

**Pražská vysoká škola psychosociálních studií**



**Případová studie prevence relapsu u klientů s léčenou závislostí  
na návykových látkách**

Václav Grepl

vedoucí práce: Mgr. Zuzana Janotková

**Praha 2013**

**Prague college of psychosocial studies**

**Case study of relapse prevention for clients treated for drug  
addiction**

Václav Grepl

The Diploma Thesis Work Supervisor: Mgr. Zuzana Janotková

**Praha 2013**

## **Čestné prohlášení**

prohlašuji, že jsem samostatně vypracoval bakalářskou práci, a že jsem zpracoval bakalářskou práci pouze a jen s využitím pramenů a literatury uvedené v seznamu literatury.

V Praze 25.7.2013

Václav Grepl

## **Poděkování**

Děkuji Zuzaně Janotkové za lidský přístup, cenné rady, sdílení zkušeností s problematikou relapsu a obětavou ochotu povzbuzovat mě v osobním a osobitém přístupu při zkoumání problematiky relapsu a jeho prevence.

Děkuji terapeutům z doléčovacího střediska terapeutické komunity Magdalena o.p.s. za to, že mi vytvořili podmínky pro získávání cenných informací pro výzkum prevence relapsu.

Děkuji také všem klientům, kteří byli ochotni otevřeně vypovídat o svých zkušenostech a postojích k relapsu a jeho prevenci. Jejich zkušenosti a postoje jsou pro ověření hypotéz podstatnou a obohacující částí této práce.

## Obsah

Čestné prohlášení .....	1
Poděkování.....	1
Obsah .....	2
Úvod .....	4
1 Model prevence relapsu pro závislosti na návykových látkách.....	6
1.1 Definice základních pojmů.....	6
1.2 Přístupy k relapsu .....	9
1.3 Popis modelu .....	9
1.3.1 Bezprostřední determinanty.....	10
1.3.2 Nepřímé determinanty .....	12
1.4 Strategie intervencí pro prevenci relapsu .....	13
1.4.1 Specifické intervenční strategie.....	13
1.4.2 Globální intervenční strategie.....	16
2 Případové studie .....	18
2.1 Cíl výzkumu, plán výzkumu. ....	18
2.1.1 Konceptuální rámec .....	18
2.1.2 Výzkumné otázky .....	18
2.1.3 Metoda získávání, kódování, vyhodnocení a interpretace dat.....	19
2.1.4 Strategie výběru .....	19
2.1.5 Validita .....	20
2.2 Případová studie A. ....	20
2.2.1 Uvedení případu, stručná charakteristika současných obtíží.....	20
2.2.2 Anamnéza rodinná, osobní a sociální.....	21
2.2.3 Problémové rysy klientky .....	22
2.2.4 Analýza případu z perspektivy relapsu.....	23
2.3 Případová studie B. ....	25

2.3.1	Uvedení případu, stručná charakteristika současných obtíží.....	25
2.3.2	Anamnéza rodinná, osobní a sociální .....	25
2.3.3	Problémové rysy klienta .....	27
2.3.4	Analýza případu z perspektivy relapsu.....	27
2.4	Případová studie C. ....	29
2.4.1	Uvedení případu, stručná charakteristika současných obtíží.....	29
2.4.2	Anamnéza rodinná, osobní a sociální .....	30
2.4.3	Problémové rysy klienta .....	32
2.4.4	Analýza případu z perspektivy relapsu.....	33
2.5	Komparace případových studií.....	36
3	Analýza použitelnosti Marlattova modelu. ....	39
3.1	Výsledky metastudií .....	39
3.2	Hodnocení modelu z perspektivy případových studií .....	40
3.3	Budoucnost modelu.....	42
	Závěr .....	43
	LITERATURA .....	45
	Příloha I Přepis rozhovorů .....	47
	Klientka A .....	47
	Klient B.....	57
	Klient C.....	69

## Úvod

Prevence relapsu je všeobecně považována za významnou oblast působení jak při léčbě, tak i v doléčovacím programu klientů se závislostí na návykových látkách. Celá řada výzkumů vycházejících z různých terapeutických směrů byla zaměřena na teoretický koncept prevence relapsu a na jejich základě byla navrženy a vyzkoušeny postupy pro klinickou praxi. Pracuji jako dobrovolník v rezidenční péči terapeutické komunity Magdalena a při rozhovoru s klienty mě překvapilo, jak často dochází u klientů k relapsu z příčin, kterým se klient mohl dle mého tehdejšího názoru snadno vyhnout. Bylo pro mě nepochopitelné, proč klienta v průběhu léčby neinstruovali, čemu se má při abstinenci vyhýbat a proč klient svoje chování nepřizpůsobil doporučením z terapie. Věděl jsem, že velká část léčebných zařízení v České republice má specializovaný program na prevenci relapsu a tomuto tématu se věnuje i řada odborných diskusí. V zahraničních odborných textech jsem zjistil, že pro tuto oblast existuje celá řada teoretických konceptů a jejich aplikací v klinické praxi. Položil jsem si tedy otázku, zda je u nás prevence relapsu dostatečně efektivní a nebo pokud je můj pohled na zvládání relapsu příliš zjednodušený, v čem spočívá jeho komplexnost? Potřeba zodpovědět tyto otázky mě vedla k rozhodnutí zpracovat téma prevence relapsu prostřednictvím bakalářské práce.

Je známo, že pro efektivnost působení na klienta v oblasti prevence relapsu je důležitá celá řada aspektů. Jedním z aspektů je podpora klienta při osvojení vhodných strategií zvládání situací, které vedou k nekontrolovanému relapsu. Pro výběr vhodné strategie je důležité znát, co je určující pro vznik relapsu. K analýzu vzniku relapsu jsou používány různé modely. Cíl bakalářské práce je pomocí metody mnohonásobných explanatorních případových studií analyzovat u vybraných klientů rezidenční péče terapeutické komunity příčiny relapsu, jejich způsob zvládání situací, které mohou vést k nekontrolovatelnému relapsu a využitelnost Marlattova modelu pro prevenci relapsu. Metodu mnohonásobných explanatorních případových studií jsem vybral, protože umožňuje zachytit složitost jednotlivých případů a popisu vztahů v jejich celistvosti. Předpokládám, že detailním prozkoumáním vybraných případů získám lepší porozumění pro další případy pacientů a pro zkvalitnění existujících programů

pro prevenci relapsu. Základní výzkumná otázky případových studií jsou: Jaké jsou hlavní spouštěče relapsu u klientů, kteří prošli léčbou v terapeutické komunitě? Jaké strategie používal klient zvládl-li situace vedoucí obvykle k relapsu? Marlattův model prevence relapsu jsem vybral, protože se používá při léčbě závislostí na návykových látkách, a protože byla realizována celá řada klinických zkoušek s pozitivním vyhodnocením jeho účinnosti (IRVING, 1999). V kontextu s bakalářskou prací používám Marlattův model jako konceptuální rámec případových studií. V průběhu mého tříletého studia na Pražské vysoké škole psychosociálních studií jsem se zaměřil na studium účinných faktorů léčby závislostí na návykových látkách, u kterých je v posledních letech zaměřen odborný zájem na to, jak klient vnímá, prožívá a pojímá sám sebe ve vysoce rizikových situacích, protože se ukazuje, že je to jeden z důležitých prediktorů pro nekontrolovaný relaps. Z tohoto důvodu jsem se zaměřil na specifickou část sebepojetí jedince – vědomí vlastní účinnosti a to zejména pro oblast zvládání relapsu. Proč jsem si vybral pro případovou studii klienty rezidenční péče terapeutické komunity Magdalena? Terapeutická komunita Magdalena poskytuje rezidenční léčbu klientům s patologickou závislostí na návykových látkách a výrazným stupněm psychosociálního postižení. V rámci programu terapeutické komunity se klienti učí zvládat různé psychické stavy, sociální role a zátěžové situace. Prostředí umožňuje klientům uvědomit si chyby a přijímat za ně postupně odpovědnost a pomáhat při jejich překonávání i druhým členům komunity. Tento proces vede k resocializaci i k postupnému zvyšování sebedůvěry ve vlastní účinnost a k pozitivnímu sebehodnocení pomáhajícímu překonat častý strach a úzkost. Specifickou částí léčebného programu je prevence relapsu. Text bakalářské práce jsem rozčlenil do tří částí. V teoretické části, která tvoří konceptuální rámec případových studií, jsou popsány charakteristiky Marlattova modelu prevence relapsu, jeho vývoj, stávající podoba a podmínky pro jeho použití. Ve druhé části práce je uveden plán výzkumu metodou explanatorní případové studie a obsaženy případové studie tří klientů. Třetí částí práce obsahuje analýzu použitelnosti modelu Marlattova pro proces zvyšování odolnosti klienta vůči relapsu z perspektivy informací získaných z případových studií.



# 1 Model prevence relapsu pro závislosti na návykových látkách

## 1.1 Definice základních pojmů

Při používání základních pojmů jako je například relaps, recidiva je nutné přesně vymežit jejich obsah, protože pro tyto pojmy existují pro různost přístupů k dané problematice i různé výklady. Pojem relaps definuje Hugo, representant somatické medicíny, jako: „*Opětovné objevení příznaků nemoci, která byla v klidovém období – v remisi*“ (HUGO, 2011). Obdobně definuje relaps i recidivu Hartl jako: „*Zvrat, návrat choroby k předchozímu stavu, opětovné vzplanutí předtím potlačené choroby*“ (HARTL, 2004, s. 504). Relaps je nutné odlišovat od recidivy, kterou definuje Hugo jako: „*Návrat nemoci, která již byla vyléčena nebo u které již vymizely příznaky*“ (HUGO, 2011). V kontextu závislosti na návykových látkách definuje Kalina relaps, jako: „*Opětovné užití drogy po určitém období abstinence*“ (KALINA, 2008). Pokud se v oblasti léčby závislostí vychází z bio-psych-socio-spiritualního konceptu, je účelné užívat pro odlišení situace klienta pojem laps, který definuje Warigatne jako: „*Jakékoliv samostatné porušení pravidel nebo souboru zásad, které si jedinec sám uložil a které se týkají častosti nebo typu vybraného chování*“ (cit. dle KUDA, 2003, s. 118). Rozdílnost definic relapsu je dána růzností pojetí v přístupu k relapsu. V tradičním somatickém přístupu se nerozlišuje relaps a laps a oba jsou chápány jako výsledek selhání, jako návrat nemoci a v krajním případě i selhání léčby a pacienta, oproti tomu v pojetí vycházejícího z bio-psych-socio-spiritualního konceptu je to situace, které znamená pro klienta příležitost k rozpoznání určitého opomenutí v terapii a příležitost k novému učení. Protože je somatické pojetí z velké části překonané, budu v textu bakalářské práce používat významu pojmů relaps a laps ve smyslu bio-psych-socio-spiritualního konceptu. Závislost na návykových látkách definuje Hartl jako: „*Stav chronické nebo periodické otravy opakovaným použitím přirozené nebo syntetické drogy, které poškozují postiženého i společnost*“ (HARTL, 2004, s. 700). Jinou, diagnosticky zaměřenou definici podává Diagnostický a Statistický Manuál Mentálních Poruch, IV.vydání, podle které může být diagnostikována závislost na návykových látkách tehdy, když pacient setrvává v užívání alkoholu a návykových látek bez ohledu na problémy, které z tohoto užívání

vyplývají (DMS IV, 2013). DMS IV rozlišuje závislost na návykové látce a zneužívání návykové látky a řadí je obě do poruchy užívání návykových látek. V České republice používaná Mezinárodní Klasifikace Nemocí MKN definuje závislost na návykových látkách pod označením poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek F10–F19.2 Syndrom závislosti jako: „*Soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládnutí při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, priorita v užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená tolerance pro drogu a někdy somatický odvykací stav*“ (UZIS, 2013). Biologicky zaměřená definice pochází od Americké společnosti pro adiktologické lékařství ASAM, která definuje závislost jako: „*Primární, chronická, neurobiologická choroba s genetickými, psychosociálními faktory a faktory prostředí pacienta mající vliv na její vývoj a projevy. Je charakterizována neschopností abstinovat, zhoršenou schopností ovládat chování, bažením, sníženou schopností rozeznat důležité poruchy v chování a ve vztazích, nefunkční emocionální reakce*“ (ASAM, 2011). V bakalářské práci používám definici vycházející z definice uvedené v MKN, protože údaje o klientech pocházejí ze zařízení, které používá diagnostiku vycházející z MKN a nedojde tak k terminologickým nesrovnalostem.

Prevence relapsu definuje Carroll jako: „*Proces kognitivně behaviorální terapie s cílem identifikovat a preventivně řešit vysoce rizikové situace vedoucí k opětovnému užívání návykových látek*“ (CARROLL, 1996). Novější definici prevence relapsu, která prevenci neredukuje na zvládnutí rizikových situací formuluje americká psycholožka Witkiewitz: „*Prevence relapsu je přístup vyvinutý v rámci kognitivně-behaviorální terapie, jejímž cílem je identifikace a ochrana jedince léčeného ze závislosti na návykových látkách z jejich opětovného pravidelného užívání*“ (WITKIEWITZ, 2004). Existují i jiné definice, jejichž obsah je dán příslušným psychoterapeutickým směrem, který je pro léčbu užíván. Často se jedná o kombinaci různých technik. Zvládnutí definuji, jako neustále se měnící se kognitivní úsilí a

chování pro řízení vnějších a vnitřních požadavků, které jsou hodnoceny, jako buď pro pacienta příliš náročné nebo přesahující jeho možnosti.

Případová studie je pojem popisující různé metody získávání a zpracování informací v nejrůznějších oblastech. Z oblasti sociální práce definuje případovou studii Hučík jako: *„Metodu, při které se shromažďují, analyzují všechny dostupné písemné materiály a systematicky se podrobně zkoumá jednotlivec prostřednictvím pozorování, rozhovorů, experimentů a vlastního zkoumání výsledků činnosti za účelem systematizace a jeho klinického a vzdělávacího využití.“* (HUČÍK, 2009). Hartl definuje případovou studii jako: *„Popis jednotlivých případů, například vznik, průběh a vyléčení duševní poruchy či odstranění povahové vlastnosti; stejně jako jedince se může týkat i skupiny lidí či instituce; slouží jako pomoc a srovnání pro podobné případy; často se sestavuje prostřednictvím rekonstrukce životopisu“* (HARTL, 2000, s. 253). Obě tyto definice jsou zaměřeny na využití případových studií jako deskriptivní metody v aplikačních oborech a nezahrnují v sobě aspekty spojené s možným použitím případové studie jako metody v oblasti výzkumu. Definici v tomto smyslu podává jeden z teoretiků kvalitativního výzkumu Stake jako: *„Úsilí pro porozumění určitému sociálnímu objektu v jeho jedinečnosti a komplexitě. V kvalitativním výzkumu chceme porozumět sociálnímu objektu. Chceme vyhodnotit jeho jedinečnost, jeho usazení v okolí a interakci s kontextem“* (cit.podle HENDL, 5 s.105). Stake považuje za důležitý holistický přístup k případu nikoliv jeho pouhou deskripci. Jinou definice pro oblast výzkumu podává Yin jako: *„Strategii pro zkoumání předem určeného jevu v přítomnost, v rámci jeho reálného kontextu a to zvláště když hranice mezi jevem a kontextem nejsou jasné. Snaží se využít předchozí teoretická tvrzení, která usměrní sběr dat a jejich analýzu“* (cit.podle HENDL, 5 s.108). Yin rozčleňuje případové studie na explorativní, explanatorní, deskriptivní a evaluační. Explanatorní definuje Yin jako: *„Explanatorní studie podává vysvětlení případu tím, že rozvádí jednotlivé příčinné řetězce, které lze u případu identifikovat“* (cit.podle HENDL, 5 s.110). S ohledem na cíl bakalářské práce zkoumající příčinné řetězce mezi výsledky pozorování klienta, výsledky testů a okolnostmi relapsu a

vybranou výzkumnou metodu, používám pojem případová studie ve smyslu definice Yina.

## **1.2 Přístupy k relapsu**

Relaps a návrat k užívání návykových látek po určité době abstinence, která následovala léčbu, je poměrně častý jev. Tradiční přístup k závislosti jej pojímal jako něco zásadně negativního, jako konečný stav, jako selhání léčby. V tomto dichotomickém přístupu k léčbě buď pacient relapsoval a nebo abstinoval. Existují i jiné přístupy, které vycházejí ze sociálně-kognitivních teorií a behaviorálních teorií, a které zdůrazňují, že je relaps spíše přechodný proces nebo série událostí, které se mohou vyskytnout v průběhu léčby. Pro tento přístup byly vytvořeny různé modely (ANNIS, 1986), (LITMAN et al. 1979), (MARLATT, 1985). Podle těchto modelů začíná relaps ještě před vlastním opětovným užitím návykové látky po léčbě a pokračuje i po tomto užití. Tento přístup umožňuje širší koncepční rámec pro intervenci v procesu relapsu a tím tak dochází k prevenci nebo redukci relapsových epizod, tedy i zlepšení výsledků léčby. S ohledem na počet ověřovacích studií jednotlivých modelů se dále zaměřím na zkoumání modelu vyvinutý Marlattem a Gordnem (MARLATT, 1985), pro který je publikováno nejvíce ověřovacích studií (IRVIN, 1999). V textu teoretické části se zaměřím zejména na rozbor klasifikace a analýzy spouštěčů užitých v modelu a rozbor doporučovaných strategií na zvládnání relapsu. Model používám pro explanatorní případové studie jako koncepční rámec, který vymezí rozsah informací, na které se v jednotlivých případových studiích zaměřím.

## **1.3 Popis modelu**

Pro vytvoření následujícího souhrnu parafrázuji v této kapitole informace z (LARIMER, 1999). Marlattův model vychází z poznatků sociálně a kognitivní psychologie a zahrnuje jak konceptuální model relapsu, tak i soubor kognitivních a behaviorálních strategií majících za cíl snížit pravděpodobnost vzniku relapsu nebo omezit jejich počet. Centrálním aspektem modelu je klasifikace faktorů a situací, které

mohou vyvolat nebo přispět ke vzniku epizod relapsu. Model předpokládá, že tyto faktory spadají do dvou kategorií. Faktory mající bezprostřední vliv, jako například vysoce rizikové situace, dovednosti zvládnání, očekávání výsledků léčby. Druhou kategorií představují skryté faktory předcházející relapsu, jako například nevyvážený životní styl nebo indukované bažení. Model léčebného přístupu začíná hodnocením emočních a environmentálních charakteristik situace, která je potenciálně spjatá s relapsem, jako je například vysoce riziková situace, ve které se klient nachází. Po identifikaci situací je analyzována možná reakce pacienta a zároveň se zkoumají faktory životního stylu pacienta, které zvyšují rizikovost situace, které je klient vystaven. Na základě této analýzy procesu relapsu je navržena strategie, která je zacílena na slabiny v pacientově kognitivním a behaviorálním repertoáru tak, aby jeho korekcí snížila pravděpodobnost relapsu.

### **1.3.1 Bezprostřední determinanty**

Model předpokládá na základě klinického výzkumu, že hlavním bezprostředním determinantem relapsu je vysoce riziková situace. Podle modelu by měl pacient, který inicioval změnu chování, pociťovat zvýšenou sebedůvěru ve svoje schopnosti a své chování. Sebedůvěra by měla narůstat s tím, jak se daří pacientovi udržovat dosaženou změnu. Mohou se ovšem vyskytnout nečekané situace, které mohou ohrozit vnímání jedince pro zvládnání situace.

Model kategorizuje emocionální, environmentální a interpersonální charakteristiky vyvolávající relaps. Podle této taxonomie mohou hrát různé situace různě důležitou roli při výskytu epizod relapsu. První kategorie, označované jako intrapersonální vysoce rizikové situace, jsou negativní emoční stavy, jako například strach, úzkost, deprese, frustrace a jsou spojovány s vyšší četností relapsu. Tyto emoční stavy mohou být způsobeny specifickým intrapersonálním vnímáním situace, jako například deprese při návratu domů, kde není někdo blízký nebo reakce na environmentální událost, jako je například vztek kvůli čekání ve frontě v obchodu. Další třídu determinantů představují situace spojené s jinou osobou nebo skupinou osob, které mohou vést

k interpersonálnímu konfliktu, jako je například hádka s rodinným příslušníkem. Pro tuto třídu se uvádí, že v kombinaci s intrapersonálním negativním emočním stavem vede ke 50% případů spuštění relapsu (MARLATT, 1996). Další třídu představuje situace, ve které je vytvářen na pacienta sociální tlak od skupiny osob, jako je například přítomnost skupiny osob právě užívajících návykové látky, kde je uváděna 20% četnost iniciace relapsu (MARLATT, 1996). Poněkud paradoxní třídu tvoří pozitivní emoční stav, který je výsledkem působení podnětu spojeného s návykovou látkou, jako je například reklama na alkohol nebo blízkost místa, kde pacient kupoval nebo užíval návykové látky nebo i klientem prověřovaná pevnosti vůle k abstinenci.

Ačkoliv model považuje vysoce rizikovou situaci za bezprostřední spouštěč relapsu, je to vlastní chování pacienta, která rozhodne, zda k užívání návykové látky dojde či nikoliv. Pacientovo zvládací chování ve vysoce rizikové situaci významně určuje pravděpodobnost výsledku, jako například strategie chování při opuštění nebezpečného prostoru nebo kognitivní strategie při pozitivním hovoření se sebou samým. V sedmdesátých letech zavedl americký sociální psycholog Bandura nový pojem vědomí vlastní účinnosti (self-efficacy) pro označení charakteristiky jedince týkající se uvědomění si vlastních schopností zvládat složitou situaci (BANDURA, 1977). Americký výzkumník Kaden uvádí, že podle jím organizovaným výzkumem pacienti, kteří uspěli ve vysoce rizikových situacích zvyšují i sebedůvěru pro efektivní zvládání určitých situací a naopak lidé s nízkou sebedůvěrou ve zvládání situací mají nižší motivaci a schopnost odolat použití návykové látky při vysoce rizikové situaci (KADEN, 2011).

Existuje kritický rozdíl mezi prvním porušením abstinčního cíle a návratem k nekontrolovanému užívání návykových látek a opuštění abstinčních cílů. Výzkum ukázal, že přechod od prvního porušení k úplné resignaci cílů abstinence není nevyhnutelný. Marlatt popisuje způsob reakce pacienta na laps, který zvyšuje pravděpodobnost, že nedojde k nekontrolovanému relapsu. Lidé, kteří přisuzují lapsu charakter osobní selhání, se cítí viní a vybuzení této negativní emoce zvyšuje pravděpodobnost nekontrolovaného relapsu a paradoxně vede k dalším relapsům, které

mají potvrdit pocit sebe-provinění a vedou k myšlenkám, že dotyčný nemá pevnou vůli a nebude schopný nikdy s užíváním návykových látek přestat (MARLATT, 1985).

### **1.3.2 Nepřímé determinanty**

Ačkoliv je možné považovat vysoce rizikové situace za bezprostřední determinanty relapsových epizod, existuje i určité méně bezprostřední faktory ovlivňující však také spuštění relapsu. Tyto nepřímé determinanty zahrnují jak faktory životního stylu, jako třeba celková úroveň stresu, tak i kognitivní faktory, které mohou nastavit spuštění relapsu racionalizací užívání návykové látky. Tyto faktory mohou zvýšit zranitelnost pacienta pro relaps jak zvýšeným vystavením vysokému riziku, tak i sníženou motivací odolávat opětovnému užívání návykových látek.

