nebo jsem vyloženě zavolal, že nepřijdu, že jsem pil o víkendu a pokračoval jsem v tom.*“

Závislost u obou respondentů způsobovala nezodpovědné chování v zaměstnání, oba se vystavovali **riziku ztráty zaměstnání.**

Otrok závislosti

Život se závislostí byl pro Zdeňka otročina: „*Takže prostě takhle žít nechci, že už to vlastně není život, ale je to otročina. Furt dokolečka, prostě abstinence, beru, nepiju, piju, furt dokolečka. Řekl jsem si, že fakt už jako nemůžu, nechci.*“

Tento motiv vyjadřuje symboliku **závislosti jako nesvobody**, uvěznění.

4.1.3 Ztráta motivace

Jak již zaznělo v úvodu práce, motivace je proces, tudíž se může vyvíjet, a to někdy velice zásadně. Během rozhovorů jsem pozorovala několikrát projevy ztráty motivace, poté jsem se na ně respondentů i zeptala.

Ztráta vnitřní motivace k abstinenci

U Zdeňka jsem byla přímým svědkem úplné ztráty vnitřní motivace k abstinenci. Zdeňek při prvním rozhovoru působil vyrovnaně a motivovaně, z jeho úst zaznělo:

Zdeňek: „...*tak jak žiju teď, tak mi to dává smysl.*“

Před druhým rozhovorem se událo několik věcí, které pravděpodobně způsobily u Zdeňka ztrátu motivace. Zdeňek se už několik měsíců chodil otužovat, byl to pro něj významný rituál, pomocí nějž se mohl odreagovat a uvolnit své napětí. O tento rituál však přišel kvůli zranění zad. Další nepříjemností byl nově vzniklý problém ohledně dcer a jejich střídavé péče. Tento problém souvisí s již dvouletým konfliktem s exmanželkou a jejich neshodami o výchově dcer. Díky tomuto problému se vystupňovaly Zdeňkovy hádky s partnerkou. Zdeňek byl navíc pod velkým pracovním stresem v předvánočním presu. Můžeme pozorovat nahromadění několika stresujících faktorů. Zdeňek zažíval bažení:

Zdeňek: „*Naběhne to v takových těch pocitech křivdy a lítosti, kdy si říkám, že stejně nemá nic cenu a nejradši bych po něčem sáhnul.*“

Byl schopen si zreflektovat svou situaci, uvědomit si, z jakých příčin se bažení pravděpodobně vyskytlo. V dalším průběhu rozhovoru jsem Zdeňkovi rekapitulovala náš první rozhovor a Zdeňek spontánně reagoval:

Zděněk: „*Jak to tak poslouchám, tak si uvědomuju, že mě motivujou hlavně ty věci z venku, to moje okolí. Nejsem to až tak úplně já sám. Byť jsem se naučil se mít alespoň trošku rád, tak ale to je vlastně bejt dobrým tátou, to je pro někoho, bejt dobrým partnerem, taky pro někoho. Já sám prostě, mě ta abstinence nebaví.*“

Zde můžeme pozorovat úplnou ztrátu vnitřní motivace, i přesto, že si Zdeněk byl schopen předtím racionálně vysvětlit, že na něj momentálně působí několik stresujících faktorů. Při třetím rozhovoru jsem mu opět zrekapitulovala, jak se cítil minule a dotázala se, zda to vidí stejně.

Zděněk: „*Nemám to stejně. Možná, že jak jsem o tom hodně mluvil a přemýšlel, tak jsem si uvědomil, že důvodem k abstinenci jsou i moje dlouhodobé cíle, plány a vize, kdy já to vlastně dělám sám za sebe.*“, (, ...), „*Prostě dává mi to teďka smysl, ta abstinence.*“

Zdeněk před posledním rozhovorem absolvoval pracovní zájezd do Rakouska na lyže, kde si mohl odpočinout, přístup kolegů k jeho závislosti byl velice ohleduplný a Zdeněk získal novou inspiraci, sebevědomí a ujistil se ve svých cílech. Tyto faktory uvádí jako příčinu své nově nabyté motivace.

U Zdeňka můžeme pozorovat **2 typy dynamiky motivace – ztrátu a znovunabytí.**

Ztráta motivace v důsledku užívání psychofarmak

Další ztrátu motivace, avšak zcela v jiné situaci, jsem pozorovala u Radka. Jednalo se o situaci, kdy byl Radkovi ukončen doléčovací program a u něj následovala těžká reakce (situaci jsem popisuji v kapitole 3.6.2 Proces osamostatňování). Radek poté začal užívat psychofarmaka, která měl již dlouhou dobu předepsaná, ale zdráhal se je užívat, kvůli předchozím špatným zkušenostem (po jejich užívání u něj došlo k relapsu). Jejich působení u Radka vyvolalo ztrátu motivace k jakékoliv činnosti, kterou prožíval takto:

Radek: „*Mě se strašně moc ulevilo, ale ten klid je hrozně nezvyklej. Já jsem byl zvyklej se motivovat v úplně jiným rozpoložení a problém je, že já se teď nějak nemůžu k ničemu dokopat. Je mi tak nějak všechno fuk, nejradši bych spal, jedl a užíval si, že je mi chvíli dobře. Což není úplně ideální, takže mě čeká dost práce si na to zvyknout. Ještě k tomu ty antidepresiva by neměly tlumit sexualitu, což teďka ze začátku je to úplně jako zabítý. Pro mě je libido jeden ze základních hnacích motorů a v podstatě téměř jedinej. Takže tohle je*

pro mě další pecka. Já se teď rozkoukávám v úplně jiným těle a světě a nevím, jestli v tom chci zůstat.“

Takto tedy může vypadat subjektivní prožívání účinku psychofarmak. Pro praxi z toho plyne, že odborníci by měli být ostražití ohledně účinku psychofarmak na motivaci a zachytit ztrátu motivace u klienta již v počátku, než dojde k lapsu či relapsu.

Radek však zažívá i bez medikace pravidelné psychické propady, při kterých ztrácí dokonce motivaci žít:

Radek: *„To zažívám minimálně jednou tejdně a trvá to od hodiny, až řekněme den, půlden. To jsou takový psychický propady, v určitý fázi toho propadu nemám absolutně motivaci cokoliv na tomhle světě řešit a více méně řeším jenom, jestli chci z tohoto světa odejít rovnou nebo jestli si předtím způsobit ještě nějaký hodně silný utrpení.“*

Takto mluvil při posledním rozhovoru, kdy už psychofarmaka neužíval, jelikož ztráta motivace přešla do nebezpečné fáze, kdy už ztrácel i motivaci žít. U Radka můžeme pozorovat velký boj s vlastní psychikou, zažívá velké výkyvy a dekompenzace, kdy se u něj objevují suicidální myšlenky a tendence k sebepoškozování a stále postrádá smysl života:

Radek: *„Každopádně, když to zhodnotím, i po tom novým roce, tak pořád nemám žádnéj smysl života. Necítím žádnéj smysl života, nevidím vůbec důvod, proč existovat a všechno jsou to takový dočasný náhražky. Jen tak jako pro zábavu si něco vytáhnu a nějak se mi na to chvíli daří jet. Zatím to nějak nefunguje, nenaskakuje, a když mi něco naskočí, tak je to jenom dočasný.“* I přes mnohočetné duševní problémy však Radek pociťuje motivaci k abstinenci: *„ta moje motivace nepít tam pořád je, vím, že kdybych pil, tak budu ztrácet zbytky svý svobody.“*

Ztráta motivace jako součást procesu léčby závislosti

Poté, co jsem se klientů zeptala, zda zažívají ztrátu motivace, jsem dospěla k názoru, že chvilkové (dočasné) stavy ztráty motivace, jsou běžnou součástí procesu léčby závislosti. Klienti byli zvyklí si od duševní nepohody pomáhat účinkem látek. Jejich životní problémy se tak redukovaly téměř jen na ten jediný – zajistit si látku. Alespoň takto se na období užívání drog dívají někteří klienti. V momentě, kdy se v jejich životě vyskytnou problémy, uvažují o životě na drogách jako bezstarostném a jejich motivace k abstinenci klesne.

Matěj: „První týden, co jsem se dozvěděl, že budu v práci končit, byl hroznej. Měl jsem chuť, ale nejen přímo na drogy, ale prostě se na všechno vykašlat a bejt „bez starostí“. Jedinou starostí by bylo, abych měl dost heráku a nedostal absták, nic jinýho mě vlastně nezajímalo.“

Na „bezstarostnosti“ života na drogách se Patrik s Matějem shodují. Patrik však nepocítoval ztrátu motivace k abstinenci.

Patrik: „...že bych jako úplně ztrácel chuť k životu nebo nějakou motivaci, to mi nepřijde. Ale je možný, že nějaký takový záblesky přišly, že jsem byl úplně zlomenej, ale já bych řekl, že ta motivace tam byla vždycky, ale spíš tam bylo takový „sakra, ten život je tak těžkej, kdybych si teďka mohl dát tu čáru, tak nemusím nic řešit prostě“. Takže spíš formou nějakýho toho útěku, ale že by se mi ztratila nějaká motivace, to ne. Spíš nějaký takový chuť silný a útěk od tý reality.“

Tomáš zažívá časté střídání dobrých a špatných období:

Tomáš: „...já se pořád nemůžu zbavit toho, že když se něco delší dobu se*je, tak já už pak mám takovej pocit, že se na všechno vykašlu a vždycky si říkám, že už nebudu používat žádnou motivaci, ale že nebudu pít jenom silou vůle. A pak jsem zase třeba odpočatej, něco se daří a pak jsem zase takovej veselej, mám plány a něco třeba uskutečním.“

Nyní mu dělá starosti nové zaměstnání, opakuje se jeho zkušenost z minulosti, kdy mu dělaly problém určité pracovní výkony. A Tomáš zažívá ve spojení s tím krátkodobé propady motivace.

