

UNIVERZITA KARLOVA
V PRAZE
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ



Přechod k abstinenci a její udržování u bývalých uživatelů pervitinu

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Eva Richterová

V Praze 2014

Aneta Stulíková

Čestné prohlášení:

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně. Všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány. Práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 26. 6. 2014

.....
Aneta Stulíková

Poděkování:

Předem bych ráda poděkovala vedoucí mé práce, Mgr. Evě Richterové, za její ochotu a rady, které mi během psaní práce poskytla. Dále děkuji všem účastníkům výzkumu za jejich spolupráci a v neposlední řadě bych chtěla poděkovat své rodině za podporu a velkou trpělivost.

Obsah

I.	ÚVOD	1
II.	TEORETICKÁ ČÁST	2
1.	Závislost a specifika závislosti na pervitinu.....	2
1.1	Definice závislosti.....	2
1.2	Specifika závislosti na pervitinu	3
1.3	Příčiny vzniku drogové závislosti	6
1.4	Problémové užívání drog	9
1.5	Důsledky drogové závislosti	10
2.	Přechod od závislosti k abstinenci	11
2.1	Motivace ke změně	12
2.2	Cyklus změny od drogové závislosti k abstinenci	13
2.3	Posun motivace k návykovému chování	15
3.	Abstinence.....	15
3.1	Definice abstinence.....	16
3.2	Fáze abstinence	17
3.3	Protektivní faktory pro udržení abstinence	18
3.4	Rizikové faktory pro udržení abstinence.....	22
III.	EMPIRICKÁ ČÁST	25
1.	Úvod.....	25
2.	Cíl výzkumu a výzkumné otázky.....	26
3.	Technika sběru dat a výzkumná strategie	26
4.	Výzkumný vzorek	27
4.1.	Základní informace o informantech.....	28
5.	Etické otázky.....	31
6.	Zpracování dat, analýza a interpretace dat	32
6.1	Vliv sociálních vztahů.....	32
6.2	Vnitřní motivace.....	34
6.3	Komplikace spojené s přechodem k abstinenci.....	35

6.4 Vnímání abstinence jako pozitivní změny	37
6.5 Změna životního stylu v důsledku abstinence.....	38
6.6 Změny ve vnímání vlastní abstinence	39
7. Diskuse a závěr	40
Literatura.....	43

I. ÚVOD

Tato bakalářská práce se zabývá přechodem k abstinenci a jejím následném udržování u bývalých uživatelů pervitinu. Pervitin je nejužívanější tvrdou drogou v českém prostředí. Jeho snadná výroba i stále se zvyšující dostupnost zapříčiňuje, že počet problémových uživatelů pervitinu neustále narůstá. Stále převládá názor, že po léčbě nebo po ukončení užívání drog, je jedinec ze své závislosti kompletně „vyléčen“, tak tomu bohužel není. Do konce života se musí mít na pozoru před rizikovými situacemi, zvládat bažení a často abstinovat od všech návykových látek včetně alkoholu. Abstinence je jedním z nejdůležitějších faktorů v procesu přechodu jedince od závislosti k životu bez užívání drog. Abstinence od pervitinu je prvotní podmínkou pro uskutečnění změny. Spolu s vlastní abstinencí však musí zároveň docházet ke komplexní změně psychické, fyzické i sociální situace jedince závislého na pervitinu.

Cílem této bakalářské práce zjistit, jak sami bývalí uživatelé pervitinu vnímají fenomén abstinence. Co bylo zásadní, pro uskutečnění jejich vlastního přechodu k abstinenci, jaké významy přisuzují abstinenci, jak abstinenci udržují. Dále jsem chtěla zjistit, jakou úlohu v celém tomto procesu hraje vnitřní a vnější motivace. Získání pohledu bývalého uživatele pervitinu na abstinenci je přínosné pro lepší pochopení situace abstinujících jedinců v kontextu závislostí a může být přínosem jak pro odbornou veřejnost zabývající se závislostním chováním, tak pro jedince, kteří se závislostí stále bojují, jako podpora a naděje, že abstinence je uskutečnitelná i v dlouhodobém měřítku.

II. TEORETICKÁ ČÁST

Teoretickou část jsem rozdělila na tři kapitoly. V první se budu zabývat problematikou drogové závislosti, možnými příčinami rozvoje závislosti a jejími důsledky, dále se zaměřím na specifika závislosti na pervitinu. Druhá kapitola se věnuje vlastnímu procesu změny- přechodu od závislosti k abstinenci, vlivu motivace a popisu Transteoretického modelu behaviorálních změn. Třetí nejobsáhlejší kapitola se zaměřuje na téma abstinence, především na změny ve vnímání abstinence, následně na protektivní a rizikové faktory pro její udržování.

1. Závislost a specifika závislosti na pervitinu

1.1 Definice závislosti

Desátá revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN, 1992: 282) charakterizuje syndrom závislosti jako: *„Skupinu fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdy cenil více.“*

„Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky, alkohol nebo tabák. Návrat k užívání po období abstinence často vede k rychlejšímu znovuobjevení jiných rysů syndromu, než je tomu u jedinců, u nichž se závislost nevyskytuje.“

Definitivní diagnóza se stanoví, pokud během jednoho roku došlo ke třem nebo více z následujících znaků závislosti (MKN, 1992):

- Silná touha nebo pocit puzení užívat látku (craving)
- Potíže v sebeovládání při užívání látky
- Tělesný odvykací stav
- Průkaz tolerance k účinku látky
- Postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky
- Pokračování v užívání i přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků

Kudrle (2003; in: Kalina, 2003a: 107) definuje závislost jako „*chronickou a progredující poruchu, která se rozvíjí na pozadí přirozené touhy člověka po změně prožívání.*“ Tyto touhy se podle něj mohou projevit až ztrátou kontroly nad nutkavým chováním. Uspokojení jedinec dosáhne díky působení vnějšího zdroje, kterým je návyková látka, pomocí této látky se jedinec snaží zintenzivnit prožívání nebo uniknout z reality (Kudrle, 2003; in: Kalin, 2003a).

1.2 Specifika závislosti na pervitinu

Charakteristika pervitinu

Metamfetamin je často považován za nejrozšířenější stimulant na světě a zároveň za druhou nejužívanější drogu hned po marihuaně. Konzumenti znají metamfetamin pod názvy crack, speed, crank, meth nebo ice. V českých podmínkách ho můžeme najít pod jmény pervitin, piko nebo péčko (EMCDDA & Europol, 2010).

Pervitin je nejvíce zneužívanou tvrdou drogou v ČR, řadíme ho mezi stimulační drogy do skupiny budivých aminů (Kolektiv autorů SANANIM, 2007).

Z výzkumu United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention (2000) vyplývá, že na konci 90. let 20. století užívalo téměř 30 miliónů lidí stimulancia typu amfetaminů. Toto číslo je vyšší než počet uživatelů kokainu a opiátů dohromady (WHO, 2001). Nejprve se tato stimulancia užívala jako lék, ve druhé světové válce ji používali vojáci ke zvyšování svých výkonů. Od 70. let 19. století je užívání a výroba metamfetaminu nelegální (EMCDDA & Europol, 2010).

Výchozí látkou pro výrobu pervitinu je efedrin. Pervitin se prodává ve formě bílého nebo nažloutlého prášku. Běžně užívaná dávka je 50-250 g. Gram drogy přijde uživatele cca na 1 000 Kč (Svobodová, Václavík, 2006). Jedním z faktorů, proč dochází k rozšiřování užívání pervitinu, je jeho nenákladná výroba a snadná dostupnost chemikálií potřebných k jeho výrobě (WHO, 2001).

Účinky pervitinu

Stimulační drogy, mezi které patří i pervitin, podněcují organismus k vyššímu výkonu, zvyšují sebedůvěru a odbourávají nástup únavy. Je třeba doplnit, že stimulační drogy jako takové energii nedodávají, pouze vyčerpávají její zásoby z lidského těla. Odpovědí na jejich užití je únava organismu, bolesti svalů a kloubů, deprese a celkové vyčerpání. Užití pervitinu je spojené také se zrychlením toku myšlenek, tato mozková

činnost je však urychlena na úkor přesnosti jejich vybavování (Růžička a kol., 2012). Pervitin aktivuje schopnost empatie, dochází k nástupu euforie, intoxikovaný trpí nechutenstvím a nepotřebuje spánek (Minařík; in: Kalina, 2003a). Z hlediska biologického pervitin zvyšuje krevní tlak i srdeční tepovou činnost (Růžička a kol., 2012).

Podrobně nežádoucí účinky pervitinu na lidský organismus popisuje Kalina (2008: 357), dělí je na krátkodobé a dlouhodobé:

Krátkodobé nežádoucí účinky:

- *Sucho v ústech při intoxikaci, zvýšené pocení*
- *Přetížení krevního oběhu, bolest na hrudi, riziko selhání srdce*
- *Vysoká zátěž a následné nadměrné vyčerpání organismu, stav útlumu s nepříjemnými pocity po odeznění účinku (tzv. dojezd)*
- *Pohybové stereotypy spojené s intoxikací (tzv. vykroucenost)*
- *Strach a úzkostné prožívání (anxiogenní efekt)*
- *Pocity pronásledování a ohrožení (tzv. stíha)*
- *Mydriáza spojená se sníženou nebo vymizelou reakcí zornic na světlo*
- *Nadměrná koncentrace na nějakou, mnohdy nesmyslnou činnost (tzv. záseky)*
- *Urychlení myšlení často související s poklesem jeho kvality*

Dlouhodobé nežádoucí účinky:

- *Nápadné zhubnutí*
- *Halucinace, převážně sluchové, a bludy, typicky paranoidně perzekučního charakteru (toxická psychóza)*
- *Vznik závislosti- závislost na psychostimulancích je pouze psychického rázu*

Aplikace pervitinu

Pervitin lze užít orálně, nasálně nebo nitrožilně. Nitrožilní aplikace je v České republice nejrozšířenější a nese s sebou navíc rizika přenosu hepatitidy typu B a C a viru HIV. Účinky drogy při nitrožilní aplikaci nastupují ihned. Příznaky prokazatelného užití látky v blízké minulosti, tzv. intoxikace, zmizí do 8-24 hodin (Minařík; in: Kalina, 2003a). Pervitin je možné také kouřit. Při kouření se dostává látka do mozku mnohem rychleji, rychleji také vyvolává závislost a zdravotní potíže (EMCDDA & Europol, 2010).

Psychická a zdravotní rizika užívání pervitinu

Riziko vzniku závislosti na pervitinu je velké. Minařík (2003a) popisuje jeho znaky: rychle vznikající psychický návyk, nevzniká fyzická závislost a rychlý vzestup tolerance (Minařík, 2003a). Závislost na pervitinu má dle Mezinárodní klasifikace nemocí statistický kód F15.2- Závislost na jiných stimulantech, včetně kofeinu a pervitinu (Nešpor, 2000). Góhlert (2001) charakterizuje psychickou závislost jako touhu jakýmkoliv způsobem získat a konzumovat návykovou látku, psychická závislost trvá po celý život a je potřeba změnit naučené zkušenosti (Góhlert, 2001). Náchylnost k užívání pervitinu způsobují hlavně jeho euforické účinky (Ellinwood a Petrie, 1977; in: WHO, 2001). Jaffe (2000; in: WHO, 2001) dodává, že na závislosti se podílí také další sociální, psychologické, kulturní a biologické faktory.

Odvykací stav je komplikací pro většinu uživatelů pervitinu. Schuckit et al. (1999; in: WHO, 2001) uvádí, že s odvykacím stavem se potýká 87% uživatelů pervitinu. Vyskytuje se stejně často jako při vysazení opiátů nebo kokainu, oproti kokainu však trvá delší dobu (WHO, 2001). Srisurapanont et al. (1999; in: WHO, 2001) popisují odvykací stav po užití pervitinu pomocí tří faktorů:

- 1) Nadměrné podráždění- intenzivní craving, rozčilení, živé nebo nepříjemné sny
- 2) Obrácený růstový faktor- snížení energie, pocit hladu a potřeba spánku
- 3) Úzkostný faktor- ztráta zájmu a radosti, pocit úzkosti, zpomalení pohybu

Ve všech třech faktorech hrají důležitou roli také depresivní stavy. Dle Kinga a Ellinwooda (1997; in: WHO, 2001) mohou tyto faktory velmi výrazně ovlivnit rozhodnutí závislého vrátit se k užívání pervitinu. Watson et al. (1972; in: WHO, 2001) doplňuje, že některé symptomy mizí za čtyři až pět dní, jiné mohou trvat týdny i měsíce.

Závislý bojuje s pocitem úzkosti, napětí, předrážděnosti, převažují depresivní projevy, kolísání nálad, dostávají se poruchy pozornosti, soustředění, paměti, dochází také ke ztrátě motivace. Chronické užívání se projevuje organickou mozkovou poruchou, která může vyústit až v demenci (Svobodová, Václavík, 2006).

Zdravotní komplikací může být výskyt kardiovaskulárních onemocnění, poškození motorických funkcí, riziko mozkových příhod, vyhublost nebo rozvoj toxické psychózy. Některá poškození mohou být nevratná. Toxická psychóza se může objevit již po jednorázovém užití nadměrné dávky, je provázena paranoidními stavy, jako je

pocit pronásledování, halucinace a změny nálad (Růžička a kol., 2012). Z experimentů (např. Griffith et al., 1997; in: WHO, 2001) vychází, že většina uživatelů zažila psychózu během kontinuálního užívání pervitinu trvajících jeden týden. Psychóza často odeznívá spolu s ukončením užívání (Johnsson a Sjostrom, 1970; in: WHO, 2001). Hoffman (1983; in: WHO, 2001) však dodává, že 5- 15% uživatelů pervitinu se z psychózy nikdy plně neuzdraví.

Bažení a relaps

Bažení je touha pociťovat účinky psychoaktivní látky, se kterou měla osoba dříve zkušenost. Bažení po psychoaktivních látkách včetně pervitinu nazýváme bažení psychické. Psychické bažení se vyskytuje i po delší abstinenci a projevuje se aktivací mozkových center souvisejících s pamětí a emocemi, dochází k oslabení paměti, zhoršení postřehu, pocení či zvýšení tepové frekvence (Nešpor, 2000).

