

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Mgr. Petra Poláchová

**Negativní emoční stavy jako příčina relapsu v kontextu doléčování -
kazuistika**

Negative emotional states as a cause of relapse in the context of aftercare -
case study

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: PhDr. Petra Vondráčková, Ph.D.

Praha 2023

Prohlášení

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

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

V Praze, 25.4. 2023

Mgr. Petra Poláčková

Poděkování

Ráda bych na tomto místě poděkovala PhDr. Petře Vondráčkové, Ph.D. za odborné vedení, pečlivost, cenné rady, komentáře a připomínky v celém procesu psaní této práce.

Identifikační záznam

POLÁCHOVÁ, Petra. *Negativní emoční stavy jako příčina relapsu v kontextu doléčování - kazuistika. [Negative emotional states as a cause of relapse in the context of aftercare – case study]*. Praha, 2023. Počet stran 43, počet příloh 1. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK 2023. Vedoucí závěrečné práce: PhDr. Petra Vondráčková, Ph.D.

Abstrakt

Východiska: Z praxe léčby i doléčování vyplývá, že adiktologičtí klienti se neorientují ve svém prožívání, vnímají jej jako ohrožující s obvyklou tendencí se mu vyhnout. Negativní emoce mohou figurovat jako spouštěče relapsu, z tohoto důvodu je důležité věnovat tématu emocí pozornost také ve fázi doléčování.

Cíle: Cílem práce je popsat, jakým způsobem se negativní emoční stavy a tzv. jádrové emoce podílejí na udržování závislostního chování ve fázi doléčování. V praktické části je představena terapeutická práce s klientkou se zaměřením na zpracování dvou relapsů, a to v teoretickém rámci kognitivně-behaviorálního modelu prevence relapsu a s využitím prvků psychoterapeutického přístupu Terapie zaměřené na emoce.

Metody: Byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu ve formě kazuistické ilustrace jedné klientky doléčovacího centra, která v rámci doléčování prošla zkušeností dvou relapsů. Etické aspekty práce byly dodrženy.

Výsledky: Kazuistika ilustruje motivaci klientky k vyhnutí se negativním emočním stavům prostřednictvím užití alkoholu a tím snadnému dosažení potřebného zklidnění a uvolnění od tlaků intrapsychických i vnějšího prostředí. Za spouštěče relapsů lze považovat dva hlavní zdroje: pocity osamělosti a negativní sebehodnocení. Prezentovaná kazuistika tímto potvrzuje hypotézu samoléčení, která je představena v teoretické části této práce.

Závěry: Práce s emocemi v terapii adiktologických klientů podporuje uvědomování si prožívání, kterému se klienti užíváním návykových látek vyhýbají. Kontakt se zraňujícími jádrovými emocemi vede ke zvědomění si dlouhodobě nenaplněných emočních potřeb a následné možnosti jejich uspokojení a tím ke zdravějšímu sebezacházení.

Klíčová slova: negativní emoční stavy, relaps, doléčování

Abstract

Background: Treatment and aftercare experience shows that addiction clients do not orient themselves to their experience, perceiving it as threatening with a habitual tendency to avoid it. Negative emotions can act as triggers for relapse, for this reason it is important to pay attention to the topic of emotions also in the aftercare phase.

Aims: The aim of this paper is to describe how negative emotional states and so-called core emotions contribute to the maintenance of addictive behaviour in the aftercare phase. In the practical part, the therapeutic work with a client is presented, focusing on the treatment of two relapses, within the theoretical framework of the cognitive-behavioral model of relapse prevention and using elements of the psychotherapeutic approach of Emotion-Focused Therapy.

Methods: A qualitative research method was chosen in the form of a case study of a client of an aftercare centre who had experienced two relapses. Ethical aspects of the work were observed.

Results: The case study illustrates the client's motivation to avoid negative emotional states through the use of alcohol, thereby easily achieving the necessary calming and release from intrapsychic and external environmental pressures. Two main sources can be considered as triggers for relapses: feelings of loneliness and negative self worth. The presented case study thus confirms the self-medication hypothesis presented in the theoretical part of this thesis.

Conclusions: Working with emotions in the therapy of addiction clients supports awareness of experience that clients avoid by using substances. Contact with wounding core emotions leads to awareness of long-unmet emotional needs and the subsequent possibility of satisfying them, thus leading to healthier self-care.