Tomáš: „...dostal jsem se do takovýho stavu, kdy jsem si říkal, že už to nemá cenu, že se vlastně nic nezměnilo, všechno je ve stejných kolejích a napadlo mě, že to vlastně nemá smysl. Jednu chvíli jsem si dokonce říkal, že když se to nenaučím, tak se vykašlu na všechno, a potom mě teda napadlo po nějaký době, asi po půl hodině „ježišmarja, na co to myslím? To bych ještě zvoral další věc.“

I Matěj zažívá pravidelné propady motivace:

Matěj: „To mám v jednom kuse, vždycky je to 14 dní všechno v pohodě, pak si říkám, jestli to za to stojí, vzpomenu si na to, jaký mám dluhy, a že si nemůžu najít pořádnou práci, na

všechno tohle, a říkám si, jestli to má smysl. Ale je to vždycky chvilkový, nikdy to netrvá víc než den.“

Takové propady jsou často způsobeny nahromaděním více stresujících faktorů v jeden moment, jak jsme pozorovali u Zdeňka a toto popisoval i Karel:

Karel: *„Byl tam takovej jakoby záchvěv, ted'ko před Vánoce. To byl rozchod s tou Věrou, to bydlení, věděl jsem, že už musím, nic se nenacházelo, ale je pravda, že jsem tomu nevěnoval zas tolik času. A taky ty Vánoce, že budu trávit sám, vlastně poprvé. Tak nějak se to naakumulovalo a řekl jsem si: „nejsem tady zbytečně?“ Dal jsem si cigáro, kafe a bylo po problému.*

Z těchto výpovědí respondentů usuzuji, že **chvilkové/dočasné stavy ztráty motivace, jsou běžnou součástí léčby závislosti** a je tedy třeba na to klienty připravit. Pomocí mohou být např. různé motivační nebo krizové kartičky, krizový telefonát doléčovacího programu nebo telefonát či setkání s blízkou osobou.

4.1.4 Proces osamostatňování

Výzkumem se podařilo zachytit, jak probíhá proces osamostatňování u dvou respondentů. Uvádím ho zde, protože s procesem doléčování významně souvisí, a také souvisí s motivací.

U respondentů jsem pozorovala rysy závislosti na vztazích:

Radek: *„Nejdřív jsem byl pod vlivem rodičů, nemohl jsem se osamostatnit, vlastně do 28 let jsem bydlel u našich, pak mě vyhodili konečně na ubytovnu, a pak jsem to vlastně zaplácnul vztahama, dvěma. A vlastně až letos v únoru jsem dostal kopačky od tý jedny holky, půl roku jsem byl v takový porozchodový agonii a vlastně ted' nově na podzim jsem tak začal hledat tu novou motivaci, ...“*

Karel: *„Já jsem byl defacto od vojny ve vztahu, já jsem neznal samotu.“*

U Karla jsem byla během období, kdy jsem prováděla rozhovory, přímým svědkem jeho změny. Při prvních dvou rozhovorech byl v režimu „buďto mám partnerku nebo si ji aktivně hledám“:

„Já jsem hledal, protože prostě nedokážu žít bez ženský a hlavně nechci.“ (1. rozhovor, respondent byl ve vztahu)

„Budu hledat, přes seznamky, já s tím nemám problém, nezahlím.“ (2. rozhovor, respondent byl po rozchodu s partnerkou)

Oba respondenti došli do bodu, kdy začínají pociťovat odhodlání, sílu či touhu žít sami za sebe:

Radek: *„...jsem dospěl k tomu, že bez té přítelkyně, sám za sebe, prostě nechci do toho znovu spadnout, že chci prostě abstinovat.“*

Karel: *„pak jsem se zabral do toho bytu, a tak jsem si nějak řekl: „co já na těch ženských furt hledám?“ Vždyť je to jedno, tak nějakou potkám, tak jsem to odsunul, že to není taková priorita.“*

„A mě to říkali v každé léčbě: „musíš sám“. A teď se mi to daří a vyhovuje mi to. Já jsem se toho strašně bál, protože jsem to neznal, neuměl jsem to a já jsem teďka šťastnej člověk. A taky to udělalo to, že jsem si sehnal ten byt a všechno jsem si zařizoval sám.“

„...nebylo to asi úplně od začátku, ale ta moje samostatnost prostě stoupá.“

Jak uvádím v kapitole 1.4.1., postupné osamostatňování je cílem doléčovacího programu. U Karla můžeme pozorovat jeho prožívání osamostatňování. Proces osamostatňování může být však velice zdlouhavý a krkolomný.

Karel absolvoval 3 léčby, během kterých byl ve vztahu s partnerkou, také závislou na alkoholu. Poté, co už 3x zrelaboval a závislost jim obou přinesla velké problémy, došel k tomu, že se musejí rozejít a do poslední, 4. léčby šel již sám.

Pro Radka je osamostatňování velmi náročným procesem. Rozchod s poslední partnerkou pro něj byl těžký:

„Já, jak jsem byl v té porozchodové agonii, tak jsem si nedokázal vůbec nic užít sám.“

V práci to bylo fajn, ale já pak přišel domů, a tam mě nikdo nečekal, celej ten den v práci byl k ničemu, když jsem neměl s kým ho sdílet. Dokonce jsem si pak konečně ušetřil stovku a koupil jsem si ten dobrej kartáček a sprcháč, a doma jsem si řekl „k čemu mi to sakra je, když jsem sám?“ Já jsem to prostě nedokázal vůbec přijmout. Ale teď už jsem si třeba něco

koupil a užil jsem si to. Učím se mít radost sám ze sebe a pro sebe, učím se být tak trochu chamtivěj, říkám si: „ted' kašlu na všechny ostatní, užiju si to jako sám.““

Během doby, co absolvoval doléčovací program si na něm Radek vytvořil silnou závislost – na sdílení, podpoře, pravidelném kontaktu s lidmi. Před druhým rozhovorem došlo k tomu, že Radek vyčerpал kapacitu programu a jeho doléčování bylo ukončeno, což prožíval velmi těžce:

„Když mi to oznámili, tak v tý mojí chorý myslí se spustil takovej mechanismus jako když jsem dostal kopačky. Byl jsem v šoku, nebyl jsem schopnej ani reagovat.“

„No první věc byla zvládnout ty emoce, protože já jsem měl pocit, že se musím buďto jít zabít nebo minimálně jít ožrat. Takže jsem si říkal, že tohle není dobrej stav.“

„...druhej den udeřila těžká deprese, to jsem ležel, tělo jako z olova, nemohl jsem skoro zvednout ruku, dojít na záchod byl problém, bylo mi na zvracení, bušilo mi srdce a bylo mi jako kdybych přišel o rodinu nebo tak něco.“

Radek svůj „rozchod“ s doléčovacím programem zvládnul díky psychofarmakům a začal na něm hledat pozitiva:

„Jednak to, že já jsem to vlastně chtěl, já jsem nebyl šťastnej, že jsem až tak závislej na tom doléčováku a necejtil jsem se v tom dobře. Snažil jsem se to omezit, ale kvůli těm svým stavům jsem to prostě nezvládal. I o změně garanta jsem uvažoval, což se mi vlastně splnilo. Takže i ta změna je dobrá.“ (Radek přešel na ambulantní program)

Výše jsme tedy mohli nahlédnout, jak náročný, těžký, a také dlouhodobý může být pro klienty proces osamostatňování. Proces osamostatňování zásadně souvisí s motivací ke změně. **Pokud je člověk závislý na vztazích, nepřebírá plně odpovědnost sám za sebe. Převzetí odpovědnosti je nutná podmínka k dosažení změny.**

4.2 Vzpomínky na užívání

Klientů jsem se dotazovala, jak vzpomínají na období, kdy užívali, jaké to v nich vyvolává emoce, protože to vypovídá o jejich vztahu k období závislosti. A to, jaký mají vztah k období závislosti, také souvisí s jejich motivací k abstinenci. Bylo zajímavé, že odpovědi klientů se velmi lišily, můžeme je rozdělit do **tří skupin**.

Tři respondenti se shodli na tom, že **vzpomínají téměř jen pozitivně**, a pro to, aby si vybavili negativní vzpomínky, musí vyvinout úsilí.

Patrik: „*Já, když mám chuť, tak se snažím si vybavit ty špatný vzpomínky, abych neprošel nějakou recidivou. Ale mám v sobě takovej mechanismus, kterej, když vzpomínám, tak mi to přijde, že to bylo jako fajn.*“

David: „*Jo, vzpomenu si občas na ty hezké chvíle.*“

„*Jako byly okamžiky, kdy mi bylo prostě dobře na tom, jako ono ve výsledku drogy nejsou špatné, když to umíš užívat, jo.*“

„*Spíš se tomu teď zasměju, jo, bylo fajn, ale potom moc dobře vím, co všechno špatně bylo a kam mě to prostě vede a jak rychle to teď jde z kopce. Takže prostě drogy nechci. Jako občas přijde hezká vzpomínka, ale není to jako že bych seděl a ty brd'o, no jako, to jsem byl v tamtom klubu a takhle já nepřemýšlím, prostě když přijde nějaká situace, tak si vzpomenu, ale nijak nebažím po tom.*“

Matěj: „*Často, pokaždý, když mám chuť, tak na to vzpomínám. A vždycky jenom dobrý že jo, člověk si zapamatuje jenom to příjemný. Ty abstáky a podobný věci, to zmizí celkem rychle.*“

„*Jako kdybych si měl teď vzpomenout, jak přesně jsem se cejtil, když jsem měl absták, tak samozřejmě si na to vzpomenu, jako je to nepříjemná vzpomínka, ale mnohem snáz si vzpomenu na to, jaký byly nájezdy.*“

„*...člověk si pak pamatuje jenom to hezký z toho.*“

Pět respondentů má vzpomínky opačného rázu. Zdeněk, Adéla a Radek mají **silně negativní vzpomínky**.