Bažení (cravingu) předchází tzv. dojezd, pro který je typická únava, několikadenní spánek spolu s atakou hladu. Přichází také úzkostné a depresivní stavy, které mohou vyústit až v sebevražedné myšlenky (Minařík; in: Kalina, 2003a). Dle Nešpora (2000) bažení může zvyšovat riziko recidivy, někdy ale také slouží k uvědomění si situace a k následné lepší přípravě na situace další. K překonání bažení Nešpor (2000) doporučuje: vyhýbat se situacím, které bažení vyvolávaly, připomínat si negativní důsledky recidivy a odvést pozornost.

Zde je nutné upřesnit dva termíny- laps a relaps. Millerová (2011) upozorňuje, že v českém prostředí je často používán místo pojmu laps pojem relaps a místo slova relaps spíše recidiva. V této bakalářské práci použiji terminologii dle definic níže:

„Laps znamená, že závislý člověk porušil svůj závazek abstinence, ale nevrací se ke svému předchozímu stupni užívání.“ (Millerová, 2011: 212) Relaps je definován jako: *„Aktivace procesu závislosti, kdy závislý začne znovu užívat drogy ve stejné míře jako předtím.“* (Millerová, 2011: 212)

1.3 Příčiny vzniku drogové závislosti

Možné příčiny vzniku a rozvoje závislosti můžeme identifikovat na různých úrovních (Hejda, 2004):

Faktor osobnosti

Člověk je sociální bytostí, v jeho osobnosti se projevuje podstata sociální i biologická. Tato podstata a způsob jejího formování může být příčinou vzniku drogové závislosti (Hejda, 2004). Například některé studie dělí jedince s osobnostními předpoklady ke vzniku závislosti na hledače potěšení, konformisty (ti reagují na tlak okolí), experimentátory a samoterapeuty. Druhá skupina je podle studií senzitivnější na vznik a rozvoj závislosti (Robson, 1999). Podle Hejdy (2004) jsou náchylní k závislosti především osoby s psychopatologickými sklony, neurotičtí jedinci a osoby trpící jinými duševními a tělesnými problémy. Dále sem můžeme zařadit nedospělé teenagery, kteří ještě nejsou emocionálně vyrovnaní. Tento názor však ještě nebyl potvrzen a dodnes není jasné, jaký druh osobnosti v sobě ukrývá náchylnost ke vzniku a rozvoji závislosti (Hejda, 2004).

Mravčík (2010) porovnává uživatele pervitinu s uživateli opiátů v ČR:

Uživatelé pervitinu obecně patří do mladší věkové kategorie, s větší pravděpodobností jsou svobodní a bezdětní, jsou na tom lépe po zdravotní i sociální stránce, nevyskytuje se u nich tělesná závislost, páchají méně finanční kriminality a více násilné trestné činnosti, častěji mají kombinovanou závislost s gamblingem, chroničtí uživatelé pervitinu vykazují větší nervozitu, impulzivitu a agresivitu a vyskytuje se u nich toxická psychóza. Ve struktuře léčebných intervencí a v jejich poskytování nebyl nalezen žádný podstatný rozdíl. Jinými slovy prozatím neexistují žádné specifické programy a přístupy v léčbě uživatelů metamfetaminu (Mravčík, 2010). Úspěšnější bývá léčba lidí se závislostí na pervitinu než lidí, kteří dlouhodobě užívali opiáty, například heroin (Pešek, 2008).

Faktor motivace k užívání drog

Různé studie se také snaží rozdělit uživatele drog podle určitého konkrétního znaku nebo stupně motivace (Robson, 1999). Podle Hejdy (2004) každý uživatel drog tvrdí, že se jeho závislost objevila v rámci situací každodenního života, jakými jsou například snaha zbavit se psychických obtíží, udržet se fit, snaha o stimulaci svých smyslů, útěk z reality. Ve všech těchto případech droga nahrazuje uspokojení osobnostních potřeb a pomáhá utéci z problémových situací (Hejda, 2004). Faktory vzniku a rozvoje závislosti také často souvisí s účinkem konkrétní drogy (Frouzová; in: Kalina, 2003a).

Frouzová (in: Kalina, 2003a: 124) popisuje šest pozitivních nabídek, kterými drogy disponují:

1. *Umožňují dosažení větší kontroly, moci nad sebou či nad druhými.*
2. *Urychlují a zkvalitňují vlastní vývoj, umožňují zažít zvláštní poznání a tím si uvědomit více sám sebe či smysl svého života.*
3. *Zbavují nepříjemného stavu, akutního či permanentního, např. pocitů neschopnosti, méněcennosti nebo stavů, které doprovázejí fyzické nemoci či jiné duševní poruchy.*
4. *Vyvolávají slast, příjemný stav, zintenzivňují smyslové zážitky.*
5. *Umožňují lépe se cítit uprostřed těch, kteří drogu běžně používají, usnadňují přizpůsobení.*
6. *Pomáhají při asociálním životním stylu, kdy droga posiluje agresivitu a drogou posílená sebestřednost potírá empatii a potlačuje sebezpytování s případnými nepříjemnými výčitkami svědomí.*

Faktor prostředí

Všechny skupiny, do kterých se během života dostáváme- škola, rodina, práce, skupina přátel, mají dle Hejdy (2004) tendenci upřednostňovat určité zvyky, jednání, hodnoty a pohled na život. V těchto skupinách dochází k prvním konfliktům a uvědomění si rozdílů mezi vlastními názory a názory ostatních (Hejda, 2004).

Faktor volného času

Pokud zejména mladý člověk zažívá nudu a pocit prázdnoty, velmi rychle se může uchýlit k rychlému uspokojení v podobě vyzkoušení drogy (Hejda, 2004).

Prostředí a volný čas mohou být rizikovými faktory nejen pro vznik závislosti, ale také pro dosažení a udržení abstinence (Kolektiv autorů SANANIM, 2007).

Faktor podnětů

Navzdory všem snahám odborníků, se ještě stále nepodařilo nalézt základní impulzy, které spouštějí startovací mechanismus pro vyzkoušení drogy, proto převládá názor, že tyto impulzy nelze přesně specifikovat. Můžeme tedy tvrdit, že žádný univerzální impulz neexistuje (Hejda, 2004).

1.4 Problémové užívání drog

Pešek (2008) popisuje, jak se v počátcích drogový životní styl zdá být pestrý a nevázaný. Přinese spoustu mimořádně zajímavých zážitků, začlenění do drogové komunity spojené s pocity vlastní výjimečnosti. To vše přehluší stále ještě nicotné problémy, které vznikly v rodině, ve škole nebo v práci. Časem uživatel drogy přijde na to, že už mu droga nedává tolik, co na začátku, a začínají ho tlačit problémy nasbírané během užívání drog. Zde se nachází na křižovatce- buď bude usilovat o změnu, nebo dojde k pasivnímu přijetí stávající situace a k rezignaci (Pešek, 2008). „*Čím déle bude vaše závislost trvat, tím více budete v žebříčku svých životních hodnot upřednostňovat drogy.*“ (Pešek, 2008: 18)

S rozvojem závislosti souvisí komplexní proměna na úrovni biologické, psychické i sociální (Vágnerová, 1999). Netík (1991; in: Vágnerová, 1999) mluví o tzv. učení v bludných kruzích. Účinky drog podněcují jedince k opakovanému užití a zároveň dochází k vzestupu tolerance. Spolu s pokračováním užívání se mění psychické i fyzické vlastnosti jedince. Postupně jedinec zjišťuje, že není schopen s užíváním skončit. V této situaci si nejčastěji racionalizuje užívání drogy a identifikuje se s drogově závislými, sociální důsledky braní drog „pomohou“ jedinci dostat se do role narkomana. V tomto kruhu se jedinec točí, často bez motivace a síly se situací něco udělat (Netík, 1991; in: Vágnerová, 1999).

Problémové užívání přichází velmi nenápadně. Závislý si uvědomuje, že je něco špatně, interpretuje si ale často situace mylně, a tak pokračuje v užívání návykové látky dál (Marádová, 2006). Závislý se v této fázi stává lhostejným, ztrácí motivaci a neskrývá svůj návyk (Vágnerová, 1999). Závislému postupně úplně přestává záležet na okolí- jak závislého vidí a co si o něm myslí. Závislost jako taková je finálním stádiem, ve kterém dochází k častému užívání návykové látky. Toto období připomíná kolotoč, ve kterém se závislý pohybuje- obstarání peněz na návykovou látku- užití látky- krátký účinek- odvykací stav je často vyřešen opětovným užitím látky (www.plhb.cz, nedatováno). Postupně dochází i ke změně chování závislého- kromě neschopnosti se přizpůsobit společenským normám, je pro drogově závislého jedince podle Bergeret (1995) problematické přijímání autorit, projevuje se neschopnost propojit vlastní fantazie s realitou, problémy v rodinných vztazích jsou mnohdy ač nezáměrně řešeny nápodobou problémového chování. Citová nedospělost je způsobena tím, že závislí

mnohdy nebyli nuceni svůj život podřizovat kompromisům, zároveň však nesnou samotu (Bergeret, 1995). Po určité době si závislý začne uvědomovat svou situaci, a tak se snaží užívání zastavit, což se mu podaří většinou jen na velice krátké období, po kterém se dostane opět zpátky do nekonečného kolotoče. Dochází ke ztrátě posledních zájmů, na které není čas ani peníze, kamarádů a nejbližších známých. Situace může stát tak závažnou, že dochází k porušení morálních zásad a zákonů- prostituce, řízení pod vlivem, krádeže (www.plhb.cz, nedatováno). V této fázi už droga nic nedává, ale přesto ji jedinec stále více potřebuje. Potřebuje drogu k tomu, aby mohl vůbec fungovat. Zde se nabízí dvě možnosti: přijmout drogu jako součást života nebo se snažit o změnu této situace (Vágnerová, 1999). Každý člověk je jedinečný a může mít své vlastní pomyslné „dno“ jinde. Někteří mohou přestat s užíváním velmi brzy, jiní se dostanou až do poslední fáze závislosti, ale udržují si stále práci, rodinu a zevnějšek (Bútora, 1991).

1.5 Důsledky drogové závislosti

Důsledky drogové závislosti lze částečně generalizovat. Vzhledem k tématu této bakalářské práce zaměřím svou pozornost konkrétně na užívání pervitinu. Dopady závislosti dělíme na somatické, psychické a sociální (Vágnerová, 1999).

Somatické (zdravotní) důsledky závislosti často souvisejí s přechodem na rizikovější formu užívání nebo změnou stylu života. Uživatelé pervitinu se potýkají například s poškozením CNS, poškozením jater, rizikem infarktu, vysokým krevním tlakem a zvýšeným rizikem infekce. Konkrétně pervitin má také anorektické účinky (Vágnerová, 1999).

Návykové látky mění celou osobnost závislého jedince. Mezi psychické důsledky závislosti můžeme přiřadit například deformaci emočního prožívání- sklony k labilitě, dráždivosti a k extrémním emočním prožitkům. Dlouhodobé užívání zhoršuje pozornost a paměť. Při užití pervitinu se mění aktivační úroveň organismu- dochází k extrémní aktivaci. Se změnou hodnot souvisí nížená schopnost sebeovládání a nedostatek vůle ke změně rizikového chování. Užívání drog ochuzuje životní styl. Jedince ovládá stereotyp, což je paradoxní, jelikož mnoho lidí začíná s drogami kvůli tomu, aby mohli ze stereotypu vypadnout. Drogově závislý člověk má jen drogu, soustředí se jen na přítomnost. Uvědomění si úpadku osobnosti může ještě zhoršit

sebehodnocení. Dlouhodobé užívání může způsobit také psychické choroby- u pervitinu je to například toxická psychóza či schizofrenie (Vágnerová, 1999).

Sociální důsledky vyplývají z odlišného životního stylu závislých lidí. Závislí nerespektují normy, vztahy s okolím se zhoršují, jejich chování se mění- nelze se na ně spolehnout, jsou sobečtí a nemají žádnou empatii. Hlavní hodnotou se pro závislého stává droga, ostatní hodnoty jsou bezvýznamné (Vágnerová, 1999). V rodině dochází ke změně chování závislého, které provází lži, nedodržené sliby, podvody a krádeže (www.plhb.cz, nedatováno). Závislý mnohdy rodinu zcela devastuje (Vágnerová, 1999). Problémy ve škole nebo v práci graduji kvůli nedochvilnosti a neschopnosti soustředění závislého (www.plhb.cz, nedatováno). Vágnerová (1999) doplňuje, že závislost často provází vyhazov ze školy či zaměstnání. Ze všech rolí závislému zůstane jen role narkomana. Tato role je v naší společnosti stigmatizována. Stigmatizace podporuje vyloučení závislého ze společnosti a identifikaci s drogovou subkulturou. Drogovou kariéru provází často také trestná činnost (Vágnerová, 1999).

2. Přejchod od závislosti k abstinenci

Podle Havlové (2009) je změna klíčovou podmínkou návratu závislého do života. Závislý musí změnu uskutečnit u svého zevnějšku, návyků, chování, postojů, hodnot, vůle i životního stylu. Lidé ale uskutečňují často změnu až v okamžiku, kdy není jiné východisko. Se změnou souvisí pocity nejistoty, obavy a strach z neznámého. To vysvětluje, proč závislí často udržují svůj nevyhovující stav (Havlová, 2009). Změna je nejčastěji prakticky uskutečňována pomocí ústavní léčby a následné péče po návratu do běžného života. Anglický výzkum NTROS (National Treatment Outcomes Research Study) i americký výzkum DATOS (Drug Abuse Treatment Outcomes Study) se zabývaly úspěšností léčby uživatelů drog v dlouhodobém rozsahu. Oba výzkumy došly k pozitivním závěrům. Potvrdila se účinnost léčby. Po léčbě zcela abstínuje cca 40% bývalých uživatelů drog, zbylým 60% uživatelů, kteří nedodržují úplnou abstinenci, se alespoň podaří zlepšit zdravotní a sociální stav, jejich chování po léčbě je navíc méně rizikové (Radimecký, 2006). Nepustil (2011) však upozorňuje, že v léčbě mohou nastat problémy s utvářením nové identity. V současné léčbě totiž převažuje názor, že závislost na pervitinu je chronická choroba, kterou lze udržovat celoživotní abstinencí. Utrvování se v této „nové“ identitě, je však komplikované, především z toho důvodu,

že identitu je nutné utvrzovat pomocí lidí, kteří mají pro svou identitu stejný základ- to znamená úplnou abstinenci (Nepustil, 2011). Ze studie Nepustila (2009) vychází, že existuje nemalé procento lidí, kteří se dokázali vyrovnat se závislostí bez pomoci lékařů, medikace a psychologů, jako nezbytná je však označena přítomnost jiných lidí, kteří jedinci pomáhají spoluvytvářet nový životní styl. Rozhodující pro samoléčbu je „rozvoj vlastní síly k jednání, rozvoj reflexivity, utváření závazků a nalézání nového etického rámce.“ (Nepustil, 2009: 23) Přestože nemáme možnost získat mnoho informací o uživatelích pervitinu, kteří svou závislost vyřešili bez léčebného procesu, Nepustil (2011) udává, že touto cestou se zbaví své závislosti více než polovina všech uživatelů. Výhodou může být, že uživatel nevnímá závislost jako chronickou poruchu, která se může kdykoliv zvrátit v opětovné užívání (Nepustil, 2011). O změně závislého na abstinujícího závislého však víme stále velmi málo. Pojem abstinent ani z klinického hlediska není definován. Existuje pouze abstinující toxikoman. Tato „nálepka“ z léčby jedinci zůstává do konce života (Bútorá, 1991).