V mnoha případech se prvotní laps odehraje ve vysoce rizikové situaci, která je zcela neočekávaná, a na kterou není uživatel návykových látek nijak připraven. Ve výchozí situaci lapsu je možné vyzorovat řadu skrytých rozhodnutí a výběrů, které se zdají samy o sobě bezvýznamné, ale v kombinaci vytvářejí situace se značně vysokým rizikem. Příkladem může být nákup láhve s alkoholickým nápojem, jež si pacient zdůvodňuje jako nápoj připravený pro pohoštění návštěvy, která možná nečekaně přijde. Pravděpodobným výsledkem je, že je klient láhev vypije s odůvodněním, že není možné očekávat, že jí nikdo nevypije, když je doma k dispozici.

Mezi skryté faktory patří faktor životního stylu, které je v Marlattově modelu považován za nejsilněji spjatý s rizikem relapsu. Životní styl v sobě zahrnuje rovnováhu v životě pacienta mezi tím co musí dělat na základě vnějších požadavků a tím, co by chtěl dělat, co ho vnitřně naplňuje a přináší mu potěšení. Pacient, na kterého jsou pouze kladeny požadavky, je pod neustálým stresem, který tak může nejenom vyvolat negativní emoční stav vedoucí k vysoce rizikové situaci, ale i zvyšuje touhu pacienta po potěšení a motivuje k racionalizaci nějakého potěšení přinášejícího požitku. Při absenci jiných ne-drogových potěšení může mít pacient v užívání návykových látek zdroj potěšení a únik od bolesti.

Oproti jiným modelům, které je považují za primární psychické stavy, zařazuje Marlattův model mezi nepřímé faktory i nutkání a bažení, pro které existují jim předcházející psychologické a environmentální podněty. Marlattův model předpokládá, že existují dva duševní procesy, které je zprostředkují. První proces je podmiňování vyvolané podněty spojené v minulosti s uspokojením, druhý je kognitivní proces spojený s anticipací uspokojení, jako je například předpokládaný efekt potěšení po užití návykové látky.

#### **1.4 Strategie intervencí pro prevenci relapsu**

Marlattův model obsahuje různé behaviorální a kognitivní postupy navržené tak, aby řešily jednotlivé kroky v procesu relapsu, které zahrnují nevyrovnanost životního stylu, touhu po požitku, nutkání a bažení, racionalizace užívání, zdánlivě irelevantní rozhodnutí, vysoce riziková situace, nedostatečně zvládnuté reakce na náročné situace, snížení sebedůvěry ve vlastní schopnosti, laps a efekt porušení abstinence. Navržené postupy obsahují specifické intervenční strategie, které jsou zaměřeny jak na bezprostřední determinanty, tak i na celkovou strategii pro rozvoj jáských funkcí, které ovlivňují nepřímé determinanty. Specifická a globální strategie je v modelu realizována prostřednictvím tří oblastí, kterými jsou výcvik dovedností, změna škodlivých myšlenkových stereotypů a vyvážení života pacienta.

##### **1.4.1 Specifické intervenční strategie**

Cílem intervenční strategie je podle Marlattova modelu získání schopnosti identifikovat a zvládnání vysoce rizikovou situaci, zlepšování sebedůvěry ve vlastní schopnosti, efektivnost zvládnání situace v případě, kdy dojde k lapsu a změna škodlivých myšlenkových stereotypů.

Aby mohl pacient anticipovat a připravit se na vysoce rizikovou situaci, musí být schopen jí včas rozpoznat. Při praktické aplikaci modelu se takové situace dají rozpoznat různými vyhodnocovacími strategiemi, kdy terapeut může použít



diagnostický rozhovor zaměřený na poslední relapsy, relapsové sny nebo fantasie, aby identifikoval situace, při kterých má pacient problém s jejich zvládním. Jiný postup může využívat dotazníkové metody nebo metoda, při které je pacient vyzván k tomu, aby si vedl deník, do kterého zapisuje svoje psychické stavy, emoce, myšlenky a popisuje situace, při kterých prožíval chutě a bažení po návykové látce. Takový deník pomáhá pacientům, aby si lépe uvědomili bezprostřední determinanty užívání návykových látek a jejich individuální reakci na ní.

Jakmile byla u pacienta rozpoznána vysoce riziková situace, je možné použít dva druhy strategie ke snížení rizika vyvolané situací. První strategie je naučit klienta rozpoznat podněty ukazující, že se pacient dostává do vysoce rizikové situace, takovými podněty mohou být například zdánlivě irelevantní rozhodnutí, nevyvážený životní styl a pozitivní očekávání od užívání návykových látek. V návaznosti na rozpoznání vysoce rizikové situace pak pacient volí evasivní řešení. Druhá strategie spočívá ve vyhodnocení motivace pacienta, jeho schopnosti zvládat situaci a v učení dovednostem efektivněji zvládat situaci. Relevantní dovednosti zvládání jsou jak kognitivní, tak behaviorální, a mohou obsahovat jak specifické strategie pro zvládání vysoce rizikové situace, jako například odmítnutí užití návykové látky při tlaku ze sociální skupiny bývalých spoluživatelů nebo asertivní komunikace, tak i obecné strategie, které mohou zlepšit systém zvládnutí, jako například meditace, zvládání vzteku, pozitivní hovory k sobě samému. Hodnocení jedincových dovedností zvládání je možné provádět existujícími dotazníky, jako je například dotazník měření situační důvěry. Pro posílení motivace používat dovednosti pro zvládání, je možné použít jejich přehrávání jak individuálně s terapeutem, tak i ve skupině.

Další přístup pro prevenci relapsu je posilování sebedůvěry pacienta ve zvládání složitých situací bez lapsu. Pro praktické použití tohoto přístupu je doporučováno, aby nebyl použit klasický hierarchický model terapeut-pacient, ale aby se kladl větší důraz na terapeutické spojení, protože pacientovi tento přístup umožní zvýšit objektivitu sebezpozorování – pacient nespolehá, že mu objektivní pohled dodá v hierarchii výše postavený terapeut. Nejedná se při tom o otázku vůle být

s terapeutem na stejné úrovni, ale spíše o postupné získávání schopností se na sebe dívat objektivně a nezávisle na terapeutovi.

K další prostředkům strategie zvyšování sebedůvěry ve zvládání složitých situací je dovednost rozdělit složitou úlohu na soubor jednodušších kroků, tím se pacient nezaměřuje na relativně vzdálený cíl, jako je například dlouhotrvající abstinence, ale zaměřuje se na to co musí být uděláno teď a tady, jako je například zvládnutí jednání na úřadu práce. Dosahování menších, předem nastavených cílů vede pak ke zvýšení sebedůvěry ve zvládání složitých situací, která posiluje sebedůvěru v dosažení vzdálenějších cílů. Pro toto posilování je důležitá pozitivní a autentická zpětná vazba terapeuta. Takto zvýšená sebedůvěra vede pacienta k uvědomění, že je změna v jeho životě možná.

Další strategií je eliminace mýtů týkajících se návykových látek včetně alkoholu, které pacient často zastává. Především se jedná o to, aby se vyvrátily u pacienta mylné představy o účincích návykových látek. V praxi se provádí prvotní zjišťování stavu prostřednictvím standardizovaných dotazníků nebo klinického interview. Pak obvykle následuje spolupráce terapeuta a pacienta na změně chybných myšlenkových stereotypů, při které je vhodné využívat jedincovu vlastní zkušenost, tak aby pacient realisticky uvažoval o bezprostředních i dlouhodobých účincích návykových látek, co mu užívání návykových látek přináší a jaké z možností mu znemožňuje.

Přes všechna varování a přípravu může u pacienta dojít k lapsu po zahájení abstinence a je proto nutné pacienta na tuto situaci připravit. Strategie zvládání lapsu je zaměřená na zastavení lapsu a boj s efektem porušené abstinence a zabránění nekontrolovaným relapsům. Procedura zvládání lapsu zahrnuje dohodu mezi terapeutem a klientem tak, aby byl stanoven limit užití látky, aby byl kontaktován terapeut co nejdříve po lapsu, a aby byly vyhodnoceny faktory, které iniciovaly pacientův laps. Někteří terapeuti vybavují pacienta psanou příručkou, jak mají krok za krokem postupovat.

Pro změnu chybných myšlenkových schemat, jako je například chybná atributizace před a v průběhu lapsu nebo relapsu, navrhuje model strategii kognitivní restrukturalizace. Doporučené pojetí restrukturalizace je chápat laps a relaps ne jako

selhání jednice nebo ukázkou jeho slabé vůle, ale jako chybu v učení, které indikuje nutnost posílení plánování tak, aby bylo zvládání efektivnější pro podobné situace v budoucnu.

#### **1.4.2 Globální intervenční strategie**

Přestože mohou intervenční strategie ovlivnit bezprostřední determinanty relapsů, je také důležité měnit faktory individuálního životního stylu a skryté determinanty, které mohou zvýšit riziko vystavení a redukovat resistenci vůči vysoko-rizikovým situacím. První typ strategie je zaměřen na získání dovednosti sebeřízení. V modelu doporučený první krok je ohodnotit faktory životního stylu, které jsou spojovány se zvýšeným stresem. Jak vstup pro hodnocení může posloužit záznam pacienta o tom co v průběhu dne musel dělat a co chtěl dělat. Pro měření podílu stresujících událostí v průběhu dne ku událostem přinášejícím potěšení je možné použít standardizovaný dotazník.

Mnoho jedinců užívajících návykové látky uvádějí, že byly jejich dřívější aktivity, které přinášely potěšení, postupně nahrazovány aktivitami užívání návykových látek. Proto je důležité při této strategii dodávat pacientům kuráž v opětovné iniciaci situací, které v minulosti přinášeli potěšení. V rámci této strategie se poskytuje pacientům výcvik v time managementu, stres managementu a relaxaci. Glaser doporučuje i pozitivní adikce představující vytvoření závislosti na něčem, co má opačný důsledek než ničující závislost na návykových látkách, tím je například myšlena meditace, tělesná cvičení mající dlouhodobý pozitivní vliv na uvolnění napětí, dobrou náladu, zdraví a zvládání zátěže (GLASER, 1976).

Ačkoliv může zlepšená rovnováha životního stylu významně snížit riziko bažení a chutí, může být bažení výsledkem v minulosti vytvořeného podmíněného reflexu spojeného s užíváním návykových látek. Proto existuje další strategie technika kontroly podnětů, která může být užita pro snížení bažení při těchto podnětech. Při této technice je pacient požádán, aby z prostředí, ve kterém se vyskytuje odstranil

veškeré předměty, který způsobují bažení iniciující podněty. Jedná se při tom o jak zjevné předměty, jako taška, ve které přenášel klient návykové látky z ulice domů, tak i subtilnější, jako je například hudba, při které klient užíval návykové látky. I když se technikou kontroly podnětu může eliminovat celá řada podnětů iniciujících relaps, není reálné, aby byly z prostředí pacienta odstraněny všechny. Proto je nutné pacienta naučit zpracovat svoji reakci na bažení, anticipovat a akceptovat bažení a chápat je jako normální reakce na externí podněty. Při této strategii by se neměl pacient identifikovat tyto chutě jako jeho touhu užívat návykovou látku. Naopak učí se označovat chutě jako fyziologické a emocionální odezvy na externí podněty z jeho okolí, které byly v minulosti spojené s užíváním návykových látek.

Poslední, v modelu doporučená strategie, je strategie průvodní mapy relapsu, která umožňuje klientovi vytvořit si celkový vhled na možné scénáře vysoce rizikových situací a zvolené strategie vyhýbání se těmto situacím a nebo zvládnání. Terapeut může například klientovi pomoci vytvořit průvodní mapu situací, které mohou vzniknout mezi pacientem a jeho bývalým partnerem a může jedinci pomoci s výběrem vhodné strategie zvládnání takové situace.

## **2 Případové studie**

### **2.1 Cíl výzkumu, plán výzkumu.**

Cílem výzkumu je pomocí získaných datech o klientech odpovědět na základní otázku výzkumu a posoudit využitelnosti Marlattova modelu v procesu identifikaci příčin relapsu a pro výběr strategie prevence relapsu u vybraných klientů.

V souladu s doporučením metodiky pro explanatorní případové studie (HENDL, 2005) jsem rozčlenil základní prvky plánu výzkumu do volby konceptuálního rámce, formulace výzkumné otázky, volby metody výzkumu, určení strategie výběru klientů a formulaci postupu zajištění validity výzkumu.

#### **2.1.1 Konceptuální rámec**

Při zvažování, o jaký teoretický rámec se budu opírat, jsem si vybral Marlattův model prevence relapsu. Hlavní důvod jeho výběru je moje osobní zkušenost s používáním tohoto modelu při pozorování a hovorech s klienty z rezidenční péče terapeutické komunity, kdy mi model pomohl rozšířit témata hovorů s tématem relapsu tím, že jsem se mohl zaměřit na významnější informace a odhlédnout od méně podstatných informací. Druhý důvod výběru je to, že je Marlattův model všeobecně přijímán a odkazován i v české odborné literatuře, a že byl podroben zkoumání v několika metastudiích prokazujících jeho postačující validitu a reliabilitu (IRVIN, 1999).

#### **2.1.2 Výzkumné otázky**

S ohledem na cíl bakalářské práce a zvoleného konceptuálního rámce jsem si položil otázky. Jaké jsou hlavní spouštěče relapsu u klientů léčících se v terapeutické komunitě? Jaké strategie používal klient, když zvládal situace vedoucí obvykle k nekontrolovanému relapsu?

### **2.1.3 Metoda získávání, kódování, vyhodnocení a interpretace dat.**

Data o klientech mají jak obecnější, tak i specificky zaměřený obsah a popisují případ v delším časové periodě. Obecnější údaje slouží pro vytvoření celkového obrazu o klientovi a jsou v něm použity zejména informace o vývoji klienta v dětství, dospívání a dospělosti, rodině klienta, jeho vztazích a jeho drogové historii. Specifické údaje jsou zaměřeny na oblast relapsu a to zejména na informace týkajících se spouštěčů relapsu.

Data jsem získal na základě informovaného souhlasu klienta i odpovědného pracovníka doléčovacího programu terapeutické komunity Magdaléna z klientské dokumentace obsahující anamnézy, diagnostické výstupy, a výsledky dotazníků (MAGDALENA, 2013) a z tématicky zaměřených rozhovorů s klienty, které sloužily zejména pro získání specifických údajů týkajících se spouštěčů relapsu. Informovaný souhlas podepisuje klient při vstupní proceduře a týká se použití informací pro účely bakalářské, diplomové a doktorandské práce. Vzhledem k tomu, že informovaný souhlas obsahuje identifikační údaje respondentů, není vložen do textu práce, nicméně informované souhlasy budou předloženy při závěrečné obhajobě práce příslušné komisi. S ohledem na to, že ze zákona jsou veškeré bakalářské a diplomové práce veřejně přístupné k nahlédnutí, změnil jsem identifikační údaje respondentů.

Pro získání specifických dat týkajících se zejména individuálních spouštěčů relapsu a schopnosti zvládat obtížné situace bez relapsu jsem použil rozhovor s návodem. Opis rozhovorů s jednotlivými klienty je obsažen v Příloze I. Třetím zdrojem dat byl výsledek pozorování klientů terapeuty a mého pozorování klientů v průběhu jejich pobytu v terapeutické komunitě a to jak při skupinových sezeních, tak i při pracovních a volnočasových aktivitách (MAGDALENA, 2013).

### **2.1.4 Strategie výběru**

Výběr klientů jsem provedl na základě několika kritérií. Základním kritériem bylo, že se jedná o klienta, který prodělal jeden nebo více nekontrolovaných relapsů. Důvod

tohoto kritéria je to, že zkoumání důvodů relapsu a také jeho úspěšná prevence je hlavním předmětem výzkumné otázky. Druhým kritériem byla diagnostikovaná závislost na návykových látkách. Důvodem pro zavedení tohoto kritéria je zaměření na jeden určitý typ závislosti, který je spojen se specifickou léčbou a tedy i se specifickým postupem prevence relapsu k návykovým látkám. Třetím kritériem byla opakovaná léčba v terapeutické komunitě v některém léčebném zařízení v České republice, jehož důvodem byl předpoklad, že se ve většině zařízení s rezidenční léčbou organizují programy pro prevenci relapsů, které více či méně ovlivnily klientovo chování spojené s relapsem. Čtvrtým kritériem byl věk do 40 let, kdy z mé zkušenosti je to mezní věk, kdy již není reálná změna v chování směřující ke zvládnutí relapsu. Pátým kritériem byla dostatečná schopnost klienta popsat okolnosti relapsu s určitým náhledem. Toto kritérium je nutná nikoliv však postačující podmínka pro získání relevantních informací o relapsu z interview s klientem.

### **2.1.5 Validita**

Pro ověření kvality výzkumu používám kritéria pro případové studie podle Yina (cit. dle HENDL, 2005, s.341), ve které se zaměřím na aplikaci taktiky pro zvětšení konstruktové validity ve fázi sběru dat, při analýze dat se zaměřuji na interní validitu pomocí srovnání predikce s výsledkem a zkoumání alternativních vysvětlení. Externí validita zkoumám pomocí návrhu hypotézy v jednom případě a replikací logiky hypotézy v dalších dvou případech.

## **2.2 Případová studie A.**

### **2.2.1 Uvedení případu, stručná charakteristika současných obtíží**

Klientka Věra 23 let, diagnostikovaná F19.2 syndrom závislosti na látkách heroin, pervitin. Klientka je lucidní, plně orientovaná, spolupracuje, odpovědi adekvátní, řeč plynulá, intelektuální a kognitivní funkce v normě, bez poruch vnímání, bez suicidních úvah, polymorfní závislost, bez odvykacích. obtíží a bez intoxikace. Léčebný plán

určený klientce je standardní komunitní terapie, rodinná terapie. Jako nejdůležitější v léčbě klientka vidí naučit se ustát svůj názor. Po tragických dopadech vztahu klientky k partnerovi chce pracovat na svém sebevědomí, aby měla schopnosti najít si v budoucnu člověka bez drogové kariéry.

## **2.2.2 Anamnéza rodinná, osobní a sociální**

Matka klientky je podnikatelka, je zdravá, pije příležitostně, je kuřačka. Otec je manažer v místní správě, pije příležitostně, má vysoký tlak, je silný kuřák. Sestra studentka studuje na vysoké škole, je kuřačka. Dle klientky se v celé rodině nevyskytují žádné psychické nemoci, ani závislostní chování. Klientka uvádí, že u prarodičů pobývala většinu dětství. Klientka popisuje dětství jako harmonické, měla vždy všechno, co chtěla. Sestra klientky je o 1,5 roku starší. Od dětství mají velmi dobrý vztah. Sestra byla vždy silnější, průbojnější. Vztah k sestře hodnotí jako upřímnější, byla jediným člověkem, který věděl, že klientka po odchodu z terapeutické komunity Magdaleny znovu bere drogy. S rodiči měla vztahy velmi dobré. Rodiče kladli na obě dcery stejné nároky. Starší sestra nároky plnila, klientka úsilí k dosahování nároků velmi rychle vzdávala. Popisuje se jako mnohem slabší, než její starší sestra.

Klientka nenavštěvovala jesle. V mateřské škole hodně plakala, stýskalo se jí. Velkou část dětství pobývala u prarodičů, protože rodiče byli hodně zaměstnaní. Každé odpoledne po škole a celé víkendy trávila se sestrou u prarodičů. Do první třídy nastoupila v sedmi letech, měla odložený nástup pro nedostatečnou školní zralost. Na základní škole se učila dobře, na vysvědčení měla vyznamenání. Od 1 do 5 třídy měla velkou nadváhu, děti se jí pro to posmívaly. V páté třídě zhubla. Od 6 třídy začala nosit brýle a rovnátka což ji snižovalo sebehodnocení. Během základní školy nekouřila, nepila a popisuje se jako vzorné dítě. Nastoupila na střední školu v okresním městě na obor cestovní ruch. Z rodiny přešla bydlet na internát. V 15 letech začala kouřit, chodit na diskotéky. Po půl roce přešla na školu do Prahy, aby mohla bydlet opět doma, na internátu se jí nelíbilo. V Praze se jí zhoršil prospěch, začala a školu přerušila. Vrátila se do školy a dodělala si maturitu a po maturitě začala



studovat VŠ zemědělskou. Po půl roce studia přešla do FF UK obor archivnictví a spisová služba.

V 15 letech začala pít alkohol a v 16 letech začala kouřit marihuanu. V 17 letech vyzkoušela Extasi, LSD, pervitin nosem. Začala navazovat vztahy s partnery. V 18 letech odjela o prázdninách s kamarádkami do Francie, kouřila hašiš. Po návratu začala víkendovým uživatelem pervitinu – nosem. Po prázdninách poprvé s kamarádkou vyzkoušela nitrožilně pervitin. Den poté její nejlepší kamarádka zemřela při autonehodě. Od toho dne začala užívat heroin, užívala ho rok. Heroin dostávala od přítele. Drogy mu platila z kapesného od rodičů. Poté začala doma brát peníze a věci rodičů. Celý třetí ročník brala heroin, poté ji rodiče odvezli do Červeného dvora. V Červeném dvoře byla měsíc, poté jí vyloučili za vztah. Během učení na maturitu opět začala užívat heroin. Když studovala na vysoké škole začala navštěvovat psychiatrii, kde jí byl předepisován Subutex, který užívala nitrožilně.

První partner v 18 letech, po 14 dnech se rozešli. Druhý partner závislý na heroinu. S ním začala klientka užívat heroin. Byli spolu cca 10 měsíců. Nejdelší vztah trval tři roky rozchod po zjištění partnera, že klientka živa drogy. V Červeném dvoře se vztah s klientem, byli spolu 14 dní. Po vyloučení z léčení spolu byli týden na ulici. Podle výsledku psychotestů indikována paranoia, psychastenie, velká úzkost, strach, nutkavost, deprese – velmi vysoká, nízká sebeúcta, submisivita, neschopnost pozitivní sebe-instrukce a používání únikové strategie z obtížných situací.

### **2.2.3 Problémové rysy klientky**

Tato část obsahuje informace o klientovi získané pozorováním z jednotlivých sezení terapeutické komunity, z postojů a chování klienta, u kterých předpokládám významný vliv na vznik relapsu. Při spolupráci s rodinou klientky se obvykle řeší hlavně dluhy a rodina artikuluje zájem, aby byla klientka spokojená a šťastná, zejména prostřednictvím peněz. Klientka má stále tendence vzdávat se zodpovědnosti. V programu komunitní léčby je pracovitá, bere si úkoly i za druhé. Vidí-li chyby

druhých a vnímá, že jiným chyby prochází jinak než u ní, pociťuje sebelítosti. Snaží se o vnitřní proměnu, aby když řekne ne, tak aby svůj postoj uhájila, ale dostavuje se bažení, tedy signál ztráty vnitřní rovnováhy. Má pocit, že je méně milována než ostatní. V průběhu léčby se klientce daří plán léčby - mění se k dobrému, více si dokáže stát za svým, mění se vztah k matce. Má problematické některé vztahy ke klientům-mužům, kdy se projevuje její submisivita a snižování sebehodnocení. Vytváří spíše koalice s klienty a klientkami, kteří mají menší a nekonfliktní nároky ve vztazích.