Zdeněk: „*Uskuhranej sráč, kterej se lituje, prostě jenom zabít něco, prostě problém, kterej nevyřeším, tak jednorázově jakoby ho přetlouct, prostě ten únik, vymazat ten mozek, místo toho, abych jako našel řešení.*“

Adéla: „*Jo tak vzpomenu si určitě na to, když jsem jako brala a vyvolává to ve mně úzkost, až jako pocit na zvracení kolikrát, možná to jsou jako nějaký chuť, nevim, ale není mi to úplně jako příjemný, když si na to vzpomenu.*“

Radek: „Mě to je odporný jako.“

„No nevím, proč bych měl myslet na to, že jsem byl schopnej ve svém rodném městě, kde jsem byl známej jako kluk s výborným prospěchem, hrál jsem s x kapelama, lidi mě znali a já jsem tam žebrol a obcházel lidi, žebrol jsem na alkohol a na automaty a otravoval jsem je. To jako musíš hodně hluboko klesnout, abys obešla 200 lidí a půjčila si od nich třeba jenom 2 kila. Což jsem pak postupně zase splácel, já jsem byl schopnej se vetřít takovým způsobem, že ti lidi mě nakonec ty prachy dali. Takže když na to vzpomínám, tak z toho nemám jako dobrý pocity.“

Tomáš a Karel se pohybují někde na pomezí, **vzpomínají i kladně, ale negativní vzpomínky převažují.**

Tomáš: „Na to samotný mám spíš pozitivní vzpomínky, protože ten stav otupění, to mi bylo příjemný. To, co jsem při tom dělal nebo kde jsem se probudil, tak to je jako špatný, to už nechci opakovat. Ten příjemnej stav za to nestojí.“

Karel: „Určitě, vzpomínám docela často, ať v tom dobrým nebo v tom špatným, protože i na ten perník i alkohol jsou i ty kladný vzpomínky, ale těch je málo. Takže rozhodně jsou to hlavně ty špatný, dokonce spíš ty nejhorší bych řekl.“

Tři respondenti vzpomínají na užívání kladně a dvěma z nich se období závislosti jeví jako bezstarostné. **Můžeme tedy předpokládat, že když se respondenti, kteří takto vnímají své období závislosti, dostanou do krize, budou mít pravděpodobně větší touhu vrátit se k užívání než respondenti, kteří na své období závislosti vzpomínají negativně.**

4.3 Práce s bažením

V této kapitole představím **situace, ve kterých respondenti zažívají bažení a techniky, které respondenti používají pro jeho zvládnutí.**

Bažení (viz. kapitola 2.5.7) se přirozeně vyskytuje během léčby, doléčování a může se občasné objevit po zbytek celého života osob se závislostí. Z tohoto výzkumu vyplývá, že bažení se objevuje, **když se člověk vystaví podnětům spojeným s užíváním** (uvidí pivo, ucítí marihuanu, potká rizikovou osobu atd.). Dále to byly **negativní emoční stavy**, např. nejistotu zažíval David, když se mu krátil čas na nalezení bytu. **Interpersonální konflikty** jsou častým důvodem – konflikty s partnerkou zažíval Zdeněk, Matěj zažíval konflikty se

svým nadřazeným a pravidelně každou neděli večer prožíval bažení, Adéla byla na dovolené s rodiči, kde mezi nimi docházelo k neshodám a ona prožívala silné bažení.

Nepřímý sociální tlak zažívá pravidelně Zdeněk na firemních akcích (viz. kapitola 4.5).

Příčemž bažení může mít různé projevy, často jsou bažící myšlenky velmi dobře skryté za jiné potřeby nebo se mohou projevovat třeba i formou bolestí různých částí těla nebo ve snech: (Zdeněk) „...se mi vracej třeba chutě jako na pervitin. Po takhle strašně dlouhý době, třeba jako ve snech.“ Někdy může být těžké bažení rozpoznat, ale respondenti jsou k němu velmi ostražití.

Znakem bažení je ambivalence, touha po užití drogy člověka nabádá, aby udělal něco, co je v rozporu s jeho nynějšími cíli. Pokud se vrátíme ke kruhovému modelu motivace ke změně (viz. podkapitola 2.1.1.2), člověk v tu chvíli začne vnímat nevýhody současného stavu nebo (a) výhody užívání drogy a dostává se do fáze uvažování, akorát v opačném směru.

Prožitky ambivalence popisuje Patrik: „*Já bych řekl, že mám v sobě takový 2 póly. Jeden z těch pólů mi pořád říká „běž prostě fetovat, bude ten život mnohem jednodušší, nebudeš se muset o nic starat, jediná tvoje potřeba bude sehnat si drogu a nebudeš už muset řešit tisíc věcí okolo, běž to udělat“ a mám občas různý takový myšlenky, který mě jako demotivují. A když přijde taková nějaká myšlenka, tak musím rychle zakročit „ty vole prostě nemysli na to, uvědom si, co všechno máš, jak dlouho si za tím jdeš, co jsi prostě všechno vybudoval, tak to přece nechceš teď ztratit ne?“*“ Patrik ve svém vnitřním dialogu použil **pozitivní motivaci** – připomněl si, jaký kus cesty už ušel, v kombinaci s **negativní motivací** – o co by tedy všechno přišel. Tento způsob (připomenout si již dosažených úspěchů v léčbě) využívají také další dva respondenti.

Patrik také používá techniku **sebeposilování, sebezkompetentňování**: „*Asi taková ta myšlenka, že vím, že jsem silnej, a že když se pro něco rozhodnu, tak si za tím prostě jdu. A že si říkám v tu chvíli, že přece jako nejsem takovej slaboch, že bych to jako udělal, že prostě nebudu před tím utíkat. Postavím se tomu čelem a ten problém nějak vyřeším.*“

Matěj má výhodu v tom, že jeho partnerka je také abstinující závislá, díky tomu si mohou navzájem pomoci bažení zvládat. Pro Matěje je první pomoc při bažení, ho s někým **sdílet**: „*Jo, tak ono to sdílení těch chutí je vlastně takovej první krok k tomu, jak*

z toho vyskočit. Když to řeknu nahlas, tak to uvědomění, že teď ty chutě mám, a že to jsou jenom chutě, a že to nebude trvat věčně je opravdu takovej první krok.“ Další způsob, který mu pomáhá, je připomenout si silnou negativní motivaci, která je v jeho případě prožitek výkonu trestu: *„Vzpomenu si na basu.“*

Zdeněk často mluvil o chutích, které přicházejí po hádce, afektu nebo pocitu křivdy, které spustí vnitřní dialog: *„To je na hovno, já bych se ožral“, „co to sakra říkáš?“, „...a už to jede.“* Zdeněk má několik způsobů, jak se s takovým stavem vypořádat. Prvním způsobem je uzavřít se, zklidnit, zchladit své emoce: *„Já většinou potřebuju, když se dostanu do nějakýho takovýho stavu, tak mi pomáhá spánek, odpočinek, klid, ticho, tma a většinou se z toho vyspím a druhý den je už zase dobře.“* Další technika, kterou Zdeněk popsal, je racionalizace: *„A já si vždycky srovnám v hlavě, že mě prostě bolejí ty záda, řešíme děti, jsou tam hádky, tak že se mi tohle prostě nabízí jako úžasná únikovka.“* A pokud je bažení obzvlášť silné, tak má v záloze ještě techniku, kterou jsem nazvala **„zhmotnění závislosti“**: *„když cítím, že to má velkou sílu, tak si povídám se závislostí před zrcadlem, to je můj způsob a je výbornej.“*

David je velmi energický, proto je pro něj rizikovou situací, když nemůže vybit svou fyzickou energii. Také těžko snáší nejistotu budoucnosti a do velkých chutí se dostal také, když o Vánocích pobýval v rodném městě. Jeho hlavní způsob, jak se udržovat v psychické pohodě, a bojovat s bažením, je pohyb – procházka. Když byl na nemocenské, pomohlo mu bažení zajíst. David se jednou za čas potká se svými přáteli, kteří užívají marihuanu, dokonce jim ubalí jointa a stojí vedle nich, když ji kouří, mluví o tom, že tak uspokojí svůj vztah k marihuaně: *„Když se prostě potkáme, tak já si užiju jejich přítomnost, uspokojím svou feťáckou dušičku, ale pak si v hlavě urovnám šuplíky a je to v pořádku.“* David si jde pevně za svým cílem a pomáhá mu **racionalizace** – ujasnit si, co je jeho cílem a co pro to chce dělat.

4.4 Abstinence vs. kontrolované užívání

Klientů jsem se zeptala, jaký vztah mají k užívání návykových látek do budoucnosti. **Čtyři respondenti, kteří byli v posledních letech závislí na alkoholu, chtějí jít cestou úplné abstinence.** Zdeněk mluvil o své zkušenosti, kdy kontrolovaně užíval alkohol téměř tři roky, pak se mu to ale opět vymklo a nyní už ví, že je to nad jeho možnosti. Karel má

podobné zkušenosti: „*Ne, to už mám za sebou tyhle pokusy.*“ Tomáš si je jistý, že chce abstinovat, ohledně budoucnosti vyjádřil obavy: „*Napadá mě, spíš z toho mám jako strach, že přijde situace, kdy si začnu říkat, že se nic nestane, když si dám jedno.*“ Radek si je jistý, že užitím čehokoliv by ztratil mnohem víc, než získal: „*Já si představuju, že mám v mozku vybudovaný nějaký ty závislostní obvody, a když se to podráždí, tak ono se to prostě propojí s těma jinýma částma. A já, aniž bych si to uvědomil, bezbolestně přijdu o strašně moc práce na sobě a v následujících měsících a letech pak ten dluh splácím, to prostě nemá smysl.*“

Čtyři respondenti, kteří mají závislost na nelegálních drogách, mají vztah k užívání látek do budoucnosti trochu jiný, až na Patrika. Patrik je rozhodnutý jít cestou úplné abstinence. Matěj a Adéla připouští možnost, že by se v budoucnosti občasně napili alkoholu.