2.1 Motivace ke změně

Dříve převládal názor, že závislý bude mít dostatečnou motivaci ke změně, až když si sáhne na pomyslné dno. Tato teorie je již překonaná, především z toho důvodu, že závislost na návykových látkách může způsobit vážné a nevratné škody organismu. Včasná intervence je tedy žádoucí (Nešpor, 2013).

Negativní motivace může dle Nepustila (2011) uživateli pervitinu pomoci uvědomit si návykový problém. Tato negativní motivace může být způsobena například nepříjemnými pocity při odeznění účinku pervitinu nebo informací o hluboké sociální degradaci rizikových přátel. Uživatel pervitinu v návaznosti na tyto podněty z vlastního prožívání může zareagovat rozvojem vnitřního dialogu o kladných a záporných stránkách závislosti. V tomto procesu může dojít i k rozhodnutí přestat užívat pervitin. Uživatelé pervitinu se v procesu změny spíše snaží o komplexní proměnu identity než „jen“ o abstinenci (Nepustil, 2011).

Silná motivace ke změně spolu s vysokou mírou sebeúčinnosti (self- efficiency) zvyšují šance na vyřešení návykového problému. Sebeúčinnost doplňuje motivaci, ukazuje, do jaké míry jedinec věří ve své vlastní schopnosti uskutečnit změnu

(Millerová, 2011). Sebeúčinnost znamená: „*Co daná osoba sama soudí o svých schopnostech adekvátně obstát při řešení konkrétní situace.*“ (Millerová, 2011: 219)

Změna u jedince s návykovým problémem znamená přijetí role abstinujícího toxikomana spolu s přijetím norem, systému a způsobu života. S tím souvisí aplikování funkční abstinence, opuštění drogové komunity, hledání bezpečných přátel, posilování pozitivní motivace k abstinenci. Změna je možná pouze s trvalou změnou postojů i chování. Důležité je také neustrnout v dosažených změnách, ale neustále rozvíjet svou osobnost, efektivní se jeví také pomoc ostatním. Rozhodnutí se pro abstinenci, které vzniká z popudu okolí, je z dlouhodobého hlediska neefektivní, déle abstinující jedinci však zpětně tento nátlak hodnotí pozitivně (Bútora, 1991).

2.2 Cyklus změny od drogové závislosti k abstinenci

Změna je proces, jehož fáze lze zobecnit. Je důležité si uvědomit, že lidé mají v různých fázích změny různé potřeby a mohou jim pomoci odlišné přístupy. Fáze značí míru uvědomění si rozporů mezi žádoucím a aktuálním stavem, míru sebedůvěry a míru připravenosti k uskutečnění změny. Ke změně dojde až ve fázi, kdy si jedinec uvědomuje nespokojenost se současným stavem, zároveň nalezl vhodný způsob změny a věří, že změnu zvládne (DiClemente, 1984; in: Soukup, 2011). Transteoretický model behaviorálních změn popisuje, jak dochází ke změnám rizikového chování. DiClement a Prochaska (1984; in: Světlák, 2005) vymezují jednotlivá stádia změny:

1. stadium PREKONTEMPLACE

Jedinec neuvažuje o změně chování, nepřipouští si rizika spojená s návykovým chováním. Toto období charakterizuje „odpor“ k přiznání si problému (DiClement a Prochaska, 1984; in: Světlák, 2005).

2. stadium KONTEMPLACE

Postoje ke změně chování jsou rozporuplné a ke konkrétní akci tyto jedinci ještě nejsou odhodláni, přestože o problému vědí (DiClement a Prochaska, 1984; in: Světlák, 2005). Millerová (2011) dodává, že jedinec promýšlí, jaké pro a proti, by mu změna přinesla.

3. stadium PŘÍPRAVA

V této fázi je jedinec rozhodnutý podniknout nějaký krok ke změně svého

chování- například omezení spotřeby návykové látky. Není však ještě připraven k abstinenci (DiClement a Prochaska, 1984; in: Světlák, 2005). Jedinec má již za sebou několik neúspěšných pokusů o abstinenci (Millerová, 2011).

4. stadium AKCE

Millerová (2011) popisuje stadium akce, v tomto stadiu se jedinec aktivně podílí na řešení problému, o změnách má konkrétní představu. Změna se, dle Prochasky et al. (1992; in: Millerová, 2011), uskuteční v období od jednoho do šesti měsíců.

5. stadium UDRŽENÍ

Jedinci se již nezaměřují na pokus o změnu chování, nesnaží se vrátit k původním vzorcům chování, zaměřují se na prevenci relapsu a upevnění nového životního stylu (DiClement a Prochaska, 1984; in: Světlák, 2005).

Každé stádium je vymezeno časem a úkoly, které musí být splněny, aby bylo možné přejít do dalšího stádia (Světlák, 2005). Jednotlivé fáze cyklu změny na sebe nemusí za každou cenu navazovat. Může se tedy stát, že závislý se dostane zpět do předchozí fáze (Havlová, 2009). Spontánní změny motivace dle Nešpora (2000) vychází z Transteoretického modelu behaviorálních změn.

Tabulka č. 1 Spontánní změny motivace (Nešpor, 2000: 61):

>	> 1. Nestojí o změnu > (chce pokračovat v návykovém chování)	∨
6. Recidiva návykového chování		2. Rozhodování (se změnou váhá)
∧		∨
5. Udržování (udržuje si dobrý stav)		3. Rozhodnutí (rozhodl se pro změnu)
∧	< 4. Jednání < (uskutečňuje změnu)	<

Spontánně jsou změny u závislých vyvolány vlivem různých situací. Jednotlivé změny nejsou časově vymezeny. Není nutné, aby jednorázová recidiva ústila vždy do

prvotního stádia. Pokud závislý včas svou recidivu zastaví, může se vrátit zpět do stádia udržování (Nešpor, 2000).

2.3 Posun motivace k návykovému chování

Nešpor (2013a) pracuje s tzv. posunem motivací. To znamená, že stávající motivace se využijí k dosažení a udržení změny. Nešpor (2013a) popisuje tzv. motivační okruhy, které se musí změnit:

Motivační okruh dočasného úniku

Užití drogy souviselo s únikem před nepříznivými situacemi nebo psychickými stavy. Tyto stavy se však díky užití pouze zhoršovaly. Motivační posun znamená změnit okolnosti, které lze změnit, a přijmout nepříjemné skutečnosti.

Motivační okruh požitku

Užití drogy nejprve souviselo s přísunem žádoucích stavů, časem však užívání přineslo stavy nepříjemné. Motivační posun je „moudré užívání života.“ To spočívá ve vyhledávání takových potěšení, která nepřinášejí negativní stavy, naopak.

Motivační okruh přizpůsobení špatné společnosti

Povrchní vztahy v drogových partách oslabují vztahy s nejbližšími- rodina a kvalitní přátelé. Motivačním posunem je ohleduplnost k lidem nejbližším.

Motivační okruh vzrušení

Počáteční vzrušení z užívání se vytratilo a zůstal stereotyp- sehnat peníze na drogu, aplikovat drogu. Motivační posun zde nalezneme opět v moudrém užívání života- hledání nových aktivit. Nešpor (2013) doporučuje především aktivity tělesné.

Motivační okruh beznaděje

Přesvědčení závislého o tom, že pokusit se o jakoukoliv změnu je beznadějně. Motivačním posunem tento pesimismus závislý přenáší na původce neštěstí- na drogy.

Motivační okruh magického myšlení

Droga jako zdroj duchovního růstu je pouhou racionalizací závislého jedince. Posunem zde může být například vstup do církve, meditace, jóga.

3. Abstinence

Uzdravení z drogové závislosti je obtížné a trvá dlouhou dobu. Pešek (2008) říká, že léčba trvá minimálně tak dlouho, jak jedinec užíval drogy. Z člověka, který

ukončí braní drog a rozhodne se abstinovat, se stává abstinující toxikoman (Pešek, 2008). Samotná abstinence podle Bútory (1991) nevyřeší problémy jedince, poskytne však možnost nového začátku či zlepšení. Ačkoliv je abstinence nutnou, ne-li nezbytnou součástí změny jedince, musím zde připomenout důležité okolnosti, se kterými se musí abstinující postupně vyrovnat. Mezi ty patří citový a duševní stav jedince, jeho vztah k sobě samotnému i k ostatním lidem ve společnosti, vliv a očekávání okolí, které se také musí vyrovnat s abstinencí jedince, vliv společnosti. Ve společnosti bohužel přetrvávají stereotypní představy o tom, kdo je drogově závislý člověk. Společnost reaguje na záměrnou abstinenci rozpačitě, někdy dokonce negativně. Abstinující se dostává do středu zájmu. Okolí zajímá, proč nepije, jak to lze realizovat apod. Abstinující se musí s těmito nepříjemnými okolnostmi vyrovnat (Bútor, 1991). Na bývalého uživatele pervitinu, který aktuálně abstinuje, by se podle Nepustila (2011) mělo pohlížet jako na aktivní osobnost, která zvládne změnit svůj život a neustále rozvíjet svou identitu. V období abstinence je žádoucí podporovat aktivitu bývalého uživatele drog a rozšiřovat jeho obzory, které mu pomohou při utváření „nové“ identity. Není důležité, zda zajistí tuto podporu blízcí nebo odborníci. Kromě podpory okolí je pro bývalého uživatele důležitý dostatek svobody, která mu umožní vybrat si budoucí směřování. Na základě těchto podpůrných mechanismů, dojde u bývalého uživatele k rozvoji vlastního jednání, které mu pomůže při zvládnání budoucích krizových situací. (Nepustil, 2011).

3.1 Definice abstinence

Liba (2001) definuje abstinenci jako střídmost neboli zdrženlivost: *„Ide o zložitý a diferencovaný mechanismus viazaný na subjekt, na který vplývají exogenně a endogenně činitele.“* (Liba, 2001: 5) Na abstinujícího působí mnoho vlivů a tlaků. Abstinence se dá realizovat buď jako životní styl- zde se abstinující opírá o vzdělání, výchovu, životní filozofii a vnitřní motivaci, nebo může abstinence působit jako ochranný mechanismus. Abstinence podmiňuje zvládnutí zdravotního problému, například závislosti. Zvládnutí této druhé podoby je pro abstinujícího životně důležité (Liba, 2001).

3.2. Fáze abstinence

Mnozí autoři se shodují na tom, že abstinence je v procesu změny závislého nezbytná (Kalina, 2003b). Především je důležité, jak závislý abstinenci vnímá. Prožívání abstinence prochází třemi etapami: musím abstinovat, chci abstinovat, mohu abstinovat. V poslední fázi si jedinec uvědomuje možnost volby. Až poslední fázi je možné udržet po celý život (Havlová, 2009).

Bútora (1991) popisuje čtyři fáze abstinence (etapy uzdravování). Jeho snahou je zachytit sociální, psychologický a emocionální svět abstinujícího člověka (Bútora, 1991):

Musím abstinovat je definována velkou snahou o abstinenci, abstinence je v tomto období hlavním cílem. Často jde o abstinenci vynucenou nebo časově vymezenou, abstinent chce ukázat, že lze abstinenci zvládnout. Abstinence je v tomto období často utajována před okolím- známými, kolegy z práce. Abstinent zároveň žasne nad tím, že je abstinence vůbec možná, a zároveň prožívá zmatek z reálného života- snaží se vybudovat náhled na svou „chorobu.“ Doznívají konflikty v rodinném nebo pracovním prostředí, které způsobilo závislostní chování, projevuje se snaha jedince o nápravu rodinných poměrů, okolí však jedinci ještě nedůvěřuje. Toto období také souvisí se změnou okruhu známých a přátel- abstinent se vyhýbá známým, kteří užívají návykové látky.

Chci abstinovat přichází asi po 5-12 měsících abstinence a je nazývána také jako tzv. začátek aktivní abstinence- jedinec hraje roli abstinenta. Někteří v této fázi zůstanou po celý život. Úsilí o udržení abstinence se snižuje, objevuje se pouze v rizikových situacích. Objevují se první odměny a uznání vyplývající z abstinence. Mohou se objevit sklony reformovat a spasit ještě užívající jedince. Nebezpečné může být sociální vakuum- nedostatek nových, přijatelných známých, snaha o dohánění zmeškaného spojené s rozladěním a podrážděností nebo pochybnosti o vlastní závislosti. Často se objevuje konfliktnost a falešné sebevědomí, které ještě umocňuje už tak vysoké riziko relapsu. Okolí na konci této fáze snižuje svou ostražitost vůči abstinujícímu. Abstinující postupně zjišťuje, že je možný i jiný, hodnotnější život, jedinec může dojít i k rozhodnutí, že chce takto žít. Méně často se v této fázi objevují neurčité obavy, zda se život vybojovaný v abstinenci nezhroutí. Tyto obavy se mohou vyskytovat i ve 3. fázi.