#### **2.2.4 Analýza případu z perspektivy relapsu**

Podklady pro tuto analýzu tvoří anamnéza klientky, její pozorování terapeuty a mnou v průběhu léčby a polo-strukturovaný rozhovor členěný do tří částí. Úvodní část rozhovoru sloužila k seznámení klienta s cílem rozhovoru a k jeho vyjádření, jak vnímá relaps ve své drogové kariéře. Druhá část rozhovoru byla zaměřena na určení okolností a průběhu konkrétních relapsů ale i situací, kdy se naopak klientovi podařilo možný relaps eliminovat. V závěrečné části rozhovoru proběhla diskuse nad tím, co v rozhovoru považoval klient za klíčové a jak se v průběhu rozhovoru cítil.

Během rozhovoru klientka uvedla, že prodělala celkem dvakrát nekontrolovaný relaps. V průběhu léčby prošla klientka běžným programem na prevenci relapsu zaměřený na všeobecnou informovanost klienta o rizikových situacích a méně se zaměřující na individuální případy klientů, získávání dovedností na zvládání složitých situací, zvládání relapsu a výběr vhodné strategie pro prevenci relapsu.

V obou případech relapsu se jednalo u klientky o kombinaci několika spouštěčů. Z pohledu klasifikace determinantů Marlattova modelu se jednalo v prvním případě o pozitivní emoční stav. Konkrétně se jednalo o uspokojení klientky nad tím, jak se jí daří dodržovat abstinenci a potřeba demonstrovat tento úspěch nejenom v sociální skupině uživatelů drog, ale i u bývalého partnera, který v té době drogy stále užíval. Další identifikovaný spouštěč je v Marlattově modulu kategorizován jako sociální tlak

skupiny uživatelů. Klientka prožívala v období raného dospívání pocit sociální odloučenosti, který řešila přimknutím se ke skupině uživatelů drog, kde měla pocit přijetí a sounáležitosti. Podobně jako ve stávající léčbě, měla pravděpodobně klientka problém se ve skupině drogově závislých prosadit. Prosazení chtěla dosáhnout svojí demonstrací vyléčené závislosti, ale nebyla dostatečně odolná vůči negativní reakci skupiny bývalých spoluuzivatelů na své chování a jejímu skupinovému korekčnímu vlivu. Třetí významnou kategorií Marlattova modelu, která je možné v rozhovoru identifikovat jako spouštěč, je pozitivní očekávání výsledků. V případě klientky se jednalo o mylný názor o nenávykovosti pervitinu. O jiné determinanty se jednalo při druhém relapsu. Z rozhovoru plyne že nejvýznamnějším determinantem pro druhý relaps byl interpersonální konflikt s partnerem – gamblerem s následnou obtížně řešitelnou situací se zadlužením klientky spojený s jiným determinantem – efektem narušené abstinence.

Z Marlattova modelu plyne, že pro oba relapsy existuje účinná strategie. V případě prvního relapsu se jedná o edukaci o okamžitých a zpožděných účincích drog a závislosti na nich a vytvoření vyrovnaného životního stylu specificky u klientky vyrovnaný život uvnitř malé sociální skupiny a to zejména schopnost dlouhodobého prosazení uvnitř malé sociální skupiny. Pro prevenci vůči druhému relapsu by bylo vhodné aplikovat program výcviku dovednosti pro zvládání náročné interpersonální situace a to zejména v partnerských vztazích. Vhodný by byl i program pro vytváření a pěstování zdravého partnerského vztahu.

Rozhovor byl zaměřen nejenom na situace, které u klientky vedly k relapsu, ale také na náročné situace, které klientka byla schopna naopak zvládat. Z rozhovoru vyplynulo, že pro klientku je jedna z osvědčených strategií prevenci relapsu požádat o pomoc nejbližší rodinu a spolu s ní probrat vhodný postup při zvládání složité situace. Na této již existující schopnosti by měly navazovat tvorba dalších kompetenci nutných pro doporučené strategie a to zejména v prosazování v malé sociální skupině a ve vytváření funkčních partnerských vztahů.

## **2.3 Případová studie B.**

### **2.3.1 Uvedení případu, stručná charakteristika současných obtíží**

Klient Tonda 35 let, má diagnostikovaný syndrom závislosti v užívání látek heroin a pervitin. Klient je lucidní, plně orientovaný, spolupracuje, odpovídá adekvátně, řeč má plynulou, intelektuální a kognitivní funkce má v normě, je bez poruch vnímání a bez suicidních úvah, má polymorfní závislost, je bez odvykacích obtíží a bez intoxikace. Léčebný plán je standardní komunitní terapie, rodinná terapie. Jako nejdůležitější v léčbě vidí klient urovnání vztahů s rodinou, hlavně se strýcem, vysvětlit rodičům problematiku drogové závislosti, její příčiny a léčbu. Chtěl by umět srozumitelněji hovořit o svých nepohodách. Po dokončení léčby v terapeutické komunitě chce pokračovat v následné péči s chráněným bydlením a nechce se vracet do Kolína, kde se odehrála převážná část jeho drogové kariéry.

### **2.3.2 Anamnéza rodinná, osobní a sociální**

Otec pracuje jako zedník, klient s ním neudrhuje vztah. Otec je alkoholik, bil matku. Rodiče se rozvedli, když byly klientovi dva měsíce. Otec sám neprojevoval snahu o navázání kontaktu. Matka pracuje v sociálních službách. Klient vyrůstal hlavně u rodičů matky. Otčím je s matkou v manželství asi 30 let, je manuálně pracující. Je zdravý, nekuřák, alkohol užívá jen příležitostně. Sourozenci jsou bez závislosti na návykových látkách. Klient nebyl v mládí vážněji nemocen.. V průběhu drogové kariéry se nakazil hepatitidou typu C a B. Dvakrát spáchal sebevražedný pokus předávkováním Rivotrilem a Neurolem. Klient je vyučen řezníkem. V masném průmyslu pracoval 3 roky. Ve 21 letech absolvoval vojenskou službu. Po návratu do civilu pracoval 3 roky jako skladník. Dále 2,5 roku jako seřizovač ve stejné firmě jako otčím. V posledních letech byl zaměstnán jen příležitostně. Klient hodnotí dětství ze vztahového hlediska jako dobré. Vyrůstal hodně u babičky, rodiče byli zaměstnáni

obhospodařováním polností a zvířata. Po úmrtí babičky a dědy vedla domácnost matka.

Klient má negativní vztah k nevlastnímu otci od dětství a jak on tak i jeho bratr ho v dětství nepřijali. Vztahy se zhoršili ještě po té, co se narodil nevlastní bratr. To si jich podle klienta otčím přestal všímat úplně a lásku, kterou i tak dává málo najevo, projevoval již jen vlastnímu synovi. Důležitý je pro klienta bratr jeho matky. Záleží mu na něm je spolehlivý, pracovitý vždy byl pro něj vzor. Mrzí ho, že mu nejvíce ublížil, protože ho okradl o peníze. Rád by s ním vztah napravil. S oběma bratry má vztah dobrý. Na základní škole byl průměrný žák, s nástupem puberty měl problémy s chováním. Na učilišti mimo domov byl první rok bez problémů. Ve druhém roce učení se sblížil s kamarádem, který ho přivedl k drogám. První partnerské vztahy v průběhu učení byly nestálé pro nevěru klienta. Vážný vztah ve 22 letech se starší partnerkou byl ukončen, když partnerka přišla na to, že klient užívá drogy. Pak už měl jen vztahy s drogově závislými partnerkami.

V průběhu onemocnění byl klient závislý na různých návykových látkách. Alkohol a pivo užíval od 13 let, tvrdý alkohol konzumoval od 16 let. Klient dospěl k poznání, že alkohol působí v jeho případě jako spouštěč pro užívání drog. Posledních 7 let pití omezil. Marihuanu klient vyzkoušel ve 14 letech, pak rok nekouřil. Během začátku internátu začal intenzivně užívat marihuanu, po které začal mít nepříjemné stavy, že je někým pronásledován a přestal marihuanu užívat. Pervitin užíval od 16 let v reakce na úmrtí babičky, drogu dále bral příležitostně. K pervitinu se vrátil po vojně, kdy se dostal zpátky do staré party uživatelů drog. Pervitin užíval většinou o víkendech. Naposledy bral pervitin před 4 roky. Heroin začal užívat na internátu v 16 letech a skončil s užíváním v 18 letech na 2 g denně. Klient vnímá jako největší problém Subutex, bral ho jako hlavní drogu. Klient prodělal první léčbu v roce 2007 v psychiatrické léčebně Červený dvůr. Pak prodělal opakovanou léčbu v PL Červeném dvoře, PL Kosmonosech, PL Bohnice a to celkem 6 krát. Léčba byla vždy přerušena buď na základě reverzu nebo vyloučením z léčby pro porušení řádu.

### **2.3.3 Problémové rysy klienta**

Tato část obsahuje informace o klientovi získané pozorováním z jednotlivých sezení skupiny, z postojů a chování klienta, u kterých předpokládám významný vliv na vznik relapsu.

Jeden z problémů klienta, který se projevuje během léčby v komunitě, je jeho nízká orientace v mužských rolích, pravděpodobně pro neurčitost mužů, kteří hráli roli otce v rodině, kde vyrůstal. Jednalo se o biologického otce, otčíma a strýce, z nich uznával jen strýce, jenž občas výchovně intervenoval, biologického otce nikdy pořádně nepoznal a otčíma nikdy nerespektoval, protože prý stranil jeho nevlastnímu bratrovi. Vychovávaly ho tak ženy tedy máma a babička, s nimiž se klient rychle naučil manipulovat a ony ho nechávali na pokoj, mohl si proto beztravně dělat, co chtěl. V rodině existovala silná koalice se starším bratrem proti mladšímu bratrovi. Klient se postupně dostává k tomu, že se neznal jako chlap, co se dovede postavit k věci a chtěl by vlastně vědět jaký je, tím, že se nárokům světa nebude vyhýbat. Terapeuty je klient vybízen, aby se jako chlap hledal i mezi chlapy v komunitě – jak klienty tak i terapeuty. Jeho vyhýbavost se projevuje během sezení komunity v situacích, kdy má jako „vedoucí baráku“ vést ranní skupinu a nesoulad mezi klienty řeší slovním utlumováním sporných stran, aniž by vyjádřil svůj postoj.

### **2.3.4 Analýza případu z perspektivy relapsu**

Vstupními informacemi pro analýzu byl podobně jako u předchozí případové studie anamnéza, pozorování klienta v průběhu léčby a polo-strukturovaný rozhovor s klientem, který byl vytvořen na základě anamnézy a identifikace hlavních problémů rysů klienta.

Během léčby absolvoval klient různé programy na prevenci relapsu podobně jako tomu bylo v předchozí případové studii. Červený dvůr byl zaměřen hlavně na teoretické přednášky, kterých se klient zúčastnil z donucení. Rozuměl jim, ale nevztahoval si informace z nich na sebe. Skutečné porozumění problematice přišlo na PL Bohnice až po získání dlouhodobějších zkušeností, nicméně nedocházelo k výrazným změnám v chování a snadné ovlivnitelnosti rizikovými osobami. V komunitní léčbě v Magdaleně při programu prevence relapsu si klient osvojil jednu ze strategií prevence relapsu uváděnou v Marlattově modelu, kterou je pozitivní závislost v rámci pěstování životní rovnováhy. Při ní si klient na konkrétních situacích ze svého života uvědomuje, co mu závislost na drogách pozitivního bere z jeho života a co mu naopak abstinence pozitivního přináší. Další způsob prevence relapsu, který si klient v Magdaleně osvojil je také obsažen v Marlattově modelu. Jedná se o analýzu vysoce rizikových situací, které mohou klienta během konkrétní události potkat a organizace opatření na její zvládnutí.

Specifickou rizikovou situací je setkání s bývalým spoluživitelem, se kterým ho spojují stejné paměťové stopy a která je svým působením rizikovější než setkání s neznámým prodejcem drog. Tento aspekt není v Marlattově modelu popsán a bude dále uveden v kapitole hodnocení modelu. Z rozhovoru jsem identifikoval, že si klient dosud neosvojil postup, který by mu pomohl řešit jeho hlavní problém, schopnost akceptovat autoritu při nějaké hierarchicky řízené činnosti a přizpůsobit svoje chování vyšší autoritě. Klientův problematický rys je, že raději preferuje hledání sebezdokonalení podle svých představ a nebo přímo únik k sobě samotnému z takové podřízenosti. V programu prevence relapsu se klient sice dozvěděl o nutnosti okamžitě vyhledat pomoc při porušení abstinence tak, jak je to i popsáno v Marlattově modelu týkající se kognitivní restrukturalizaci, ale problém klienta spočíval v tom, že se cítil provinilý vůči rodičům a že se prakticky neměl komu svěřit. Také tento aspekt není uveden v Marlattově modelu a bude dále diskutován v jeho hodnocení.

Z rozhovoru s klientem plyne, že klient prodělal velký počet relapsů, zčásti krátce po léčbě. V prvním případě relapsu, který následoval záhy po dokončení léčby byla situace, která je v Marlattově modelu spouštěčů označena jako „očekávání pozitivních

výsledků“, kdy měl klient návykovou látku spojenou s užíváním si a nikoliv s výrazně negativními důsledky jejího užívání, se tento spouštěč v dalších recidivách již nevyskytl. Jeden z relapsů následoval po sedmiměsíční abstinenci, před kterou klient na reverz přerušil léčbu ze závislosti na opiátech v reakci na nepostoupení do vyšší fáze léčby a kdy, jak říká klient v rozhovoru viz příloha I: *„Chtěl jsem terapeutovi ukázat, že na to mám, ale bylo to takový nucený, neměl jsem z ničeho radost, neměl jsem smysl proč bych to dělal, proč bych abstinoval, když si všichni užívají“* . Klient začal chodit do práce, kde se mu dařil jak profesní růst, tak i růst jeho prestiže u ostatních. Dostal se mu i kariérního postupu a začal řídit malý tým. Pak, ale dochází ke zlomu, vedení lidí ho nebavilo a symptomaticky vysvětluje, že mu chyběla perspektiva dalšího růstu, která byla omezená a nejráději by si zařídil svojí firmu, kterou by řídit podle sebe. Stejný vzorec chování bylo možné vypočítat při léčbě v terapeutické komunitě. Jakmile se klient dostal do situace, kdy se měl podřídit nějaké autoritě a věnovat něčemu více úsilí než by sám chtěl, tak sám sebe demotivoval racionalizací a hledal různé způsoby, jak by se takové práci pokud možno vyhnul. Tato situace, kdy na něj byly činěny v zaměstnání nároky, které neuměl ani odmítnout ani přijmout vedla v kombinaci s vážnými neshodami s partnerkou a s pocity viny doma, kde bydlel a kde cítil věčné podezírání ze stran matky, strýce a otčima, ke spuštění nekontrolovaného relapsu. V tomto případě byla jedna zajímavá okolnost, která se objevila i v předchozí případové studii, kdy měl klient potřebu kontaktovat svojí partu a svým bývalým spoluživatelům se pochlubit že závislost překonal. Protože není tento aspekt obsažen v Marlattově modelu, věnuji se podrobněji tomuto aspektu v kapitole hodnocení tohoto modelu.

## **2.4 Případová studie C.**

### **2.4.1 Uvedení případu, stručná charakteristika současných obtíží**

Klient Jaroslav 35 let, má diagnostikovanou polymorfní závislost na psychoaktivních látkách s preferencí heroinu a Subutexu, je lucidní, spolupracuje, odpovědi má adekvátní, řeč je plynulá, kognitivní funkce má bez problému a je bez nápadné



psychotické produkce. Léčebný plán je standardní komunitní terapie, rodinná terapie. Pro klienta je důležitá změna a to nejenom v jeho chování, ale i ve způsobu léčby, která doposud probíhala jen v psychiatrických léčebnách. Klient podle svého vyjádření potřebuje chráněné prostředí delší dobu tak, aby byl v bezpečí, chce si osvojit pracovní návyky, najít si svůj řád v životě, plánování, hospodaření s penězi. Chtěl by využít komunitní terapie k tomu, aby se lépe poznal, chce se učit řešit problémy přímo, těžko se mu říká pravda, spíš obchází pravdu, překrucuje ji, chce se vyznat více ve své závislosti. Myslí si, že má vztahy s rodinou dobré. Chtěl by se naučit se svěřovat s problémy a říkat si bez výčitek o pomoc. Chtěl by se naučit problémy neodkládat a nepotlačovat, ale řešit je, tak aby mu bylo lépe.

#### **2.4.2 Anamnéza rodinná, osobní a sociální**

Matka má středoškolské vzdělání, nyní je již v důchodu, dříve pracovala jako účetní. Se závislostí prý neměla problém, psychiatricky se léčila ambulantně, užívala Rivotril na uklidnění, nikdy nebyla hospitalizována na psychiatrické léčebně. Matka byla často nemocná a hospitalizovaná. Alkohol užívala v běžné míře. Otec zemřel před třemi lety v době, kdy byl klient ve výkonu trestu, měl středoškolské vzdělání, pracoval na železnici jako traťový mistr, měl problémy s alkoholem, pil pět dní v týdnu, tvrdý alkohol a pivo. Otec se se závislostí se nikdy neléčil. Bratr má středoškolské vzdělání, pracuje s počítači. Bratr dříve užíval THC a Pervitin. Dnes někdy ještě látky užívá v periodě zhruba jednou za měsíc, či dva. Podle klienta tím řeší problémy v manželství a tím utíká od reality. Psychiatricky se nikdy neléčil. Obě sestry vdané bez závislosti na návykových látkách a bez psychiatrické léčby. V širší rodině se závislost prý neobjevila, ani závažná psychiatrická onemocnění, ani suicidia.

V raném dětství specifické narušení vývoje řeči, projevující se sníženou schopností vyslovovat R a koktavostí, dysgrafií, porucha se upravila po intervenci logopeda na začátku prvního stupně základní školy. V 18 letech diagnostikována epilepsie v důsledku užívání návykových látek. Vyléčená Hepatitida C, léčená Hepatitida B. Léčbu interferonem tišil drogami, měl špatné psychické stavy a výčitky, které si klient

mírnil užíváním drog. Nebyl žádný pokus o suicidu, jen myšlenky na sebevraždu. Několikrát měl otřes mozku po rvačkách. Klient má dvě bodné rány na stehnu, rameni po rvačce. Jednou byl po rvačce kvůli drogám zraněn a málem umrzl, zachránili ho kamarádi.

Klient pochází z rozvedené rodiny. Na prvním stupni měl prospěch průměrný, na druhém stupni došlo ke zlepšení výsledku učení za pomoci doučování, které organizovala a pro které ho motivovala matka. Musel se doma učit, aby mohl jít ven. Po ZŠ studoval SŠ hotelovou. Kvůli léčbě závislosti na heroinu v Beřkovicích studium přerušil. Školu ale později dokončil maturitou. Užíval THC a alkohol. Po maturitě začal studovat Vyšší odbornou školu hotelovou v Kladně, tu ale nedodělal pro nekontrolovaný relaps.

Po léčbě začal pracovat jako kuchař v různých horských hotelech, které bylo kvůli velkému počtu dealerů vysoce rizikové prostředí. Později pracoval jako kuchař v menších městech. Po 7 letech změnil obor, protože byl nespokojen se systémem odměňování kuchařů a začal pracovat jako pokrývač, byla to změna k lepšímu, protože ho práce bavila a pracoval s lidmi, které si oblíbil. Po náhodném kontaktu dealera v městě, kde probíhala dříve jeho drogová minulost, se spustil nekontrolovaný relaps a klient okradl spolupracovníky o peníze. Od té doby nepracoval, vyráběl drogy, byl zadržen a odsouzen s výkonem trestu ve vazební věznici. To se stalo několikrát i za další trestné činy jako třeba krádeže a násilná přepadení.

Klient uvádí, že měl jen jeden partnerský vztah, který trval 7 let. Ve vztahu nebyl podporován rodinou. Partnerka byla starší o 13 let. Partnerka s klientem údajně manipulovala a popouzela proti rodině. Na konci vztahu před jeho rozpadem zintenzivnil užívání drog. Zpětně se na vztah dívá jako na svojí nezdravou závislost na partnerce. Občas dochází ke kontaktu s ní, přestože užívá drogy. Jako záliby klient uvádí turistiku, rybaření, příroda, historie, četba, lyžování, vodáctví. Dráhu uživatele drog začal v 15 letech užíváním THC, Pervitin užíval od 16 let. Od 17 let užíval heroin. V 18 letech absolvoval první detox a léčbu v PL Beřkovice. Po maturitě užíval drogy denně a střídal pervitin a heroin. V průběhu tříleté vazby měl nucenou

abstinenci a i po propuštění abstinovat ještě tři čtvrtě roku. Při léčbě interferonem se objevily deprese a výčitky a spustil se nekontrolovaný relaps užíváním Subutexu. Heroin neužíval, protože na předávkováním heroinem zemřel jeho kamarád a bál se, že dopadne podobně. Po relapsu užíval pervitin, THC a Rivotril. Neužíval alkohol ze strachu z hrozby ukončení léčby interferonem. Po poradě s rodinou se rozhodl nastoupit do psychiatrické léčebny Horní Beřkovice. Režim v psychiatrické léčebně mu nevyhovoval a chtěl získat chráněné bydlení, ale po poradě se rozhodl přejít do terapeutické komunity rezidentní léčby Magdaléna.

### **2.4.3 Problémové rysy klienta**

Klient vždy vyhledával starší partnerky, protože mohl být jimi ve vztahu veden. Možná to souvisí s tím, že jeho matka bývala často po nemocnicích a chyběla mu žena, která by se o něj starala. Jediný dlouhodobější vztah měl s partnerkou o jedenáct let starší. Mladší ženy považuje spíše za sexuální objekty. Ví sice, že to neodpovídá sociálně-kulturní normě společnosti, ale nedaří se mu tento postoj měnit. Je si vědom problému v chování projevujícího se v častých verbálních narážkách se sexuálním kontextem a fyzicky dotěrným způsobem chování k mladším ženám. V terapeutické komunitě si tento problém začíná uvědomovat, ale zatím není schopen svoje jednání efektivněji usměrňovat. Problém v chování vůči ženám má od puberty a napětí, které tím vznikalo řeší podobně jako impulzivnost a agresivitu užíváním drog. Vědomí malé sebeúčinnosti v této oblasti ho stresuje a naplňuje strachem, bojí se hrozby vyloučení z léčby pro porušení kardinálního pravidla terapeutické komunity – pokus o navázání partnerského nebo sexuálního vztahu. V průběhu léčby v terapeutické komunitě dochází díky zpětným vazbám od klientek, které mu pomáhají uvědomit si porušování sociálních norem, k určitému zlepšení.