Adéla: „*...určitě si dokážu představit, že třeba při nějaký příležitosti, na Vánoce, na Silvestra, myslím, že tohle jsou takový dvě události, kde ten přípitek je prostě hezkej, tak tam si to dokážu představit.*“

Matěj: „*Jo, o pivu přemýšlím. Já jsem neměl problém primárně s alkoholem. Já jsem pil vlastně jenom, když jsem měl absták a neměl jsem herák, kvůli bolesti fyzický. Takže si dokážu představit, že bych si za pár let dal občas pivo.*“

David má pozitivní vztah k marihuaně a kultuře jejího užívání: „*...celkově ten rituál okolo toho jako mám rád prostě, je to takový chillout.*“

Zvažuje občasné užívání v budoucnosti: „*... pohrávám si s myšlenkou, že bych si zahulil, ale až za nějakou delší dobu, jo. Třeba taky ne, třeba to vůbec nebudu potřebovat k životu.*“

Při třetím rozhovoru se Davidovo uvažování změnilo v rozhodnutí a toto rozhodnutí pro něj bylo z mého pohledu důležité. Soudím tak z toho, jak mi jej sdělil:

Já: „*Změnilo se u tebe něco od Vánoc?*“

David: „*Ano, rozhodl jsem se, že si zahulím.*“

K rozhodnutí u něj došlo o Vánocích, které trávil v rodném městě, mluvil o tom, že měl velké chutě. Jeho představa, jak chce marihuanu užívat je taková: „*Budu to dělat tak,*

jak jsem měl původně v plánu. Když půjdu někam na výlet do hor, tak si vezmu prostě s sebou na brko, až zdolám nějaký vrchol, tak si prostě zahulím, dám si chill.“, ..., „...kdyby se mi povedlo do budoucna, že bych si prostě vypěstoval doma kytičku a občas si pohulil. Jako v klidu, dejme tomu jako nějaké meditační cvičení sebe. Tak to by bylo super.“

4.5 Jak klienty abstinence (závislost) omezuje?

Klientům jsem položila záměrně otázku, v čem je abstinence omezuje. To, co však klienty reálně omezuje, je závislost, ta je důvodem, proč jsou pro ně určité situace rizikové. Dobrovolný abstinents by se mohl bez problémů účastnit i těchto situací.

Tři respondenti (se závislostí na alkoholu) uvedli jako omezení, která prožívají, velmi podobné situace. Jsou to společenské akce, kde se pije alkohol. Karel i Zdeněk jsou schopni se takových akcí účastnit, když jsou v dobré psychické pohodě. Je pro ně tedy problém naplánovat si nějakou akci dopředu, protože to, zda se jí zúčastní, budou vědět až těsně před ní.

Karel: *„Já bych neřekl ani že omezuje, ale když se někam jde, třeba teď se nám blíží vánoční večírek z práce, tak jsem si rozmejšlel, jestli půjdu nebo ne. Z toho důvodu, jestli se na to cejtim.“*

Tomáš: *„Já bych se třeba sešel s nějakýma kamarádama, ale oni jsou takoví, že ne, že by chlastali, ale kdyžtak jako že si rádi zajdou na pivo. Ty jsem zatím ještě neoslovil vůbec a nevím no, asi v tomhle.“*

Součástí Zdeňkovy práce jsou často různé firemní akce spojené s pitím alkoholu. Závislost ho často omezuje v účasti na nich, tím pádem i vyčleňuje z pracovního kolektivu. Závislost v tomto smyslu zasahuje i do jeho partnerského života.

Zdeněk: *„Tak omezuje mě při nějakých třeba společenských akcích, setkáních třeba. Pracuju v obchodě a dost často se po mě chce, abych třeba někam jel. Já prostě školím lidi a mám spoustu aktivit a někdy prostě nejsem v dobrý kondici. A když pak večer jsou nějaký barový aktivity a když mi není dobře, tak odejdu už jako kvůli sobě. A omezuje to vlastně i třeba moji partnerku, prostě když nemám ten den, tak nejsem schopnej jít třeba do restaurace, když se na to prostě necejtim.“*

„Když se třeba jelo na rafty, tak jsem trpěl jak zvíře, protože kalili fakt moc. Mě to i spíš jako sralo, že jsem se nevyspal, tam samozřejmě proběhla ta křivda, závist. Výhodou je, že to o mě všichni vědí, takže mi to nikdo necpe, ale příjemný to není. Takže veškerý firmení akce, teď i do toho Rakouska mám obavy, ale tak prostě to nějak zvládnou, musím, že jo.“

Adéla se také setkává se situacemi, kdy je pozvána jít pít, ale ona již nemá zájem trávit čas chozením do barů, hospod apod., tento životní styl jí není blízký.

Adéla: *„Nevnímám to, i když jako jo, dneska se mě kolegyně zeptala, jestli s nima nepůjdu pít, takže asi trochu jako jo. Ale nějak mi to vyloženě nevadí. Spíš bych si přála nějaké hezkej vztah a trávit ten čas užíváním, ale nějakým jako jiným. Nějakou volnočasovkou, ne jako chodit někam chlastat, do baru, a tak.“*

Davidovi na střízlivém životě chybí akčnost a vzrušení, které zažíval na drogách.

David: *„...jako líbí se mi to, ten normální život, jsem spokojený, nemám strach, nebojím se. Ale prostě chybí mi tam ten drive jo, nemá to prostě úplně takovou tu šťávu. Možná to přijde, až najdu tu správnou bytost k sobě.“*

Při třetím rozhovoru mi David s velkým nadšením sdělil, že si šetří na kolo a těší se, až bude jezdit v terénu. Konstatoval, že tato aktivita by mu mohla zajistit postrádané vzrušení.

Ostatní tři respondenti (Matěj, Patrik a Radek) řekli, že je abstinence neomezuje v ničem. Matěj naopak dodal, že má více času na sebe.

Omezení závislostí pociťují 3 respondenti se závislostí na alkoholu v situacích společenských akcí. Respondenti se závislostí na drogách a 1 respondent se závislostí na alkoholu omezení spíše nepociťují.

4.6 Porozumění závislosti od okolí a podpora v abstinenci

Zjišťovala jsem u respondentů, do jaké míry jsou otevřeni o své závislosti vůči okolí a jak k nim okolí přistupuje. Někteří respondenti mluvili o tom, kdo dokáže závislosti porozumět a jak je to pro ně důležité.

Porozumění v partnerském vztahu

Tři respondenti byli v partnerském vztahu a popisovali, jakého se jim dostává porozumění.

Matěj žije s abstinující závislou partnerkou, a právě skvělé vzájemné porozumění ohledně závislosti považuje za velkou výhodu vztahu dvou abstinujících závislých: *„Výhoda je největší asi v tom porozumění, v těch určitých věcech, já nevím, třeba si nedokážu představit, že bych měl holku, která by nikdy nebrala a měl bych jí povídat o svých chutích nebo o tom, že teď zrovna prostě mám v hlavě nějakou vzpomínku na nějaký místo, na nějaký lidi, činnosti. Tohle by pro mě asi bylo mnohem náročnější, říkat to někomu, kdo o tom vlastně nic neví.“*

Zdeněk žije s partnerkou, která není abstinující závislá. Mluvil o tom, že jsou situace, kdy se mu porozumění nedostává: *„Nechápe ty změněný stavy, jako že to prostě přijde a ty chutě jsou vůbec jako nepříjemný.“* Snaží se na tom však společně pracovat: *„...ona už to občas jako pozná, my už jsme to pojmenovali, říkám vždycky: „máme tu trpaslíka“, kdy trpaslík prostě znamená „je mi blbě, mám chutě“.“*

Karel měl krátkodobý vztah s partnerkou, od které se mu dostalo skvělé podpory v abstinenci. A jak taková podpora vypadá? Partnerka respektovala, že nenavštěvují žádná restaurační zařízení, nikdy před Karlem nepila, kontrolovala, zda potraviny neobsahují alkohol. *„Tak nějak co nás vlastně učeť v léčebně, tak to nějak vzala za své, protože jsem jí to nějak vyprávěl samozřejmě. Takže jsme na to vlastně dva, nejsem na to úplně sám. A vím, že prostě když vaří ona, tak se nemusím bát, protože vím, že na to myslí.“*

Zde můžeme pozorovat, že respondent, který je v partnerském vztahu dvou abstinujících závislých, zažívá dobré vzájemné porozumění. 2 respondenti, kteří jsou (byli) v partnerských vztazích s lidmi bez závislosti, tak dobré porozumění nezažívají, ale zažívají snahu o porozumění a podporu v abstinenci.

Porozumění a podpora v zaměstnání

Pět respondentů mluvilo v různé míře otevřeně o své závislosti v zaměstnání. Všem se dostalo **přijetí a podpory**.

Karel: „...většina zná moji minulost, a i si zavtipkujeme na tohle téma prostě. ..., a berou mě prostě: „jo, tak sis tohle prožil, ale teď tady funguješ takhle, a my tě bereme takhle.“ Což taky není vždycky, že jo. Mě třeba vůbec nevádí vstávat ráno do práce, jdu tam rád.“

S humorem k tomu přistupuje i pracovní kolektiv Adély: „Tak mám radost, že mám jakoby čistej štít a děláme si z toho kolikrát i srandu, takže dobrý.“

Zdeněk zažil pochopení a podporu na firemním zájezdu: „Bylo to strašně v pohodě. Ten ředitel objednal k večeři flašku, kdo chtěl, ten si nalil, nikdo nic neřešil, takže jsem si s nima dal vodu. Řekl jsem, že si nedám, že nechci zpátky do blázince, oni to o mě všichni vědí, říkali: „no jo, ty seš vlastně ten abstinující alkoholik.“ A ještě ti největší šéfové se ptali, jestli mi to nevádí, že tam pijou. Tak říkám, že kdyby mi to vadilo, tak jdu pryč, že je nebudu přeci omezovat. Pro mě to bylo úžasný, že jsem s nima mohl večer bejt, a že to o mě věděli.“

Respondenti oceňují, že se nemusí hlídat, o čem mluvit a o čem ne, když o jejich závislosti okolí ví.

Matěj: „A nakonec jsem rád, že jsem to udělal. Protože se nemusím nějak hlídat, když se o něčem bavíme, a tak. Tohle jsem řekl vlastně šéfovi, jinak s kolegama v kanceláři, tam je to ještě o něco důvěrnější, samozřejmě měli k tomu spousta otázek, na který jsem jim odpovídal, takže ti víceméně vědí všechno.“

Zdeněk v práci zažívá pochopení do jisté míry, ale jelikož se často neúčastní firemních akcí, zažívá od kolegů nedůvěru: „...já prostě hrozně narážím na věci, samozřejmě doba, kdy jsem jako pil, nepil, hrál, tak jsem samozřejmě kolem sebe lhal a cejtím, že ti lidi, spousta lidí mi drží palce, fandí mi, ale že furt mě prostě prověřují, úplně mi nevěřej. Já jim rozumím, asi bych to dělal stejně, ale je to pro mě hrozně jako nepříjemný. Ono se to jako postupně upravuje a lepší se to, asi to chce čas.“

Ostatní respondenti kromě Zdeňka nastoupili po léčbě do nového zaměstnání a **zažívají podporu a důvěru**, i v Matějově případě, kdy kolegové vědí o jeho chování v minulosti a páčání trestné činnosti. Zdeněk také zažívá podporu, avšak jeho kolegové znali již v době, kdy hrál na automatech a lhal jim. Tudíž **je důvěra z jejich strany narušená**.