Budu abstinovat nastupuje obvykle až po přibližně třech letech abstinence. Abstinence se stává prostředkem, není již cílem. Úsilí o udržení abstinence je zanedbatelné, vyskytnout se mohou pocity závisti vůči těm, kteří „umí“ užívat návykové látky. Tato fáze je aktivní abstinencí, upevňují se emocionální, racionální i behaviorální postoje k návykové látce i k abstinenci. Tyto postoje se stereotypizují a fixují. Závislost má charakter vzpomínky. Jedinec nemá problém se zveřejněním své abstinence. Konflikty je abstinenc schopen zvládnout, přetrvávají jen stopy z doby užívání, sociální zázemí je v této době vytvořené či znovunabyté, rozšiřuje se pole sociálních vztahů, obnovuje se důvěra okolí. Abstinenc se často identifikuje se spřízněnou komunitou a abstinentským životním stylem, akceptuje sebe jako abstinenta.

Abstinuji přichází po dlouhodobé abstinenci- přibližně 8 let. Abstinence je brána jako samozřejmost, dochází k rozvoji tvořivé abstinence. Abstinence může být předností, radostí, návykové látky jsou abstinujícímu lhostejné. Riziko relapsu se může objevit v případě zapomenutí na návykový problém. O abstinenci většina lidí z okolí ví, akceptuje ji. Výskyt konfliktů je zanedbatelný, jedinec se snaží smířit se i s případnými negativními postoji ostatních, je však v této věci trpělivý. Sociální zázemí je vybudované. Ve starším věku je nebezpečná samota, díky které mohou objevit výčitky a sebeobviňování za užívání návykové látky, ojediněle se mohou vyskytnout pocity zbytečnosti, ohrožení smyslu života- hlavně bez kontaktu s ostatními uzdravenými lidmi. Někdy vyjdou na povrch negativní potlačené osobnostní rysy. Jedinec je smířen s abstinencí, je pokorný, chápe závislost jako příležitost k osobnímu rozvoji a jako šanci.

3.3 Protektivní faktory pro udržení abstinence

Úplná abstinence

Přechod k abstinenci je zásadní. Uvádí se, že již 3 měsíce abstinence mohou být klíčové pro klientovu změnu (Kalina, 2003b). Často je nutné spojit abstinenci od pervitinu s abstinencí od alkoholu i jiných návykových látek. Je známo, že může docházet k přesunu závislosti, buď od látek jako jsou marihuana a alkohol směrem k tvrdým drogám, možný je však také přesun od závislosti na tvrdých drogách k závislosti na alkoholu či marihuaně (Nešpor, Csémy, 1996). V druhém případě mohou návykové látky způsobit odstranění zábran a následný relaps (Kolektiv autorů Sananim, 2007). Výsledky mnohých studií zabývajících se otázkou kontrolovaného pití (Wallace,

1990, 1993 nebo Pendery a kol., 1982; in: Rotgers a kol., 1999) nevycházejí příliš optimisticky. Schopnost udržení kontrolovaného pití u lidí, kteří bojují se závislostí na návykových látkách, je velmi vzácným jevem (Helzer et al., 1985; in: Rotgers a kol., 1999).

Změna v oblasti vztahů a prostředí

Abstinenci musí provázet změny v oblasti vztahů, práce a sociálního prostředí. Důležitým ukazatelem změny je například změna zdrojů sociální opory- opuštění starých přátel, partnerů a nalezení nových mimo drogovou scénu. K dalším úkolům závislého patří také zlepšení vztahů v rodině, ta v mnohých případech závislého zavrhl. Čím je jedinec mladší, tím je integrace zpět do rodiny důležitější (Kalina, 2003b). Pokud má závislý podporu od rodiny a nerizikových přátel, může počítat s jejich pomocí, má po léčbě kde bydlet a pracovat, šance na udržení abstinence se zvyšuje (Pešek, 2008).

Změna v oblasti vzdělání a práce

Zdárným posunem směrem k trvalé abstinenci je také finanční zajištění, kterého jedinec dosáhne získáním zaměstnání, eventuálně doplněním vzdělání, jež mu k budoucímu povolání pomůže. Zásadní je také osvojení si pracovních návyků a disciplíny (Kalina, 2003b).

Věk a délka drogové kariéry

Časové faktory výrazně ovlivňují dosažení změny. Mezi drogově závislými najdeme většinou jedince s nevyřešenými vývojovými úkoly- to je způsobeno jejich nízkým věkem při vzniku závislosti. Vývojové úkoly jsou změny (tělesné, psychické a sociální), které musí dospívající zvládnout v procesu růstu a zrání (Kalina, 2003b).

Kalina (2003b: 97) tyto úkoly popisuje:

- *Naučit se přijmout svoje tělo*
- *Ztotožnit se se svou sexuální rolí*
- *Dosáhnout emoční autonomie od rodičů*
- *Získat akceptovatelnou pozici ve skupině vrstevníků*
- *Připravit se na povolání a životní dráhu*
- *Založit uspokojivý sexuální vztah*

Pomocí drog se podle Kaliny (2003b) někteří snaží zlehčit míru problémů souvisejících s těmito vývojovými úkoly. Drogová kariéra proces dospívání brzdí a její

ukončení je snazší, pokud má závislý příležitost vývojové úkoly vyřešit. U jedinců, u nichž závislost vznikla až po 20. roce věku, je větší šance na dosažení změny (Kalina, 2003b). Čím nižší je věk, kdy jedinec drogy začal užívat, tím se obvykle zvyšuje i pravděpodobnost toho, že bude více poškozeno jeho zdraví a že se pak bude obtížněji zapojovat zpět do normálního, konvenčního života (Pešek, 2008). U dospívajících je zvláště znepokojující každodenní užívání drog (Santrock a Yussen, 1984).

Nezanedbatelným faktorem je také délka drogové kariéry uživatele. Přestože se včasný začátek léčby může potkat s demotivací uživatele, všeobecně platí, že „*čím včasnější léčba, tím lepší prognóza.*“ (Kalina, 2003: 98) S prodloužením doby užívání se prodlužuje zároveň i doba potřebná pro uzdravení (Pešek, 2008).

Motivace k pozitivní změně

Jedinec ví, z jakého důvodu se doléčuje a proč se chce ze své závislosti léčit. Míra této motivace lze měřit (Pešek, 2008). Vlastní motivaci by měla doplňovat tzv. sebeúčinnost, která uvádí, jak moc jedinec věří v uskutečnění změny vlastními silami (Millerová, 2011). Také jedinec musí přijít na způsob, jak změnu uskutečnit (DiClemente, 1984; in: Soukup, 2011). Motivace ke změně je důležitá pro uskutečnění vlastní změny. Fáze změny a úkoly, které jsou v těchto fázích uskutečňovány, popisuje DiClement a Prochaska (1984; in: Světlák, 2005). Motivaci ke změně je věnována kapitola 2.1.

Následná péče

- Doléčovací programy

U většiny lidí, kteří se stali závislými, je nezbytný k udržení abstinence určitý typ doléčování. Kromě toho, že doléčovací programy zvyšují šance na úspěšnou abstinenci tím, že zajišťují pozvolný přechod z izolované léčby do reálného života, pomáhají také s problémy spojenými s drogovou minulostí- právní poradna, řešení dluhové situace nebo dokončení školy (Kolektiv autorů SANANIM, 2007). Výzkumy prokázaly důležitost programů následné péče, tyto programy se zaslouhují o zvýšení úspěšnosti léčebného procesu a o udržení změn dosažených v léčbě až o 80% (Radimecký, 2006). Ambulantní programy se obvykle skládají z dlouhodobého poradenství, individuální nebo skupinové terapie, rodinné nebo manželské terapie, nebo z činností více zaměřených na praktický život, jako je pomoc se změnou prostředí nebo pomoc s nalezením zaměstnání. Komunitní programy jsou dlouhodobé. Jedinci jsou

ubytování v komunitě a musí dodržovat určitý řád. Komunitní programy jsou nejčastěji jednorocní. V komunitě se jedinec postupně připravuje reálný život mimo ni (Robson, 1999). Dlouhodobější programy následné péče zvyšují šance na udržení dlouhodobé abstinence (Pešek, 2008).

- Svépomocné skupiny

Podle Bútory (1991) nelze zásluhy svépomocných skupin v otázce abstinence opominout. Skupiny zaměřené na změnu a kontrolu chování svých členů se snaží, aby došlo ke změně postojů k danému problému. Tato změna zde probíhá na úrovni kognitivně racionální, emocionální i behaviorální- velký důraz je kladen na zážitek a živé učení (Bútora, 1991). Největší nezisková svépomocná skupina se nazývá Anonymní Alkoholici- zkráceně AA (Hester a Miller, 2003; in: Millerová, 2011). AA nabízejí závislému pomocnou ruku v podobě dvanácti kroků a dvanácti tradic. Dvanáct kroků představuje zásady, kterými se členové tohoto sdružení řídí, dvanáct tradic podporuje rozvoj pospolitosti skupiny (Millerová, 2011). Tyto skupiny pořádají pravidelná setkávání (P. N. Johnson a Chappel, 1994; in: Millerová, 2011) Hlavní přínos svépomocných skupin Lawson, Lawson a Rivers (2001; in: Millerová, 2011) vidí v možnosti vytvoření pocitu rodinné sounáležitosti. Rodinné vztahy závislých jsou často na různém stupni rozvratu a toto společenství může jedinci vytvořit dočasnou podporu jak v rozhodnutí ke změně, tak v řešení různých problémů spojených se závislostí. Vznik AA podnítl založení dalších svépomocných skupin. V českých podmínkách existuje např. sdružení Anonymních Narkomanů (AN). V evropském kontextu fungují ještě například Women for sobriety, Rational Recovery, Secular organization for society nebo Smart recovery. Všechny tyto organizace se zaměřují na závislostní chování (Millerová, 2011).

Osvojení žádoucích vlastností

Mezi všemi důležitými vlastnostmi Nešpor (2013c) vyzdvihuje sebeovládání, navrhuje také, jak sebeovládání vzhledem k návykové látce zlepšit. Pešek (2008) doplňuje potřebné vlastnosti abstinenta, jakými jsou zodpovědnost, trpělivost a tolerance. Za důležité považuje také zvládání nepříjemných situací a neimpulzivní řešení problémů pomocí kompromisů (Pešek, 2008).

Studie, kterou provedl Hosák (2005), zkoumá mimo jiné vlastnosti abstinujících jeden rok po léčbě v Léčebně návykových nemocí Nechanice. Ze studie vyplývá, že rok

po ukončení léčby abstinuje 39 procent jedinců. Abstinující jedinci mají významně vyšší potřebu vyhledávat nové prožitky (novelty seeking) než jedinci, kteří nikdy nebyli závislí na návykové látce. Další významnou potřebou abstinujících toxikomanů oproti zdravým jedincům bylo vyhnout se poškození (harm avoidance). Kombinace těchto dvou potřeb může souviset s puzením užít drogu. „*Z pohledu drogově závislého může být nitrožilní aplikace drogy bezpečnější, než například parašutismus nebo bungee jumping.*“ (Hosák, 2005: 86). Statisticky významná byla u abstinujících jedinců oproti jedincům, kteří i po léčbě dále drogy užívali, schopnost kooperace s ostatními jedinci (cooperativeness), vyšší schopnost přesáhnout sebe sama (self-transcendence) a nižší potřeba bezprostředních požitků.

V rámci výzkumu realizovaného Heiner (1988), který byl proveden u 147 bývalých klientů léčebného zařízení specializovaného na drogové závislosti jeden rok po léčbě, byla zjištěna u klientů, kteří po léčbě zrelapsovali, tendence nadhodnocovat „sebe sama“ spojená se stanovováním nerealistických cílů. Tyto dvě vlastnosti zvyšovaly riziko relapsu (Heiner, 1988).

Ze studie Effects of Length of Abstinence on Decision-Making and Craving in Methamphetamine Abusers (2013) vyplývá, že s dlouhodobou abstinencí se zmírňuje tendence rozhodovat se impulzivně a zkratkovitě (Wang, 2013).

3.4 Rizikové faktory pro udržení abstinence

Bažení

Bažení je jedním ze znaků závislosti, zasahuje do života člověka bojujícího se závislostí na pervitinu velmi výrazně. Kuda (2003; in: Kalina, 2003b) považuje bažení za běžnou komplikaci abstinence. Bažení u závislých lidí podle Nešpora (2013) vyvolává například stres. Jedním z významných a zároveň opomíjených stresorů je tzv. allostatická zátěž. Tato zátěž je dlouhodobá, opakovaná, ale poměrně slabá. I když je podnět slabý- například blízkost místa, kde jedinec naposledy užil drogu, dlouhodobé a opakované vystavení se této situaci zvyšuje nejen bažení, ale také riziko relapsu (Nešpor, 2013). Studie Effects of Length of Abstinence on Decision-Making and Craving in Methamphetamine Abusers (2013) zkoumala vliv délky abstinence na bývalé uživatele pervitinu. Zkoumány byly faktory bažení, emoce a impulzivní chování. Bažení se zvyšovalo spolu s prodlužující se dobou abstinence až do třetího měsíce,

v období půl roční až roční abstinence se bažení snižuje, což je v souladu se studií na potkanech, ve které bylo bažení dlouhotrvající, ale ne trvalé. Riziko relapsu je rizikové nejvíce do období 3 měsíců abstinence. Podrobnější výzkum zjistil, že deprese a úzkost významně korelují s puzením užít pervitin. Tato zjištění upozorňují na skutečnost, že riziko relapsu neklesá s prodlužujícím se obdobím abstinence, a intervence, které snižují stres a impulzivitu, by měli být dlouhodobější (Wang, 2013).

Relaps

Abstinující se postupně dostává do situací, které jsou pro něj vysoce rizikové. Tyto situace jsou individuální, některé časté situace z praxe uvádí Kuda (in: Kalina, 2003b). Až na 35% relapsů mají vliv negativní emoční stavy- nuda, vztek, frustrace, úzkost. Intrapersonální konflikty mají za následek 16% relapsů- konfrontace v zaměstnání, s rodinou, partnerem, přáteli. U 20% relapsů se vyskytl buď přímý, nebo nepřímý sociální tlak.