Keywords: negative emotional states, relapse, aftercare

Obsah

I Úvod.....	9
II Teoretická část.....	10
1 Doléčování.....	10
1.1 Vymezení následné péče a její cíle	10
1.2 Doléčovací program	11
1.2.1 Složky doléčovacího programu a jeho tým	11
2 Relaps	13
2.1 Definice relapsu.....	13
2.2 Terminologické rozlišení - laps, relaps	13
2.3 Prevence relapsu.....	13
2.3.1 Kognitivně - behaviorální model procesu relapsu podle Marlatta a Gordonové.....	14
2.3.2 Negativní emoční stavy jako jedna z příčin relapsu	17
3 Negativní emoční stavy jako motivace k závislostnímu chování.....	18
3.1 Negativní emoční stavy jako důsledek nenaplněných potřeb a princip samoléčení	18
3.1.1 Hypotéza samoléčení	18
3.1.2 Vybrané psychoanalytické koncepty závislosti	19
3.2 Kognitivně- behaviorální přístup - závislost jako naučená strategie.....	20
4 Terapie zaměřená na emoce.....	22
4.1 Jádrová emoční bolest	22
4.2 Transformace emoční bolesti.....	23
III Praktická část.....	27
5 Metodologie.....	27
5.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky	27
5.2 Výzkumný soubor	27
5.3 Kazuistická studie	28
5.4 Metody sběru dat.....	28
5.5 Etické aspekty.....	28
6 Úvodní kontakt s klientkou	29
6.1 Stanovení cílů doléčování.....	29
6.2 Lenčino dětství a partnerské vztahy.....	29
6.3 Vývoj závislostního chování a absolvované léčby	29
6.4 Vzdělání a pracovní kariéra	30
6.5 Aktuální sociální situace	30
7 Léčebné intervence	31

7.1 První sezení s klientkou	31
7.2 Témata řešená v rámci terapie: práce, stěhování, nové bydlení	31
7.2.1 Práce.....	31
7.2.2 Bydlení.....	32
7.3 První relaps.....	33
7.4 Druhý relaps	33
7.5 Přerušování procesu relapsu.....	35
7.6 Posun v emocích, nové způsoby myšlení a chování.....	35
7.7 Shrnutí.....	36
8 Diskuse.....	38
9 Závěry	40
10 Seznam použité literatury	41
11 Přílohy.....	43

I. Úvod

V bakalářské práci jsem se zaměřila na problematiku negativních emočních stavů a jejich významu při udržování závislostního chování v podobě relapsu. Téma jsem si zvolila na základě zkušeností z vlastní terapeutické práce s klienty ve fázi doléčování, kde je práce s relapsem akcentována, ať už v podobě prevence formou skupin prevence relapsu nebo v případě zpracování proběhlého relapsu. Vycházím při tom z kognitivně-behaviorálního modelu prevence relapsu autorské dvojice Marlatta a Gordonové, kteří definují pojem negativních emočních stavů jako jednu z kategorií vysoce rizikových situací předcházející relapsu (Wanigaratne a kol., 2008). Problematiku negativních emočních stavů jsem propojila s konceptem jádrových emocí a nenaplněných potřeb člověka, jak jej popisuje psychoterapeutický přístup Terapie zaměřená na emoce.

V teoretické části práce se věnuji vymezení základních pojmů - doléčování, relaps, prevence relapsu a dále hlavním teoretickým konceptům, které vysvětlují vznik a vývoj závislostního chování z hlediska aspektu negativních emocí. V poslední kapitole teoretické části je představen psychoterapeutický přístup Terapie zaměřená na emoce.

Praktickou část tvoří kazuistika klientky doléčovacího centra se zkušeností dvou relapsů, která byla mojí klientkou v rámci ambulantního doléčovacího programu. Cílem bakalářské práce je prostřednictvím této kazuistiky popsat, jak se negativní emoční stavy a jádrové emoce podílejí na udržování závislostního chování v kontextu doléčování.

V praktické části je zachována anonymita klientky, jejíž jméno bylo změněno.

II. Teoretická část

1 Doléčování

Přestože odborná adiktologická literatura zahrnuje fázi doléčování do poslední části terapeutického kontinua služeb, pro klienta je zpravidla obdobím začátku, spojeného s mnoha obavami a očekáváními, mnohdy také s „abstinenčními“ nejistotami, které se vztahují k ukončení léčby v chráněném prostředí rezidenčních zařízení.

Kuda (2008) uvádí, že tradičním termínem „doléčování“ byla definována fáze, která následuje po ukončení základní léčby závislosti a jeho původní náplní bylo posilování abstinence formou klubů abstinentů, opakovacími léčbami a různými posilujícími pobyty. Pojem „doléčování“ se z určitého pohledu kryje s pojmem „následná péče“, termín následná péče se však užívá i pro poskytování péče po jakémkoliv dosažení abstinence (Kalina a kol., 2001). Kuda (2008) konstatuje, že oba termíny jsou v podstatě používány jako synonyma, avšak termín následná péče je přesnější, neboť lépe vyjadřuje celé spektrum služeb, které klient v této fázi potřebuje.

1.1 Vymezení následné péče a její cíle

Dokument Koncepce rozvoje adiktologických služeb (2021) definuje adiktologickou službu jako zdravotní, sociální¹ případně jinou službu, která je poskytována s cílem zlepšení sociálního nebo zdravotního stavu klienta. Následná péče, jako koncepčně poslední typ takové služby a kam lze doléčování zařadit, se zaměřuje na podporu a udržení abstinence v období po léčbě. Jejím cílem je udržení dosažených změn v průběhu léčby, včetně udržení abstinence, prevence relapsu a sociální stabilizace klienta v oblasti základních jistot (bydlení, zaměstnání).