Ostatní tři respondenti se o své závislosti v zaměstnání nesvěřovali. Tomáš neviděl důvod, ale kdyby se důvod objevil, neměl by problém o tom mluvit. Patrik se nechtěl o své drogové minulosti svěřovat a Radek uvedl důvod, že jeho problémy jsou tak komplikované (nejde pouze o závislost), že kdyby se měl svěřovat, musel by zajít do příliš osobní roviny, a to je pro něj nepřijatelné.

Porozumění závislosti a podpora od přátel

Přátelé jsou klientům **velkou oporou, chovají se ohleduplně a podporují**. Jsou ochotni ustoupit např. od návštěvy hospody nebo pití alkoholu. Tomáš má kamarády, se kterými se scházeli pouze v hospodě a byli ochotní se s Tomášem sejít a pít nealko: *„Oni teda říkali, že když se sejdeme, tak nebudou pít, tak jsme se jednou sešli v hospodě, já jsem říkal, že tam půjdu maximálně na hodinu, víc že nebudu na poprvé riskovat. Tak jo, v pohodě, dali jsme si všichni po limonádě, já jsem potom odešel.“* Patrik se setkal s podpurnou reakcí svých přátel ještě před léčbou: *„...vzali to tak, že mě dokonce vezli přes celou republiku z komunity sem na doléčovák a popřáli mi hodně štěstí.“*

Porozumění závislosti a podpora od rodiny

Klienti **si nejsou jisti, do jaké míry rodina rozumí závislosti**.

Patrik: *„Ona (matka) se v tom vůbec neorientuje, jako je určitě ráda, že už neberu, že žiju nějak jako normální život, dává mi to najevo. Ale že by mě v tom nějak třeba pomohla, víš, že třeba ten terapeut se v tom vyzná, vidí různý takovýhle věci. A to máma neví, a ta to bere tak, že teď prostě neberu, nijak se v tom neorientuje.“*

Někteří klienti mluvili např. o **rodinné terapii nebo skupinách pro rodiče, které pomohly rodičům lépe porozumět**.

Matěj: *„...komunita má i skupiny pro rodiče, jednou za 14 dní a máma tam jezdila. Oni tam dost dopodrobna přibližují vlastně, jak ta závislost u člověka vypadá, jak se to může projevat, co mohli oni dělat špatně a podobně. A máma tam jezdila docela pravidelně, takže jako vlastně ví.“*

Rodinní příslušníci jsou klientům ve většině případů **velkou podporou**. Mluví o tom, jak se jejich vztahy s rodinou zlepšily, **panuje mezi nimi důvěra**, větší blízkost a otevřenost, jsou v pravidelném kontaktu.

Adéla: „...mamka mi hodně pomáhá, protože mám nějaký zdravotní problémy, nejsou to úplně levný záležitosti a mamka mi dost pomáhá teďka. A táta mě podporuje taky, je hrozně rád, oba dva jsou rádi, že jsem se hodně změnila, takže s nima mám teďka dobrý vztah.“

Matěj: „Myslím, že v tuhle chvíli mi věřej, že nějak jako funguju, vlastně v tuhle chvíli už relativně dlouho, takhle dlouho jsem nikdy nefungoval. Myslím si, že jsou plní očekávání. Nějak mi jako důvěřujou no.“

Karel popisoval situaci, kdy byl o Vánocích u matky na návštěvě a **setkal se s ohleduplností:** „...mamka se ke mně naklonila a zašeptala: „Kájo, nebude ti vadit, když si nalejeme víno?““

Tomáš však stále zažívá ze strany matky a sestry **nedůvěru:** „...občas mě podezíraj, že piju asi. Protože já jsem byl dřív hodně často u mámy, protože jsem ji vozil po doktorech, a tak a někdy jsem se opil i přímo u ní. No a teď už jsem u sebe, navštěvuju je jednou, dvakrát do tejdne a ona se mě vždycky ptá, jestli jsem nepil. Takže to podezření tam má.“

Někteří klienti mají však v rodině **konflikty nebo jejich rodinné prostředí není příliš podpůrné**. Např. Karel má podporu pouze své matky, která však s každou další léčbou klesá. Otec s Karlem přerušil kontakt už v jeho mládí, kdy mu Karel údajně dal za vinu svou závislost. Karel se s ním několikrát snažil kontakt navázat, ale neúspěšně. Také Karlův bratr s ním přerušil kontakt: „To mám vlastně se svým starším bráchou, kterej mě v životě odepsal už dvakrát. Poprvé to bylo, když jsem bral ten perník a šel jsem se léčit. Tak brácha dal ode mě ruce pryč, s tím, že se ozve sám, až budu v pohodě. Já jsem dělal léčbu půl roku, pak jsem byl rok na doléčováku a defacto, když jsem ho dokončoval, tak se brácha ozval a fungovali jsme zase jako bráchové, možná ještě líp než předtím, nějakých 10 let. Ještě když jsem se rozváděl, tak to bylo v pohodě, ale když jsem šel poprvé do léčby, tak to bylo 2012, tak nastalo to samý. A já jsem se dohromady nedal, nebo dal, ale

bráchoví to asi nestačilo, protože pak byly 4 léčby, vždycky rok a půl klid a zase. Takže mu to asi nestačilo zatím.“

. David má také podporu pouze své matky, protože otec ho zadlužil, a když se to David dozvěděl, přerušil s ním otec kontakt. Radek se se svou rodinou nyní nevidá, protože kontakt s ní mu způsoboval těžké psychické propady: *„Po tom půlroce, co uplynula ta porozchodová agonie, tak prostě jsem začal být strašně zranitelný a veškerý kontakt s rodinou mě házel úplně někam, co jsem nezvládal. Jsem oslabený a nevím proč. A abych byl vůbec schopný chodit třeba do práce, tak jsem víceméně přerušil na minimum veškerý kontakty. Když se chci setkat třeba s bráchou, tak musím sebrat veškerou sílu a je to super, ale vzápětí musím počítat, že další den budu úplně v hajzlu. Takže jsem se v těch svých psychických problémech úplně jako odřízl a zůstal v kontaktu jenom z doléčovákem.“* Uvedl, že musí nejdříve dát do pořádku sebe, až pak může budovat rodinné vztahy.

Karel a Zdeněk mají děti. Zdeněk hlavně se starší dcerou o závislosti a užívání drog otevřeně mluví, snaží se, aby této problematice porozuměla. Karel pohled své dcery zatím nezná: *„Já jsem se jí ptal, jak to vnímá, několikrát, a nějak o tom nechtěla mluvit. Teď to nějak vstřebává znovu, protože jsem byl po čtvrtý v léčbě a určitě v každém tom období to bylo jiný, taky stárla, dospívala. Ale chci to vědět, nechci na ní nějak tlačit, já vím, že to bude bolet, ale chci znát ten druhý pohled.“* **Pro oba klienty je důležité znát pohled svých dětí na svou závislost.**

Vztahy s abstinujícími závislými

Někteří klienti si našli přátele v léčbě a udržují spolu blízký vztah. Zdeněk a Karel mají kamarády z léčby, kteří jsou pro ně velmi důležití. Karel říká: *„To jsou lidi, kteří mě můžou nejlépe porozumět.“*

Karel je s nimi v kontaktu přes telefon několikrát týdně: *„...když máme odpolední, tak po cestě domů strávíme 50 minut spolu na telefonu. Mě to nabíjí, že to není jen o tom, že zavolám já. Vidí, že já jsem online, a ví, že taky takhle cestuju, tak si zavoláme prostě.“*

Zdeněk má dobrého kamaráda, se kterým si často volá a pravidelně se stýkají a stráví spolu i několik dní. *„...kamaráda mám jednoho, se kterým jsem se potkal v léčbě“*

před třemi lety a od té doby udržujeme přátelský vztah a považuju ho za kamaráda, a to jsem nevěřil, že se mi v životě ještě něco takového stane. Za toho jsem hrozně rád a s ním si hodně povídáme, svěřujeme si a řešíme. Je to člověk, kterej má vlastně stejný problém, takže mi strašně pomohl.“

Být v kontaktu s dalšími osobami, které prošly léčbou závislosti a abstinují, je pro klienty důležité hlavně z důvodu porozumění, které od ostatních lidí obdržet nemohou. Patrik mluví o výhodách, které vidí ve vztahu s ostatními klienty: *„Myslím, že jsme si hodně blízcí a zároveň si dáváme najevo, že se máme rádi, podporujeme se navzájem. Je to takový pěkný.“* Větší otevřenost, je podle Patrika charakteristika vztahů mezi klienty: *„Je to spíš díky tomu, že jsme zvyklí na skupinách mluvit otevřeně, o svých pocitech, nikdo si na nic nehraje, když je někomu špatně, tak to řekne. A to je v normální společnosti někdy trochu tabu. Mě hodně dává to, že ti lidi mě poznali takhle dobře, a i přesto mě mají tak rádi, že mě jako berou takového, jaký jsem.“*

Někteří klienti rozlišují, jak dlouho lidé abstinují, jak jsou stabilizovaní. Lidé, kteří jsou čerstvě po léčbě mohou představovat riziko. Takový přístup má David: *„...já si totiž trochu držím odstup. Jsem tady krátce a vím moc dobře, jak to vypadá u lidí, kteří třeba nemají úplně pevnou motivaci k abstinenci jako já. A dost často lapsnou, udělají kiks, takže já se na tyhle lidi nechci moc vázat.“* Podobně to vnímá Zdeněk: *„...nějak se těch vztahů bojím, a vůbec mezi mužem a ženou, kord na doléčováku. Protože kdybych se dal s někým dohromady, tak bych se bál, že bych to třeba neustál. Takže tam mám nějaký blok, že to je terapeutická záležitost. Tady si myslím, že ty vztahy mám dobrý, ale je to jen terapie. Vlastně ani já si ty lidi nepouštím k tělu, mám tu hranici, kam jo, a kam ne, a ti lidi to vycejtěj.“*

Pro klienty jsou tedy vztahy s abstinujícími závislými důležité z důvodu porozumění, které nemohou obdržet od osob, které závislostí netrpěly. Pro některé klienty je však důležité, aby byli abstinující závislí již stabilizovaní ve své abstinenci.