Důvody pro přechod k opětovnému užívání drog popisuje také Heiner (1988). Na prvních pěti příčkách v realizovaném výzkumu bývalých klientů léčebného zařízení se umístily vztahové problémy, kontakt s drogovou scénou, nedůslednost v odmítání drog, problémy se společností a problémy v práci. Méně časté pak byly finanční problémy, špatné startovní podmínky při ukončení léčby, zvědavost, nenalezení smysluplných cílů (Heiner, 1988).

Bútora (1991) zdůrazňuje, že abstinující by neměli očekávat mimořádnou odměnu, pokud abstinují kratší dobu. Šulák (1984; in: Bútora, 1991) doplňuje, že kdo se příliš brzy stane hrdinou, má větší riziko relapsu. Kratší dobou je myšleno období kratší než rok (Bútora, 1991). Komplikací abstinence může být pocit abstinujícího, že je třeba vše dohnat. Tento pocit je rizikový a zvětšuje se, pokud nutkání dohnat zmeškané nevede k okamžitým výsledkům (Bútora, 1991). Když už k recidivě dojde, považuje Nešpor (2013c) za důležité vyhnout se tzv. efektu porušení abstinence, který je provázen sebeobviňováním, pocitem selhání v abstinenci apod. Naopak je v této situaci důležité zaměřit se na přerušování recidivy za pomoci dalších lidí.

Prevence relapsu je systém, postup, který lze uplatnit v léčbě závislostí (Nešpor, 2013c). Lze ho aplikovat také při prevenci a zvládání duševních stavů a bažení. Relapsu předchází řetězec kroků, jež na sebe logicky navazují, lze tedy v každém z těchto kroků recidivu přerušit (Parks a Marlatt, 2000; in: Nešpor, 2013c). Tento systém vychází

z předpokladu, že závislost je chápána jako výzva k růstu a ne jako nemoc. U závislého chování tedy zohledňujeme nejen faktory biologické, ale také faktory sociální a psychologické. Zásadní je nejen naučit klienta vyhýbat se rizikovým situacím, ale také je efektivně zvládat (Kuda; in: Kalina, 2003b).

V praxi se ukazuje, že jednorázové porušení abstinence nemusí vždy vést k návratu k drogovému životu, naopak může potvrdit správnost rozhodnutí k životu v abstinenci. Marlatt a Barrett (1994; in: Kalina, 2003b) přirovnávají laps ke křižovatce, na které se závislý rozhodne, zda bude pokračovat v užívání drogy, nebo zda laps přijme jako výzvu k novému učení. Snahou prevence relapsu (Kalina, 2003b) je zabránit komplexnímu relapsu. Ten Kuda (in: Kalina, 2003b: 118) popisuje jako „*proces kognitivních, behaviorálních a afektivních procesů.*“ Relaps charakterizuje (Wanigaratne a kol., 1990; in: Kalina, 2003b) jako nejběžnější výsledek interakce závislého chování. Klienti potvrzují, že celý proces vzniká až o několik týdnů před užitím drogy.

Stěžejní při procesu prevence relapsu jsou dovednosti zvládnání, zvyšování náhledu a stabilizace životního stylu (Kuda; in: Kalina, 2003a). Zvládnutí rizikové situace podporuje pocit sebekontroly a snižuje riziko relapsu. Sebeovládání naopak mohou zhoršit situace, jakými jsou rizikové prostředí, negativní pocity nebo velmi pozitivní pocity, nuda, užívání látek ovlivňujících psychiku (včetně např. léků na předpis), fyzická bolest, potřeba dostat se „do rauše“, přísun většího množství peněz, přesvědčení, že drogy je možné příležitostně klidně užívat (Millerová, 2011).

Stereotypy abstinence ve společnosti

Stereotypy abstinence ve společnosti podle Bútory (1991) představují pro abstinujícího nepřijemnou komplikaci. Je paradoxní, že ačkoliv v naší společnosti tolerujeme konzumaci alkoholu, tolerance závislosti na alkoholu (alkoholismu) a dokonce i tolerance záměrné abstinence je nulová. Obojí situace se totiž vymyká společenské normě. Abstinenční postoje má pouze deset procent dospělých. Kromě toho, že společnost netoleruje abstinentní postoje, netoleruje ani léčbu závislostí. Léčba je pacienty vnímána jako degradace jejich osobnosti a snaží se ji tajit. Po léčbě tito lidé mají doživotně v záznamech punc toxikomana či alkoholika. Okolí, které zneužívání návykové látky před léčením tolerovalo, staví nově abstinujícího velmi často do pozice kuriozity a vůbec mu situaci neulehčuje, spíše naopak. Například kolegové

v práci či kamarádi mají tendence si výdrž v abstinenci u jedince ověřovat a zkoušet ho. Pro objektivnost náhledu této situace je třeba dodat, že postupně dochází k pomalé změně postojů, především u mladší populace. Spolu s celosvětovým trendem zdravého životního stylu přichází také popularita abstinence od návykových látek. Tato změna postojů však nebude otázkou několika desítek let, ale několika generací (Bútor, 1991).

Znovuobjevené charakterové vlastnosti

Jelikož závislost je velkým nedostatkem, maskuje ostatní nedostatky, které se postupně dostávají na povrch. Nejenže se tedy jedinec většinou nedočká žádných bujarých oslav své abstinence, naopak abstinence často odkryje negativní charakterové rysy jedince, které předtím zakrývala závislost. Mezi nejčastější patří přehnaná spořivost, sobectví nebo pedantské chování (Bútor, 1991). Čím více je droga schopna nabídnout, tím více maskuje jedincovy slabosti, a tím těžší bude se drogy vzdát. Je těžké vrátit se zpět k vlastnostem, které droga potlačovala- plachost, nízké sebevědomí a sebedůvěra, nuda, strach, hněv nebo osamělost (Robson, 1999). Abstinents se učí neunikat z nepříjemných situací, ale řešit je, udržuje svou fyzickou kondici, zefektivňuje komunikaci, získává zpět důvěru okolí (Bútor, 1991).

III. EMPIRICKÁ ČÁST

1. Úvod

Bakalářská práce se zabývá procesem změny od závislosti až k udržení abstinence u bývalých uživatelů pervitinu. Tento dlouhotrvající proces zahrnuje faktory na úrovni sociální, psychické i fyzické. Faktory, které podporují či komplikují setrvání v abstinenci, jsou značně individuální a závisí na okolnostech. Bývalý uživatel se musí vyrovnat s narušenými vztahy, sociálním zázemím, finančními či zdravotními problémy. V abstinenci je nejen nutné vyřešit tyto problémy, ale zároveň zvládat bažení, najít si nové přátele, nové záliby a vyhýbat se rizikovým situacím. Účelem tohoto výzkumu bylo rozšířit povědomí o bývalých uživatelích návykových látek a o roli abstinence v jejich životech.

2. Cíl výzkumu a výzkumné otázky

V návaznosti na výše uvedené okolnosti je cílem výzkumu rozkrytí příčin rozhodnutí k uskutečnění změny u vybraných, aktuálně abstinujících uživatelů pervitinu, dále zmapování procesu změny od závislosti k abstinenci, zejména s ohledem na výhody, které s sebou abstinence pro informátory přináší, a v neposlední řadě také identifikace faktorů, které tento proces mohou komplikovat. V návaznosti na cíl výzkumu byly formulovány následující výzkumné otázky:

1. Jak bývalí uživatelé pervitinu reflektují svůj život v abstinenci?
2. Jaké faktory ovlivnily uskutečnění změny - přechod od závislosti k abstinenci?
3. Jaké faktory pomáhají tento proces uskutečnit? Existují také faktory, které tento proces změny komplikují, a případně jak?

3. Technika sběru dat a výzkumná strategie

Cílem mého výzkumu je zabývat se oblastí přechodu k abstinenci a jejím udržováním u bývalých uživatelů pervitinu do hloubky a individuálně, zvolila jsem tedy kvalitativní metodu zpracování dat.

Kvalitativní metoda se zaměřuje na reprezentaci populace určitého problému, nikoliv na reprezentaci jedinců samotných (Disman, 2007). Kvůli malému počtu informantů nelze závěry tohoto výzkumu generalizovat, nicméně lze touto metodou získat podrobné informace o bývalých uživatelích pervitinu, které mohou napomoci hlubšímu porozumění problematice závislosti.

Účelem výzkumu bylo zjistit, jaký význam má pro bývalé uživatele pervitinu abstinence, jaké pocity z abstinence mají, jak moc se jim změnil život, když se rozhodli závislosti na pervitinu vzdát a jak samotný proces probíhal. Techniku sběru dat jsem zvolila polostrukturovaný rozhovor, díky kterému jsem se mohla zaměřit na mnou zkoumanou problematiku, zároveň ale byla možnost odchýlit se od konkrétní otázky a zjistit, co je opravdu pro informanta zásadní. Rozhovor vycházel z výzkumných otázek, snažila jsem se zjistit, jak probíhal u bývalých uživatelů pervitinu proces přechodu k abstinenci a jak vnímají život v abstinenci. Tyto dvě roviny byly obě zahrnuty do okruhů, jimiž se rozhovor zabýval:

1. proces změny- přechod od užívání pervitinu k abstinenci (např. *Co pro Vás bylo nejdůležitější proto, abyste se rozhodl změnit svůj životní styl? Jaká byla cesta k uskutečnění této změny? Jaké skutečnosti nejvíce komplikovaly Vaše rozhodnutí? Jaké skutečnosti toto rozhodnutí podpořily?*)

2. udržování abstinence, vnímání abstinence (např. *Co pro Vás znamená slovo abstinence a relaps? Jak dlouho abstinujete? Abstinujete pouze od primární drogy nebo je Vaše abstinence úplná? Jak vnímáte život v abstinenci? S čím se potýkáte? Zažíváte bažení? Jak jej zvládáte? Došlo u Vás v abstinenci ke změně životního stylu? Co Vás udržuje v abstinenci? Proměnil se časem Váš pohled na abstinenci?*)

Výhodou polostrukturovaného rozhovoru je možnost odchýlit se od tématu a doptávat se na konkrétní situace a pocity, které zpětně pomohou k rozkrytí důležitých skutečností pro tento výzkum. Za další výhodu považuji možnost vysvětlit otázku tak, aby byla všemi informanty chápána stejným způsobem. Tento způsob rozhovoru je vhodný také z toho důvodu, že informanti mohou odpovídat otevřeně, široce na různá témata. Rozhovory jsem se souhlasem nahrávala, tím jsem získala možnost soustředit se na sledování neverbálních projevů. Důležité také bylo osvojit si způsob vedení rozhovorů. První uskutečněný rozhovor jsem ihned transkribovala a konzultovala se svou vedoucí bakalářské práce. Ta mě upozornila na nesrovnalosti, které bylo nutné doplnit nebo opravit. První informanti byli předem upozorněni, že bude možná nutné doptat se na některé detaily, kterých jsem si při rozhovoru nevšimla.

4. Výzkumný vzorek

Vzorek byl konstruovaný s ohledem na výzkumné otázky. Pro výzkum byli vybráni abstinenti od pervitinu, kterým se daří abstinenci udržovat. Minimální doba abstinence byla stanovena na 5 měsíců- to především z toho důvodu, že období od pěti měsíců abstinence je dle Bútory (1991) spojeno s přechodem k tzv. aktivní abstinenci, začínají se projevovat výhody abstinence a začíná se upevňovat nový životní styl jedince. V tomto období však stále hrozí riziko relapsu a jedinec se musí snažit získat nový okruh nerizikových přátel a známých (Bútor, 1991).

Použila jsem metodu snowball sampling, získání informanti mi poskytnou kontakty na další jedince, kteří odpovídají mým kritériím (Miovský, 2006; in: Švařík a kol., 2014). První informant, který souhlasil s uskutečněním rozhovoru, byl ochoten poskytnout mi kontakty na bývalé uživatele pervitinu z doléčovacího centra, kam aktuálně dochází.

Mezitím jsem několikrát navštívila jako host svépomocnou skupinu Anonymní Narkomani. Navštívila jsem také jako host skupinu Anonymní Alkoholici, s přechodem k abstinenci od pervitinu může souviset přesunutí závislostního chování směrem k jiné láce, kterou často bývá např. alkohol. Seznámení se s prostředím těchto svépomocných skupin mi velmi pomohlo k porozumění problému, kterým se ve své bakalářské práci zabývám.

Celkem jsem metodou snowball sampling získala sedm informantů ze sedmi oslovených. Při prvním setkání s informanty jsem se snažila navodit příjemnou atmosféru, před zahájením rozhovoru jsme konverzovali na jiné téma, abychom se seznámili. Všichni oslovení informanti s rozhovorem souhlasili, někteří pouze zdůrazňovali své omezené časové možnosti, takže jsem se snažila vyjít jim maximálně vstříc. S rozhovory souhlasili dva klienti doléčovacího centra, dva bývalí uživatelé pervitinu, kteří aktuálně navštěvují svépomocnou skupinu a jeden, který vedl speakers meeting AN, ale skupinu pravidelně nenavštěvuje. Jeden informant je z mého blízkého okolí, poslední z informantů neabsolvoval žádný typ léčby ani doléčování.

Rozhovory musely být prováděny na klidném a soukromém místě, protože získané informace jsou vysoce důvěrné. Konkrétní čas a místo jsem s informanty domlouvala předem telefonicky. Čas a místo jsem se snažila přizpůsobit informantům tak, aby se cítili uvolněně a neměli s poskytováním rozhovoru náklady. Tři rozhovory se uskutečnily u mě doma, dva v doléčovacím centru a dva v pracovním zázemí bývalých uživatelů, kteří nyní pracují jako terapeuti. Celkový vzorek čítá 7 lidí, z toho 2 ženy a 5 mužů ve věku od 24 do 64 let. Vzorek je heterogenní, liší se také délkou období, po které jedinec udržuje abstinenci od pervitinu. Každé období abstinence má svá specifika a lze vidět například posun vnímání abstinence.

4.1. Základní informace o informantech

Pro větší přehlednost jsem vytvořila tabulku (viz. tabulka č. 2) s přehledem informantů. Informanti byli označeni čísly v zájmu udržení anonymity. Do tabulky jsem

vypsala současný věk informantů, věk, ve kterém začali užívat pervitin, jak dlouho pervitin užívali a jak dlouho trvá současná abstinence.