Obdobně Pavlovská, Dolanská (2015) uvádí, že následná péče tvoří poslední část procesu změny závislého, patří sem tedy intervence, které se navozené změny snaží udržet. Je založena na předpokladu, že pokračující podpora po léčbě může odstranit nebo zmírnit faktory, které jsou spojeny s relapsem (např. absence vztahové sítě, nezaměstnanost, nedostatečné zapojení do volnočasových aktivit) a naopak posilovat faktory spojené s udržení abstinence. Společným cílem služeb následné péče je pomoci klientovi v překlenutí období přechodu z léčby zpět do normálního života a příprava na problémy s tím spojené, udržení změny životního stylu a chování dosažených v léčbě a postupné osamostatňování se od služby.

Křížová (2021) uvádí, že doléčování má za cíl udržet fungující chování po léčbě, snížit riziko recidivy a dále pracovat s psychoterapeutickými tématy, která pacient v léčbě otevřel. Poukazuje na to, že neméně důležitou složkou doléčování je vzájemná podpora abstinujících a posilování motivace.

1 V systému sociálních služeb je doléčování jako služba následné péče vymezena v Zákoně o sociálních službách č. 108/2006 Sb., §64.

Výše popsané cíle následné péče se shodují v jejím zaměření na udržení dosažených změn získaných v léčbě, na podporu abstinence a změny životního stylu. Kuda (2003a) zdůrazňuje postupné rozvolňování vazeb klienta na daný program. Dále uvádí, že základním úkolem následné péče je pomoci závislému vracejícímu se zpět do „normálního světa“ pomoci vytvořit podmínky pro jeho abstinenci, přičemž právě stabilizace životního stylu závislého se jeví jako klíčový faktor ovlivňující efektivitu léčby závislosti.

Mezi další cíle následné péče můžeme zařadit získání a prohlubování dovedností, jak předcházet relapsu, podporu osobního růstu klienta a změn v sebepojetí, zvládnutí sociálních rolí. Konkrétní cíle pro každého klienta se však nastavují individuálně a podle jeho aktuálních potřeb (Pavlovská, Dolanská, 2015).

1.2 Doléčovací program

Jádrem všech služeb následné péče je doléčovací program. Programy následné péče obvykle navazují na základní léčbu, ať střednědobou v psychiatrických léčebnách či ambulancích, nebo dlouhodobou v terapeutických komunitách (Pavlovská, Dolanská, 2015).

Podle Konceptu rozvoje adiktologických služeb (2021) je doléčování realizováno ve dvou typech programů, v ambulantní nebo pobytové formě, s chráněným bydlením nebo bez něj. Cílovou skupinou jsou osoby, které absolvovaly ambulantní nebo rezidenční léčbu a aktuálně abstíní a dále také jejich rodiče, partneři a další blízké osoby. Intervencemi jsou např. individuální, skupinová a rodinná psychoterapie, prevence relapsu, sociální práce, poskytnutí chráněného bydlení, chráněného zaměstnávání/rekvalifikace a volnočasové aktivity.

1.2.1 Složky doléčovacího programu a jeho tým

Těžištěm doléčovacího programu je skupinový program v kombinaci s individuální prací s klientem. Mezi typy realizovaných skupin patří skupiny prevence relapsu, dynamické skupiny, tzv. růstové skupiny, dále pak specifické skupiny dle klientely, např. skupiny pro matky s dětmi. Otázkou je, jak vhodně skupinovou a individuální práci zkombinovat. Oba procesy by měly být transparentní a vzájemně se doplňovat, což vyžaduje schopnost terapeutického týmu spolupracovat, sdílet informace o procesu jednotlivých klientů a hledat společná řešení. Klient by proto měl být od počátku seznámen s tím, že garant není jedinou osobou, která je s jeho tématy obeznána (Pavlovská, Dolanská, 2015).

Garantem je terapeutický tým doléčovacího programu, který klienta provází procesem doléčování. Garant klientovi pomáhá se stanovením cílů doléčování a také se klient na něj obrací při řešení různých situací vznikajících v kontextu prvních samostatných měsíců života v abstinenci (dluhy, zdravotní komplikace, právní problematika, bydlení). Tým doléčovacího programu je obvykle multidisciplinární (psycholog, sociální pracovník, adiktolog, psychiatr). Kuda (2003a) v této souvislosti uvádí, že v oblasti následné péče je multidisciplinarita nezbytná a tým programu je nezbytné budovat na základě potřeb klientů. Zdůrazňuje, že ke speciálním dovednostem, kromě kvalitního výcviku v poradenství případně psychoterapii, patří osvojení si prevence relapsu.

Kromě výše uvedené individuální a skupinové práce s klienty patří k dalším složkám doléčovacího programu sociální práce, chráněné bydlení, chráněná pracovní místa a rekvalifikace, volnočasové aktivity, zdravotní péče a práce s rodinnými příslušníky (Kalina a kol., 2001).

2 Relaps

Vzhledem k tomu, že prevence relapsu tvoří v následné péči jeden ze stěžejních prvků doléčovacího programu, budu se této problematice podrobněji věnovat v následující kapitole.