Druhým problémem klienta je jeho malá schopnost ovládat projevy emocí a agresivity. Z historie jeho impulzivního chování plyne, že se od dětství nenaučil zacházet s emocemi. Klient býval od dětství často sám a emoce neprojevoval, ale jen hromadil, čímž začal trvale žít s pocitem velkého napětí v sobě. Časem se naučil ulevit si

nahromaděným emocím násilným způsobem, který byl za hranicí sociální normy. Později přišla úleva prostřednictvím užívání opiátů a alkoholu, protože snižovaly napětí a eliminovaly sociálně nepřipustnou agresi, u které si uvědomoval, že je hlavním zdrojem sankcí, které mu společnost uděluje. Zároveň si uvědomuje, že řešení užíváním drog není správné a je motivován spolupracovat s terapeuty na změně. K medikaci měl spíše negativní vztah, má pochybnosti o její účinnosti. Tento postoj se v průběhu léčby mění díky efektivnímu zkoušení různých dávek předepisovaných psychiatrem rezidenční léčby.

Třetím problémem klienta je pocit viny, u které není schopen zpracování a určení, jakým způsobem by jí odčinil – vina vůči kamarádovi, který zemřel po předávkování, a kterému nepomohl. Cítí provinění vůči prarodičům a otci, kteří zemřeli, když byl ve výkonu trestu a on se s nimi nestačil smířit a rozloučit, po té, co si uvědomil, jak jim v minulosti ublížil. Jedním z problémů je i motivace ke změně, která byla dříve spíše dána nároky ostatních osob, v současné době však dochází ke změně a klient chce změnu více za sebe, klient k tomu při rozhovoru říká: *„Člověk si k tomu musí přijít sám, byl jsem hrozně lehkomyšlný pořád jsem si říkal, že si můžu jednou za čas dát“*.

#### **2.4.4 Analýza případu z perspektivy relapsu**

Vstupními informacemi pro analýzu byl podobně jako u první případové studie anamnéza, pozorování klienta v průběhu léčby a polo-strukturovaný rozhovor s klientem, který byl vycházel z anamnézy a hlavních problémů klienta.

Klient absolvoval v průběhu jednotlivých léčení i programy pro prevenci relapsu, ale jejich účinnost nehodnotí jako vysokou. Důvodem je pro něj fakt, že programy byly zaměřeny na organizaci programů samotnými klienty, přestože řada z nich neměla dostatečnou zkušenost nebo náhled na problematiku relapsu. Jeho představa je, že by léčebné zařízení mělo mít program, který je tematicky ucelený, a který by reflektoval zvláštnost situace nezkušeného uživatele drog, který má svoje specifické přijímání informací a běžně podávané informace mnohdy nevnímá díky nedostatku náhledu

k užívání drog. Hlavní myšlenka z programu, kterou si klient osvojil je vyhýbání se rizikovým situacím, jmenovitě vyhýbání se místům spojeným s intenzivními prožitky z jeho drogové kariéry. Je to dáno i tím, že je to jeden z častějších spouštěčů relapsu, který klient uvádí. Další znalost, kterou si klient odnesl z programů je takové organizování volného času, které by mu přineslo rovnováhu v životě, zajištění smysluplné práce a budování vztahu s lidmi, kteří neužívají drogy.

Jeden z nekontrolovaných relapsů se odehrál v době, kdy měl klient dlouhodobé neshody s partnerkou, kdy nepracoval a potřeboval se z tohoto napětí osvobodit použitím opiátu - drogy, která mu již v minulosti přinesla zklidnění. Při rekonstrukci situace v průběhu rozhovoru si klient uvědomil, že tehdy dělal několik nevědomých rozhodnutí, která ho svými důsledky přiváděla do velmi rizikových situací, jako bylo zůstat v hospodě sám bez partnerky nebo změnit cestu, kterou se obvykle vracel s partnerkou domů. Z perspektivy Marlattova modelu se jednalo kombinaci dvou determinantů, které vytvořily vysoce rizikovou situaci – negativní emoční stav v důsledku nepohody ve vztahu s partnerkou a sociální tlak bývalého spoluživitele drog, se kterým musel oslavit setkání po delší době.

Další případ relapsu byl po propuštění z vazby, kde tři roky abstinovat a kdy začal užívat interferon, což negativně působilo na jeho psychický stav. Psychiatr mu navrhl léčbu, ale po té, co klient přiznal, že má drogovou minulost, léčbu a medikaci změnil a začal na klienta vyvíjet tlak, aby změněnou léčbu akceptoval. To u klienta spustilo prudké emoce, protože nechtěl užívat medikaci pro tlumení psychiky a po odchodu z ordinace psychiatra kontaktoval ihned dealera, obstaral si opiáty a spustil se mu nekontrolovaný relaps. Podobně jako v prvně uvedeném relapsu se jednalo podle Marlattova modelu o vytvoření vysoce rizikové situace v důsledku negativního emočního stavu vzniklého nucením klienta do chování, které nechtěl. Souběžně s tím probíhaly střety s matkou, u které bydlel a kde se cítil jako ve vězení neustále kontrolován. Tato nepohoda se signalizovala klientovi chutěmi, jejichž příčinu klient ale nezkoumal – neměl ani s kým, protože nebyl v žádném doléčovacím programu. Volný čas se mu nepodařilo naplnovat, cítil se při léčbě interferonem unavený a trávil mnoho času u televize. Klient říká v rozhovoru s obavami: „*Až budu venku nevím co*

*budu dělat, protože jsou to situace, které se furt opakují*“. Na poznámku, že se mu několikrát podařilo relaps zvládnout a že tedy má vyzkoušenou cestu reaguje: *„Pomáhá intimní vztah, podpora rodiny a zábava, prostě nemít čas na nic, ale hlavně najít smysl života*“. Při nekontrolovaném relapsu klient neprocházel efektem porušení abstinence, při kterém podle Marlattova modelu dochází k výraznému snížení sebehodnocení, ale byl doprovázen pocitem strachu, aby partnerka na relaps nepřišla.

Podobně tomu bylo i u dalších relapsů spojených s pervitinem, kde se spíše klient obával o znehodnocení v očích jemu blízkých lidí než ztráta hodnoty sobě samému. Jinak probíhal nekontrolovaný relaps u opiátů, kdy se klient obával abstinenčního syndromu, se kterým měl z minulosti zkušenost a bál si říci o pomoc.

Klient byl schopen v průběhu své drogové kariéry objevit způsob, jak v určitých situacích zvládat situaci, která by mohla vést k relapsu. Jednalo se například o schopnost říci si o pomoc u blízkých osob nebo přímo vyhnouti se rizikové situaci nebo rizikovému chování. To co bylo podle klienta rozhodující pro úspěch v řešení byla jeho nálada. Klient v rozhovoru vysvětluje: *„Rozdíl byl v tlaku, když jsem měl práci, tak jsem se vyhýbal místu, kde bych mohl brát a když jsem neměl práci, tak jsem naopak to místo vyhledával*“. V poslední době docházelo u relapsu ke změně, kdy klient začal omezovat brání ne kvůli tomu, aby se zvýšilo jeho hodnocení v očích osob mu blízkých, ale pro vědomí potřeby zvýšit hodnotu pro sebe samého.

Další skupinu relapsů vyvolal negativní emoční stav vyvolaný osamělostí ve světě lidí, kteří neužívají drogy a radost ze setkání s někým ze společné drogové minulosti, který mu rozuměl. Klient to v rozhovoru popisuje takto: *„Strávím s nimi jeden víkend a najednou jsem členem té smečky, jsem mezi svýma a člověk má co vyprávět, ale časem jsem zjistil, že mezi ně nepatřím, oni to byli takový hyeny*“. Perioda mezi jednotlivými relapsy se díky negativní zkušenosti prodlužovala a obvykle se relaps spustil po snížení ostražitosti a aktivně vystavování se vyšším rizikům. Po relapsech v posledních letech se objevil pocit viny a neschopnost kontaktovat blízké osoby s prosbou o pomoc. Proto klient dospěl k závěru, že je lepší docházet na doléčovací program, kde mu pocit viny nebude bránit v požádání o pomoc terapeuta.

## 2.5 Komparace případových studií

Srovnáním tří případových studií jsem dospěl, k závěru, že mají z pohledu spouštěčů jak rozdílné tak i shodné prvky. Pro přehlednost odpovědi na první výzkumnou otázku jaké jsou hlavní spouštěče relapsu u klientů léčících se v terapeutické komunitě, jsou uvedeny zjištěné spouštěče písmenem x v Tabulce 1, kde jednotlivé řádky reprezentují typ spouštěče z Marlattova modelu a sloupce reprezentují jednotlivé klienty. Dva sloupce u jednotlivých klientů zachycují vývoj typu spouštěčů. U prvního sloupce se jedná vesměs o počáteční výskyt, u druhého sloupce spouštěče jednoho z posledních relapsů.

Z výsledků je patrné, že společným rysem klientů je spuštění relapsu v důsledku tlaku skupiny spoluúčastníků a v důsledku interpersonálního konfliktu, které jsou identifikovány jako nejčastější spouštěči i v dalších studiích (LARIMER, 1999, s.153). U klienta B a C je patrný i určitý vývoj typu spouštěče, jak se mění postoj a náhled klienta ke své závislosti. U klienta C je patrná zřetelná souvislost mezi identifikovanými problémovými rysy, tedy malou schopností účinně pracovat se svými emocemi a negativními emočními stavy nebo i souvislost mezi interpersonálními konflikty a navazováním funkčních partnerských vztahů.

Spouštěč	Klientka A		Klient B		Klient C	
Negativní emoční stav						x
Interpersonální konflikt		x		x	x	x
Sociální tlak uživatelů	x			x	x	
Pozitivní emoční stav	x		x			
Schopnost zvládat situaci						
Očekávání kladných výsledků			x			
Efekt porušení abstinence						
Faktory životního stylu						x
Chutě a bažení						

Tabulka 1 - Hlavní spouštěče relapsu u zkoumaných klientů.

Pro přehlednost odpovědi na druhou výzkumnou otázku, jaké strategie používal klient zvládl-li situace vedoucí obvykle k nekontrolovanému relapsu, jsou uvedeny zjištění strategie písmenem x v Tabulce 2, kde jednotlivé řádky reprezentují typy strategií z Marlattova modelu a sloupce reprezentují jednotlivé klienty. Dva sloupce u jednotlivých klientů zachycují vývoj typu vybraných strategií. U prvního sloupce se jedná vesměs o počáteční výběr strategie, u druhého sloupce spouštěče jednoho z posledních výběrů.

Z výsledků je patrné, že je okruh vybíraných strategií s porovnáním s strategiemi uváděnými v Marlattově modelu poměrně úzký. V počátečním období tvorby strategií je to eliminace mýtů a placebo efektu drog, který převažuje u všech tří klientů. Tento prvotní výběr strategie je pochopitelný, protože je obvykle klient během léčby informován o skutečných účincích drog na lidský organismus a navíc si mohou sami klienti srovnat svoje prožitky a zkušenosti s těmito informacemi. Pro střední období drogové historie uživatele je typický nástup identifikace a zvládání rizikových situací. U klientů B a C, kteří mají za sebou relativně dlouhou drogovou historii, začíná být vybírána strategie vyváženosti životního stylu a pozitivní adikce.

Položil jsem si otázku, proč klienti používají relativně malý počet strategií? Domnívám se, že je to v důsledku toho, že u těchto klientů neprobíhala individuálně zaměřená prevence relapsu a některé strategie z Marlattova modelu, jako je scénář rozhodování a jejich důsledky nebo kognitivní restrukturalizace vyžadují individuální spolupráci klienta a terapeuta v oblasti prevence relapsu. Další nevýhodou některých programů, tak jak je popisovali klienti během rozhovoru, je přednášková forma, kde si sice klienti díky neustálemu opakování informací o prevenci relapsu zapamatovali, ale buďto jí nepovažovali za účinnou a nebo si nevěděli v konkrétních situacích rady, jak jí aplikovat.



Strategie	Klientka A		Klient B		Klient C	
Identifikace a zvládání rizikových situací		x		x		x
Zvyšování vědomí vlastní účinnosti						
Eliminace mýtů a placebo efektu drog	x		x		x	
Řízení lapsů						
Kognitivní restrukturalizace						
Vyváženost životního stylu a pozitivní adikce				x		x
Řízení podnětů						
Zvládání chutí a bažení						
Scénáře rozhodování a jejich důsledky						

Tabulka 2 Strategie prevence relapsu používané klienty.

### **3 Analýza použitelnosti Marlattova modelu.**

Marlattův model prokázal v provedených empirických studiích poměrně dobrou validitu. Mě samotnému pomohla jeho struktura determinantů relapsu a jim odpovídajícím vhodným strategií rychle se zorientovat v problematice relapsu a připravit se na sběr a zpracování dat týkajících se relapsu klientů. Považuji model za poněkud statický a neobsahující z pochopitelných důvodů – jedná se o model odpovídající konceptu kognitivně-behaviorální terapie, některé důležité aspekty jako například otázku motivace, vliv sociálních skupin, ve kterých se klient pohybuje a s tím spojeným sociálním učením. Část modelu, která se týká intrapersonálních a interpersonálních konfliktů nejsou dostatečně specifické a neodpovídají jim strategie, které by byly zaměřeny na fungování sociální skupiny jako celku nebo, a které by se zaměřovaly na problémy ve vztahové rodině charakteristické pro vztah mezi uživatelem drog a jedincem, který drogy neužívá.

#### **3.1 Výsledky metastudií**

Existuje několik studií, které vyhodnocují reliabilitu, prediktivní validitu a rovněž efektivnost v modelu doporučených léčebných postupů. Hodnocení v (Lowman, 1996) indikuje, že taxonomie relapsu modelu má pouze mírnou reliabilitu a rovněž prediktivní validita modelu je mírná. Tato studie poskytuje rovněž podporu pro důležitá tvrzení obsažená v modelu například, že vysoce riziková situace sama o sobě nepredikuje relaps, a že tato predikce má vysokou reliabilitu na základě znalosti způsobu zvládnání složité situace. Studie potvrdila i závěr z ostatních studií, že většina relapsových epizod se udála při negativních emočních stavech. Studie rovněž potvrdila tvrzení spojené s modelem, že efekt porušení abstinence má vysokou predikční validitu pro následný nekontrolovaný relaps. Potvrdilo se, že pacienti, kteří se cítili velmi provinile po lapsu s vysokou pravděpodobností prodělají nekontrolovaný relaps. Byla vypracována i celá řada studií hodnotící efektivnost léčby. Většina studií přisuzuje Marlattovu modelu uspokojivou efektivnost v redukci period relapsových epizod pro pacienta, kteří absolvovali léčbu (IRVIN, 1999). Efektivnost byla

poměrována u pacientů před a po léčbě a byla srovnávána s kontrolní skupinou bez léčby. Bez ohledu na potvrzené přínosy Marlattova modelu, nebylo porovnáním s ostatními metodami prokázáno, že by měl vyšší procento úspěšnosti v dosažení úplné abstinence. Studie ukázaly, že Marlattův model dosahuje lepších výsledků v nižším užíváním návykových látek a v menším počtu nezvládnutých relapsů. U Marlattova modelu je oproti jiným typům léčby dosažena i vyšší durabilita léčebného účinku. Účinek léčby pomocí Marlattova modelu má vyšší účinek, je-li doprovázen příslušnou medikací.

### **3.2 Hodnocení modelu z perspektivy případových studií**

Marlattův model prokázal z velké části shodu s prvky případových studií a to zejména v nejčastěji se vyskytujících se přímých determinantech jako je riziková situace vzniklé negativním emočním stavem, interpersonálními konflikty s blízkými osobami klienta, sociální tlak ze skupiny spoluúčivatelů.

Případové studie však prokázaly, že existují i determinanty, které model neobsahuje a které se shodou okolností projeví ve všech třech případech. Jedná se o situaci, kterou bych nazval falešné vědomí vlastní efektivnosti ve zvládnání složitých situací. To se projevilo konkrétně tak, že klienti po určité delší doby abstinenci pocívali radost z dosaženého výsledku a měli pocit naprostého zvládnání minulých problémů s užíváním drog. Tento pocit byl doprovázen potřebou rituálně ukončit drogovou kariéru tím, že se sejdou se svými bývalými spoluúčivatelí a demonstrativně předvedou, že již nepatří do skupiny drogově závislých. Nepřekvapilo mě, že tento rituál vedl k účinnému tlaku ze sociální skupiny bývalých spoluúčivatelů s následným nekontrolovaným relapsem.

Dalším určitým omezením modelu mi připadá, že v souboru strategií sice model předpokládá systematickou spolupráci mezi terapeutem a klientem, ale není v něm obsažena práce s rodinnými příslušníky a blízkými osobami. Strategie obsažené v modulu mi připadají spíše procedurálně zaměřené a zejména zdůrazňující kognitivní procesy a vzorce chování a poněkud opomíjející vztahy klienta vůči sobě samému,

jeho motivaci a vztahy k rodině a partnerům a sociálním skupinám, ke kterým má nějaký vztah a ve kterých hraje určitou roli. Na případu klienta z případové studie C jsem si uvědomil, jakou mohou zažívat klienti pocit sociální izolovanosti, protože jim jejich osoby blízké nerozumějí, ostatní sociální skupiny, jako například spolupracovníci je labelují jako narkomany nepovažujíc je za nemocné lidi a zároveň do skupiny bývalých spoluživatelů již patřit nechtějí. Model zjednodušuje vždy nějakou do modelu vstupující skutečnost, nemělo by to ale vést k opomíjení něčeho co může významně omezovat výstup modelu tedy soubor strategií pro zvládnání relapsu.

Domnívám se, že model opomíjí vývojový prvek závislosti, která může hrát důležitou roli při selekci vhodné strategie, která by měla reflektovat, v jaké vývojovém stádiu náhledu na závislost klient je. Z popisů klientů mi připadá, že v tomto aspektu jsou programy na prevenci relapsu příliš zobecňující a jsou málo zacílené na poskytování poradenství pro specifickou periodu. Například klienti s relativně krátkou drogovou historií by měli být konfrontováni s iluzemi o pozitivních účincích návykových látek a s tím souvisejícím placebo efektem. Z výsledku případových studií je patrné, že to byl právě tento spouštěč, který bylo možné identifikovat u všech tří případů

Z rozhovorů mě dále překvapil fakt týkající se vědomí vlastní účinnosti, která je v řadě výzkumných prací považována za důležitý stabilizační aspekt v momentu, kdy sice dojde k lapsu, ale klient je díky svému vědomí vysoké vlastní účinnosti schopen situaci ustát a vyhnout se tak nekontrolovanému relapsu a syndromu porušené abstinence. Na základě zkušenosti z rozhovorů by bylo možné tento závěr poněkud upřesnit v tom smyslu, že v průběhu prvního roku abstinence je specifická situace v tom, že má klient tendenci přeceňovat stabilitu dosažené abstinence a přestávají vnímat některé základní kritické situace. Z rozhovoru s klientem C například vyplynulo, že tento první rok abstinování je zároveň indikátorem, zda klient skutečně nechce užívat drogy nebo že abstínuje kvůli druhé osobě většinou partnerce nebo rodičům. V takovém případě lze pouze těžko hovořit o vlastní účinnosti.

Díky tomu že model nezdůrazňuje dostatečně vztahovou rovinu mezi klientem a osobami z jeho okolí, nerozlišuje ani situace, kdy klient náhodně potká jiného

uživatele drog a kdy potká bývalého spoluživatele. S prvním případem si je abstinující uživatel ještě schopen poradit, ale setkání ve druhém případě končí často relapsem. Empirická data tento jev potvrzují nicméně model a obsažené strategie neobsahují odpovídající prvek prevence.

Jeden z výsledků rozhovoru, který mě nejvíce překvapil bylo zjištění, jak významnou roli při zvládnání relapsu hraje pocit viny klienta vůči rodičům, partnerům, ale i vůči terapeutům. Tento vliv spočívá v tom, že pokud klient projde lapsem a potřeboval by někoho, kdo mu pomůže stabilizovat stav a zabránit relapsu, má vůči lidem, kteří jsou mu připraveni pomoci pocit viny, který jim zabrání aby tuto osobu skutečně kontaktovali. Tento inhibiční aspekt viny, jakož i samotný pocit viny není v Marlattově modelu nijak dostatečně diskutován. Jedná se pravděpodobně o velmi složitou problematiku, která ba model určený pro krátkou terapii pravděpodobně silně zatížila.

### **3.3 Budoucnost modelu**

Domnívám se, že pro další zvýšení účinnosti v léčbě používající Marlattův model je nutné vyřešit několik jeho slabín. První z nich je staticnost modelu, který neuvažuje o dynamice proměn náhledu klienta na závislost vycházející jak z křivky učení o závislostech, tak i vývoj prožitků spojených s užíváním látek. Druhá slabina je určitá izolovanost jednotlivých strategií vůči moderním postupům v oblasti adiktologie, jako je například motivační rozhovor, krátká intervence , krátké vyhodnocení a zpětná vazba (MONTI, 2001). Model by rovněž mohl být doplněn používáním nejnovějších přístupů jako je meditace všímavosti (WITKIEWITZ, 2004) nebo medikací. Model by měl aktualizován na základě zkoumání vlivu různorodých individuálních rysů klienta na pro ně typické spouštěče. Díky pozorování klientů a rozhovorem s nimi jsem dospěl k závěru, diverzita v problémových rysech klientů vytváří i diverzitu ve spouštěcích relapsu u klientů.

## **Závěr**

Na základě výzkumu učiněného v rámci bakalářské práce jsem dospěl k závěru, že je relaps a jeho prevence enormní výzva nejenom pro klinickou praxi, ale i pro samotný výzkum. Komplexnost se týká i klientů, kteří v určité fázi léčby získají náhled na návykové látky a relaps se značí sice o změnu chování, ale velice často jsou atakováni chutěmi, bažením a naučenými myšlenkovými schématy vedoucích k sebepoškozujícímu chování, které chtějí měnit. S ohledem na tuto složitost se část odborníků domnívá, že je relaps nepředvídatelný. Existuje však také skupina výzkumníků, která postupně rozvíjí a zdokonalují model vycházející sice ze statického, hierarchicky uspořádaného modelu, avšak vyvíjející se k realitě více odpovídajícímu dynamickému multi-dimenzionálnímu modelu. Výzkum pomocí metody vícenásobné explanatorní případové studie za použití Marlattova modelu jako konceptuálního rámce zodpověděl výzkumné otázky pro tři klientů z rezidenční léčby terapeutické komunity a prokázal tak, že je Marlattův model vhodný zejména pro úvodní přehled relapsů klienta a případnou rychlé poskytnutí poradenství. Výzkum také potvrdil oprávněnost kritiky počátečního modelu, zejména jeho statickosti, která nereflektuje vývoj chování a postojů klienta na jednotlivé typy relapsů nebo různost chování závislá na dynamičnosti situací, ve které se klient nalézá. Výzkum potvrdil i kritiku nedostatečné specifčnosti modelu, která by umožnila zohlednit specifické rysy jednotlivce a jejich vliv na rizikové situace obvykle vedoucí k relapsu. Nové pojetí, které se pokouší o rekonceptualizaci původního statického modelu bude muset prokázat svojí platnost v empirických studiích, ve kterých by měla být dostatečně diversifikovaná množina klientů. Konceptualizace by měla probíhat nejenom na úrovni integrace prevence relapsu s dalšími technikami jako je například motivační interview, ale i s terapeutickými přístupy jako je například skupinová terapie. Tento postup by přispěl k rychle se rozšiřujícímu integrativnímu a eklektistickému pojetí terapie. S ohledem na to, že by zkoumán relaps a jeho prevence u značně omezeného počtu klientů, není ovšem možné výsledky výzkumu z bakalářské práce příliš zevšeobecňovat. Výsledky zkoumání jsou zejména přínosné pro porozumění individualnímu případu klienta.