Tabulka č.2 Přehled informantů

Informant	Věk*	Věk při začátku užívání pervitinu*	Doba užívání pervitinu*	Doba abstinence od pervitinu
č.1	27	23	4	7 měsíců
č.2	60	27	18	16 let
č.3	44	17	3	24 let
č.4	46	40	3	30 měsíců
č.5	24	15	4	18 měsíců
č.6	37	17	4	15 let
č.7	36	16	20	5 měsíců

Vysvětlivky: *všechny údaje uvedeny v letech

Z tabulky č. 2 lze vyčíst, že většina informantů pervitin užívala cca 3- 4 roky, dva informanti užívali pervitin po dobu 18 a 20 let. Věk při začátku užívání pervitinu se pohybuje v rozmezí 15- 40 let, v průměru tedy 22 let. Abstinence od pervitinu se u informantů pohybuje od 5 měsíců do 24 let. Tři informanti abstinují od pervitinu déle než 15 let.

Představení informantů

Informant č. 1

Tomuto muži je nyní 27 let, pervitin začal užívat ve 23 letech a užíval ho asi 4 roky. Má dokončené středoškolské vzdělání. Podstoupil jednu tříměsíční ústavní léčbu, kterou hodnotí pozitivně, navštěvoval i svépomocnou skupinu AA a AN, nyní se dochází na doléčovací program. Abstinuje 7 měsíců.

Informant č. 2

Tomuto muži je nyní 60 let, pervitin poprvé užil v 18 letech a užíval ho 27 let. Má dokončené vyšší odborné vzdělání a pracuje jako terapeut. Celkem podstoupil jednu ústavní léčbu, která trvala pět a půl měsíce a dva roky docházel na doléčování. Zkušenosti s léčbou hodnotí jako „skvělé“. Od pervitinu abstinuje 16 let.

Informant č. 3

Této ženě je nyní 44 let, pervitin poprvé užila v 17 letech a užívala ho 3 roky. Má dokončené vysokoškolské vzdělání a absolvovala psychoterapeutický výcvik. Nikdy se neléčila ve zdravotnickém zařízení ani nedocházela do doléčovacího programu. Před pěti lety začala docházet na Anonymní Alkoholiky a díky nim začala abstinovat i od alkoholu. Od pervitinu abstinuje 24 let.

Informant č. 4

Tomuto muži je nyní 44 let, pervitin začal užívat asi ve 40 letech a užíval ho necelé tři roky. Má dokončené vysokoškolské vzdělání. Absolvoval jednu tříměsíční ústavní léčbu, kterou hodnotí jako důležitou kvůli osvojení si základních informací ohledně závislosti. Největší roli v jeho abstinenci však hrají svépomocné skupiny AA a AN-práce na 12 krocích. Nyní abstinuje od pervitinu 30 měsíců.

Informant č. 5

Této ženě je nyní 24 let, pervitin začala užívat v 15 letech a užívala ho dohromady 4 roky. Má dokončené středoškolské vzdělání a studuje vysokou školu. Absolvovala dvě ústavní léčby, které nehodnotí příliš pozitivně, jelikož tam byla nedobrovolně, a také dvě komunity. Z první odešla, protože chtěla užívat pervitin, nejlépe hodnotí komunitní léčbu ve Whitelightu, kde strávila osm měsíců. Nyní abstinuje od pervitinu 18 měsíců.

Informant č. 6

Tomuto muži je 37 let, pervitin začal užívat v sedmnácti letech a užíval ho cca 5 let. Má dokončené středoškolské vzdělání. Nikdy se neléčil ve zdravotnickém zařízení ani neabsolvoval žádnou formu doléčování. Od pervitinu abstinuje 15 let.

Informant č. 7

Tomuto muži je 36 let, pervitin začal užívat v 16 letech a užíval ho 19 a půl roku. Má dokončené středoškolské vzdělání. Absolvoval několik detoxifikačních léčeb, ale žádnou nedokončil, protože nikdy nešel z vlastní vůle. Má dvě nedokončené léčby a nedokončenou komunitu. Nyní navštěvuje doléčovací program. Abstinuje od pervitinu 5 měsíců.

5. Etické otázky

Při realizaci výzkumu bylo nutné dodržovat etické a morální zásady, jakými jsou důvěrnost, poučený souhlas a dobrovolná účast na výzkumu. Všichni informanti byli předem seznámeni s cílem výzkumu a s tématem otázek rozhovoru, všechny důležité informace týkající se výzkumu byly vysvětleny, nedošlo k zatajení žádných důležitých informací.

Téma tohoto výzkumu je velmi důvěrné, bylo nutné zajistit maximální možné soukromí pro uskutečnění rozhovoru. Účastníci výzkumu mohli odmítnout odpovědět na položené otázky, mohli také kdykoliv požádat o ukončení rozhovoru. Účast na výzkumu byla zcela anonymní, všichni informanti byli označeni čísly a jejich odpovědi byly přiřazeny jednotlivým číslům. Nedošlo ke zveřejnění žádných soukromých údajů o informantech. Po přesném přepisu nahrávek došlo k jejich smazání, nebyly nikde zálohovány.

Některé otázky byly velice osobní a dotýkaly se různých nepříjemných životních situací z minulosti, která byla spojená s drogami. Bývalí uživatelé pervitinu se často snaží na tuto minulost zapomenout a žít nový život. Ačkoliv se můj výzkum zabýval především přechodem k abstinenci a jejím následném udržování, dostali jsme se v rozhovoru také na téma drogové minulosti a zážitků s tím spojených. U bývalých uživatel pervitinu se nejen můžeme dostat na nepříjemné, zapomenuté události, ale také zde hrozí riziko vyvolání bažení po návykové látce, tzv. craving. Byla jsem si toho plně vědoma a snažila jsem se držet zásady neubližovat a nezacházet do zbytečných podrobností, pokud jsem viděla, že informantovi je téma nepříjemné.

S informanty jsem se snažila jednat nestranně a navodit příjemnou atmosféru, ve které by se cítili dobře, zároveň však byly vymezeny role účastníka výzkumu a výzkumníka.

6. Zpracování dat, analýza a interpretace dat

Nahrávky byly nejprve přesně přepsány, byly k nim doplněny poznámky ohledně neverbální komunikace informanta. Poznamenány byly také změny intonace nebo náznak ironie. Zároveň jsem se popsala vlastní pocity z rozhovoru, místo a čas, kdy byl rozhovor nahráván.

Obsáhlá a nestrukturovaná data získaná z rozhovorů jsem se pokusila zredukovat a současně intepretovat skryté významy v textu. Vyhledávala jsem podobná opakující se témata, která jsem zvýraznila fixou, aby byl text přehlednější.

Pro analýzu dat jsem zvolila metodu otevřeného kódování, tato technika směřuje k hloubkové práci se získaným textem, zároveň se snaží objevit nevyřčené významy. Jednotlivým oblastem v textu jsem přiřadila kódy, na základě těchto kódů došlo k vytvoření systematických kategorií. Kódy byly přiřazovány pod jednotlivé kategorie. Tyto kategorie jsem rozdělila na dvě části- přechod od závislosti k abstinenci a abstinence.

Přechod od závislosti k abstinenci

6.1. Vliv sociálních vztahů

6.2. Vnitřní motivace

6.3. Komplikace spojené s přechodem k abstinenci

Abstinence

6.4. Vnímání abstinence jako pozitivní změny

6.5. Změna životního stylu v důsledku abstinence

6.6. Změny ve vnímání vlastní abstinence

6.1 Vliv sociálních vztahů

Jedním z nejvíce zmiňovaných faktorů, které informantům pomohly v přechodu k abstinenci od pervitinu, byl silný vliv určitého typu sociálních vztahů. Tato vnější

motivace je často prvním impulzem pro uvažování o změně. Přátelé a blízcí, kteří o závislosti vědí, se snaží závislého motivovat k ukončení užívání. Podpora přátel, rodiny či jiných osob může být zásadní i pro rozhodnutí ke změně. Například jeden z informantů, který neabsolvoval žádný typ léčby, hodnotil podporu a pochopení ze strany strýce jako nejdůležitější faktor ve svém přechodu k abstinenci.

Dva informanti uvedli, že nejdůležitější roli pro tuto změnu hrála jejich partnerka z nedrogové scény: „*A to, že jsem přestal, tak tlak tý přítelkyně, a že jsem fakt ju měl rád jako. Že jsem chtěl kvůli ní přestat, ne kvůli sobě.*“ (informant č. 4) Tři informanty podpořila v rozhodnutí ke změně rodina, ačkoliv rodinné zázemí i vztahy u nich byly často na vysokém stupni rozvratu: „*Měl jsem strašný výčitky, protože když jsem byl ve výkonu trestu, tak mi zemřel otec, babička, děda a strejda a já nikomu nebyl na pohřbu, a ještě jsem jim, že jo, krad peníze nebo táta mě chtěl vydědit. Vlastně jsem se s nima nerozloučil, já když sem se vrátil domů, tak mi to všechno připomínalo, že jo. Pak ještě vyřizovat dědictví, ještě z toho interferonu jsem byl psychicky nějaký to, takže jsem do toho začal užívat znova. A už sem v tom zas lítal. Asi po roce, to už mě chtěli znova vydědit, i matka a prostě, že ať se jdu léčit, nebo mě vydědí, a ta rodina dá ode mě ruce pryč. To sem si nějak řek, že sem asi dospěl.*“ (informant č. 7) Podpora přátel z nedrogové scény a podpora rodiny je pozitivním faktorem, nicméně někteří informanti podotkli, že okolí je nutilo do léčby či ke změně několikrát předtím, než se jim podařilo změnu reálně uskutečnit. Ruku v ruce s podporou rodiny by měla jít vnitřní motivace ke změně.

Kromě přátel a rodiny se na procesu změny zásadně podíleli také odborní pracovníci, kteří nejen pomohli k získání základních dovedností ohledně zvládnutí vlastní závislosti, ale také zároveň působili jako vzory: „*Podpurné faktory byly, že jsem potkal ve správný čas správný lidi, lidi na svých místech, profesionály, odborníky, který vlastně přispěli tomu náhledu a někteří se stali mými vzory a tak to pokračovalo dál.*“ (informant č. 2) Pět ze šesti informantů, kteří podstoupili nějaký typ léčby, hodnotili zpětně léčbu pozitivně. Dva informanti podstoupili dlouhodobou komunitní léčbu. Z rozhovorů vyplývá, že léčba je pro většinu informantů odrazovým můstkem pro budoucí život v abstinenci.

Kromě informanta č. 6 všichni informanti docházeli na doléčování, ať už do doléčovacího centra nebo navštěvovali svépomocnou skupinu. Obě formy doléčování

jsou informanty hodnoceny velmi kladně. Především přispívají stabilizaci nového životního stylu. Informantka č. 3 začala docházet na svépomocnou skupinu až po téměř 20 letech abstinence od pervitinu, měla však problémy s alkoholem, od kterého nyní i díky této skupině abstinuje. Role svépomocné skupiny je pro informanty, kteří ji navštěvují nebo navštěvovali, zásadní: „*No spíš hraje tu základní roli, největší, vůbec jako ta práce jakoby na dvanácti krocích a tak. To má dvě věci- minulej rok to bylo mítink, práce, mítink, práce, mítink, práce, mítink a to jsem se tak jako vůbec probouzel znovu k životu, ten druhý rok jsem začal na sobě dělat, no, jako v tom programu.*“ (informant č. 4) Svépomocná skupina nejen motivuje abstinenty k udržování abstinence, zároveň jim poskytuje zázemí a možnost osobní realizace v rámci skupiny.

6.2 Vnitřní motivace

Vnitřní motivace byla hodnocena jako rozhodující u všech informantů kromě informanta č. 7, u toho převažovala stále motivace vnější- vyhnutí se vězení či radost rodičů. Po uskutečnění rozhovoru jsem navíc zjistila, že tento informant měl laps. Tím se potvrzuje, že vnější motivace není dlouhodobě účinná, není- li podpořena motivací vnitřní.

Motivace vnitřní se objevovala buď před uskutečněním léčby, v průběhu léčebného procesu nebo i jako samostatné rozhodnutí přestat užívat pervitin. Dva informanti zdůraznili, že již před léčbou byli rozhodnuti abstinovat od pervitinu: „*Tak chtěl jsem abstinovat plně od primární drogy pervitinu, vlastně na léčbě jsem se pak dozvěděl, že jsem závislý i na alkoholu a hlavně alkohol je můj největší spouštěč.*“ (informant č. 1) Přechodu k abstinenci pomohla už i samotná víra, že je reálné léčbu úspěšně dokončit. Dva informanti vypověděli, že prostě zkusili dát léčbě šanci: „*Já jsem tomu zkusila věřit, že to má šanci, my jsme tam měli napsaný na zdi- nemusíte důvěřovat terapii, ale využijte možnosti to zkusit. Tak jsem to zkusila a to mě nějak pak otočilo, to, že to asi má smysl to zkusit.*“ (informantka č. 5) U dalších tří informantů došlo k pevnému vnitřnímu rozhodnutí změnit nevyhovující stávající životní situaci: „*Musí stoprocentně nastat vnitřní rozhodnutí, nikdo z rodiny nemůže do nikoho nic nacpat, protože nikdo nemůže ovládat člověka, že jo. Já si to fakt jako nevybavuju, ale muselo to být určitě vnitřní rozhodnutí, uvědomění si nějakých plusů a minusů a asi pohled po měsíci (po měsíci abstinence, pozn.aut.), protože braní těch drog je jakoby*

strašná věc, protože jakoby člověk se hroutí sám do sebe, že jo.“ (informant č.6) U informantů platilo, že čím byla situace nesnesitelnější, tím pevnější rozhodnutí ukončit užívání informanti udělali. Jedna z informantek se například rozhodla svou bezvýchodnou situaci řešit pokusem o sebevraždu: *„Takže já jsem začala mít absták a protože jsem měla kombinovanou závislost opiáty s perníkem, tak sem vlastně neviděla jiný východisko, než se zasebevraždit, no a stála jsem v okně, a když jsem se chtěla skočit- nebudu to až tak říkat do detailů, ale prostě ve chvíli, kdy jsem páchala sebevraždu, tak jsem uvěřila v Boha. A vlastně v tu chvíli jsem se rozhodla, že drogy už ne, a letos to bylo v únoru 24 let.“* (informantka č. 3) Pět informantů se shodlo na tom, že drogy je dostali až tam, kam se dostat nechtěli, a zároveň si informanti uvědomovali, že pokud nebudou svou závislost řešit, tak se jejich situace nezmění. Dva informanti vypověděli, že si sáhli na dno: *„Já myslím, že už těma drogama jsem se dostal tak dolů a tak nízko, že už sem samozřejmě neměl žádný zázemí, ani rodinný potě, že jo a vlastně žádnou práci, já jsem nakonec ty drogy i prodával, abych si na ně vydělal, samozřejmě sem viděl, že jsem na dně.“* (informant č. 6) Přiznání si reálné situace, ve které se informanti nacházeli, jim pomohlo rozhodnout se pro změnu a následně ji uskutečnit.