2.1 Definice relapsu

Odborná adiktologická literatura nabízí různé definice termínu relaps, přičemž jeho vymezení je odvislé od konkrétní teoretické optiky k události relapsu.

Dle Kaliny a kol. (2001) můžeme relaps definovat jako návrat k pití nebo užívání jiných drog po období abstinence, často doprovázený obdobím příznaků závislosti. V souvislosti s relapsem hovoříme o souboru příznaků označovaných jako „syndrom porušení abstinence“ (deprese, rezignace, pocity viny, hněv), které prohloubí a upevní obnovené užívání drogy a mohou vést k dalšímu kolu drogové kariéry. Jako relaps bývá označováno opětovné užití (nikoli užívání) drogy poté, co závislý předtím došel k rozhodnutí s drogou skoncovat a prošel kteroukoli formou léčby (Kuda, 2000). V tradičním medicínském modelu relaps znamená recidivu (obnovení nemoci) a řešení bývá opakovaným nástupem do léčby (Kalina a kol., 2001). Právě potřeba kritického zhodnocení medicínského modelu byla důležitá při vzniku prevence relapsu, která vychází z biopsychosociálního chápání závislosti (Kuda, 2008).

2.2 Terminologické rozlišení - laps, relaps

Terminologicky se v odborné literatuře setkáváme s rozlišením pojmů laps a relaps. Kalina a kol. (2001) definují laps jako „uklouznutí“, neboli jednorázové užití návykové látky po období abstinence. Obdobně laps definuje Wanigaratne a kol. (2008, s. 21), kteří laps označují jako: „Jakékoli jednorázové porušení pravidel nebo souboru zásad, které si jedinec sám stanovil a které se týkají častosti nebo typu vybraného cílového chování.“ Rotgers (1999) zdůrazňuje pocit ztráty kontroly, respektive za laps označuje událost nebo situaci, ve které člověk může korigovat své chování a neztratit kontrolu. Relaps je pak definován jako návrat k předchozímu stavu, který je spojen právě s pocitem ztráty kontroly.

Millerová (2011) uvádí, že vzhledem k absenci jednoznačně definovaného rozdílu mezi lapsem a relapsem je nejlepší z hlediska léčebného procesu pohlížet na relaps jako kontinuum. Také Hendershot a kol. (2011) nabízí perspektivu relapsu jako dynamického, rozvíjejícího se procesu, spíše než samostatné nebo výsledné události. Obdobně kognitivně-behaviorální model prevence relapsu (podrobněji viz níže) nahlíží na relaps jako na proces s kognitivními, behaviorálními a afektivními složkami (Kalina a kol., 2008).

V praktické části této práce budu termín relaps užívat v pojetí výše popsaného konceptu procesu, ze kterého je možné se poučit a jeho zpracováním rozkrýt další souvislosti udržující závislostní chování.

2.3 Prevence relapsu

Teorie prevence relapsu vychází z bio-psycho-sociálního modelu chápání závislosti, která vznikla jako kritická reakce na tradiční medicínský model závislosti, který pojímá závislost jako nemoc (Kuda, 2003b).

Kuda (2008) hovoří o prevenci relapsu jako o cíli práce s klientem (posilování abstinence, předcházení relapsu) nebo jako o metodě, která si také klade za cíl relapsu předcházet, popřípadě snižovat jeho intenzitu, ale využívá přitom specifický pohled na schopnosti a kompetence závislé osoby. Filosofie prevence relapsu je pak na rozdíl od medicínského modelu vedena předpokladem, že závislost je výzvou k růstu nikoli nemoc, která člověka stahuje zpět. Velmi výrazně je v prevenci relapsu zdůrazňována participace závislého na celém procesu údravy, na který je klient expertem.