4.7 Budování nových vztahů

Klienti si utváří nové vztahy mimo toxické a léčebné prostředí nejčastěji skrze pracovní vztahy. Zaměstnání je pro ně primárním zdrojem kontaktu se společností. Dále nachází takové vztahy přirozeně se spolubydlícími, když se přestěhují z chráněného

bydlení a nemají peníze na byt pro sebe. Radek nyní sdílí byt s několika studentkami, rozumí si s nimi a tráví s nimi volný čas. Matěj bydlí se svou partnerkou a nemá zatím potřebu hledat si vztahy mimo zaměstnání. Patrik si aktivně tvoří nové vztahy při různých příležitostech: „*Ono to bylo tak, že to šlo samo prostě. Já jsem to nějak nehrotil, já jsem s tím od dětství neměl problém. Kamkoliv jako přijdu, tak mi nedělá problém si tam udělat hned přátelství, když chci.*“ Takto se seznamuje např. se sousedy nebo v čajovně, kterou pravidelně navštěvuje a nyní má okruh přibližně 20 přátel a známých. Také Karel se aktivně seznamuje, a to skrze facebookové skupiny a seznamky, kde hledal nejdříve primárně partnerku, při třetím rozhovoru mluvil o tom, že už partnerku tak urputně hledat nechce a hledá pouze někoho, s kým může strávit volný čas a nechává vztahům volný průběh.

Většina respondentů tvoří nové vztahy spíše pasivně, 2 respondenti tvoří vztahy aktivně.

4.8 Zhodnocení vývoje motivace

Není možné zachytit či změřit průběžný vývoj motivace u klientů. Díky výzkumu jsme však mohli nahlédnout, k jakým změnám v kvantitě (intenzitě) motivace dochází, v jakých situacích k nim dochází, jak je klienti prožívají a řeší. Výzkum zachytil **tři typy dynamiky vývoje motivace.**

Pokud to tedy shrneme, 3 respondenti uvedli, že zažívají ztrátu motivace v trvání několika minut, hodin až jednoho dne v pravidelných intervalech. První typ ztráty motivace můžeme tedy charakterizovat jako **pravidelná krátkodobá ztráta motivace.** U každého respondenta je povaha působících stresových faktorů trochu jiná. U Radka souvisí s psychickými dekompenzacemi a v jeho případě musí stav dekompenzace buďto přetrpět nebo si pomoci nějakou technikou – sport, procházka, telefonát blízkému člověku nebo na krizovou linku. Tomáš popisoval střídání období, kdy se mu daří, a kdy se nedaří. Když se nedaří, dostane se do stavu, kdy abstinuje pouze silou vůle, nevidí důvod. Pomůže mu odpočinek nebo příchod nové pozitivní zkušenosti, která ho ze stavu vytrhne. Matěj neuváděl přímé působící faktory, uvedl, že ztrátu zažívá pravidelně po několika týdnech. V takovém stavu mu pomáhá sdílet své pocity a prostě počkat, až odezní, protože ví, že stav nemá delší trvání než den.

U 2 respondentů jsem zaznamenala ztrátu motivace jednorázovou, způsobenou nahromaděním několika stresujících faktorů. Tento typ ztráty motivace můžeme pojmenovat jako **jednorázová ztráta motivace neurčitého trvání**. U Karla měla trvání pouhých pár minut. U Zdeňka měla pravděpodobně trvání několika dnů až týdnů. U Zdeňka jsme také mohli vyzorovat pravděpodobné faktory, které přispěly ke **znovunabytí motivace**. Přestože působení jednoho stresujícího faktoru (konflikt v partnerském vztahu) se ještě více vystupňovalo, Zdeněk si díky změně prostředí, setkání s lidmi, kteří pro něj byli inspirativní a jejich ohleduplným přístupem k jeho závislosti uvědomil své cíle a priority, získal opět sám pro sebe hodnotu a změnil přístup ke svému životu v tom, že začal více dbát na své potřeby.

3 respondenti ztrátu motivace během tohoto doléčovacího programu nezažili.

Můžeme tedy pozorovat, že motivace je velice tvárná a reaguje na faktory, které na klienta působí. Motivaci můžou ovlivňovat různé faktory, jak negativním směrem, tak směrem pozitivním. Změny v motivaci mohou být dočasné, ale i trvalé, v závislosti na působení faktorů – těžko říct, jak by vývoj motivace u Zdeňka dále probíhal, kdyby neabsolvoval zájezd do Rakouska.

5 Diskuze a závěry

Práce se věnovala tématu motivace v kontextu doléčování. Původně byla práce zaměřená na hledání souvislostí mezi motivací k abstinenci a začleňování klientů do společnosti. Během zpracovávání výsledků jsem však došla k závěru, že zaměření tématu je příliš široké a rozhodla jsem se věnovat pouze fenoménu motivace k abstinenci. Výzkumná data o začleňování do společnosti jsem využila pro zasazení témat motivace, abstinence a doléčování do širšího – vztahového kontextu. Cílem bylo podrobně prozkoumat fenomén motivace, jeho trvalé aspekty, a také jeho proměnu v čase a faktory, které k proměně přispěly.

Nejprve se budu věnovat **metodologické oblasti** výzkumu. Rozhodla jsem se motivaci zkoumat cestou nepřímých otázek na téma budoucnosti, životních cílů, skrze to, jak klienti vzpomínají na dobu užívání drog apod. a hledala jsem nosné výroky, které jsou projevem jejich motivace. Bylo by možné motivaci zkoumat dotazováním se na konkrétní oblasti

motivů a získat tak široké spektrum motivů, ale domnívám se, že poté by zůstaly skryté motivy, které by klienti neměli možnost autenticky vyjádřit. Díky nepřímému způsobu dotazování jsme získali motivy, které stojí u klientů v popředí. Práce neměla za cíl zhodnotit, jaká je skladba motivace každého z respondentů. Cílem bylo zachytit u klientů projevy motivace.

Výzkumný soubor byl utvořen samovýběrem – respondenti se sami hlásili k účasti ve výzkumu, měli tedy nějakou motivaci se výzkumu zúčastnit. Jeden respondent mi sdělil, že v účasti ve výzkumu spatřil možnost lépe se poznat, poznat se z jiného úhlu pohledu. Výzkum klientům mohl poskytnout možnost sebezpozorování a díky tomu sebepoznání. Do výzkumu se tedy mohli přihlásit např. klienti, kteří si nebyli svou motivací jisti, hledali nějakou podporu v abstinenci. Ale také klienti, kteří si byli svou motivací jisti a hledali možnost, jak svou léčbu ještě zintenzivnit, využít všechny dostupné možnosti. Úskalí smovýběru vidím v tom, že se do výzkumného souboru nemuseli dostat např. klienti, kteří prožívali nějakou krizi, klienti, kteří jsou více uzavření či nejistí nebo klienti, kteří nejsou vnitřně motivováni, tedy plně rozhodnutí ke změně a nejsou příliš aktivní. Tímto mohl být výzkum zkreslen tak, že v souboru se vyskytli pouze více aktivní, více vnitřně motivovaní klienti. Tomuto zkreslení mohlo být zabráněno změnou techniky výběru např. na účelový výběr, při kterém by byla snaha dosáhnout vyšší reprezentativnosti – tedy stanovit si kritéria pro výběr respondentů, aby výzkumný soubor co nejvíce odpovídal populaci klientů doléčovacích programů. Takovými kritérii by mohla být např. genderový poměr, poměr druhů závislostí či druh absolvované léčby, také ale zahrnutí klientů, kteří prošli lapsem či relapsem. Můj výzkumný soubor směřuje k reprezentativnosti v tom, že kombinuje různé druhy závislosti, obsahuje jak klienty, kteří prošli ústavní léčbou, tak klienty terapeutických komunit, věkové rozpětí je rozsáhlé. Genderové zastoupení však neodpovídá populaci závislých, kteří využívají léčebné programy (1:3, ženy:muži).

Pokud si polořím otázku, zda byl výzkum teoreticky nasycen, odpovím si, že ne. Teoretické nasycení je charakteristické tím, že nově získaná data se opakují a nepřinášejí již nová zjištění (Miovský, 2006). Pro to, aby mohly být vznikající teorie považovány za platné, by bylo třeba je zkoumat a ověřovat po další časový úsek a rozšířit výzkumný soubor např. o klienty, kteří prošli relapsem nebo o další klienty s psychiatrickými komorbiditami.

Myslím si, že by bylo zajímavé realizovat výzkum, který by porovnával vývoj motivace u klientů, kteří po léčbě absolvují doléčování a u klientů, kteří doléčování neabsolvují. Užitečné by také mohlo být zkoumat vývoj motivace a životní styl u klientů, kteří po absolvování léčby či doléčování začnou užívat občasně či kontrolovaně nějakou látku, jako má v plánu např. David.

Základním rozdělením, kterému jsem fenomén motivace podrobila, bylo rozlišení motivů na pozitivní a negativní. Základní otázka, která měla zjišťovat charakter motivace, byla: „Proč už vlastně neužíváš drogy?“ Když se na otázku dívám s odstupem, vnímám, že se zaměřuje spíše na motivaci negativní. Proto se domnívám, že kdybych otázku položila takto: „Proč vlastně abstinuješ?“ Mohly by odpovědi směřovat více k motivaci pozitivní. Je tedy možné, že takto došlo k ovlivnění výsledků. Směrem k negativní motivaci směřovala odpověď poloviny respondentů, 3 respondenti odpověděli komplexněji, zahrnuli jak pozitivní, tak negativní motivy, 1 klient odpověděl pouze pozitivně.

Nenarazila jsem na žádnou literaturu či výzkum, který by se věnoval motivaci podobným způsobem. Vyhnálková (2013) zkoumala motivaci klientů v průběhu ústavní léčby formou motivačního dotazníku a polostrukturovaného rozhovoru. Výsledky jejího výzkumu ukazují, že nejsilnějším motivem jsou pro klienty vztahy. Ve výsledcích tohoto výzkumu se vztahová oblast ukázala být také významným motivem. **Vztahové motivy** byly jak **negativního charakteru** – strach ze ztráty důvěry, odcizení, prožitku pocitu viny nebo úplná ztráta vztahu tak **pozitivního charakteru** – Hledání a budování nových vztahů, zlepšování stávajících vztahů a fakt, že mají nyní zdravé vztahy. Motivem je také závazek rodičovství.