6.3 Komplikace spojené s přechodem k abstinenci

Čtyři informanti, kteří abstinují kratší dobu, vnímají v zásadě společně jako největší komplikaci **ztrátu přátel a s tím související ztrátu prostředí**. Informantka č. 5 nese stále změnu přátel a prostředí velmi těžce: *„Vzalo mi to hodně. Vzalo mi to Liberec, je to velká daň, no. Vzalo mi to spoustu lidí, vzalo mi to drogy.“* Relativně krátká doba abstinence byla spojena zároveň s velkými obavami o nalezení nových přátel a nového bezpečného prostředí: *„No nejtěžší je, že už se nemůžu vrátit domů, že se musím úplně zřeknout minulosti a všechno odstránit, najednou jsem zjistil, že jsem bez jediného přítele, bez jediný kamarádky a že půjdu někam, kde vůbec nikoho neznam. To snad bylo nejtěžší a je nejtěžší.“* (informant č. 7) Z rozhovorů vyplývá, že s prodlužující se dobou abstinence se tento problém zmenšuje. Informanti, kteří abstinují delší dobu, už mají s větší pravděpodobností okruh nových přátel vytvořený, takže ztrátu přátel jako největší komplikaci nevnímají.

Komplikace, se kterou se museli informanti potýkat, souvisí s **přechodem k úplné abstinenci**. Jak výzkumy dokazují, častým problémem je projevení závislosti

na alkoholu či marihuaně. Spolu s abstinencí od pervitinu došlo u jednoho z informantů k přechodu na užívání marihuany a tři další informanti se potýkali s problémy s alkoholem: „*Jako měla jsem pohled na abstinenci jako drogy ne, ale alkohol proč ne? Proč ne alkohol? Až nakonec jsem dospěla před pěti lety k tomu, že alkohol také ne, protože mě vede k určitým traumatům, a vlastně ve chvíli kdy jsem se rozhodla- opravdu nepiju, tak dneska vidím, že když abstinovat, tak opravdu od všeho, a to z toho důvodu, že sem si dlouho nechtěla přiznat, že alkoholem nahrazuju drogy.*“ (informantka č. 3) Alkohol informanti po dlouhou dobu nevnímali jako riziko. Jedna informantka například začala vnímat alkohol jako rizikový až po 29 letech jeho užívání, další informant užíval alkohol téměř tři roky: „*A pak jsem začal jako chlastat, jako hodně. Ten první rok nějak pozvolna jakoby, ten druhý už hodně a ten třetí, to jsem měl jednu opici velkou.*“ (informant č. 4) Oba informanti se shodují, že alkohol jim v období abstinence od pervitinu sloužil jako náhražka za drogy. Jeden informant označil alkohol za spouštěč bažení po pervitinu. V současné době úplnou abstinenci zastává 6 ze 7 informantů. Jeden z informantů, který úplnou abstinenci nezastává, je jedinec, který jako jediný nepodstoupil žádný typ léčby nebo doléčování a jako jediný pravidelně užívá marihuanu. Je tedy pravděpodobné, že u něj došlo k výměně užívání pervitinu za užívání marihuany.

Jako komplikaci informanti vnímali také **naučené vzorce chování** spojené s užíváním pervitinu. Přejít k abstinenci je spojen s převzetím zodpovědnosti za vlastní jednání, s tím zároveň souvisí nutnost řešit dlouho neřešené problémy a nepříjemné situace. Tři informanti si postesklí, že se v abstinenci museli vzdát nezodpovědnosti: „*Abstinence mi bere možnost být rebel a pro mě rebel znamená asi život, za který nechci brát zodpovědnost.*“ (informant č. 1) Ztráta nezodpovědnosti dle některých informantů souvisela s nutností vyhybat se v abstinenci rizikovým místům a osobám. Tři informanti také uvedli, že se musí učit řešit krizové situace: „*No v situacích, kdy si nevím rady, tak utíkám, normálně uteču. Prostě když mi není v něčem dobře, neumím to řešit. Si někdy připadam jako dítě, že neumím některý věci zvládat. Předtím to bylo jednoduchý, jsem si dal a byla takováhle cesta rovná.*“ (informant č. 7) S řešením krizových situací také souvisí nutnost vyřešení problémů, které se u bývalých uživatelů v abstinenci vynořují. Dva informanti uvedli například nutnost zaplacení dluhů.

Informanti potvrdili, že **bažení** je běžnou komplikací abstinence. Čtyři informanti uvedli, že zažívají bažení po pervitinu. Další tři uvedli, že bažení zažívali, avšak s prodlužující se dobou abstinence, se jejich bažení buď ztratilo úplně, nebo alespoň minimalizovalo: „*Musim teda říct, že čím dýl člověk abstínuje, tím je to bažení slabší a míň častý.*“ (informant č. 2). Každý z informantů má nějakou vlastní strategii zvládnání bažení, která se jim osvědčila. Převažuje především odvedení pozornosti pomocí fyzické aktivity (sport, sex, sprcha, jídlo) nebo modlitbou. Slovo **relaps** je informanty často vnímáno podle toho, zda abstinují kratší nebo dlouhé období. U informantů, kteří abstinují přes deset let, je relaps vnímán jako nějaké jednorázové uklouznutí na vlastní cestě, nicméně do budoucna s ním nepočítají: „*Takže relaps může nastat, ale myslím, že už mam takovou železnou košili, že se neobávám, a i kdyby to nastalo, tak sem s tím smířenej, a vim, že se z toho zas dostanu.*“ (informant č. 6) U těch, kteří abstinují relativně kratší období, převažuje respekt z relapsu a relaps je vnímán negativně: „*Dneska jakoby když člověk chodí dva roky na mítinky a prostě se tomu věnuje, tak si říká, že možná by to zvládl, ale vnitřně si myslím, že bych to nezvládl. Kdyby se to stalo, tak nevim, nevim, děsí mě to slovo.*“ (informant č. 4) Velký respekt a strach z relapsu se postupně snižuje úměrně tomu, jak se zvyšuje jedincův pocit jistoty a stability v abstinenci.

6.4 Vnímání abstinence jako pozitivní změny

Abstinence byla všemi informanty vnímána pozitivně kromě informantky č. 5, která abstinenci chápe spíše jako „složitější cestu“. Ostatní informanti nejčastěji hodnotili slovo abstinence jako prostředek ke splnění životních cílů, jako možnost začít znovu:

„*Já asi doufám, že asi něco, co mi pomůže ke splnění mých snů. Není to smysl mého života jako. Nejdřív mam nějaký sny a ta abstinence jde jako s tím.*“ (informant č. 7)

„*Pro mě je to tedy opravdu spojeno s tou střízlivostí, že člověk nic nebere, nějak žije, žije prostě tak, abych byla šťastná, dělám práci, která mě baví, jsem obklopena lidmi, který mám ráda a prostě dělám koníčky, které mě baví, takže ta střízlivost se mi dobře žije.*“ (informantka č. 3)

„Pro mě abstinence, co pro mě znamená, tak znamená pro mě svobodu a střízlivost.“
(informant č. 2)

„Nový život, svobodu, život, kdy prakticky já bych to přirovnal k metafoře, kdy nesedím na splašeným býkovi, ale kdy ty opratě držím a vim, kam jdu.“ (informant č. 1)

Informanti se uvědomovali pozitiva abstinence, co se týče negativ, většina odpověděla, že je žádné negativum nenapadá. Pozitivní vnímání abstinence u informantů je spojeno s uvědomováním si výhod, které abstinence přináší. Pozitivní vnímání abstinence také souvisí s délkou abstinence. V delším časovém měřítku bývalý uživatel pervitinu nalézá stále více kladných stránek abstinence. Většina uvedla, že primárně jsou v abstinenci šťastni a mají radost ze života- to je zároveň udržuje v abstinenci. Jeden informant doplnil, že radost z užívání drog je jiného charakteru: *„To štěstí a ten humor, vnímání okolního světa, opravdu na tý droze je člověk strašně uzavřenej a nedokáže zažívat tu radost okolí, protože ta radost jde z tý drogy, všechno probíhá uvnitř, ale sám z toho radost nemá.“* (informant č. 6) Radost ze života a pocit štěstí provázely také pocity vlastní hrdosti na to, že zvládají abstinovat. Dva informanti vypověděli, že se díky abstinenci mohou svobodně rozhodovat, že jim „nikdo nediktuje“, co mají nebo nemají dělat, a mohou převzít plnou zodpovědnost za svůj život. Abstinence je důležitá také proto, že infomanti mohou poznat sami sebe a to „kým skutečně jsou“.

6.5 Změna životního stylu v důsledku abstinence

Kromě pozitivního vnímání abstinence se všichni informanti shodli na tom, že abstinence je nutně spojená s komplexní změnou životního stylu. Pro tři informanty je změna životního stylu spojena se změnou životních hodnot: *„Jiný je snad všechno. Jako úplně se změnilo hodnoty a životní styl a všechno možný. Věci jako před tím sem byl klasický kariérista, sběratel zážitků a sběratel všeho možného. Vydělávat co nejvíc peněz a co nejvíc si to užívat, ale v uvozovkách, no teďka je to takové troška jiné, cítím takové věci jako je třeba ta pomoc druhým, ta rodina, ta víra.“* (informant č. 4) Ostatní vypověděli, že se změnou životního stylu souvisí změna prostředí a zájmů. Čtyři

informanti zmiňují, že museli přestat navštěvovat riziková místa, jakými jsou hospody či párty: „*Nechodím do hospod, protože nemám potřebu chodit do hospod. Místo abych šel do hospody, tak prostě jdu na dobrou večeři nebo vyrazíme někam ven s přítelkyní nebo s kamarádama, prakticky vždycky to má nějaký cíl, buď koncert nebo výstava, nebo se jít někam projít.*“ (informant č. 1) Všichni nějakým způsobem zájmy obnovili, nebo se začali věnovat věcem, kterým se chtěli věnovat, ale nikdy se jim reálně nevěnovali: „*(...)Já jsem třeba studoval umění, že jo, ale nikdy jsem se mu pořádně nevěnoval, až teď začínám pomaličku. Takže je to takové jiné.*“ (informant č. 4) Tři informanti také pozitivně hodnotí osvojení nebo alespoň přijetí možnosti existence duchovního života, který jim pomáhá v abstinenci. Informantům také k udržení abstinence pomáhá negativní motivace: „*Když vidím ty sjetý lidi, (...)pro mě je to takový zrcadlo, že si říkám, oni klidně mohli být na mojem místě a já na jejich.*“ (informantka č. 3) Z rozhovorů vyplývá, že změna životního stylu je v přechodu k abstinenci velmi zásadní a je nejčastěji spojována se změnou životních hodnot, nalézáním duchovních hodnot a se změnou prostředí a zájmů.

6.6 Změny ve vnímání vlastní abstinence

Všichni informanti se shodli na tom, že pohled na abstinenci se postupně proměňuje. Často zpočátku očekávali, že abstinence bude jednoduchá a nepřiznávali si, že by mohli nastat nějaké komplikace: „*V léčbě jsem věděl, že stoprocentně chci abstinovat a že abstinence bude strašně jednoduchá a že pro to nemusím nic udělat, ale vlastně když sem vyšel z léčby, kterou jsem úspěšně dokončil, tak vlastně po pár měsících jsem měl asi pět relapsů.*“ (informant č. 1) V některých případech zdůrazňují, že počáteční nadšení z abstinence po čase opadlo, a že se museli vyrovnat s realitou, která mnohdy není úplně zábavná: „*Tak třeba když jsem ukončila komunitu, tak jsem byla taková hodně namotivovaná, šlo to samo, otevíraly se mi různé možnosti, různé dveře, a teď jak jsem často zavřená doma a jenom se učím, tak přicházejí i ty blbý stránky, že prostě mě to zas tak úplně nebaví, ale vim, že je to dočasný.*“ (informantka č. 5) Informanti, kteří abstinují delší dobu, mluví také o prvotním nadšení z abstinence a jeho následném opadnutí. Zdůrazňují však, že opravdové výhody abstinence začali vnímat až po určitém delším období abstinence.

Abstinenci tři informanti vnímají jako nutnou součást nového života: „*Protože si myslím, že do toho jednoho roku abstinence je třeba na sobě makat, ta abstinence je*

number one prostě, jak kdyby cokoliv se řeší i mimo abstinenci, tak stejně všechno vychází z té abstinence, na to musí člověk pamatovat, na to pamatuju i já.“ (informant č. 1)

Čtyři informanti vnímali abstinenci nejdříve, jako nutnou součást, později dospěli k názoru, že užívat návykové látky nepotřebují: *„Když sem vyšel z léčebny, tak jsem abstinovat, bylo to na sílu, i když já jsem neměl tolik bažení, chodil jsem na mítinky, takže to nebylo tak hrozný, ale prostě byl jsem úplně rozbitý jakoby na kaši a potom, po těch třech měsících, jak se říká těch 90 mítinků, tak to jsem udělal, tak skoro na den to zafungovalo, se mi to jakoby přehodilo, že můžu, ale nechci- a to je ta střízlivost. A od té doby to tak mám a funguje to.*“ (informant č. 4)

Potvrzuje se tedy, že pohled na abstinenci se s prodlužující dobou abstinence proměňuje. Abstinence se postupně začleňuje do životního stylu i do osobnosti bývalých uživatelů pervitinu.