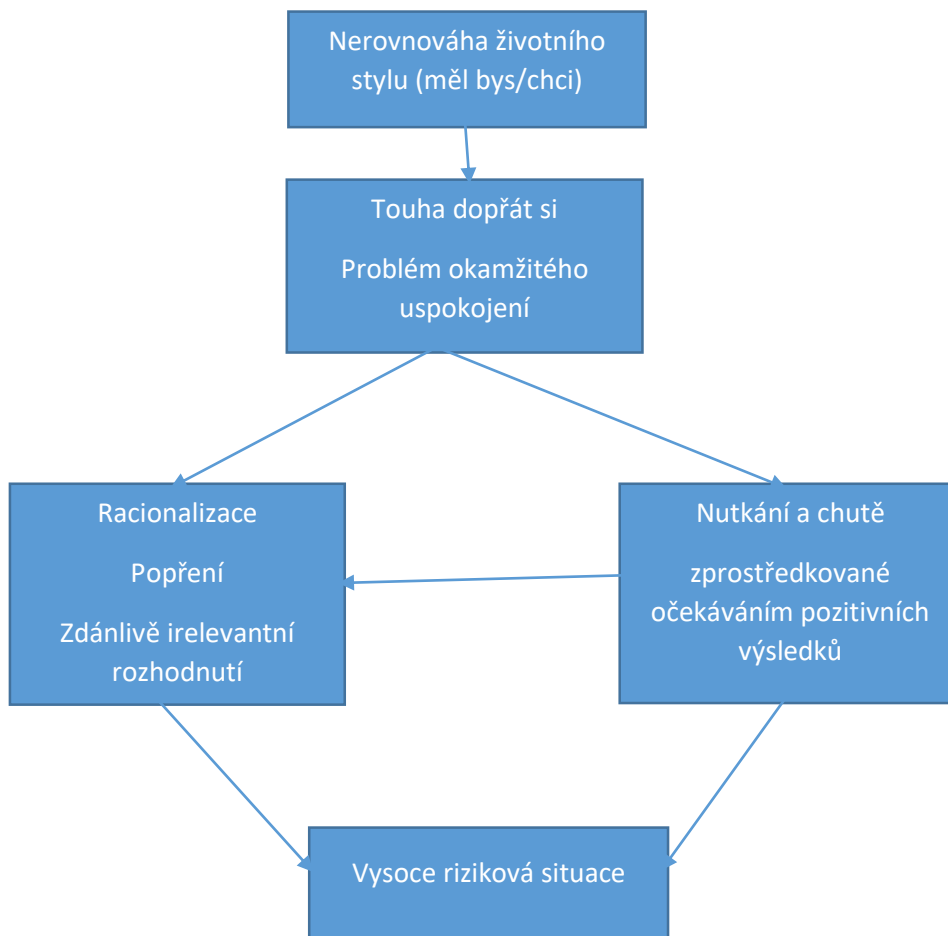
Wanigaratne a kol. (2008) specifikují, že přístup prevence relapsu je v první řadě založen na teoretickém modelu procesu relapsu, který navrhli Marlatt a Gordonová (1985). Mezi jeho specifické cíle patří zvýšení pocitu vlastní účinnosti společně s dovednostmi identifikovat rizikové situace, schopnosti je předvídat, vyhnout se jim nebo je bez újmy zvládnout. Pokud by k porušení abstinence již došlo, pak vybavit klienta strategiemi k tomu, aby se relaps plně nerozvinul.

2.3.1 Kognitivně - behaviorální model procesu relapsu podle Marlatta a Gordonové

Hendershot a kol. (2011) poukazují na to, že Marlattův kognitivně - behaviorální model prevence relapsu představuje alternativu k tradičním medicínským přístupům, které relaps pojmají jako stav představující selhání léčby. Marlattův model poskytuje současně jak teoretický rámec konceptu relapsu, tak soubor léčebných strategií, jejichž cílem je snížení pravděpodobnosti relapsu a jeho závažnosti. Millerová (2011) uvádí, že tento model má podporu ve výzkumných studiích v rovině teoretické i praktické (Laimer, Palmer&Marlatt 1999).

Hendershot a kol. (2011) ve svém review dále konstatují, že Marlattův model vychází z bezprostředně předcházející **vysoce rizikové situace**, široce definované jako jakýkoli kontext představující ohrožení návratem k závislostnímu chování. Příklady vysoce rizikových situací zahrnují jak emocionální a kognitivní stavy (například negativní afekty, snížená sebeúčinnost), tak vnější události nebo fyzické stavy. Zda-li vysoce riziková situace vyústí v laps závisí převážně na schopnosti jedince uplatnit účinnou **copingovou reakci**. Obdobně Kuda (2003b) uvádí, že Marlattův model za hlavní determinantu relapsu považuje fakt, jestli jedinec má nebo nemá reakce zvládnutí. Wanigaratne a kol. (2008) poukazují na to, že vysoce rizikové situace představují ohrožení pocitu kontroly (sebeúčinnosti) jednotlivce a zvyšují riziko potencionálního relapsu. Nešpor, Scheansová (2012) uvádí, že klient se učí rozpoznávat vysoce rizikové situace (zevní a vnitřní spouštěče) i faktory působící dlouhodobě (**nevyvážený životní styl a zdánlivě nevýznamná rozhodnutí**).

Tato část modelu relapsu je popisována jako tzv. **model skrytých předchůdců relapsu**, jedná se o procesy, které by jedince mohly vést do vysoce rizikových situací (Wanigaratne a kol., 2008), což můžeme ilustrovat v následujícím schématu:



Obr. 1 Skrytí předchůdci v procesu relapsu podle Marlatta a Gordonové (1985), zdroj: Wanigaratne a kol. (2008)

Nerovnováha životního stylu je v Marlattově modelu považována za východisko celého procesu. Je možné ji vysvětlit jako nerovnováhu mezi tlaky zvenčí, které nacházejí odezvu ve vnitřnělých kognitivních vzorcích („měl bych“, „musím“) a s vlastní intencí („chci“). Stres a nevyrovnanost pak umožňují vznik pocitů sebeprivace, které aktivují různá přesvědčení, například, že si člověk z určitých důvodů může dopřát drogy a tím se zvyšuje pravděpodobnost relapsu (Kalina, 2013). Wanigaratne a kol. (2008) konstatují, že někteří klienti si pocity sebeprivace akumulují, aby si vytvořili **přání okamžitého uspokojení** (fenomén „poslední kapky“). S pocity sebeprivace klient zažívá **nutkání a craving**.