V tom tedy nacházím shodu. Vyhnálková také ve výsledcích prezentuje oblasti motivů fyzického a psychického zdraví, páchání trestné činnosti a finanční problémy. Tyto motivy jsou ve výsledcích mého výzkumu zastoupeny také.

V čem považuji tento výzkum za unikátní, je rozbor motivů na negativní a pozitivní a jeho hloubka – zachycení motivů specifického charakteru (ne pouze rozdělení na motivy sociální, psychického zdraví nebo finanční). Významnou kategorií pozitivních motivů (kromě vztahových) byla „**žít normální život**“, pod kterou se skrývají motivy udržet abstinenci, plnit své povinnosti, cíle zajistit základní složky života jako bydlení, zaměstnání

atd. Abstinence klientům přináší důstojnou, uspokojivou životní úroveň. Touha klientů žít normální život považují také za významný motiv, jelikož Těmínová a Kalina uvádějí, že klienti často mívají strach z „normálního života“, jelikož si pod ním představují každodenní šedost a konformitu (Kalina a kol., 2015). Tudíž vyjádření touhy respondentů žít normální, dokonce obyčejný život, značí o jejich realistické představě a pokoře, což hodnotím velmi kladně. Dalšími pozitivními motivy byly **motiv sebepoznání, sebeaktualizace, motiv abstinence jako svobody, motiv tělesného a duševního zdraví, motiv abstinence má smysl** – projev vnitřního posunu a **motiv být vzorem** – demonstruje vybudovanou sebeúctu, takový postoj je pro léčbu závislosti velice příznivý.

Mezi **negativními motivy** jsou **nepříjemné pozice a zážitky v důsledku závislosti** – často byly ponižující. **Motiv změny osobnosti** – chování respondentů bylo často nemorální. **Motiv trestné činnosti** – potencionální návrat k užívání je spojen se strachem z opětovného páchání trestné činnosti a následného trestu. **Motiv zbabělosti, slabosti** – návratem k užívání by klienti zklamali sami sebe, byli by zbabělci, slaboši. **Motiv problémy v zaměstnání** prezentuje riziko ztráty zaměstnání, které klientům hrozilo v důsledku závislosti. **Motiv otroka závislosti** symbolizuje závislost jako nesvobodu.

Pokud k sobě přiřadíme dva motivy – motiv abstinence jako svobody a motiv otroka závislosti, dostáváme dvojici motivů, které se doplňují.

Díky longitudinálnímu charakteru výzkumu, bylo možné zachytit proměnu nebo vývoj některých jevů v čase. Výsledky prezentují **fenomén ztráty motivace**, jeho různé podoby a faktory, které ke ztrátě přispěly. Velmi zajímavým jevem, jehož vývoj výzkum zachytil u dvou respondentů je **proces osamostatňování** (nebo také vývoj závislosti na vztazích). Výzkum nám tak přináší jedinečný vhled do prožívání klientů.

Kapitola „**Vzpomínky na užívání**“ nám přináší další aspekt motivace k abstinenci. Fakt, že klienti vzpomínali velmi různě – někteří pouze pozitivně, někteří pouze negativně, někteří více komplexně, nám nabízí otázku, zda to, jak klienti vzpomínají, vypovídá o jejich motivaci k abstinenci, a jak. 3 klienti – David, Patrik a Matěj vzpomínají kladně. Matěj a Patrik se shodují v tom, že když se dostanou do nějaké krize nebo prožívají bažení, jeví se jim jejich období závislosti jako bezstarostné, respektive jejich jediná starost byla obstarat si drogu. David má stále pozitivní vztah k drogám a k taneční scéně: „...*drogy nejsou*

špatné, když to umíš užívat...“ Kladný vztah má hlavně k marihuaně, kterou by chtěl v budoucnu občasně užívat. Můžeme tedy předpokládat, že když se klienti, kteří takto vnímají své období závislosti, dostanou do krize, budou mít pravděpodobně větší touhu vrátit se k užívání než klienti, kteří na své období závislosti vzpomínají negativně. Myslím si však, že to, jak klienti vzpomínají na své období závislosti, nevyovídá o jejich motivaci k abstinenci, protože ani David, ani Patrik nezažívají ztráty motivace a jsou oba velmi cílevědomí. Z výsledků tedy můžeme vyvodit, že klienti, kteří vzpomínají na své období závislosti kladně, musí být více vyzbrojeni jinými motivy, které je vedou k abstinenci a novému životnímu stylu, aby překonali případné krize a nenavrátili se k závislostnímu chování. Fakt, že vzpomínají kladně však neznámá, že jsou méně motivováni ke změně.

Kapitola „**Práce s bažením**“ představuje situace, které u klientů bažení vyvolaly a techniky, kterými se s ním vypořádali. Většina technik se shoduje s těmi, které prezentuje Nešpor (2011), například hovořit o bažení, dopřát si odpočinek a spánek, uvědomit si negativní důsledky relapsu, vybavit si negativní vzpomínky na užívání, uvědomit si výhody abstinence (v mém výzkumu zaznělo uvědomit si své cíle a plány), přemýšlet o příčinách bažení, pohybovat se, cvičit. Originální techniku využívá Zdeněk – povídá si se svou závislostí před zrcadlem, techniku jsem označila jako „zhmotnění závislosti“.

V kapitole „**Abstinence vs. kontrolované užívání**“ prezentuji vztah klientů k návykovým látkám do budoucna. Podle Šafránka (2013) užívá 30-80 % klientů po léčbě návykové látky, které nebyly jejich primární drogou. Toto zjištění se shoduje s mými výsledky u klientů závislých na drogách. Ze 4 klientů, kteří byli závislí na drogách, mají 2 v plánu užívat občasně nebo na výjimečné události alkohol, jeden klient má v plánu občasně užívat marihuanu a jeden klient chce abstinovat. 4 klienti, kteří jsou závislí na alkoholu, chtějí abstinovat. Dva z nich mluvili o tom, že se pokoušeli kontrolovaně užívat, ale po několika selháních dospěli k názoru, že abstinence je pro ně jedinou možností, jak závislost zvládnout, což koresponduje s modelem „závislého já“, který představili Florentine a Hillhouse (2003) – viz. kapitola 2.5.5.

Následující tři kapitoly se věnují oblasti vztahů a začlenění do společnosti. Kapitola „**Jak klienty závislost omezuje?**“ přinesla zjištění, že závislost omezuje především klienty závislé na alkoholu, jelikož společnost je ke konzumaci alkoholu velmi tolerantní a konzumace alkoholu je spojená téměř se všemi společenskými akcemi. Klienti musejí dbát

především na svůj aktuální duševní stav a podle něj se rozhodovat, zda se odváží akce zúčastnit. Zdeňka omezuje závislost výrazným způsobem. Akce spojené s konzumací alkoholu jsou součástí jeho práce a on je z tohoto důvodu často vyřazen z kolektivu. Klienti závislí na drogách spíše omezení nepociťují.

Kapitola „**Porozumění závislosti od okolí**“ prezentuje, jakou podporu v abstinenci klienti dostávají od svého okolí. Velice pozitivní přístup zažívají klienti ve většině případů v pracovním kolektivu, také od přátel a od členů rodiny, pokud s nimi mají dobré vztahy.

Významné jsou pro klienty vztahy s abstinujícími závislými z důvodu porozumění, které jim lidé, kteří si závislostí neprošli, poskytnout nemohou. Kalina (2015, s. 614) uvádí, že zvláště pro osoby závislé na alkoholu mají vztahy s abstinenty velkou hodnotu sociální a psychické podpory, jelikož oni se s rizikem – alkoholem setkávají často, a proto potřebují větší podporu v abstinenci.

Na třech partnerských vztazích klientů jsem demonstrovala, jak může vypadat podpora v abstinenci a snaha o porozumění závislosti. Můžeme pozorovat, že respondent, který je v partnerském vztahu dvou abstinujících závislých, zažívá dobré vzájemné porozumění. 2 respondenti, kteří jsou (byli) v partnerských vztazích s lidmi bez závislosti, tak dobré porozumění nezažívají, ale zažívají snahu o porozumění a podporu v abstinenci.

Kapitola „**Budování nových vztahů**“ představuje problematiku tvorby nové sociální sítě. Zde jsou mezi klienty výrazné rozdíly v aktivitě budování nových vztahů. Většina klientů tvoří vztahy pasivně – s lidmi, se kterými se potkávají v zaměstnání, ve spolubydlení. Dva klienti tvoří vztahy aktivně, Patrik oslovuje nové lidi v čajovně, seznamuje se se sousedy apod., vytvořil si tak velkou síť přátel a známých. Karel vyhledává kontakt pomocí sociálních sítí. De Leon (2000) uvádí, že hledání nových vztahů mimo „toxické“ komunity je podstatným ukazatelem změny, jelikož značí obnovu přirozených zdrojů sociální podpory (In Kalina a kol., 2015).

V kapitole „**Zhodnocení vývoje motivace**“ shrnuji odpověď na výzkumnou otázku č. 2 - Jak se motivace k abstinenci mění a co ji ovlivňuje? Jsou zde popsány 3 typy dynamiky vývoje motivace: **Pravidelná krátkodobá ztráta motivace, jednorázová ztráta motivace neurčitého trvání a znovunabytí motivace.**

V teoretické části práce byly představeny pojmy motivace, abstinence, kontrolovaného užívání, doléčování, relapsu a prevence relapsu, bažení a sociální rehabilitace. Výzkum prezentuje problematiku motivace, abstinence, doléčování a opětovné začleňování do společnosti u klientů doléčovacího programu. Díky longitudinálnímu charakteru přináší výzkum pohled na vývoj/proměnu určitých jevů a snaží se přiblížit prožívání klientů v těchto oblastech.