## LITERATURA

ANNIS, H.M. Inventory of Drinking Situations. *Addiction Research Foundation*, Toronto, Canada. 1982. ISSN 0044-6203.

ASAM. *Definition of Addiction* (online). c2011, poslední aktualizace 19.4.2011 (cit. 25.6.2013). Dostupné z <http://www.asam.org/for-the-public/definition-of-addiction> .

BANDURA, A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*. 1977, 84, 191–215. ISSN 0033-295X

CARROLL, K. M. Relapse prevention as a psychosocial treatment: A review of controlled clinical trials. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*. 1996, 4, 46–54. ISSN 1064-1297.

GLASER, W. *Positive Addiction*. New York: Harper & Row, 1976.

HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-1.

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.

HUČÍK, J., HUČÍKOVÁ, A. *Kazuistika v sociální práci*. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžběty, 2009.

IRVIN, J.E.; BOWERS, C.A.; DUNN, M.E.; ANDWANG, M.C. Efficacy of relapse prevention: A metaanalytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1999, 67, 563–570. ISSN 0022-006X.

MAGDALENA. Klienti (HD). C2013 (cit. 30.června 2013). Dostupné na datovém úložišti Magdalena-Včelník: c:\...\klienti

KADEN, R.M. a kolektiv. Role vědomí vlastní účinnosti v léčbě poruch závislosti na návykových látkách. *Addictive Behaviors*. 2011, 36, 1120–1126. ISSN 0306-4603.

KALINA, K. *Terapeutická komunita – obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2449-2.



KALINA, K. a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti I a II díl*. Praha: Úřad vlády České republiky, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, dotisk 1. vydání, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

KUDA, A. Relaps a prevence relapsu . In KALINA, K. a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti II díl*. Praha: Úřad vlády České republiky, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, dotisk 1. vydání, 2003, s. 117 - 124. ISBN 80-86734-05-6.

LARIMER, M. a kolektiv. Prevence relapsu. *Alcohol Research and Health*. 1999. 23, 151–160. ISSN 1535-7414.

LITMAN, G.K.; EISER, J.R.; RAWSON, N.S.B.; AND OPPENHEIM, A.N. Differences in relapse precipitants and coping behaviours between alcohol relapsers and survivors. *Behaviour Research and Therapy*. 1979, 17, 89–94. ISSN 0005-7967.

LOWMAN, C.; ALLEN, J.; STOUT, R.L. The Relapse Research Group. Replication and extension of Marlatt's taxonomy of relapse precipitants: Overview of procedures and results. *Addiction*. 1996, 91, 51–72. ISSN 1360-0443.

MARLATT, G.A.; GORDON, J.R. *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York: Guilford Press, 1985.

MARLATT, G.A. Taxonomy of high-risk situations for alcohol relapse: Evolution and development of a cognitive-behavioral model. *Addiction*. 1996. 91, 37–49. ISSN 1360-0443.

UZIS. *Aktualizace MKN-10 s platností od 1. ledna 2013* (online). c2013, poslední aktualizace 1.1.2013 (cit. 20.6.2013). Dostupné z

<http://www.uzis.cz/zpravy/aktualizace-mkn-10-platnosti-od-1-ledna-2013> .

WITKIEWITZ, K. - MARLATT, G.A. Relapse Prevention for Alcohol and Drug Problems. *American Psychologist*. 2004. 59, 4, 224–235. ISSN 0003-066X.

## **Příloha I Přepis rozhovorů**

### **Klientka A**

Tazatel: náš rozhovor se bude skládat z několika částí. Nejdříve bych Ti řekl stručný úvod, aby jsi věděla o čem je rozhovor, čeho se to týká, aby jsi se naladila a pak budou úvodní otázky, týkající se tématu našeho rozhovoru. Pak budou konkrétnější otázky a na závěr bude shrnutí našeho rozhovoru. Věřím, že se vejdem do jedné hodiny, jak jsme se dohodli.

Klientka: do půl dvanácté mám čas.

Tazatel: byl bych rád, aby Tě rozhovor časově neomezoval ve Tvých povinnostech, které jako šéf baráku máš. Rád bych Tě poděkoval za Tvůj čas, který věnuješ našemu rozhovoru. Rozhovor bude použit pro bakalářskou práci na téma prevence relapsu a v dalších částech pro návrh zlepšení efektivity programu prevence relapsu. Program existuje, ale vždycky je co zlepšovat.

Domnívám se, že ten, kdo nejlépe zná sebe a má osobní zkušenost se zvládnutím a selháváním při relapsech, jseš ty. Proto bude pro mě přínosné, co nejlépe porozumět důležitým osobním zkušenostem, které jsi ve spojitosti s relapsem prožila a názorům, které sis po této zkušenosti vytvořila.

Tento rozhovor bude nahráván a vše s čím se mi svěříš, bude pro zhotovitele a hodnotitele bakalářské práce důvěrné a bude použito pouze pro účely bakalářské práce. Z opisu tohoto rozhovoru budou vypuštěny všechny údaje, které by umožnili identifikovat osoby v něm uváděných. Ubezpečuji Tě, že přístup k opisu rozhovoru budou mít pouze zhotovitel a posuzovatelé bakalářské práce – vedoucí práce, oponent a hodnotící komise.

Pro rozhovor jsem připravil několik otázek a poskytu Ti dostatek času a prostoru pro dostatečně podrobnou diskusi nad Tvými odpověďmi. Pokud se nebudeš cítit v rozhovoru bezpečně, řekni si a rozhovor může být hned ukončen, tak, aby Ti nevznikla nějaká ujma. Máš nějaké otázky?

Klientka: Ne, nemám.

Tazatel: Jaké jsou Tvoje zkušenosti s relapsem?

Klientka: Já jsem měla dva relapsy. Jednou to bylo před sedmi lety, s tím, že jsem se léčila z opiátů, z heroinu. To bylo na základě toho, že jsem si prostě neuvědomovala, že jsem závislá nebo něco takového a tak jsem to zkusila znova a teď to bylo, protože jsem se dostala do problémů. No já nevím jak to celkově zhodnotit, prostě jsem si neuvědomovala, že do toho mohla prostě znova spadnout. Měla jsem prostě nějak zavřený oči a neuvědomovala jsem si, jaké jsou ty drogy prostě, co mám říct, zátěž pro tu psychiku, pro to tělo, a že můžu dopadnout, tak, jak jsem dopadla. Tak jsem měla vždycky klapky na očích, že to posuzujujako velkou zkušenost vlatně, že už se to nesmí opakovat, že si musím dát pozor na ty situace, které se odehrály. Je to takto správně?

Tazatel: ano, budu se snažit do Tvých odpovědí co nejméně zasahovat, aby bylo to co povídáš spontání a živé. Zajímalo by mě, jestli si prošla nějakým léčebným programem, kteý by byl zaměřen na prevenci relapsu a co Ti z toho programu utkvělo v paměti. Ty jsi asi byla v zařízeních, kde probíhala nějakou formou prevence relapsu.

Klientka: ano, to probíhá všude. Pro mě bylo nejdůležitější být úplně čistá úplně abstinovat od alkoholu, vlastně od všeho, s tím, že já jsem to vždycky podcenila. Já jsem začala hned po léčbě pít, pak jsem si řekla, že mi marihuane nemůže přeci ublížit. To co jsme si z toho vzala, že nesmím po léčbě ani pít. Ještě mi utkvělo v hlavě, že si nemám říkat nesmím pít, ale nechci pít. Musím k tomu nějak dojít sama. A teď jsem k tomu sama přišla, že doopravdy nechci pít. Teď jsem byla s Evičkou u jejího tatky na oslavě a všichni tam pili víno a já jsem byla pyšná, že piju jenom Fantu. Jeden kluk se tam zeptal, proč nepijem, ale já nechci pít. To je takový důležitý zjištění. A že musím úplně změnit svůj život.

Tazatel: Jak Ti k tomu pomohly programy, kterými jsi prošla?

Klientka: tady mi pomohli názory starších, kteří to mají nějak rozhodnutý. Dám příklad Vráťa. Vráťa je zkušený a došel k názoru, k čemu by to měl, že to nepotřebuje

a hlavně když vidím, jak sem jezdí ti minulé ti, co se tady léčili, třeba jedna holčina tady z Mníšku, tak ona říká, že to jde a že si ani rok a půl nedali ani skleničku. A za rok a tři čtvrtě si dala pivo a za dva měsíce si jedno pivo nebo skleničku vína dá a že to není takový problém. To je to hlavní, čerpám ze zkušenosti ostatních, to že to zvládli. Nějaký brožurky jsem si četla, ale já vesměs všechno vím. To je furt dokola omílání, musím změnit život, musím změnit jako styl, musím najít svoje sebevědomí, svojí hodnotu a takovýchle věci a tohle všechno vím, už když jsem vlastně přišla sem. Ale ty zkušenosti vidět lidi, že to fakt jde se držet i venku. Tady se to nabude jednoduše, ale když člověk přijde ven, tak se objeví v realitě a to se přesně stalo mě. Já jsem vždycky vylezla ven, že už nikdy nebudu brát drogy a venku je to prostě o něčem jiném. Tam jsem všude a jsou tam zlí lidé a já to měla kvůli zlým lidem

Tazatel: takže Tě ten program příliš neovlivnil, jako spíše svědectví exuserů?

Klientka: ano, přesně tak.

Část II: Otázky spojené s okolností relapsu – charakter situace a emoční stav klienta

Tazatel: Jak bys popsala emoce, které jsi prožívala před relapsem? Poskytni mi prosím jeden nebo více příkladů a popiš ho co nejúplněji a nejživěji.

Klientka: To bylo problematické. Měla jsem práci, byla jsem v Praze. Cítila jsem zmatek, cítila jsem se hrozně zneužitá, vyčerpaná, pracovně i po psychické straně, protože mě vlastně využíval můj parner co sázel, připadala jsem si zneužitě, k ničemu prostě, musela jsem se vrátit domů, měla jsem dluhy, připadala jsem si prostě jako příživník. Asi takhle jsem se cítila prostě hrozně, že se mi zhroutil svět, úzkosti deprese, a bezradně hlavně, já jsem nevěděla, jak mám získat peníze na dluhy, které jsem měla za toho.

Tazatel: A to bylo v obou případech relapsů nebo různě, kdybychom se podívali na ten první a druhý?

Klientka: U prvního relapsu jsem byla šťastná, že jsem absolvovala léčbu, dala jsem si skleničku a byla jsem šťastná, že půl roku abstinuju, byla jsem šťastná a sebejistá, že

se mi to nemůže stát znovu do toho spadnout, byla jsem si sebejistá, takže jsem zase spadla do heroinu.

U druhého to byl úplně jiný pocit tam jsem byla na vrcholu mládí 19 let mi bylo, že jo. Byla jsem po střední, bylo to úspěšný období, udělala jsem maturitu a pak to šlo pryč. Byla jsem si tak jistá, že se mi to nemůže stát, že se mi to stalo třikrát a bylo to ještě hůř. Začala jsem se znovu bavit s partnerem, se kterým jsem byla závislá a zase jsem do toho spadla. U prvního jsem neměla konflikt, vše se mi dařilo, akorát jsem neměla kamarádku a začala jsem přicházet za lidmi, se kterými jsem začínala. Začala jsem se bavit s jednou holčínou, ale od té doby co mě umřela moje nejlepší kamarádka tak nemám kamarádku. Cítila jsem se osamoceně bez kamarádek. Když jsem si byla sama sebou jistá, tak jsem šla do ohrožující situace.

Tazatel: Jak na tebe působilo prostředí nebo lidé, kteří na tebe přímo nebo nepřímo působili, abys znovu brala?

Klientka: V prvním případě jsem měla pocit, že zase někam patřím. Že mám kolem sebe někoho blízkého a lidi, před kterými se mohu vychloubat, že jsem to nějak zvládla. Já jsem tam před tím partnerem vystupovala, že jsem dobrá, že jsem to zvládla a že je on pořád závislý a vůbec jsem si neuvědomila, že do toho zase padám. Oni sice uznali, že jsem dobrá, ale nabídli mě znova a já jsem do toho šla a oni ze mě potřebovali peníze. Kouřím na mě obecně takto působí od začátku, tam mám chutě všude.

Tazatel: Jak velké chutě jsi měla před tímto prvním velkým relapsem?

Klientka: Velké. Chutě v Kouřimi mám i teď, když jedu na výjezd. Když se mu to stalo poprvé tak tam to bylo spíš těma lidma. Po druhé jsem se zpátky z Prahy přestěhovala do Kouřimi a tam ty lidi, místa, kde jsem brávala, kde jsme byli s mojí nejlepší kamarádkou, jkoby vidím, celej můj barák tam mám chutě. Na těch místech mi blikne, jak jsem si tam dávala nebo jak jsem tam čekala na drogy nebo tak. Já se do Kouřimi vracet nemohu, maximálně na víkendy. Jak jsem se z Prahy přestěhovala do Kouřimi, tak jsem začala brát.

Tazatel: K prvnímu relapsu mám otázku, jak jsi si věřila, že snadno zvládneš rizikovou situaci?

Klientka: Já jsem si žádné nepřipouštěla, že by přišla nějaká riziková situace. Že bych jako zase byla závislá nebo něco takovýho. Nepřemejšlela jsem nad tím vůbec, jo. Já jsem se na to ani nepřipravovala v tom prvním případě, že když se sejdou se závislým partnerem, že je to pro mě riziko.

Tazatel: Takže vědomě neprobíhalo to, že když se sejdou s bývalým partnerem, se kterým jsem brala tak zvyšuju riziko, že začnu znova?

Klientka: Ne v 19 letech jsem ani nevěřila, že jsem byla závislá a že se potřebuji léčit, i když jsem byla v léčení dva měsíce, ale pak jsem půl roku nepila alkohol.

Tazatel: Jak si se cítila z pohledu emocí po relapsu. Před tím jsi byla v euforii a najednou relaps. Co se dělo z pohledu emocí.

Klientka: U toho heroinu a toho prvního případu. Byla jsem po heroinu utlumená a nepocítovala jsem zklamání, že jsem začala brát znovu. Začala jsem si to uvědomovat až po měsíci, když jsem začala mít abstinenci příznaky, bylo mi špatně a uvědomovala jsem si, že jsem zase v tom. Nevěděla jsem co mám dělat, že to nemohu říct našim, tak jsem se přestěhovala k příteli, který nebyl toxický a já jsem to tajila, aby to naši nezjistili a najednou jsem zase začala krást u mamči v práci a tam jsem se cejtila hrozně a furt jsem neměla odvalu jim to říci. Heroin a Subutex mě dokozal utlumit, že jsem si to neuvědomila tolik, většinou jsem spala nebo zvracela, ale když jsem přicházela do abst'áku tak jsem si říkala, co to probůh zase dělám, moje sebevědomí mi klesalo dolů a cítila jsem se strašně sama a na druhou starnu jsem se cítila, že mám svoje tajemství. Před tím přítelem jsem hrála dvě role

Tazatel: Jak se snížená sebeúcta projevila v Tvém chování?

Klientka: Já jsem nikam nechodila. Ráno jsem si dala svojí dávku a byla jsem doma celý den. Zároveň jsem studovala výšku, bakaláře, kde jsem vždycky hodinu prospala a vrátila jsem se domu, kolikrát jsem ve škole ani nebyla protože jsem tam nedorazila.

Nějakým způsobem jsem to zvládala. Mám 4 semestry uzavřený ani nevím , jak je to možný.

Tazatel: Měla tato situace nějaký vývoj?

Klientka: Bylo mi pořád zle a schovávala jsem se. Ten partner jezdil na akce a hulil moc, ale já jsem zůstávala doma schovávala jsem se před rodinou, schovávala jsem se před lidma, aby to na mě nepoznali, a když už jsem někam šla , tak jsem se rychle vytrácela. Přišla jsem, aby si ide nemysleli. Rodiče to po těch zkušenostech už poznali – nedalo se se mnou bavit , usínala jsem všude, úzké zornice a zjistili si informace, byla jsem furt doma, četla jsem si nebo spala.

Tazatel: Když jsi poznala, že to o Tobě vědí, co se s Tebou dělo?

Klientka: Dohodli jsme se, že zase pojedu do Magdaleny, ale zkusila jsem ambulantní léčbu. Podávali mi Subutex, který se aplikuje pod jazyk, ale já jsem věděla, že jsem závislá na jehle a že mě pomůže jedině komunitní léčba tak jsem se se všemi domluvila, že půjdu sem. Byla jsem ráda, že to vědí a připadala jsem si, že v tom nejsem sama a věděla jsem alespoň , jak se z toho dostat, že je tam ta opora, i když velké zklamání, mamča mě několikrát moc zbila, ale byla jsem ráda, že v tom už nejsem sama a že vím co bude dál, že vím, že nejsem ztracená,

Tazatel: Můžeme se vrátit k tomu druhému případu relapsu. Co se dělo z pohledu emocí, jak jsi se cítila?

Klientka: Cítila jsem se hrozně, měla jsem krizi snad největší, kterou jsem zažila, nechala jsem práce, protože jsem mylela, že pojedu do Anglie. Ale vůbec to tak nedopadlo, on mě vzal mých posledních jedenáct tisíc a potom se ztratil, pustila jsem práci, pustila jsem bydlení v Praze, jela jsem domů s tím, že jsem měla dluhy a nevěděla jsem jak tu finanční stránku budu řešit. Byla jsem v úzkostech , pošlapaná zneužitá, depresi a bezradná, já jsem hlavně nevěděla, co mám dělat. Místo toho, abych byla ráda, že mi úřad práce něco dává a já mohu něco zplácet dluhy od spořitelny a provident, které jsem udělala kvůli blbcovi, který sázel, tak místo toho jsem začala brát drogy a prodávat pervitin, abych si vydělala peníze, ale místo toho,

abych si vydělala peníze nebo díky pervitinu dostala sebevědomí, abych vědělo co mám dělat mě napadali věci jako třeba dělat prostituci, ještě že k tomu nikdy nedošlo, ale bylo to hrozný. Místo toho, abych splácela , jsem vrážela peníze do drog. Začala jsem být závislá na pervitinu, ono je to snad horší než heroin. Nemohla jsem celou noc spát a tak jsem pořád něco vymýšlela. Hledala jsem internetové stránky, že bych někam šla pracovat za peníze, se prodávat, ale nikdy jsem k tomu nesebrala dost odvahy, vzdycky jsem se toho bála. Půl roku jsem hledala práci, byla jsem nezaměstnaná. Naše jsem furt přesvědčovala, že půjdu na pohovor. Peníze jsem dostávala od rodičů, takže na pervitin peníze byly. Táta mi našel práci v infocentru.

Tazatel: Když bychom se vrátili na začátek před druhým relapsem poté, co Tě okradl Tvůj partner, nadělala spoustu dluhů a pocitovala jsi bezvýhodnost situace. Vyhledávala si vědomě riziková místa a lidi kolem drog?

Klientka: Věděla jsem, že se nesmím do Kouřimi vrátit kvůli drogám, chtěla jsem tam jít na určitý období najít si práci a přestěhovat se, i když jsem věděla, že je to tam pro mě rizikový a nebezpečný. Jenomže jsem si nemohla najít práci ani bydlení a stalo se to tak, že sedím na náměstí, sedím se ségrou a netoxickýma holkama v hospodě , alkohol jsem nepila a najednou vidím kamarádku, jak jde přes náměstí a hned se mi to v hlavě rozjele, hele ta bude vědět jak se dostat ke drogám a najednou jsem dostala chuť, v tu chvíli jsem si dala pivo a šla jsem vyhledat.

Tazatel: Proč jsi šla do hospody, jaký jsi měla důvod?

Klientka: Původně jsem šla s kamarádkami na procházku se psem a chtěli jsme si dát jen džus. Do hospody jsme šli, protože bylo horko a byla tam zahrádka. Pak jsem si řekla, že mi malé pivo neuškodí a sedím a vidím kamarádku, tak jsem řekla kamarádkám, že už musím jít a ségře jsem řekla, aby odvedla psa domů a ošla jsem za kamarádkou, která mi řekla kde to koupit.

Tazatel: Kdy se Ti spustili chutě? Před tím než jsi šla do hospody?

Klientka: Ne až když jsem uviděla kamarádku jít kolem hospody. Napadlo mě, že bych si mohla nějak pomoci, pojá jsem vlastně rodičům lhala i ségře, já jsem lhala



všem, že nemám absolutně žádný problém, cítila jsem bezmoc, úzkost, že přijedou exekutoři domů a že to naši nepřežijí. Chtěla jsem takhle nějak mysl zaplácnout. Nakonec jsem nic nesplácela a musela jsem jít s kůží na trh. Rodičům jsem to s dluhama říkala postupně. Řekla jsem jim, že dlužím deset tisíc a tím jsem zaplácla okamžité pohledávky provident., až teď když jsem natupovala do magdaleny jsem řekla celkovou sumu 200 000, ono to není moc, ale pro ně je.

Tazatel: Jak jsi si byla před relapsem vědoma, že jseš schopná zvládat složité situace.

Klientka: věděla jsem, že Kouřím nezvládnou, bála jsem se toho, ale stejně jsem do toho šla, protože jsem neměla kam jít. Mám tam rodinu a na jiný podnájem jsem neměla peníze. Byla jsem si vědoma i kamarádky, ale říkala jsem si, že když nebudu brát heroin tak se na pervitinu závislá stát nemohu, nejsou na tom abstinenci příznaky a prostě jsem se toho nebála zkusit a tak jsem tady. Myslela jsem si, že se z toho stačí vyspat a je to dobrý a že to nemusím brát každý den i nitrožilně.

Tazatel: Jak jsi se dopracovala poznání, že je pervitin neškodná droga?

Klientka: Já jsem ho párkrát měla a vždycky se mi z toho podařilo vyspat a když jsem v léčebně potkala závislé na pervitinu, tak jsem nechápala jak je možný být na něm závislá a říkala jsem si, že mě se to stát nemůže, že u mě to končí, že já mám přece problém s heroinem. Ukázalo se u mě, že platí co říkají na prevenci relapsu, že závislí na jedné látce snadno přecházejí na jinou látku. Teď už vím, že si musím dávat pozor.

Tazatel: Dostala si se do složité situace, kterou jsi zvládla? Jak se Ti to podařilo? Co se Ti osvědčilo?

Klientka: S partnerem jsem odjela do Paříže autem, které jsem sebrala tetě, kde si měl v bance vybrat peníze, ale nakonec jsme zůstali tři dny na předměstí bez Eura o hladu a žízni. Nakonec jsem zavolala rodičům, kteří pro mě přijeli a hrozně mě vynadali – nechtěli mě ani vidět. To jsem překonala, protože jsem neměla žádné dluhy a pořád jsem hrozně milovala partnera, s kterým jsem byla následně ještě rok a půl. Já jsem si kvůli němu našla během 14 dnů bydlení a práci a tam mě hodně podrželo, že to děláme pro nás, abychom byly spolu šťastní a bylo mi hrozně líto, že jsem našim ublížila a

zklamala tetu měla jsem úzkosti ale nebylo to nic co bych musela splácet, polovina rodiny mě zavrhli, ale byla tam pořád babička s dědou co mi pomohli. Před druhým relapsem mi děda zemřel a tam mě zavrhla celá rodina. Jela jsem do Francie, že tam bude úspěch, že tam najdu práci a naučím se francouzsky a najednou se vrátím, s tím, že pro nás museli přijet rodiče.