Situace, kdy klient prožívá silnou potřebu dopřát si závislé chování je spojena s pocity viny. Pak nastupují obranné mechanismy, kterými se jedinec snaží redukovat tyto nepříjemné pocity. Klíčovými obrannými mechanismy jsou **racionalizace** a **popření**. To vede k plánování relapsu. Tento proces lze pak vidět jako sérii drobných rozhodnutí, kterým říkáme **zdánlivě bezvýznamná rozhodnutí** (Kuda, 2008). Wanigaratne a kol. (2008) uvádí, že série těchto malých rozhodnutí je klíčovým kognitivním mediátorem modelu procesu relapsu a přivádí

nakonec člověka do vysoce rizikové situace, ve které by mohl odolat už pouze morální „superhrdina“. Klient si tento proces neuvědomuje, nebo uvědomuje pouze částečně a často je schopen vidět vliv těchto rozhodnutí až zpětně.

Pokud se jedná o konkrétní postupy práce s klientem, nabízí Marlattův model **strategie a intervence**, jak již bylo popsáno výše, které se orientují na zvýšení sebeúčinnosti a posilování dovedností zvládnání. Nešpor, Scheansová (2012) shrnují, že intervenční strategie, které se v tomto modelu používají lze rozdělit na nácvik dovedností, kognitivní restrukturalizaci a zlepšení životního stylu. Kalina (2013) definuje, že vlastní terapeutická strategie má těchto pět složek: psychoedukace, zvědomování, hledání alternativ, nácvik chování, intervence k životnímu stylu. Upozorňuje, že prevence relapsu je i v rámci strukturovaného přístupu poměrně pružná a umožňuje začít odkudkoliv: od prevence v léčbě, kde se relaps doposud nepříhobil nebo od zvládnání syndromu porušení abstinence, pokud k relapsu došlo.

Wanigaratne a kol. (2008) rozdělují intervenční strategie prevence relapsu do dvou základních kategorií:

1. Specifické intervenční strategie – cílem je naučit klienta anticipovat a zvládat rizikové situace.
2. Globální intervenční strategie – zaměřují se na hlubší a dlouhodobější změny u klienta, jako např. intervence na změnu postojů, životního stylu, stravy, sebedůvěry a způsobu interpretování situací. West (2016) shrnuje, že ke komplexním strategiím se řadí zejména změna životního stylu a pěstování aktivit suplujících předchozí návykové chování, uplatňování technik kontroly stimulů a technik zvládnání nutkavé touhy. Jde o vypracování jakéhosi „jízdního řádu“, který by do života měl vnést nový smysl a řád.

Witkiewitz a Marlatt (2007) v knize Terapeutický průvodce na důkazech založené prevence relapsu uvádějí tyto klinické strategie ke snížení rizika relapsu:

1. Pomoci klientům pochopit relaps jako proces a událost a identifikovat časně varovné signály.
2. Pomoci klientům identifikovat vysoce rizikové situace a rozvinout kognitivní a behaviorální copingové strategie.
3. Pomoci klientům zlepšit komunikační dovednosti, mezilidské vztahy a sociální síť.
4. Pomoci klientům zvládnout negativní emoční stavy.
5. Pomoci klientům identifikovat a zvládnout bažení a signály, které mu předcházejí.
6. Pomoci klientům identifikovat kognitivní omyly.
7. Zvážit užívání medikace.

2.3.2 Negativní emoční stavy jako jedna z příčin relapsu

Jak již bylo zmíněno výše, vysoce rizikové situace jako jeden z klíčových prvků modelu procesu relapsu, ohrožují pocit sebekontroly a zvyšují riziko potencionálního relapsu. Marlattův model rozlišuje dvě základní kategorie - intrapersonální a interpersonální rizikové situace (Wanigaratne a kol., 2008):

Intrapersonální rizikové situace:

1. Negativní emoční stavy.
2. Pozitivní emoční stavy.

Interpersonální rizikové situace:

1. Interpersonální konflikty.
2. Sociální tlak.

Negativní emoční stavy patří mezi nejčastější skupinu vysoce rizikových situací. Zahrnují nálady a pocity jako jsou hněv, frustrace, úzkost, smutek, deprese a nuda, kterými se jedinec dříve pravděpodobně vyrovnával tím, že si dopřál závislé chování. (Wanigaratne a kol., 2008). Jejich podrobnějšímu vymezení a významu, který ve vzniku, rozvoji a udržování závislosti sehrávají, se budu podrobněji věnovat v následující třetí kapitole.

Pavlovská (2015) doplňuje, že z praxe doléčování vyplývají další možné příčiny relapsů, například zklamaná očekávání, chybějící ocenění, sociální izolace, sebemedikace či pocity osamění.

3 Negativní emoční stavy jako motivace k závislostnímu chování

Přestože je příčina závislosti odbornou komunitou pojmána multifaktoriálně, v kontextu bio-psycho-socio-spirituálního modelu, budu se v této kapitole věnovat pouze teoriím, které objasňují souvislost mezi psychickou bolestí a její regulací nebo kompenzací. Zaměřím se na psychologickou komponentu multifaktoriálního paradigmatu.