Čtenáři může práce přiblížit procesy, kterými si klienti procházejí během doléčování, a může tak pomoci lepšímu porozumění a výběru vhodných intervencí. Stěžejním zjištěním výzkumu jsou dynamické změny v motivaci, které mají poměrně vysoký výskyt. Proto doporučuji na tyto dynamické změny zaměřit pozornost a v psychoterapeutickém prostoru se jim věnovat. Důležité zjištění je, že ke ztrátě motivace může dojít také v důsledku účinku psychofarmak. Mým doporučením je tedy věnovat také tomuto riziku pozornost. Zjištění, že někteří klienti mají v plánu v budoucnosti občasné užívat alkohol nebo marihuanu, může být podnětem pro pracovníky příslušného programu, aby nabídli klientům možnost jejich užívání terapeuticky ošetřit, aby nedošlo k rozvinutí recidivy. A v poslední řadě, to, jak klienti vzpomínají na své období závislosti může být také nosným materiálem pro psychoterapii a prevenci relapsu.

6 Seznam použité literatury

1. Andělová, M. (2018). *“Zkušenosti klientů závislých na alkoholu po ústavní léčbě.”*
2. Corrigan et al. (2005). How adolescents perceive the stigma of mental illness and alcohol abuse. *Psychiatr Serve.*
3. De Leon, G. (2000). *The therapeutic community: Theory, model and method.* New York: Springer Publishing Company.
4. Dvořák, D. (2003). Sociální rehabilitace. In Kalina, K. a kol., *Drogy a drogové závislosti. Mezioborový přístup. 2. díl.* Praha: Úřad vlády ČR, 215-220.
5. Gordon, S. M. (2003). *Relapse & Recovery. Behavioral Strategies for Change.* Pennsylvania: Caron Foundation.
6. Hartney, E. (2019). *Definition of Abstinence in Addiction Treatment.* Dostupné z: <https://www.verywellmind.com/what-is-abstinence-including-pros-and-cons-22102>.
7. Helus, Z. (2018). *Úvod do psychologie. 2., přepracované a doplněné vydání (1. elektronické vydání).* Grada.
8. Henderson, C., Thornicroft, G. (2009). *Stigma and discrimination illness: Time to change.* *Lancet.*
9. Herkner W. (1986) *Sozialpsychologie. In: Psychologie.* Springer, Vienna
10. Kalina, K. (2000). *Kvalita a účinnost v prevenci a léčbě drogových závislostí.* Praha: Inverze – SANANIM.
11. Kalina, K. (2003). *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup.* Úřad vlády České republiky. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=cat04374a&AN=kup.000180286&lang=cs&site=eds-live&scope=site>
12. Kalina, K. (2013). *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii.* Praha: Grada Publishing.
13. Kalina, K. (2015). *Klinická adiktologie.* Grada Publishing. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=cat04374a&AN=kup.002000547&lang=cs&site=eds-live&scope=site>
14. Kalina, K. a kol. (2001). *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových*

závislostí. Úřad vlády České republiky.

15. Kalina, K. a kol. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
16. Klouček, E. a kol. (s.d.). Pozitivní aspekt drogového relapsu.
17. Kopečková, Y. (2007). Následná péče v doléčovacím zařízení pro osoby závislé na nealkoholových drogách. Nepublikovaná bakalářská práce. Brno: Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. In Kalina a kol. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada.
18. Kuda, A. (2008). *Sociální rehabilitace a následná péče*. In Kalina, K. a kol., *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing, 215-224. Dostupné z:
<https://search.ebscohost.com/login.aspx?authtype=shib&custid=s1240919&direct=true&db=cat04374a&AN=kup.001002066&site=eds-live&scope=site&lang=cs>
19. Kuda, A. (2003). *Následná péče, doléčovací programy*. In Kalina, K. a kol., *Drogy a drogové závislosti. Mezioborový přístup*. 2. díl. Praha: Úřad vlády ČR, 208-2014. Dostupné z:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=cat04374a&AN=kup.000180286&lang=cs&site=eds-live&scope=site>
20. Libra J. a kol. (2015). *Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby*. Úřad vlády České republiky. Dostupné z: https://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/certifikace/Standardy_odborne_zpusobilosti_uprava_zari_2015.pdf
21. Marlatt G. A., Barrett K. (1994). *Relapse Prevention*. In: Galanter M., Kleber H.: *Textbook Substance Abuse Treatment*. American Psychiatric Press, Washington
22. Marlatt, G. A., Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention*. USA: The Guilford Press.
23. McLatchie, B. H., Lomp, K. G. E. (1998). An experimental investigation of the influence of aftercare on alcoholic relapse. *British Journal of Addiction*, 1998 (83), 1045-1054.
24. Millerová, G. (2011). *Adiktologické poradenství*. Praha: Galén.
25. Miller, W. R., Rollnick, S. (2004). *Motivační rozhovory: příprava lidí ke změně závislého chování* (1. vyd. v čes. jazyce.). (2004). Sdružení SCAN.
26. Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu* (Vydání 1.). Grada Publishing.

27. Morávek, J. (2007). *Kontrolované užívání drog: co nám přináší výzkum uživatelů, kteří s drogami umějí zacházet*. *Adiktologie*, 2007 December, 7(4), 445-455.
Dostupné z: http://199757.w57.wedos.ws/wp-content/uploads/2018/09/2007_4_Moravek_Kontrolovane-uzivani.pdf
28. Nakonečný, M. (1996). *Motivace lidského chování*. Academia.
29. Nakonečný, M. (2000). *Sociální psychologie*. Praha: Academia.
30. Nesládek, M. (2017). *Kontrolované Užívání Nelegálních Drog*. *E-Psychologie*, 11(1), 44–58. Dostupné z:
<https://search.ebscohost.com/login.aspx?authtype=shib&custid=s1240919&profile=eds>
31. Nešpor, K. (2011). *Návykové chování a závislost*. 3. vyd. Praha: Portál.
32. NIDA (2012). *Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide*. Third Edition. NH Publication, 12-4180. Bethesda, Maryland – Washington, D.C.
Dostupné z: https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/podat_1.pdf
33. Nuttin, J. (1984). *Louvain psychology series studia psychologica. Motivation, planning, and action: A relational theory of behavior dynamics* (R. P. Lorion & J. E. Dumas, Trans.). Hillsdale, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates, Inc; Leuven, Belgium: Leuven University Press.
34. Pavlovská, A. (2015). *Prevence a zvládání relapsu*. In Kalina a kol. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada.
35. Pavlovská, A., Makovská Dolanská, P. (2015). *Následná péče a sociální rehabilitace*. In Kalina a kol., *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing. 469-479.
36. Phelan J.C., Link B. G., Stueve A. et al. (2000). Public conceptions of mental illness in 1950 and 1996: What is mental illness and is it to be feared? *J Health soc Behav*.
37. Plháková, A. (2005). *Učebnice obecné psychologie*. Academia. Dostupné z:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=cat04374a&AN=kup.000522328&lang=cs&site=eds-live&scope=site>
38. Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical Therapy: Toward a More Integrative Model of Change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 3, 276.

39. Radcliffe, P., Stevens A. (2008). Are drug treatment services only for thieving junkie scumbags? Drug users and the management of stigmatised identities. *Soc Sci Med*.
40. Reeve, C. L., Bonaccio, S. (2005). *Understanding motivation and emotion*. USA: J. Wiley.
41. Rollnick, S., MacEwan, I. (1991). Alcohol-counselling in context. In R. Davidson, S. Rollnick, I. MacEwan (Eds.), *Counselling problém drinkers* (pp. 97-114). London: Tavistock/Routledge.
42. RVKPP (2004). *Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách*. Speciální část. Praha: Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky – Úřad vlády ČR.
43. Říčan, P. (2010). *Psychologie osobnosti. Obor v pohybu, 6., revidované a doplněné vydání* (1. elektronické vydání). Grada.
44. Thakker, J., Ward, T. (2010). Relapse prevention: A critique and proposed reconceptualisation. *Behaviour Change*, 27 (3), 154-175.
45. Skála, J. a kol. (1987). *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha: Avicentrum.
46. Šefránek, M. (2013). *Treatment Outcome Evaluation of Therapeutic Communities for Drug Addicts: 1-Year Follow-up Results*. *Adiktologie*, 13 (2), 106-128.
47. Vágnerová, M. (2017). *Obecná psychologie. Dílčí aspekty lidské psychiky a jejich orgánový základ* (1. elektronické vydání). Karolinum.
48. Vavrníčková, L. (2012). *Harm reduction alkohol*. Praha: Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy a Všeobecná fakultní nemocnice. Dostupné z: <https://www.adiktologie.cz/file/357/imprim-harmreduct-alkohol-via-03.pdf>
49. Vojíková, L. (2017). *Příprava klienta nízkoprahového zařízení na léčbu v terapeutické komunitě: kvalitativní analýza příležitostí a hrozeb v léčebném procesu*.
50. Vos, H. P. J. (1997). *Trauma a závislost*. Olomouc: Sananim.
51. Vyhnálková, L. (2013). *Motivace v léčbě závislých klientů psychiatrické léčebny Jemnice*. Bakalářská práce.
52. Wanigaratne, S. et al. (1990). *Relaps Prevention – Manual for Therapists*. Blackwell Science. London.

53. Wanigaratne, S., Wallace, W., Pullin, J., Keany, F., Farmer, R. (2008). *Prevence relapsu pro závislá chování*. Manuál terapeuta. Praha: Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky, 1. LF UK a VFN v Praze, Sdružení SCAN.
54. Zimbardo, P. G. (1983). *Psychologie*. Springer. Dostupné z:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=cat04374a&AN=kup.002202982&lang=cs&site=eds-live&scope=site>
55. Zvingerová, N. (2016). *Vývoj a změny motivace k léčbě u klientů s diagnózou ADHD v terapeutických komunitách pro drogově závislé*.

7 Seznam obrázků a tabulek

- Obrázek 6: Maslowova pyramida potřeb (Helus, 2018)
- Obrázek 7: Kolo změny dle Procházky a DiClementa (vlastní zdroj)
- Obrázek 8: Marlatt, Gordon 1985 (vlastní zdroj)
- Obrázek 9: Kognitivně-behaviorální model relapsu – Marlatt, Barret, 1994 (zdroj Kalina a kol., 2015)
- Obrázek 10: Cíle prevence relapsu, zdroj: Wanigaratne, Wallace, Pullin et al., 2008 In Kalina a kol., 2015
- Tabulka 2: Výzkumný soubor