Tazatel: Vzpomeneš si na nějaké další složité situace, se kterými sis poradila bez návratu k drogám.

Klientka: Byla jich sposta vzpomínám si, že jsem během toho roku a půl potkala v Kouřimi kamarádku narkomanku, která brala, já jsem se s ná normálně bavila, měla jsem chuť, řekla jsem jí, že kvůli němu brát nebudu a taky jsem nebrala. Měla jsem partnera a pracovala jsem. Kvůli němu jsem to vydržela.

Tazatel: Měla si i jiný postup , který Ti pomáhalo nevrátit se k drogám?

Klientka: Ano bylo to před prvním relapsem, když jsem si říkala, že musím udělat školu, jsem mladá holka a mohu si s tím zkazit život. Partnera jsem neměla, ale měla jsem sebe. Ale jak jsem si začala věřit t, tak jsem se dostala do těch situací. Tam to bylo jiný priorita jsem byla já. A to mám teď stejně. Snad to už vyjde.

Tazatel: Máš nějakou zkušenost a život Tě postaví před nějakou složitou situací, co budeš dělat, aby ses vyhla riziku, že budeš znovu brát? Jaký je způsob, který by Ti mohl pomoci?

Klientka: Hlavně říci o svém problému rodičům. Nikdy jsem jim to neříkala, ale teď vím, že můžu za nim přijít a že mohu přijít za ségrou, ve které mám oporu. Když se jim svěřím, tak mě to nějak pomůže nebudu na tom sama

Tazatel: Máš nějaké závěrečné připomínky týkající se toho, o čem jsme spolu hovořili? Je něco důležitého, co jsme spolu neprobrali?

Klientka: bylo to dost obsáhlý a bylo tam všechno. A já si teď v průběhu rozhovoru uvědomuji, že jsem mnohem silnější v nejrůznějších situacích, že jsem na to připravená a že vím, jak to udělat správně a že jsem ráda. Pomohlo mi to, protože já

jsem se nikdy těmito otázkami nezabývala a jsem ráda, že jsme to spolu prošli a že mi to v hlavě dává smysl. Neuvědomila jsem si, jak ty situace byly odlišný

Tazatel: Jak jsi se cítila během našeho rozhovoru?

Klientka: Bylo to akorát dlouhý a pro mě zajímavý.

## **Klient B**

TAZATEL: Jaká je Tvoje zkušenost s relapsem?

KLIENT: Tak moje zkušenosti s relapsama, když to vezmu, já jsem v léčbě, fetuju nějakých 18 let. Poprvý jsem se šel léčit v roce 2007. Šel jsem do “červeňáku“ a tam vlastně jsem byl nějakých 14 dní na Detvu a vůbec jsem neměl sdělený jestli chci abstinovat nechci abstinovat. To sem nějak vůbec nevěděl, vlastně po 14 dnech jsem vylez a myslel jsem si, že to bude všechno v pořádku, ale první v podstatě co mě napadlo, když jsem vylez, kde sehnat ty kamarády jo, protože za 14 dní se nezpřetrhaj žádný vazby že jo, prostě člověk si nic neuvědomí za tu dobu. Takže jsem se vrátil do toho během 12 hodin prostě kde jsem byl. Další léčba byla taky v červeňáku to už bylo na 3 měsíce. A vlastně po týhle léčbě jsem abstinoval 7 měsíců.

TAZATEL: A o jakou látku se jednalo?

KLIENT: Já jsem bral hlavně opiáty. Pervitin 10 let

TAZATEL: Takže začal jsi s opiáty?

KLIENT: Začal jsem s opiátama nebo první moje droga byl jako pervitin nitrožilně. Pak vlastně jsem hned začal s opiátama s heroinem, Subutexy, vlastně teďkom i prášky. Jsem vyzkoušel všechno taneční drogy, marihuanu, všechno a vlastně když jsem byl ty 3 měsíce červenku, odešel jsem na reverz, protože jsem nepřestoupil do druhý fáze. Naštval jsem se tam na pana Denka na terapeuta. Myslel jsem si jako že mu ukážu, že na to mám. Sedum měsíců jsem teda držel, ale bylo to takový nucený, nebylo to takový, neměl jsem z ničeho radost. Neměl jsem smysl proč bych to dělal, proč bych abstinoval když si všichni užívaj. Já jsem v tom furt neviděl nějaký smysl života nebo něčeho takovýho. Hlavně mě to ani moc nebavilo. Začal jsem chodit do práce. Dostal jsem se na hlavního seřizovače, ale zase když já se dostanu do nějaký vyšší pozice tak mě to přestane bavit. No a začal jsem si zase hledat něco, prostě co by mi ten můj stav, kterej tak nějak byl dobej, mohlo vylepšit a pak jsem prostě potkal pár známejch a udělat jsem chybu, že jsem se s němal začal bavit, rozjíždět s něma rozhovory, pochlubit se, že abstinuju, že jsem čistej 7 měsíců a prostě to byla chyba.

Čím víc jsem se s něma zakecával a zakecával vydržel jsem to, dva tři dny s nima a pak jsem si dal a to kolo se rozjelo na novo.

TAZATEL: A když jsi byl vlastně v tom léčebným programu měli tam program prevence relapsu?

KLIENT: V tom Červeným dvoře určitě. Tam vlastně byly 3x do tejdne přednášky hodinový. Ale říkám to prostě, já jsem tam většinou šel, buď z nějakýho donucení nebo protože mě honily policajti už jsem šel na schovávačku a nikdy jsem tam šel sám za sebe. Takže, ale určitě tam byly jako programy. Dozvěděl jsem se tam dost věcí jako by se to dalo ovlivnit, ale asi jsem to nechtěl slyšet v tu dobu. Pak vlastně jsem byl 2x v Bohnicích po 3 měsících a to už jsem recidivoval i v léčbě.

TAZATEL: Takže ty jsi i prošel nějakým programem relapsu, ale tvoje na tvoje vnímání cítění to větší vliv nemělo.

KLIENT: Nemělo, protože, když to řeknu na férovou fakt jsem se tam šel schovat nebo se dát fyzicky dohromady, odpočinout si. Vůbec jsem neměl nějak v úmyslu, teda až když jsem tam byl vlastně ty 3 měsíce tak jsem tak nějak pochopil, že to takhle dál dělat nemůžu, ale ještě jsem nebyl úplně rozhodlej.

TAZATEL: A mělo to nějaký vývoj, protože pak jsi říkal, že jsi prošel několika zařízeními, ve kterých byly také pravděpodobně programy na prevenci relapsu, mělo to nějaký vývoj jak to na tebe působilo?

KLIENT: Pak jsem byl vlastně v těch Bohnicích 2x 3 měsíce a tam byli anonymní alkoholici, byly tam i prevence relapsu a tam už jsem tomu věnoval daleko větší pozornost, protože mi to vlastně všechno začalo dávat smysl i ty situace, který jsem si prožil a v podstatě, že něco na tom pravdy bude a ještě mi to v podstatě nějak nedocházelo, vždycky jsem se nechal strhnout. Byl jsem snadno ovlivnitelnej člověk a nechával jsem se strhnout už i v léčbě k tomu abych bral drogy, tajil jsem to tam, takže v podstatě tam ještě nebyla žádná motivace a tam prevence u mě začala v podstatě až tady. Nějakým způsobem jsem začal vnímat intenzivně. Tady hodinu sedíme a bavíme se o tom, tam to byly přednášky daný ke kterejm jsem se v podstatě ani nemohl nějak

vyjadřovat a tady je to fakt jako přímo o mě co mě trápí s čím mám problémy, třeba jako že teď nemám žádný známý za těch 18 let fetování mi nezbyl, zbyla mi teďka jedna kamarádka, která se mi teď ozvala a s tou jsem měl vlastně ještě před 5 lety vztah, takže nevím jestli se s ní mám vůbec bavit, nevím o čem to je že se mi ozvala a jako ta prevence, měl jsem tady precenci na alkohol. To je moje obrovský téma. Mysli m si, že jsem si to tady ujasnil, vyřešil. Hodně mi to... Já sem dřív jako nebyl, že bych hledal nějakou logiku ve věcech. Tady jsem našel, že mi vlastně nepřináší nějakou výhodu, to že budu pít. Když se jako napiju tak co se mi stane. Přijdu o peníze pak mi bude špatně že jo a mě z toho nebude nic plynout. Akorát samý nevýhody. Nebudu moct jet do práce a něco takovýho, prostě udělal jsem si to takovou logikou. Hodně mi v tomhle třeba pomoh i Vojta, že mi byl takovým vzorem no.

TAZATEL: Takže to by byl takovej úvod a teď se zaměříme na konkrétní situace když jsi zrelapsoval, když si vzpomeneš na ten poslední případ, co se vlastně odehrávalo těsně před relapsem s tebou. Jak bys popsal situaci před relapsem?

KLIENT: Tam to bylo hodně, já jsem se vrátil z Bohnic domů a bylo to tam hodně, hodně emotivní. Já jsem vlastně krad strejdovi peníze před léčbou spoustu věcí jsem si tam prostě nedořešil s rodičem, se strejdou s jeho přítelkyní a vrátil jsem se do toho prostředí a jako nebylo mi tam vůbec dobře. Sice jsem si našel práci začal jsem pracovat, začal jsem mu i nějak splácet ty dluhy, peníze, ale furt jsem tam cejtl nějakou nedůvěru potom jsem jakoby neměl jakoby žádný kamarády, protože jsem věděl kdybych se bavil s lidma s kterými jsem se bavil před tím tak by to dopadlo úplně jasně, že bych začal začal chlastat časem by se do rozjelo zase k těm drogám a v podstatě tahle ta situace v té rodině mě k tomudle, aspoň teda já si to myslím, že jsem se tam tak nějak necejtil dobře prostě jsem se od nich odstěhoval na ubytovnu a tam už to se mnou šlo z kopce. Tam pil v podstatě každej, já jsem se tam dostal do prostředí, že jsem se tam neměl.... Já jsem dost komunikativní člověk takže tam už jsem se neměl vůbec s kim bavit a nakonec jsem se tam začal bavit úplně se všema.

A když mám říct emoce, tak jsem byl nasranej, že jsem si to nepřipravil. že....

TAZATEL: Že jsi šel do nějakýho rizikovějšího prostředí...

KLIENT: Že jsem šel do většího rizika než jsem měl teda doma.

TAZATEL: To bylo jakoby útěk z toho domova, ale nevěděl jsi kam jsi utekl

KLIENT: Nevěděl jsem kam se vrátím a v podstatě ještě někam hůř, protože tam...

TAZATEL: A co bys třeba označil v té rodině za moment nebo chování co ti v ní nejvíce vadilo?

KLIENT: To podezřívání, vyptávání se. Mám třeba mladšího brácha a ten třeba je něco jako já. Ten nefetuje pije, ale vobčas tomu strejdovi ukrad třeba taky nějaký peníze a teď to podezření...jo já jsem věděl, že jsem to nebyl, že jsem mu peníze neukrad a teď to podezření padlo na mě. Jo a prostě jsem se tam necejtíl dobře a...

TAZATEL: A jak se třeba k tomu stavěl tvůj otec nebo tvoje matka pokud jste teda žili pohromadě?

KLIENT: Máme vlastně 2 patrovéj barák. Dole 3+1 strejda my máme 3+1 nahoře. Máma se mě jako zastávala, že to takhle nejde aby mě furt obviňoval, že prostě...jak bych to řekl, že mu věří, ale že to nejde aby mě takhle obviňoval, když já se v podstatě snažim z něčeho takovýho dostat, zastala se mě. Zastával se mě celej život. A mám vlastně nevlastního otce a tam byla taky ta nedůvěra.

TAZATEL:A na čí stranu se tvůj nevlastní otec postavil?

KLIENT: Já bych řekl, že na ničí, že měl podezření. On mě podezřívál taky, jako dělal jsem to x let a je mi jasný, že během 3 měsíců kdy jsem se léčil nemohlo to podezření zmizet když já jsem s tím sám nic nedělal . Já jsem ty léčby většinou jenom prošel. Takže na jednu stranu ho i chápu, že mě podezřívál. Možná kdyby to tak nebylo, tak by to všechno dopadlo jinak, ale to je kdyby kdyby.

TAZATEL: A jak došlo v tomhle případě k tomu relapsu, jak jsi se k drogám dostal?

KLIENT: Tam jsem v podstatě začal pít, dostal jsem se zpátky do Kolína. To už bylo v podstatě, když to řeknu tak to bylo i plánovaný asi i nějak nevědomky, protože jsem se odstěhoval do Kolína kde jsem x let fetoval. Znal jsem tam tu skvadru lidí. Jo

nenastěhoval jsem se do ubytovny, kde by ty lidi přímo bydleli. Ještě jsem si asi dával šanci, nějaký mlhavý pokus tam byl, ale spíš jsem viděl, že jsem si to připravoval hodně dopředu a těm drogám jsem se tam dostal v podstatě během týdne. Kdybych chtěl tak se tam dostanu během hodiny. Tam jsem si to prostě už připravoval dopředu.

TAZATEL: A ty lidi si tam jakoby sám aktivně vyhledal nebo zkrátka si šel na místo kam se obvykle chodí a tam jsi někoho potkal?

KLIENT: Já ani jako že bych někoho vyhledával to ani ne, ale prostě v tom Kolíne je to takový, že tam jde člověk na autobus nebo na vlak a ty lidi tam prostě jsou. A já jsem tam měl takový postavení, že jsem tam dealoval takže ty lidi mě znali. V podstatě jsem tam jsem tam byl i teďkom...chtěl bych tam ject i na výjezd projet si aspoň ten Kolín. Chtěl bych, aby tam na nádraží čekali naši, ale má z toho celkem obavu. Ale chci si to zkusit, protože je to taková zatěžkávací situace a musím to prostě zkusit když to nebudu zkusit tak mě to pak praští a praští přes hubu a vždycky se dohodnu s někým, že tam bude čekat. Projdu si to tam s ním.

TAZATEL: Určitě je důležitý tam jít, takže pro tebe je tam v těchto rizikových situacích je důležité mít u sebe někoho kdo ti je schopen pomoci. Připadá mi, že to je pro tebe důležité.

KLIENT: Jako třeba v tom Kolíně jo. Jako třeba teď jsem byl na výjezdu v Českém Brodě, tam jsem taky fetoval asi 5 let a potkal jsem tam jednoho kluka fetáka s kterým jsem se znal a von hned jestli o něčem nevím a tohle to a prostě zachoval jsem se jak jsem si řek. Vůbec jsem se s ním nebavil nastavil jsem si svůj směr kterým půjdu a šel jsem. Jo a toho člověka to přestalo bavit. Třikrát se mě zeptal a přestalo ho to bavit jo takže tohle bych chtěl praktikovat.

TAZATEL: Takže to je tvůj druhý způsob že znáš tu rizikovou situaci a máš jasný scénář jak jí řešit.

KLIENT: Přesně tohle se mi teď výborně osvědčilo, ale je to člověk, kterého jsem moc neznal, ale až to budou lidi s kterými jsem fetoval od nějakých 18 let nebo nevím od kolika tak....



TAZATEL: V čem to bude jiné?

KLIENT: Ty lidi prostě znám, to člověka prostě znám, ale nebylo to tak intenzivní. S těma lidma jsem fakt něco prožil.

TAZATEL: Takže ta společná historie a ty společné zkušenosti. Ty se bojíš toho, že to ovlivní?

KLIENT: Já se zachová stejně, ale teď jde o to jak se zachovají oni. Možná, že budu muset říct: „ Sorry už neberu jsem čistej. Doufám, že to budeš respektovat.“

TAZATEL: Takže se obáváš toho, že jsi měl nějaké prožitky, které byly tehdy příjemné a že přijdou vzpomínky na ten příjemný prožitek.

KLIENT: Že mě to hodí zpátky.

TAZATEL: A jak by se dalo proti tomu postupovat. Třeba když si vzpomeneš na tu prevenci relapsu probírá se tam taková situace kde klient má pravděpodobně větší prostor. Měl jsi možnost to tam probrat a říct.

KLIENT: Jako v těch minulých léčbách ne, ale tady jo. Tady třeba měl, i teďka třeba skupinu a měl Zoli a měl to vlastně na známý a furt ho to táhne ke známejm vlastně k těm toxickejm známejm.

TAZATEL: Takže to máš podobně jako ostatní tzn. když máš ten příjemnej prožitek tak je tam to nebezpečí, že se ti objeví na to vzpomínka .

KLIENT: Ale zase si myslím, že ty s kterýma jsem bral by mohli bejt, když jim řeknu na férovku: „ Hele prostě já jsem čistej já už brát nechci.“ Tak si myslím, že by vůči mě mohli mít nějakej respekt, že by mě nechali na pokoji. Myslím si, že bych si to i vybojoval sám v sobě.

TAZATEL: Takže máš pocit, že tvoje sebevědomí je dost silné a že bys to zvládal tuhle těžkou situaci?

KLIENT: Myslím si to. Fakt se mi líbí jak to tady probíráme. Že většinou se ty situace fakt stanou, že to není mletí o něčem co se v podstatě ani nestane. Tady dají prostor

nám a ty situace, který buď se na tom výjezdu stanou nebo s kterými nějak počítáme, že by se mohli stát se tady krásně proberou. a ze všech stran, každé k tomu řekne svůj názor a je to hrozně cenný.

TAZATEL: A ještě kdybychom se mohli vrátit k tomu poslednímu relapsu, mě by zajímalo, vlastně ta situace ty jsi nějakou dobu abstinovat . Naplnilo tě to nějakým uspokojením, že se ti daří bejt čistej a najednou jakoby začal relaps a mě by zajímalo ten moment kdy ses propadal hlouběji a hlouběji a mě by zajímalo jak ti tam bylo.

KLIENT: Když už jsem si teda dal tak jsem rezignoval. Já už jsem to měl hozený. Já jsem sice věděl, že se to dá zastavit, že se vždycky dá říct dost, dojít si někam nebo jít zase rovnou na léčbu, ale já jsem si prostě řekl. Tak jsem to zase posral a bylo mi trapně a bylo mi trapně vůbec za někým jít a žádat o pomoc. a v té chvíli jsem si řekl tak co no.

TAZATEL: A co bylo na tom trapného, že jsi znova selhal?

KLIENT: Že jsem selhal jako, že vlastně nějakou dobu jsem to držel. Vůči rodině vůči lidem který mi prostě zase začínali nějak věřit.

TAZATEL: Takže to bylo hlavně výčitky vůči rodičům, ale měl jsi u někoho z těch terapeutů, u kterého víš že ti nic nevyčítá a že by to bral třeba ano tak jsme ti pomáhali ale třeba jsme na něco zapomněli důležitého a díky tomuhle relaps na to můžu přijít takže když se na ně obrátím tak mi pomůžou se z toho dostat. Takovýhle člověk tam nebyl ?

KLIENT: Nebyl.

TAZATEL: Takže tys měl výčitky hlavně vůči rodičům?

KLIENT: Vůči rodičům, kdybych měl říct terapeuta, tak akorát odsud' Gábina Jinochová, ke které jsem chodil. Chodil jsem tam 5 let. Ale to jsem měl spojený s tím, že mi předepisovala recepty na subuxany takže tam jsem se taky nechtěl obracet, protože to bylo pro mě takový zklamání, ale teď už to vidim zase jinak.

TAZATEL: A myslíš si, že by ti třeba pomohlo kdyby terapeuti zdůrazňovali, že vlastně zklamaní nebudou, že pro ně je důležité to zachytit a spíš v ten moment ti pomoci a upravit vhodně léčbu?

KLIENT: Jako určitě. Já jsem po tom červeňáku co jsem abstinovat v Bohnicích já jsem ani nedostal takovouhle možnost že by mi někdo řekl a hlavně byla i moje chyba že jsem nechodil na doléčováky a když jsem k tý Gábině chodil tak mi pak bylo trapně za ní ve finále.

TAZATEL: Třeba tady ta Magdaléna má zařízení pro doléčování v Podolí ať si myslím, že je docela dobrá příležitost s nějakým terapeutem navázat kontakt a vědět když se něco stane, tak máš někoho, kdo tě zachytí.

KLIENT: Když jedeme na výjezd tak máme číslo sem. A to je pro mě daný. Kdybych tu situaci nezvládal tak zvednu telefon a poprosím toho člověka aby mě z té situace vyvedl.

TAZATEL: To je dobré že si to uvědomuješ, to je jakoby další krok který je možný udělat...

KLIENT: A myslím si že je to dost podstatnej krok a myslím si že kdyby se fakt něco stalo tak vim že tohle by mě z toho vytáhlo. Zvednout ten telefon.

TAZATEL: Teď jsme vlastně docela hezky probrali ten poslední relaps od začátku do konce, ale mě by zajímalo kdybys mi řekl ještě 2 případy. Jestli si vzpomeneš jakej byl ten úplně na začátku ten relaps tys mi to vlastně už naznačoval. Ale spíš jakej to mělo další průběh, že jsi vlastně ani neměl moc představy o té léčbě ani o svých možnostech.

KLIENT: Já jsem v podstatě, mě tenkrát, ten první mě vlastně přivezli do toho červenku v hroznym stavu. Měl jsem asi 70 kilo, měl jsem žloutenky, byl jsem úplně v prdeli v podstatě mě odvezli na infekční tam jsem byl vlastně měsíc. pak už jsem se do červenku nechtěl vrátit s tím že to jako zvládnou žádnou léčbu jsem nepodstoupil byl jsem akorát na detoxu a tam mě vlastně zjistili žloutenky a okamžitě mě dali na

infekční a vylezl jsem a ven a první co bylo že jsem si šel shánět. To ani nebylo z mojí vůle. Tam to bylo fyzickým a psychickým stavem a že mě tam odvezli naši. Tam si myslím, že spíš ten druhý. Tam už jsem šel z vlastní vůle, že tam jsem byl teda ty 3 měsíce, ale zase jsem tam rostl moc rychle v tý léčbě a tam mě srazilo na kolena když mě teda nepustili do těch druhých fází kvůli takový krávovině a já prostě na truc, myslel jsem si že to dělám na truc a všem jakože ukážu a pak jsem v podstatě vylez ven a přesně jak jsem říkal pár měsíců jsem to držel, ale přes nějaký svůj odpor, že to bylo spíš to zabejčení, že já jim ukážu, že tu léčbu nemusím dokončit a že to jde i bez toho.

TAZATEL: A kde došlo v tom k tomu zlomu co se tam stalo byla to jakoby nějaká událost v tvim životě a nebo to byla zase nějaká riziková situace, ve který ses více či méně objevil?

KLIENT: Bylo to hodně spojený s prací dělal jsem tam seřizovače. Nějak jsem se tam vypracoval na nějakou pozici. začínal jsem tam jako obyčejnej seřizovač a pak už jsem měl 4 lidi pod sebou a nějak mě to přestalo bavit protože jsem se nemohl dostat vejš. A dál už to prostě nešlo. Musel bych si udělat školu nějakou.

TAZATEL: Tzn. že řízení těch lidí ti nevadilo?