3.1 Negativní emoční stavy jako důsledek nenaplněných potřeb a princip samoléčení

Kalina (2015) v článku Koncept „potenciálu pro úzdravu“ v adiktologii upozorňuje, že zneužívání návykových látek má podle dvojice autorů De Leona a Melnicka své kořeny v obecnějších problémech – psychologických a vývojových. Typickým psychologickým rysem problémových uživatelů a závislých je nezralost, nízké sebehodnocení a problémy spojené s charakterem a životním scénářem. Vzorce užívání drog jsou méně podstatné než psychologické problémy a problémy se vztahy a s chováním v zátěžových situacích; na tyto se facilitace úzdravy musí zaměřit. Obdobně Hajný (2015) zdůrazňuje při vzniku a udržování závislosti příčiny psychologické a vztahové. Akcentuje, že pokud se léčba závislosti nezaměří také na hlubší vrstvy (narušené vývojové potřeby), může se stát, že z ní vyjdou „dočasní“ abstinenti, kteří budou hledat jiné formy kompenzace svých obtíží nebo se k užívání psychoaktivních látek znovu vrátí.

West (2016), který zpracoval kategorizaci teorií závislosti v publikaci Modely závislosti uvádí Teorii preexistující potřeby. Její hlavní význam spočívá v upozornění na potřebu řešit skrytou podstatu problému; nestačí jen léčit příznaky z odnětí nebo jiné důsledky závislostního chování. Jako příklady uvádí automedikační teorii, teorii citové vazby a teorii regulaci afektu. Upozorňuje na to, že u osob závislých na nelegálních návykových látkách je nápadně vysoký podíl těch, kdo byli v dětství vystaveni týrání a zneužívání; dostatečně je také prokázána výrazná souvislost mezi depresí a úzkostí v dětství a následným rozvojem závislosti na celé řadě návykových látek, včetně alkoholu a nikotinu. Tato zjištění vedla k závěru, že důležitým důvodem vzniku a přetrvávání vzorců závislostního chování je naplňování preexistujících psychologických potřeb. Takovou potřebou může být „přebití“ nebo zlepšení negativní nálady.

3.1.1 Hypotéza samoléčení

Teorie zaměřující se na vysvětlení vzniku a rozvoje závislosti, hledající její kořeny jsou především psychoanalytické a psychodynamické přístupy v terapii. Timulák (2014) upřesňuje, že jejich znakem je předpoklad, že psychopatologie souvisí s nevědomými motivačními konflikty, které jsou součástí osobnostních struktur i interpersonálních vztahů a jejichž kořeny jsou v osobní historii klienta, s výrazným vlivem raných zkušeností s důležitými osobami. Psychodynamické přístupy interpretují závislostní chování jako následek uvíznutí v některé z raných vývojových fází člověka (Vondráčková, 2015).

Kalina a kol. (2015) shrnuje, že v podstatě všechny psychoanalytické úvahy o původu závislosti od Freuda po současnost rozvíjejí **hypotézu samoléčení**. Návykové látky mohou být používány jako náhradní prostředek při zvládání nepříjemných psychických stavů, na které z různých důvodů člověku nestačí vlastní kapacita. Tato forma dosahování psychické rovnováhy či

integrity je relativně snadná a nevyžaduje angažování ve vztazích, dlouhodobé usilování a odklad uspokojení. Různé psychoanalytické teorie hledají vysvětlení pro to, z jakých důvodů člověk tuto snadnost vyhledává, upřednostňuje ji a propadá jí.

Obdobně Mikota (2009) rovněž hovoří o **samoléčbě**, jejíž hypotéza pochází z překladatelského období psychoanalýzy, která vznik závislosti podmiňuje snahou pozdějšího pacienta o neúspěšné úsilí harmonizovat svou emoční rovnováhu. Mikota konstatuje, že toto pojetí později nazývané snahou o samoregulaci (Khantzian, 2003) přetrvává v psychoanalytické literatuře dodnes.

Dvojice autorů Feingold, Bitan (2022) ve svém článku zmiňují Khantziana a Matého, kteří zdůrazňují povahu závislosti jako psychologického na zvládnání orientovaného mechanismu, ve kterém se zranění a traumatizovaní jedinci snaží vyrovnat nebo „**samoléčit**“ svůj distres užíváním psychoaktivních látek. Podle těchto autorů má užívání návykových látek orientovaných na zvládnání paradoxní povahu – zatímco psychoaktivní účinek způsobený drogou může občas nabídnout dočasnou úlevu od duševní bolesti, z dlouhodobého hlediska může být utrpení umocněno intenzivním užíváním látky a jejími fyzickými a psychickými dopady, zatímco přirozené mechanismy zvládnání jsou často inhibovány. Dále Feingold a Bitan (2022) poukazují na to, že koncept procesu samoléčení zaměřeného na zvládnání, umožnil lepší léčbu osob trpících závislostí a zároveň pokračující snahu o destigmatizaci spojenou se závislostí.