7. Diskuse a závěr

Provedený výzkum se zabýval nejprve přechodem k abstinenci. Nejdůležitějším faktorem pro tuto změnu se ukázala vnitřní motivace, pevné vnitřní rozhodnutí pro uskutečnění změny. Ačkoliv informanti, jak se zdálo, vyzdvihovali více motivaci vnější- podporu přátel a rodiny z nedrogové scény, vliv sociálních vztahů bez vnitřní motivace hodnotili pro reálný přechod k abstinenci jako neefektivní. Mnozí informanti uvedli, že rodina je několikrát „donutila“ do léčby, kterou nedokončili, nebo ji sabotovali kvůli tomu, že sami ještě nebyli po léčbu plně rozhodnutí. Rozhodnutí z popudu okolí je dle Bútory (1991) v dlouhodobém měřítku nefunkční. Tlak a podpora přátel a rodiny se nejeví jako nejdůležitější v přechodu k abstinenci. Zajímavé ale je, že infomanti tento „tlak“ hodnotí zpětně většinou velmi pozitivně, i přesto, že pro změnu se ve finále rozhodovali především sami. Potvrdilo se, že podpora přátel z nedrogové scény a rodiny je nezbytná pro vytvoření nového životního stylu v abstinenci (Nepustil, 2009). Jako podpurné faktory přechodu k abstinenci byli vnímáni také odborníci a terapeuti, ti byli považováni za vzory nebo za náhradu rodiny. Velký význam byl přisuzován léčbě (u těch, kteří ji podstoupili) a doléčování- at' už v doléčovacích centrech nebo ve svépomocných skupinách typu AA a AN.

Přechod k abstinenci komplikovala nutnost změnit prostředí a přátele- tuto komplikaci nejvíce zdůrazňovali ti, kteří abstinují relativně kratší dobu a nemají ještě s největší pravděpodobností vytvořený nový okruh nerizikových přátel. Přechod k abstinenci od pervitinu je často spojen s úplnou abstinencí. V několika případech došlo k přesunu závislostního chování z pervitinu na alkohol nebo na marihuanu. Udržování kontrolovaného pití u lidí, kteří bojují se závislostí na návykových látkách, je velmi problematické (Helzer et al., 1985). Téměř všichni informanti hodnotí úplnou abstinenci jako důležitou podmínku abstinence od pervitinu. Naučené vzorce chování také komplikovaly přechod k abstinenci, nejvíce byla zmiňována nezodpovědnost a tendence „utíkat“ z nepříjemných situací. S bažením se v abstinenci potýkali všichni informanti. Jeho intenzita a frekvence opakování se s prodlužující dobou abstinence snižovala. Z Wangovy studie (2013) vyplývá, že bažení se po půl roce až roce abstinence začíná postupně snižovat (Wang, 2013). U informantů byl také zjištěn posun vnímání relapsu. V krátkém období abstinence je vnímán relaps jako hrozba, informanti ho vnímají velmi negativně, mají z něj strach a neví, jak by se v případě relapsu zachovali. Delší období abstinence je spojeno se získáním sebedůvěry a s vírou ve vlastní schopnosti případnému relapsu zabránit. A i kdyby k relapsu došlo, informanti uváděli, že „by to zvládli“.

Zdá se, že k udržení dlouhodobé abstinence informantům pomáhá především uvědomování si pozitivních stránek abstinence, výhod, které informantům abstinence přináší. Potvrdilo se, že pozitivní vnímání abstinence se s délkou abstinence zvyšuje (Bútor, 1991). Zatímco informanti, kteří abstinují kratší dobu, vnímají abstinenci jako nutnou součást nového života, ti, kteří abstinují dlouhou dobu, vnímají abstinenci ve smyslu- chci a mohou abstinovat. Informanti vypověděli, že prošli komplexní změnou životního stylu. Nejčastěji zmiňovali změnu životních hodnot (některé naplňuje například pomoc druhým), změnu duchovních hodnot a nalezení nějakých vyšších principů lidské existence, dále komplexní změnu prostředí (nenavštěvují riziková místa- např. bary, večírky) a zájmů.

Snažila jsem se v této práci „nepropagovat“ osobní názory a zůstat nezaujatá, přestože mám ve svém okolí známé, kteří bojují se svou závislostí na pervitinu. Někteří dlouhodobě abstinují. V rozhovorech jsem se snažila nenabízet informantům „správnou“ odpověď na své otázky. Výzkumný vzorek obsahuje relativně malý počet

informantů. Polostrukturované rozhovory mi však umožnily získat subjektivní názor, detailní a důvěrné informace, se kterými jsem mohla dále pracovat. Uvědomuji si, že výzkumný vzorek je heterogenní. Obsahuje nerovnovážený počet mužů a žen, různých věkových kategorií a různé doby užívání pervitinu i abstinence. Přechod k abstinenci a její udržování je dlouhodobý proces, ve kterém dochází ke změnám ve vnímání abstinence, bažení, rizikových i protektivních faktorů. Tento posun vnímání jsem díky heterogennímu vzorku mohla pozorovat. Z rozhovorů vyplývá, že tyto změny jsou často závislé na délce abstinence.

Další výzkumy by se mohli zajímat o vnímání a zvládání abstinence u bývalých uživatelů jiné návykové látky než je pervitin. Bylo by tak možné získat zajímavé porovnání, zda je abstinence vnímána podobně v celém širokém spektru závislostí, nebo zda a čím se liší. Budoucí výzkumy by se měli zaměřit na to, jak abstinenci bývalých uživatelů návykové látky vnímají lidé, kteří nikdy problém se závislostí neměli. Zvláště objavné by mohlo být, jak vnímá společnost abstinenty od alkoholu. Existuje například názor, že společnost má tendenci zároveň odsuzovat alkoholismus i abstinenci (Bútorá, 1991). Rozsáhlejším výzkumem na téma abstinence bývalých uživatelů pervitinu (i jiných návykových látek) bychom mohli získat důležité informace od lidí, kteří dlouhodobě úspěšně abstinují, mohli bychom potom nalézt různé nové souvislosti a objevit nové cesty k udržování abstinence u lidí s návykovým problémem.

Literatura

BERGERET, J. *Toxikomanie a osobnost*. 1. vyd. Praha: Victoria Publishing, 1995, 91 s. Vědět víc. ISBN 80-718-7003-X.

EMCDDA & EUROPOL. *Metamfetamin (pervitin): situace v EU a její globální kontext*. Centrum Adiktologie a sdružení SCAN [online]. 2010 [cit. 2014-03-22]. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/17/2475/Metamfetamin-pervitin-situace-v-EU-a-jeji-globalni-kontext>

DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2007, 374 s. ISBN 978-80-246-0139-7.

GÓHLERT, F. *Od návyku k závislosti: toxikomanie, drogy: účinky a terapie*. 1. vyd. Praha: Ikar, 2001, 143 s. Z pohledu lékaře. ISBN 80-7202-950-9.

HAVLOVÁ, K. *Mýty v doléčovacím procesu*. Adiktologie [online]. 2009, s. 46–51 [cit. 2014-04-19]. Dostupné z: http://www.at-konference.cz/data/document/20100125/supplementum_2009.pdf#page=47

HEINER, M. *Selbstevaluation in der sozialen Arbeit: Fallbeispiele zur Dokumentation und Reflexion beruflichen Handelns*. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag, 1988. ISBN 3-7841-0389-8.

HEJDA, J. *Drugs- the social phenomenon of today*. 1st ed. Prague: The Police Academy of the Czech Republic, 2004, 163 s. ISBN 80-7251-156-4.

HOSÁK, L. *Predikce úspěšnosti ústavní odvykací léčby u závislých na metamfetaminu*. Česká a slovenská psychiatrie 2 [online]. 2005, s. 82-87. [cit. 2014-04-05]. Dostupné z: http://cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2005_2_82_87.pdf

HOUDKOVÁ, H. *Závislost na návykových látkách*. Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod [online]. nedatováno [cit. 2014-03-24]. Dostupné z: <http://www.plhb.cz/content/zavislost-na-navykovych-latkach>

KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003a, 319 s. ISBN 80-86734-05-61.

KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003b, 343 s. ISBN 80-86734-05-62.

KALINA, K. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 388 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1411-0.

Kolektiv autorů SANANIM. *Drogy: otázky a odpovědi: [příručka pro rodinné příslušníky a pomáhající profese]* Praha: Portál, 2007, 198 s. Rádcí pro zdraví. ISBN 978-80-7367-223-2.

KUDRLE, S. *Psychopatologie závislosti a kodependence*. In KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti 1- mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 107. ISBN 80-86734-05-6.

LIBA, J. *Zdravie, drogy a drogová závislosť. Terminologické a výkladové minimum*. Prešov: ROKUS, 2001, 78 s. ISBN 80-968452-6-8.

MARÁDOVÁ, E. *Výchova ke zdraví: školní vzdělávací program: metodická příručka pro 6.-9. ročník základní školy*. 1. vyd. Praha: Fortuna, 2006, 45 s. ISBN 80-7168-973-4.

Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN)- 10. revize: duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických případů a diagnostická vodítka. Praha: Psychiatrické centrum, 1992, 282 s. ISBN 80-85121-37-9.

MILLEROVÁ, G. *Adiktologické poradenství*. 1. české vyd. Překlad Jiří Bareš. Praha: Galén, 2011, 461 s. ISBN 978-80-7262-765-3.

MINAŘÍK, J. *Stimulancia*. In KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti 1 – mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003, s. 166 -167. ISBN 80-86734-05-61.

MRAVČÍK, V. *Methamphetamine users (in contact/ treatment) in the Czech Republic*. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti [online]. 2010 [cit. 2014-04-20]. Dostupné z:
http://www.coe.int/t/dg3/pompidou/Source/Files/Sbg_May10/Presentations/Viktor_Mravcik.pdf

NAKONEČNÝ, M. *Encyklopedie obecné psychologie*. 2., rozšířené vyd. Praha: Academia, 1997, 437 s. ISBN 80-200-0625-7.

NEPUSTIL, P. *Identita sypaná pervitinem*. Psychologie dnes [online]. 2011 [cit. 2014-06-22]. Dostupné z: <http://www.podaneruce.cz/informace-o-organizaci/vyber-z-tisku/Identita-sypan-pervitinem/>

NEPUSTIL, P. *Jde to i bez léčby: proces transformace identity po ukončení dlouhodobého užívání pervitinu*. Adiktologie [online]. 2009, s. 16-24 [cit. 2014-04-25]. Dostupné z:
http://www.at-konference.cz/data/document/20100125/supplementum_2009.pdf#page=17

NEŠPOR, K. CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislosti: příručka pro praxi*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 1996, 199 s. ISBN 80-85121-52-2.

NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál, 2000, 150 s. ISBN 80-7178-432-X.

NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. 4. vyd. Praha: Portál, 2011, 173 s. ISBN 978-80-7367-908-8.

NEŠPOR, K. *Práce s motivací a motivační posun při léčbě návykových nemocí*. První krok [online]. 2013a [cit. 2014-04-01]. Dostupné z: <http://www.prvnikrok.cz/detail-clanek.php?clanek=2215>

NEŠPOR, K. SCHEANSOVÁ, A. *Prevence relapsu při léčbě návykových nemocí*. Smích, relaxace, střízlivost [online]. 2013c [cit. 2014-03-02]. Dostupné z: <http://andreascheansova.cz/wp-content/uploads/2013/02/prevence-relapsu-pri-lecbe-navykovych-nemoci.pdf>

NEŠPOR, K. *Sebeovládání: stres, rizikové emoce a bažení lze zvládat!*. 1. vyd. Praha: Portál, 2013b, 151 s. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-262-0482-4.

PEŠEK, R. *Drogová závislost, aneb, Rychlý běh po krátké trati: poradenská příručka pro děti, dospívající a jejich rodiče*. Písek: Arkáda- sociálně psychologické centrum, 2008, 80 s. ISBN 978-80-239-9405-6.

RADIMECKÝ, J. *Funguje léčba uživatelů drog?*. Klinika adiktologie [online]. 2006 [cit. 2014-23-6]. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/72/168/Funguje-lecba-uzivatelu-drog->

ROBERTS, E. et al. *Designing a national model meth program*. Corrections Today [online]. 2010, s. 52-57. [cit. 2014-04-11]. Dostupné z: http://www.cecintl.com/pdf/research/Roberts_Redfield_Olson_Rawson_Knight.pdf

ROBSON, P. *Forbidden drugs*. 2nd ed. New York: Oxford University Press, 1999, 301 p. ISBN 0-19-262955-7.

ROTGERS, F. *Léčba drogových závislostí*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999, 260 s. Psyché (Grada Publishing) ISBN 80-7169-836-9.

RŮŽIČKA, M. a kol. *„Dokážu to?“. pervitin- koncepce školení pro terapeutů*. Olomouc: p- centrum, 2012, 77 s. ISBN 978-80-905377-0-5.

SANTROCK, J. W. YUSSEN, S. R. *Children and adolescents: a developmental perspective*. Dubuque: W. C. Brown, 1984, 472 s. ISBN 0-697-00081-8.

SOUKUP, J. *Processes of change and motivation for behavior change*. Zdraví E15 [online]. 2011 [cit. 2014-02-24].

Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/procesy-zmeny-a-motivace-ke-zmene-chovani-457929>

SVĚTLÁK, M. *Motivace pacienta ke změně rizikových vzorců chování*. XXIX. Brněnské onkologické dny a XIX. Konference pro sestry a laboranty [online]. 2005 [cit. 2014-03-10]. Dostupné z: <http://www.linkos.cz/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologicky-konferencnich-abstrakt/abstrakta/cislo/344/>

SVOBODOVÁ, J. VÁCLAVÍK, M. *Detoxifikace u závislosti na metamfetaminu*. Psychiatrie pro praxi [online]. 2006, s. 282-284 [cit. 2014-04-17].

Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-200606-0005.php>

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese. Variabilita a patologie lidské psychiky*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999, 444 s. ISBN 80-7178-214-9.

VONDRKA, J. JEŘÁBEK, P. *Smrt jménem závislost*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004, 187 s. ISBN 80-7178-884-8.

WANG, G. *Effects of length of abstinence on decision-making and craving in methamphetamine abusers*. PloS one [online]. 2013 [cit. 2014-05-04] Dostupné z: <http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0068791#pone-0068791-g005>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Management of substance dependence review series: Systematic review of treatment for amphetamine-related disorders* [online]. 2001 [cit. 2014-05-01]. Dostupné z: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/66973>