KLIENT: To ne spíš mi vadilo že nemůžu dál růst a že se to někde zastavilo. Hodně mi to pomáhalo. Vložil jsem do toho spoustu energie a hodně mě to zaměstnávalo.

TAZATEL: A co by tě uspokojovalo mít třeba víc lidí pod sebou?

KLIENT: To ani ne, ale já jsem nad tím už přemýšlel spíš mít něco svýho nějakou malou firmičku. Abych dělal na sebe a měl se v čem zdokonalovat.

TAZATEL: Že bys nebyl omezovanej někým kdo má svoje představy.

KLIENT: Přesně tak. To by mi asi hodně pomohlo. Ale pak už mě to začalo nudit a pak se tam objevil člověk co prodával a já to poznám na těch lidech. Pak jsme se začali bavit a asi po 14 dnech jsem si od něj začal kupovat a ani mi nepřišlo, že bych udělal nějaký relaps. Zase jsem nějak rezignoval a neměl jsem ani chuť někam volat a nějak

si pomoci rok jsem se v tom plácal přišel jsem o tu práci. Bylo to takový utahaný jako že sem utahanej svojí spokojeností. Skupinu jsem teda na to neměl, ale mluvil jsem o tom, že mě vždycky dostalo do úzkých když jsem se dostal na nějakou pozici a nemohl jsem se dostat vejš. Což se tady učim dělat pod někym. Prostě si budu muset najít takovýhle věci takovouhle práci. Ze začátku to asi nepude, ale budu si muset hledat práci kde budu moct rust a nebo si najít něco svýho.

TAZATEL: Takže v tomhle případě byl ten průběh relapsu byl spíše pozvolný – ty jsi zvyšoval dávky až jsi bral velice intenzivně. A bylo to doprovázený nějakou reflexí, že jsi to uvědomoval, že jsi do toho padl?

KLIENT: Jo uvědomoval velice dobře, že už jsem tam zas a zase pociťuju fyzický aut'áky todle to a pak už se z toho strašně špatně vystupuju.

TAZATEL: A co byl ten moment kdy sis řek, že už končíš a chceš ukončit to relapsování?

KLIENT: Teď po tý poslední léčbě, už tam byly myšlenky na sebevraždu měl jsem 2 pokusy o sebevraždu práškama a hodně mi pomoh kamarád. Odtáh mě do nemocnice vlastně byl jsem vožralej, zpáškovanéj, zfetovanéj a já sem tam řek že chci na detox a oni mě odvezli do Kosmonos. Já sem už věděl v podstatě když už jsme šli do tý nemocnice, že se ve mně něco zlomilo a že to takhle nechci měl jsem tam takovou spirálu poslední 3 roky. Furt se to točilo šel jsem do léčby pak jsem rok fetoval zase léčba a pak fetování. Mě už to ani nic nedává. Už se na tom ani nebavim. Nic k tomu necejtim. Akorát odpor. To by mi mohlo pomoci a hlavně taky čas. Ten jsem si nikdy nedal.

TAZATEL: Byl tam jako nějaký speciální prožitek jakoby v tom když jsi spáchal sebevraždu, když ses ocitl na tý hraně, když jsi měl možnost toho náhledu co se s tebou dělo?

KLIENT: Vlastně já sem viděl jak ode mě odcházej ty kamarádi taky jsem si napůjčoval hodně peněz. Měl jsem dobrý i netoxický kamarády a když jsem viděl jak ode mě odcházej jak je odkopávám tím svým chováním a dělal jsem jim i ostudu.

Když mě někam pozvali tak to dopadlo většinou špatně. Pak přišel nějaký takovej večírek a kamarád když jsem tam ve finále přišel tak říkal: „ Hele, hele já tě tady nechci, ty vypadáš zase hrozně.“ Natož jsem šel a říkal jsem si kam jsem to dopracoval a jel jsem si zase koupit. A chtěl jsem se prostě zabít, že jo. No, ale nakonec jsem si sám na poslední chvíli zavolal záchranku a asi tam zafungoval pud sebezáchovy a pocit, že to ještě nechci vzdát. A vypumpovali mi žaludek a bylo.

TAZATEL: A dostal jses potom do podobně tíživý situace, protože to přece před tím často vedlo k tomu relapsu, ale v některých momentech jsi byl schopnej to ustát jak jsi říkal ten příklad s tím známim jak jsi ho potkal a měl jsi připravený jak se budeš chovat. Měl jsi ještě nějakou další zkušenost třeba problémy v práci nebo zklamání v partnerským vztahu a jak jsi to zvládl.

KLIENT: Když jsem abstinoval těch 7 měsíců tak jsem hodně chodil do posilovny na box, hodně jsem to zvládal sportem když jsem se třeba pohádal v práci s mistrem tak jsem to v sobě dusil a hlavně jsem měl taky jednoho kámoše , kterému jsem se vždycky vyzpovídal. On věděl že jsem bral, taky dřív bral, nevím jak je na tom teď ale už je 9 let čistej.

TAZATEL: A to, že jsi mu to říkal bylo protože, že ti rozuměl nebo čím to bylo?

KLIENT: Určitě, že si tím taky prošel to za prvý a přišel mi rozumnej v názorech. Říkal mi tyhlety věci se ti dít budou, dal mi vždycky příklad co se stalo jemu a tohleto mi hodně pomáhalo. No, ale ve finále když jsem začal brát tak jsem nebyl schopnej to říct ani jemu. Před ním jsem se taky styděl.

TAZATEL: Takže tohle je ten problém říct si o tu pomoc a přiznat si to.

KLIENT: Určitě. Když se fakt něco stane tak říct si o tu pomoc. Tady mám krásný příklady. Je důležitý nebát se požádat o tu pomoc. Vlastně to není nic špatnýho. Nic pohoršujícího, v podstatě kdybych zrelapsoval tak jsem zklamal, ale furt je lepší to zastavit hned než se v tom plácet.

TAZATEL: No mě tam připadá jako klíčovej momet tý důvěry, ale ne takový jako vůči rodičům, ale musí to bejt někdo před kým nemáš pocit viny.

KLIENT: To je hodně těžký, ale já tady mám Františka a my spolu mám takovej rovnocenej vztah mi to přijde. A přijde mi, že u tohodle člověka by to šlo. Že bych mu zavolał, že jsem to posral a co mám dělat a chtěl bych vědět jeho názor. To je člověk kterému bych se svěřil.

TAZATEL: Na závěr bych se tě rád zeptal jestli si myslíš, že jsme se v našem rozhovoru nedotkly něčeho co ti v tom relapsu připadá důležitý?

KLIENT: Mě strašně přijde důležitý říct, že jsem se vyloženě chlubil tím, že jsem čistej, že jsem chodil za těma lidma říkat jim to a tím jsem si to většinou posral.

TAZATEL: Já ti to vrátím v tom co mě překvapilo z těch hovorů co jsem měl že to máte všichni společné, je to jedno ze zranitelných míst, že máte potřebuju z míst odkud jste se vyhrabaly, jim ukázat, že jste jiný než oni a oni nějakým způsobem Vás ztáhnou zpátky a nějakým způsobem vrátí zpátky a v podstatě je něco podivného v tom té potřebě a zároveň je to rozsudek vrátit se k tomu zpátky.

KLIENT: To je určitě důležitý takhle to má hodně lidí já jsem na to dojel.

TAZATEL: Ještě poslední otázka. Jaký jsi měl pocit z našeho rozhovoru?

KLIENT: Já jsem si v podstatě oživil co jsem udělal za chyby a uvědomil si, že nám tady dávají velký prostor abychom se připravili na život venku a na ty chyby co můžem u dělat a jak jim zabránit. Což je super.

TAZATEL: Děkujin ti za tvůj čas. Rozhovor mi poskytl důležité informace.

## **Klient C**

TAZATEL: jaká je tvoje zkušenost s relapsem?

KLIENT: No relaps je vlastně recidiva a vlastně mám opakovanou. Já od své první léčby od 17 let mám ty relapsy neustále a dívám se na to tak, že jsem opakoval stejnou chybu, že jsem se vracel, ale ještě před tím řeknu jednu věc. Nikdy jsem se nechtěl léčit sám. Vždycky jsem se schovával před soudna nebo kvůli rodině. Já jsem vnitřně nebyl přesvědčen, že se chci léčit. Pořád jsem měl myšlenku v hlavě, že si občas můžu dát a že to neuškodí což se mi pak vymstilo, že jsem nebyl nikdy smířenej s tím, že už si nikdy nemůžu dát alkohol nebo drogy.

TAZATEL: A když jsi byl v těch léčbách ať už na základě, že jsi tam šel kvůli někomu nebo si ulehčil život z pohledu trestního řízení tak v tom léčení byly tam nějaký programy na prevenci relapsu jako tady v úterý večer je to tematicky zaměřený. Byl jsi v nějakym takovym programu?

KLIENT: Programy byly všude, ale bylo to špatně vedený i tady je to špatně vedený. Prostor se nechává klientům a plno z nich jsou lidi poprvé v léčbě a nemaj o tom ani páru. Mělo by to bejt daný tím léčebným zařízením prostě už jasný témata. Měli by mít zkušenosti od těch jiných klientů v čem je problém a řešit ty témata. Protože oni já jsem taky neposlouchal ty starší co už jsou v poněkolkáté v léčbě, jsem na to nedbal. Tady vidim to samý u těch, který jsou poprvý v léčbě, že na to nedbaj, protože závislej člověk má svojí hlavu. Myšlenka na to že už si nikdy nedaj alkohol nebo si nebudou moct zakouřit tu trávu to je skoro nemožný. Třeba tady jako Eva. Ta se furt brání tomu, že si občas dá víno a nic se nedeje a přitom je závislá na alkoholu a ještě bere drogy. Přitom já vim, že si dát nemůžu, protože alkohol je hlavní spouštěč.

TAZATEL: Co ti hlavního utkvělo z těch programů v hlavě, co je pro tebe důležitý a přišlo ti, že je to správně nebo naopak, že je zbytečný co jste se dozvěděli, alek ničemu Vám to nebylo. Zároveň něco pozitivního a negativního z toho programu.



KLIENT: Pravda je určitě ta, že člověk by se neměl vracet na místa kde bral drogy. Je to o mnoho obtížnější a zbytečně to stojí energii, protože na základě toho jsem vždycky relapsoval.

TAZATEL: Tzn. nevystavovat se rizikovým situacím.

KLIENT: A to je místo kde sme trávili čas. Dále je to volnej čas. Všude nám vtoukali do hlavy že musíme vyplnit volnej čas a když je nezaměstnanost tak si zajišťovat práci už v léčbě to je důležitý, protože člověk když vyjde ven a nemá práci tak je to stresující. No a ta nuda. Člověk když má volnej čas tak je to v Prčicích. Ten volnej čas je hodně důležitý a ta práce a jiná společnost jiný lidi. Co jsem podcenil je doléčovací služba když je člověk venku.

TAZATEL: K těmhle podrobnostem se určitě dostaneme. Takže když si vzpomeneš na ty programy prevence relapsu mělo to na tebe vliv nebo sis řek že je to pravdivý ale?

KLIENT: Možná mě v hlavě ťuklo, že na tom asi něco pravdy bude, ale nebral jsem na to zřetel.

TAZATEL: Jak by jsi mohl popsat emoce, který jsi prožíval před tím relapsem a co to s tebou dělalo ? Uved' nějaké příklady

KLIENT: No jednou jsem šel z baru domu připitej. To jsem abstinoval asi 5 měsíců za sebou jsem měl asi měsíc a půl léčby z tý jsem utek. Pět měsíců jsem byl doma. Chodil jsem občas na pivo s přítelkyní. Ta šla dřív domu. Jednou mě nechala samotnýho tam. A když jsem šel domu zpíval jsem si to si ještě pamatuju a potkal jsem jednoho starýho kamaráda a nevim co mě to napadlo, moje první otázka byla jestli něco má a konec už jsem z toho nevylez pár let. Prostě najednou v hlavě zkrat.

TAZATEL: Takže jsi nebyl v žádným stresu, měl jsi relativně dobrý vztah měl jsi dojem, že i to pití máš pod kontrolou a tím spouštěčem byl to, že jsi potkal někoho z tvé drogové kariéry?

KLIENT: Přesně. Po dlouhý době jsem ho potkal, měl jsem z toho radost, jezdil tahačem a v tom městě se moc neukazoval a prostě takhle jsme to oslavili.

TAZATEL: A když bysme se podívali na jinej příklad tohle je typický, ještě když si vzpomeš na cestě z hospody jsi šel obvyklou cestou nebo někudy, kde je větší šance že potkáš někoho známýho.

KLIENT: No bylo to tak vlastně no, šel jsem jinou cestou. Šel jsem takovu zapadlou uličkou okolo takovýho squatu. Tam byla pravděpodobnost, že někoho potkám. V podstatě v tý době nebyl ten vztah dobrej, bylo to rok před rozchodem. Už mě nijak nevzrušovala. Občas hádky, jo vona, jasně vona děla servírku, proto šla dřív. Ona byla o víkendu v práci a proto já sem moh lítat s tamtim kámošem. Zajímavý jak si člověk vybaví ty věco, co. Je pravda, že jak jsem byl v těch Beřkovicích tak jsem vzpomínal, se tam ptala psychologka s doktorkou na ty chutě. Že člověka takhle vedou k nějakým věcem, který si neuvědomuje.

TAZATEL: Zdá se mi, že když si nedáš pozor a děláš takový malý rozhodnutí který tě ale nakonec přivedou právě k tomu, že se vystavíš nějaký rizikový situaci. Pro mě byla důležitá informace, že jsi začal pociťovat nepohodu v tom vztahu a jak to bylo třeba s tím volným čas nebo tou prací. Dařilo se ti naplňovat volnej čas něcím co se ti líbilo?

KLIENT: Práci jsem neměl v tý době. Já jsem prodával trávu skoro celej život. Dřív jsem vařil po horách, pak jsem toho musel nechat, protože jsem začal brát nebo skončila sezona. Pak jsem dělal vejškový práce jako střechy. A myslim, že v tý době jsem neměl práci. Bylo to nějak v zimě

TAZATEL: Takže to svým způsobem byla stresová situace?

KLIENT: Možná, že ještě nějaký tlak doma od přítelkyně. Já v tý době bral opiáty. Takže já spíš jsem šahal po těch drogách vždycky když jsem potřeboval...líbil se mi ten pocit pohody ten pocit takovýho zklidnění. Mám další vlastně případ. Vyšel jsem z vězení. Byl jsem ¾ roku čistej. Nasadili mi interferon léčbu a já se dostával do nějakých stavů jak si tělo na to začalo zvykat, nějaký psychický problémy jsem měl

takový pomalu depresivní stavy, tak jsem šel na infekční k doktorce ta měl poslal k psychiatrovi. Ten mi nabízel nějaký léky. A přitom jak jsem tam šel pro léky tak ze mě vypadlo že jsem byl závislej na drogách. Takže mi je nenapsal, napsal mi něco jinýho což jsem nebral. Na to jsem zavola svému dealerovi a zavolal jsem mu vo heroin. A to jsem říkal psychologce. To byl můj poslední relaps a skončil tady na Magdaléně po dvou letech bez braní.

TAZATEL: Takže tady u toho relapsu co si myslíš , že ho spustilo?

KLIENT: Já jsem nad tím v podstatě přemýšlel. Oni ty deprese nebyli nějak, to snad ani nebyly deprese. Nějak jsem si to odůvodnil, protože jsem moh kouřit marihuanu, to mi ta doktorka povolila, ale to mi nestačilo. Tak jsem si nechal předepsat nějaký prášky to by mi taky prošlo, ale tomu doktorovi jsem v poslední chvíli řek, že jsem byl závislej na opiátech. To mě navedlo taky tohle to.

TAZATEL: A on teda stanovil nějakou diagnózu když ti něco předepisoval?

KLIENT: On mi chtěl napsat imotrivin, ale to mi neseď jako. Nemám rád prášky po kterym si lehnu a spim. Potřebuje ten opiát. Víš co oni na tebe někdy přijdou když jseš venku, né někdy často při nějakých situacích. Moje spouštěče jsou, když je na na mě vyvíjenej tlak. Nějakej větší a já si pak nevím rady jak to řešit. Nějaká bezvýchodná situace to je můj spouštěč to už mám vyzkoušený to vim.

TAZATEL: Takže k tomu nenajdeš nějakou obranou reakci, která by ti pomohla, že jo? Vlastně šáhneš po něčem co tě uvolní, zklidní.

KLIENT: Máma vlastně...V tý době jsem bydlel u rodičů, vlastně jsem neměl vyřízenej invalidní důchod, kterej jsem měl dostat. No a peníze nějaký, brigádu.

TAZATEL: A to jsi bydlel u rodičů?

KLIENT: V baráku a občas na mě přišli ty chutě. Dařilo se mi je zahánět. Občas jsem šel na pivo, to mi doma tolerovali a byl jsem tam jako ve vězení.

TAZATEL: A co ti vadilo?

KLIENT: Že jsem pod dohledem, protože věděli, že jsem párkrát zrecnul.

TAZATEL: Takže se tě vyptávali na věci který ti byly nepříjemné?

KLIENT: A furt mě hlídali kde jsem co dělám.

TAZATEL: A jak jsi organizoval volnej čas. Čím jsi ho naplňoval?

KLIENT: Dělal jsem třeba dřevo doma a hlavně a pak už jsem ani tu fyzickou práci nemoh dělat když jsem si pýchal ty injekce interferon. To už fakt nešlo. Koukal jsem na televizi a vlastně moře volnýho času. Dopoledne sám doma. To už jsem plánoval jak to udělat. Vlastně ani teď nevím až budu venku ja s tím budu bojovat. Protože to jsou furt situace, který se budou pořád opakovat.

TAZATEL: Zase na druhou stranu jsi prožil situace kdy jsi tomu odolal takže nějakej způsob znáš a jseš schopen ho využívat.

KLIENT: Určitě pomůže intimní vztah. Podpora rodiny nějaká a hlavně ta zábava. Prostě nemít ten čas a najít smysl života.

TAZATEL: A určitě před tím než jsi začal brát jsi něco dělal co tě bavilo a naplňovalo nějakým smyslem. Vzpomeneš co to bylo?

KLIENT: Určitě. Jsem rybařil, houbařil, turistika vlastně všechny zimní sporty.

TAZATEL: Ty jsi vlastně dělal kuchaře na horách takže tam jsi mohl lyžovat.

KLIENT: No jasně a když jsem byl malej tak jsem hrál hokej za Boleslav.

TAZATEL: A máš třeba 3 příklad toho relapsu? Teďka jsi vlastně uved ten poslední a před tím ten první.

KLIENT: Když se naštvu.

TAZATEL: A co tě naštvu nejvíc?

KLIENT: Když jsem se pohádal po telefonu s přítelkyní.

TAZATEL: A co v práci?

KLIENT: Tam jsem se taky hádal, nevím jestli bych to nazval relapsem, ale asi jo. Jsem se pohádal na horách, nechtěl mi dát poslední výplatu, ono se to někdy dělá po těch sezonách. Mi to zkrouhnul vo pár tisíc. Ale ještě jsem měl dělat asi půl měsíce a já jsem šel prostě vedle do hospody a koupil si vod týpka a pak jsem už tam nepřišel. Teď nevím jestli jsem si dal v práci, ale asi ne.

TAZATEL: Ta hádka v práci s někým, která tě rozhodila a začal jsi brát.

KLIENT: Byl to takovej začátek mého dalšího rozjezdu. Si taky pamatuju, po telefonu s přítelkyní jsem se pohádal. Jsme se rozešli po telefonu. Já jsem byl na detoxu v Liberci. Sem se na to vykašla, podepsal revers a ještě v Liberci jsem si koupil. Ale zase jsem měl relaps kdy bylo všechno v pohodě. Měl jsem práci s rodinou v pohodě.

TAZATEL: A bylo to spojený s takovým pocitem, že už žádný problémy nemám a mám to tedy za sebou?

KLIENT: To bylo po škole to jsem snad chodil na tu vyšší odbornou do Kladna.

TAZATEL: A když si vzpomeneš na tu situaci po tom relapsu jak bys popsalo svoje emoce když si najednou relapsoval takovým tím nekontrolovatelným způsobem viděl jsi že jsi začal nekontrolovatelně brát, jak ses po tom cítil?

KLIENT: To je různý.

TAZATEL: Třeba když si vzpomeneš na ty 3 způsoby jak jsi říkal. Ten první jak jsi vlastně šel z té hospody tou úplně jinou cestou jak ses pak začal. Kdy jsi abstinovat a pak prásk ho a najednou jsi bral.

KLIENT: To sem ani výčitky neměl. Spíš jsem se bál aby to nepoznala ta přítelkyně pak a že budu muset vysvětlovat kde jsem byl.

TAZATEL: Takže jsem bál o ten vztah o sebe moc ne?

KLIENT: To jsem vůbec nečekal jaký to bude mít důsledky. Pak třeba mám relaps. Tohle bylo s pervitinem jak jsme teď mluvily.

TAZATEL: A ten pervitin. To bylo po tom co jsi měl partnerku a neměl práci a nudil jsi se. Tak ten pervitin má přece opačné účinky než ty opiáty. To byla náhoda, že jsi se k němu dostal. Chtěl jsi experimentovat. Bylo tam nějaký rozhodování?

KLIENT: Ne to sem byl tam na tom squatě, tam ty lidi berou pervitin.

TAZATEL: Takže to bylo spíš tím místem.

KLIENT: Opiáty bere určitá skupina lidí a hlavně já mám závislosti na obojím. Já to jako prokládám.

TAZATEL: Jo a ty jsi ještě chtěl popsat ještě jeden případ toho relapsu.

KLIENT: Že se třeba u těch opiátů. Tam prostě když jsem relapsoval tak jsem věděl, že budu volat znova. Ale řek jsem si třeba za tejdén. Tam jsem měl třeba hroznej strach z té fyzický závislosti. A pak když jsem spadnul do té fyzický závislosti... No a pak jsem nevěděl jak to říct, protože jsem s tím jako fakt potřeboval pomoci. Další důvod, že jsem zrelapsoval byly peníze, že jsem neměl peníze. Řek jsem si když budu prodávat drogy, že to nějak uhlídám.

TAZATEL: Tzn. že jsi neměl peníze na živobytí nebo na drogy?

KLIENT: Na drogy.

TAZATEL: A nemohl jsi třeba sehnat práci?

KLIENT: Prostě já jsem zvyklej na rychlý peníze v té práci a hlavně v tom městě kde jsem bral jsem byl známej. Takže to byl problém.

TAZATEL: Takže tam byl problém s prací takže tě jako narkomana nechtěli zaměstnat.

KLIENT: Je lepší zavolat nakoupit si a pak to prodat. A pak byl průser když sem to začal vyrábět, pervitin. To byl průser to už se nedalo zastavit. To mi pomohlo pak až vězení .

TAZATEL: A ty zkušenosti s tím co jsi prožil pomohly ti nějak v tom, že jsi změnil svoje chování nebo přemejšlení v tom že třeba už příště ses zachoval jinak, že jses dostal do nějaký těžký situace ,ale nezrelapsoval jsi, byl tam nějakej takovej moment, poučení se z toho co se stalo.

KLIENT: Určitě bylo. Já teďka, už delší dobu bydlím v baráku u matky. Takže z města musím chodit pěšky 5 kilometrů, když jdu na pivo a když mám ty chutě nebo potkám nějaký známý lidi. Tak jsem zavolal domu, jestli pro mě můžou přijet, že se cejtim ohroženej a přijeli pro mě a vlastně mě zachránili, protože když jsem to neudělal tak jsem se nafetoval. Někdy jsem nezavolal úmyslně, protože jsem si říkal, to si dám. To na mě doma nikdo nepozná. Někdy se mi to dařilo skrývat, že jsem jednou za tejdne si dal, půl roku 3/4 , za 14 dní.

TAZATEL: Takže jsi neabstinoval kvůli sobě, ale aby se to nepoznalo třeba, aby to nepoznala máma.

KLIENT: Pomáhalo mě to držet. Jako držet v určitim řádu.

TAZATEL: Záleželo ti na tom, co si o tobě ta máma myslí a aby neměla starosti.

KLIENT: No jasně no. Jako čím jsem měl víc těch relapsů tak už jsem se to pak snažil držet v rovině. Sem byl třeba na výjezdu v těch Beřkovicích. Nás na Vánoce pustili domů. A tam prostě říkali když se napijeme, že to musíme hned nahlásit v tý léčebně. A já už prostě jsem si řek, že se prostě napiju. Šel jsem k nám do hospůdky, samozřejmě kam choděj kámoši feťáci. Dal jsem si 3 pivka a zase někdo přišel, já už takovej v náladičce a zeptal jsem se, jestli něco nemá. Když už se můžu přiznat k tomu tak už se můžu přiznat k tomu, že jsem i zrelapsoval. A zajímavý je, že když jsem byl na záchodě a aplikoval si to tam tak mi pak došlo co to dělám normálně jsem tu stříkačku vytrh a dal si jen půlku tý dávky a zbytek zahodil. Pak jsem měl celý Vánoce výčitky, že jsem to udělal. Prostě si myslím, že člověk si k tomu musí dojít sám.

TAZATEL: Takže už jsis nevzpomněl, že bys měl něco maskovat, aby někdo něco nepoznal, ale bylo to z tebe samotnýho. Vlastně jsis říkal, já už nechci. Ne že já

nesmim, protože by máma byla smutná, ale řek jsi já nechci a v ten moment ti to pomohlo přerušit ten nájezd do toho.

KLIENT: Jasně. Celý Vánoce mi to vrtalo hlavou co jsem to udělal. Já jsem jinak v tomhle hrozně lehkomyšlněj. Protože ty drogy neberu jako velkou hrozbu, furt si říkam proč si občas nedat.

TAZATEL: Ještě by mě zajímal jeden moment toho sebeovládání, že když máš nějakou chuť a máš možnost někam jít, tak si řekneš, ne já tam nepůjdu, protože tam bych si mohl tu drogu koupit. Měl jsi někdy takový stav?

KLIENT: Určitě.

TAZATEL: Protože to je také taková prevence relapsu.

KLIENT: Takovejch stavů jsem měl nespočetně, ale nespočetně jsem tomu taky podleh.

TAZATEL: Máš pro to vysvětlení, proč se to někdy daří a proč ne?

KLIENT: Zřejmě je to v náladách.

TAZATEL: A v jakých jsi byl když se to dařilo a nedařilo?

KLIENT: V tom tlaku. Třeba když jsem měl práci a chodil jsem třeba na autobus tak jsem musel přes takovej parčík a já se tomu vyhýbal, protože jsem věděl, že druhý den jdu do práce, neměl jsem potřebu. Měl jsem nový kamarády z tý práce. No prostě měl jsem zase nějaký život nový. Všichni doma byli rádi, prostě líbilo se mi to. Dobrý kontakty s rodinou. Ale když jsem neměl práci tak jsem to tam vyhledával to místo nebo v pátek když jsem se opil. Šel jsem do hospody. Tam jsem se napil a třeba v 6 mi jezdí autobus abych nemusel pěšky a tam jsem si to najednou rozmyslel, že bych si tam mohl skočit. A pak už to bylo. To už takový chvilkový, že s tím člověk ani nebojuje.

Já jsem takovej labilní, ale to asi všichni lidi co berou.



TAZATEL: Ale jsou situace při kterých je ta labilita nižší jak jsi popsal a tak se ti daří se těm rizikovým situacím vyhnout. Ještě by mě zajímalo, jak jsi popsal, že jsi relapsoval a začal jsi brát víc a víc tak to jakoby nějakým zvláštním se nepodepsalo v nějakých negativních emocích. Z hlediska toho tvého chování změnilo se nějak to tvoje chování tzn., že jakmile jsi relapsoval tak jsi začal víc vyhledávat ty rizikové situace třeba jak jsi šel tou jinou cestou, ale potom jsi tím svým chováním ty situace vyhledával.

KLIENT: Riziková situace je, že jsem šel třeba rovnou na to místo.

TAZATEL: Takže takhle to ovlivnilo to tvoje chování, že ses začal daleko víc rizikově chovat.

KLIENT: To je zajímavý tohle to. Celou dobu se nezdraví na ulici, vyhýbám se jim a pak stačí, že s nima strávím noc nebo víkend a najednou jsem člen tý smečky.

TAZATEL: A jaký je to pocit být členem tý smečky?

KLIENT: Takový pocit že je mezi svýma. Taková radost z toho dlouhého setkání, člověk má co vyprávět, ale časem je to. Já jsem vždycky cejtil, že mezi ně nepatřím. Oni byli moc takový hieny tam u nás. Pak mě to zas od nich táhlo pryč. Já jsem měl jen pár kamarádů třeba v Liberci, v Turnově jednoho, v Praze jednoho a ty sem takhle objížděl a i sem pro ně vyráběl. Ale to je známost třeba 20 let.

TAZATEL: A máš pocit, že ostatní tě jen využívali.

KLIENT: No jasně no. A třeba mě i udali u policajtů. Lichotili mi všechno a pak šli třeba proti mně. Ale stejně jsem mezi ně šel. Když jsem byl na drogách tak jsem to měl obrácený. Normálním lidem jsem se vyhýbal, myslel jsem si že maj něco proti mně.

TAZATEL: Myslel jsi, že jsou proti tobě zaujatý nebo že ti nerozuměj?

KLIENT: Že mi nerozuměj.

TAZATEL: Takže jsi hledal společnost, která ti bude rozumět.

KLIENT: Před něma jsem moh mluvit o čemkoliv.

TAZATEL: To je vlastně pravda.

KLIENT: Oni prostě nepochopěj co se ve mně děje, že mám občas chutě takový. V hlavě guláš nebo takový psychický potíže, prostě, že támhle nemůžu jít.

TAZATEL: A měl jsi nějakou zkušenost s tím neporozuměním, že jsi jim to řekl a stejně ti neporozuměli, onálepkovali tě, nepochopili nebo sis to spíš myslel. Nebo že tě pronásledují dokonce nebo ti dělaj naschvály.

KLIENT: Jako když jsem nebral drogy. A kdo jako že mě pronásleduje?

TAZATEL: ti co neberou, ti ostatní.

KLIENT: Ne to ne, já jsem byl takovej stabilní. Spíš nechápali rizika. Třeba když jsme dělali střechy v Hradišti tak jsem nemohl na náměstí. Tam se slejzali v takovym podloubí. Tak jako, že to není dobrý abych tam šel, protože jsem se jim snažil vyhýbat. No nepochopili to.

TAZATEL: Nepodpořili tě.

KLIENT: Jako řekli mi, že tam budou se mnou. Ale já jsem byl dole a nakládal jsem tašky na vozejk, který je vozí nahoru. A ten den stačil na to abych si vzal kontakt na týpka a ještě večer jsem ho kontaktoval. Možná už odpoledne když jsem šel na oběd.

TAZATEL: Takže jsi měl pocit že ti nepomohly?

KLIENT: Nikdy jsem jim to neřekl ale vinil jsem je z toho.

TAZATEL: Můžeme se krátce věnovat tomu, jak se ti dařilo zvládat ten relaps. Už jsi vlastně popsal tu situaci, že když máš možnost požádat o pomoc v rizikový situaci tak to ti hodně pomáhá. Napadá tě ještě něco, třeba když se ti daří v partnerských vztazích nebo se ti daří organizovat volný čas nebo práce kde se ti daří a neberou tě na hůl?

KLIENT: Dlouhou dobu mi pomáhalo v „AT“, ale to jsem nebral pervitin tam mi dávali Subutex a brali moč. To jsem dva roky nebral to mě drželo zpátky.

TAZATEL: Jako že jsi byl pod dohledem a někdo nad tebou stál.

KLIENT: Já to ale potřeboval. Beru 20 let s pauzama nějakýma.

TAZATEL: A ta frekvence těch relapsů se prodlužuje?

KLIENT: No prodlužuje, protože vždycky skončí ten člověk dole, na dně. Pak už tomu chce nějak předejít. Já vždycky už když jsem abstinovat tak půl roku tak jsem nebyl ostražitej.

TAZATEL: Už sis nedával pozor na ty rizikové situace nebo jsi aktivně něco nedělal, že jsi přestal něco dělat a něco nedobrého se rozeběhlo.

KLIENT: No už jsem třeba chodil bez toho bráchy a dovoloval si víc a víc.

TAZATEL: Takže jses vystavoval těm rizikovým situacím

KLIENT: Už jsem si víc dovoloval, ale pak jsem zjistil, že už nejsem pod dohledem, že už mi věřej a pak skrat občas jsem si dal. Ale pak se ty intervaly zkracují.

TAZATEL: A přestaneš to kontrolovat a už v tom jedeš.

KLIENT: Pak najednou člověk zjistí, že je v tom a že mu je špatně když si nedá. Nikdy jsem to nezastavil. Už jsem věděl, ty brd'ó už mi začíná bejt špatně měl bych se na to vykašlat a nikdy jsem neměl na to sílu. Kdybych to udělal tak se za 3-4 dny, za tejdén oklepu a bylo by dobře.

TAZATEL: A šlo v ten moment zase požádat o pomoc tu mámu nebo bráchu zase jako před tím nebo si z toho měl strach?

KLIENT: Z toho jsem měl strach a jak jsem tady vyzoroval, plno lidí má tady strach jít za tátou nebo mámou a říct jim, že v tom zase lítaj. Lepší mít venku nějaký doléčování a tam to přiznat a ject teďka na tu podpůrnou jak jse teď koukal....

TAZATEL: Jvidíš to doléčování jak ti to připadá důležité z tohoto pohledu?

KLIENT: To je důležitý tole to.

TAZATEL: A víš, co se tam s tebou bude dít na tom doléčování?

KLIENT: Já sem to třeba viděl na tom Mělníce pana doktora Hampla. To bylo jako AT poradna nebo ambulance AT. Probírali jsme tam hodně témat. Já třeba venku nemám člověk co bych mu moh říct co mám za problémy. To doma nikdy nepochopěj nebo někdo známej. Co mě trápí zrovna a že budu potřebovat nějakou bič nad sebou.

TAZATEL: A tam kde teďka bydlíš u mámy tam takovou možnost nemáš docházet někam takže to budeš muset řešit. Vlastně se vrátit k mámě nebo být někdev nějakém městě, kde tohle budeš moct realizovat.

KLIENT: Tohle už mám rozhodnutá. Domu se nevrátím. Tuhle chybu už nebudu opakovat z toho jsem se poučil mockrát, kdybych to udělal tak budu relapsovát.

TAZATEL: V podstatě je to taková změna životního stylu.

KLIENT: Nový známí, nověj život. Ono to stojí hrozně moc úsilí, když se člověk vrátí tam kde bydlel. Zná ty lidi ví kde jsou, kde se pohybujou. Nebo když jde přes to náměstí a vidí je. To se jim bude vyhýbat nebo se trapně schovávat před nima. To stojí hrozně moc energie se jim vyhýbat. Stačí bej připitej nebo mít nějakou náladu, já když se naštvu. Jako já když tady slyším jak se lidi chtěj vrátit do starejch bytů nebo to tak jsem buď naštvanej nebo se směju.

TAZATEL: A v tomhle už máš jasno.

KLIENT: Úplně zavrhnout starý známí a jít do chráněnýho bydlení ty rozjezdový byty.

TAZATEL: A co zkušenost těch exuserů co se tady pohybujou. Ten už je venku, funguje a pracuje.

KLIENT: To je hrozně motivující. Vidim že to jde a to nadšení. Já se těším na naövej život a na nový zážitky. Těší mě že sem můžou tyhle lidi ject. Je to takový nabíjející.

TAZATEL: A ještě poslední věc chtěl bys aby tady na závěr něco zaznělo co by mohlo být důležitý.

KLIENT: Určitě mě překvapilo, že jsem si vzpomněl na tu uličku. Ona byla v práci a že to nebyla náhoda že jsem tam chtěl jít.

TAZATEL: A ještě něco.

KLIENT: Že jsem blbec a opakuju pořád stejný chyby.

TAZATEL: A tím mi odpovídáš mi na mojí poslední otázku. Měl jsi z něčeho obavy nebo bylo ti něco nepříjemného.

KLIENT: Ani ne ale jsem teď smutný z toho, že jsem mohl plno věcí udělat jinak. Možná jsem se bál té komunity v léčebnách je taková všehochuť. V komunitách mají lidé větší motivaci.

Anotace: Prevence relapsu je všeobecně považována za významnou oblast působení při léčbě klientů se závislostí na návykových látkách. Bakalářská práce obsahuje výsledky výzkumu příčin relapsu a používaných postupů prevence relapsu u tří klientů z léčebného programu pro terapeutickou komunitu. Výzkumná data byla získána kvalitativní metodou mnohonásobných explanatorních případových studií. Jako konceptuální rámec byl použit Marlattův model prevence relapsu. Výsledky výzkumu ukázaly, že nejčastější důvody relapsu jsou negativní působení sociální skupiny uživatelů návykových látek a dlouhodobější interpersonální konflikty klienta. Při analýze výsledků byly identifikovány možnosti dalšího rozvoje Marlattova modelu.

Klíčová slova: závislost na návykových látkách, prevence relapsu, případová studie, Marlattův model prevence relapsu, vědomí vlastní účinnosti

Abstract: Relaps prevention is generally considered as an important area of the clients with substance abuse treatment. Bachelor thesis contains the results of relapse causes and relapse prevention research for three clients using the treatment program for the therapeutic community. Research data were obtained using multiple qualitative explanatory case studies. Marlatt's model was used as a conceptual framework of relapse prevention. The research results showed that the most common reasons for relapse is the negative influence of social groups of drug users and long-term client interpersonal conflicts. Some opportunities for further development of Marlatt's model were identified during research.

Key words: drug addiction, relapse prevention, case studies, Marlatt's model of relapse prevention, self efficacy

## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

Jméno a příjmení autora: **Václav Grepl**

Studijní program: **Psychologie**

Studijní obor: **Psychologie**

Název práce: **Případová studie prevence relapsu u klientů s léčenou závislostí na návykových látkách**

Počet stran (bez příloh): **48**

Celkový počet stran příloh: **37**

Počet titulů české literatury a pramenů: **8**

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: **13**

Počet internetových odkazů: **2**

Vedoucí práce: **Mgr. Zuzana Janotková**

Rok dokončení práce: **2013**





**Posudek vedoucího bakalářské práce  
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta: Václav Grepl

Obor studia: Psychologie

Název práce: Případová studie prevence relapsu u klientů s léčenou závislostí na návykových látkách

Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Janotková

**Technické parametry práce:**

Počet stránek textu (bez příloh):

Počet stránek příloh:

Počet titulů v seznamu literatury:

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

**Výběr tématu**

Závažnost tématu

		x		
--	--	---	--	--

Oborová příslušnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	x			
--	---	--	--	--

**Formální zpracování**

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

		x		
--	--	---	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

--	--	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

		x		
--	--	---	--	--

**Metody práce**

Vhodnost a úroveň použitých metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

		x		
--	--	---	--	--

**Obsahová kritéria a přínos práce**

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

	x			
--	---	--	--	--

Naplnění cílů práce

	x			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	x			
--	---	--	--	--

\*\* 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Návaznost kapitol a subkapitol

	x			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

	x			
--	---	--	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

		x		
--	--	---	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Můžete obeznámit členy komise s výsledky výzkumu, které pokládáte za přínosné, nové?

Kde shledáte slabé místa ve své práci?

Jakým dalším výzkumným směrem by jste navrhoval aby se daná problematika obohatila?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Bakalářská práce „Případová studie prevence relapsu u klientů s léčenou závislostí na návykových látkách“ obeznamuje čtenáře s danou problematikou obsírně a detailně. V práci je vymezená důležitá terminologie, hodně prostoru je věnováno jak prevenci relapsu tak teoretickému vysvětlení výzkumné metody Marlattova modelu, se kterou pak student pracuje ve výzkumné části své práce.

Práce je zajímavá a podnětná. Poukazuje na téma prevence relapsu jako na důležitou a stěžejní oblast při práci s drogově závislými klienty. V celé práci je mnoho odborné terminologie z oblasti prevence a léčby drogové závislosti co může pro některé čtenáře z jiné oblasti být náročnější. Naopak na druhou stranu pro odborníky v dané oblasti může být práce předmětem k diskusi nad daným tématem.

Cílem výzkumu bylo pomocí získaných datech o klientech odpovědět na základní otázky v oblasti prevence relapsu a posoudit využitelnosti Marlattova modelu v procesu identifikaci příčin relapsu a pro výběr strategie prevence relapsu u vybraných klientů. Student zpracoval dané téma ve třech případových studiích klientů TK. Oceňuji výběr výzkumných metod, způsob práce na daném tématu, osobní vhlad do problematiky a v neposlední míře náhled a návrhy na základě získaných výsledků. Je škoda, že nebylo možné získat pro výzkum větší počet respondentů co dala práci širší rozměr k dané problematice.

Celkově hodnotím práci jako zajímavou, přínosnou a doporučuji k obhajobě.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: velmi dobře, výborně – dle úspěšnosti obhajoby

Datum, podpis: 2.9.2013



**Posudek oponentky bakalářské práce  
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta: Václav Grepl

Obor studia: Psychologie

Název práce: : **“Případová studie prevence relapsu u klientů  
s léčenou závislostí na návykových látkách”**

Vedoucí/oponent\* práce: Mgr. Zuzana Janotková

Oponentka: Mgr. Magdalena Koťová

**Technické parametry práce:**

Počet stránek textu (bez příloh): 48

Počet stránek příloh: 37

Počet titulů v seznamu literatury: 21

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

**Výběr tématu**

Závažnost tématu

--	--	--	--	--

Oborová příslušnost tématu

--	--	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

--	--	--	--	--

**Formální zpracování**

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

			X	X
--	--	--	---	---

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

		X		
--	--	---	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

			X	
--	--	--	---	--

**Metody práce**

Vhodnost a úroveň použitých metod

	X			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

		X	X	
--	--	---	---	--

Využití praktických zkušeností

		X		
--	--	---	--	--

**Obsahová kritéria a přínos práce**

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

--	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

	X			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

		X		
--	--	---	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

		X		
--	--	---	--	--

\*\* 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

	X	X		
--	---	---	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

		X	X	
--	--	---	---	--

### Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Jaký typ výběru participantů použil?

Proč se autor domnívá, že závislí lidé jsou schopni zvládat „závislostní chování“ pouze do věku čtyřiceti let?

Je zajímavé, že v empirické sondě se neukazují jako důležité, k potencionálnímu relapsu vedoucí, faktory životního stylu...čím si tuto skutečnost autor vysvětluje?

### Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Václav Grepl se v bakalářské práci zabývá složitou problematikou prevence relapsu u lidí léčících se ze závislosti na nealkoholových drogách. Text je rozdělen na část praktickou a empirickou. V rámci teorie nastiňuje autor modely prevence relapsu a to včetně možných intervenčních strategií. V praktické části práce předkládá kvalitativní výzkumnou sondu, kterou tvoří tři poměrně pečlivě vypracované případové studie klientů potýkajících se s relapsem. Pokouší se odpovědět na výzkumné otázky po hlavních spouštěčích relapsu a zkoumá též copingové strategie zvládání situací, jež mohou vést k tzv. nekontrolovanému relapsu. Velmi oceňuji volbu tématu, považuji je za aktuální (i když lze o problematice drog či relapsu nalézt mnoho literatury, v kontextu praxe se stále bohužel nezřídka potýkáme s nedostatečnou přípravou klientů na možné „selhání“). Problematika relapsu nabízí dle mého názoru stále mnoho podnětů k výzkumu. Autor evidentně ví, co chce, o dané problematice má přehled (získaný zazákladě studia i praxe) – to je z textu znát. Oceňuji autorovu schopnost analýzy jednotlivých modelů relapsu a jejich komparaci, včetně toho, že je, i na základě empirické výzkumné sondy, schopen nahlédnout jejich limity (například omezení tzv. Marlattova modelu prevence relapsu).

Empirická výzkumná sonda je provedena pečlivě, vzhledem k výzkumným otázkám autor vcelku vhodně zvolil metodu výzkumu, zpracování empirické sondy je přijatelné. Rozhovory s participanty jsou dobře a citlivě vedeny.

Bohužel, v práci shledávám i výraznější nedostatky:

- Práce se čte velmi obtížně, a to zejména ze dvou hlavních důvodů, jimiž jsou velmi nízká stylistická úroveň textu a technický, repetitivní způsob psaní (text by si zasloužil „proškrtnat a projasnit“). Autor disponuje, bohužel, dosti chudým jazykem, ale především má velmi výrazné potíže se skloňováním, s používáním rodů („ten determinant“!), s čárkami ve větách; vyskytují se i časté gramatické chyby, překlepy (již v názvu práce), nadbytečné mezery, časté opakování určitých výrazů, velká písmena nevhodně použita (DSMIV – rozepsaný název). Autor se nepouští do hlubších rozborů či filosofičtějších pojednání, celý text je velmi „pragmatický“, což autorovi nezalívám, jde o jeho specifický styl, nicméně v kombinaci se stylistickými problémy tato skutečnost velmi výrazně snižuje čtivost textu.
- Text je často psán v dlouhých blocích bez toho, aby autor používal logické dělení do odstavců.
- Některé věty nedávají příliš smysl (např. 1. věta kapitoly 1.3).

- Doporučovala bych lepší stylistickou propracovanost názvů kapitol tak, aby bylo jasné, o čem přesně kapitola pojednává – autor používá neúplné názvy typu: „popis modelu“, „nepřímé determinanty“ atp...
- Čestné prohlášení, poděkování a obsah(sic!) se do obsahu neuvádějí...
- V textu postrádám důkladnější metodologické zakotvení výběru participantů výzkumné sondy.
- Postrádám i důkladnou diskusi, jakou by si podobná výzkumná sonda zasloužila, i když na některé meze práce autor poukazuje v subkapitole 3.3. a v závěru...
- Ocenila bych též více citací zahraničních výzkumů dané problematiky.

Ačkoli mám k práci jako takové řadu výhrad, její základní sdělení a výzkumná zjištění považuji za velmi cenná. Je škoda, že tyto hodnoty snižuje opravdu špatná stylistická úroveň práce, která mne vede ke zhoršení hodnocení (nejhorší stylistika a gramatika ze všech prací, které jsem tento rok četla).

Závěrem: Práci připouštím k obhajobě.

Navrhovaná hodnocení: dobře

V Praze, dne 22. 8. 2013



Mgr. Magdalena Koťová