3.1.2 Vybrané psychoanalytické koncepty závislosti

Z psychoanalytických autorů věnujících se tématu závislostního chování zde uvedu koncepty autorů Wurmsera, Khantziana a Krystala. Tito jmenovaní autoři byli psychoanalytickými psychiatry, kteří se v sedmdesátých letech 20. století vrátili k problematice závislostí na návykových látkách a snažili se obohatit tehdejší, hlavně behaviorální (režimovou) léčbu o intrapsychický rozměr s pomocí skupinové psychoanalytické terapie v léčebnách a stacionářích (Mikota, 2009). U níže citovaných autorů lze vysledovat téma nenaplněných vývojových potřeb a užívání návykových látek jako způsobu samoléčení psychické bolesti z těchto nenaplněných potřeb plynoucí.

L. Wurmser popisuje u závislých osob kruté a **destruktivní superego**, které je ohrožuje strachem a zuřivostí a užívání návykových látek je pak pokusem úniku od těchto afektů. Tyto emoce jsou důsledkem **konfliktů** mezi psychickými instancemi a krutostí superega. Wurmser se domnívá, že tento stav pramení ze skutečných traumat z raného dětství (vystavení násilí, sexuálnímu zneužití, kruté opouštění, zrada, odtažitost rodičů). Tyto události vedou k neschopnosti přijmout autoritu, rebelanství a vzdorovitosti nebo ke krutosti vnitřní autority a pochybnostem o vlastní hodnotě. Návykové látky dočasně potlačí ohrožující vnitřní autoritu a neutralizují úzkost a pochybnosti, které by člověka a mohly ovládnout (Leeds, Morgenstern, 1999).

E. Khantzian na rozdíl od Wurmsera označuje podstatu problémů osob užívajících návykové látky v **deficitu** nikoli konfliktu. Jedná se o slabé stránky a nedostatky „**ega**“ nebo „**self**“ než konflikty mezi psychickými instancemi. Tato slabá místa ve struktuře „**self**“ se projevují v tom, jak se osoba chrání, usměrňuje se, pečuje o sebe a přemýšlí o sobě. Návykové látky pak

kompenzují tento deficit, jsou vyhledávány pro konkrétní specifický účinek drogy (Leeds, Morgenstern, 1999). Podle autorů z okruhu ego – psychologie nemá slabé Já vyvinutou potřebnou ochranu proti silným afektům a schopnost se uklidnit, navodit v organismu homeostázu (Kalina a kol., 2015). Hajný (2015) doplňuje odkazem na stejného autora (Khantzian), který formuluje tezi deficitu určitých psychických funkcí či **křehkosti Já**. Schopnost ovládat citové stavy byla narušena v době, kdy se měla přirozeně utvářet a ruší starý předpoklad o vnitřním konfliktu, který je řešen užíváním návykových látek. Nekontrolovatelné stavy pocházejí z raného dětství, kdy si dítě v jemné interakci s matkou zvnitřňuje některé prvky této péče a učí se „základní důvěře“. V optimálním vývoji si dítě odnáší zkušenost, že dokáže zvládat zvýšené napětí, strach, úzkost a silné emoce jak prostřednictvím toho, že se o ně podělí s druhými, tak i tím, že je „unese“ a nemusí se jich zbavovat.

H. Krystal představuje dvě teorie. První vychází z **teorie objektivních vztahů**. Tato teorie vykládá symbolický vztah závislého k droze, který je připodobňován ke vztahu k primárnímu mateřskému objektu. Návyková látka zde zastupuje roli matky a vztah závislého k ní se vytváří na základě porušeného vztahu s vlastní matkou. Závislý touží po sjednocení se svým ideálním objektem, ale zároveň se toho hrozí. V dospělosti si ve vztahu k návykové látce odehrává infantilní fantazie, přičemž se nestabilní osobní vztahy, zlostné chování, problémy s péčí o sebe a nutkání užívat návykové látky stává součástí destruktivního procesu, což Krystal považuje za základní dilema závislých. Druhá Krystalova teorie se soustřeďuje na narušené afektivní funkce, jev známý jako alexithymie. (Leeds, Morgenstern, 1999).

3.2 Kognitivně- behaviorální přístup - závislost jako naučená strategie

Kognitivně-behaviorální přístupy na rozdíl od psychoanalytických směrů v terapii soustředí svoji pozornost především na oblast myšlení a chování člověka. Dle Kaliny (2015), KBT chápe užívání návykových látek jako **naučenou kognitivně-behaviorální strategii**, která v životě uživatele dominuje při zvládnání každodenních problémů. Klíčovým faktorem je pak nízká schopnost zvládnání stresu a frustrace nebo selhání této schopnosti. Podíl zde má jednak zátěž negativních myšlenek a emocí a také nedostatek adekvátních strategií je zvládnout. Můžeme zde hovořit o způsobu, jak se vyrovnat s emoční a kognitivní zátěží určité situace při nedostatku jiných strategií zvládnání nebo aktuální nezpůsobivosti je použít (Kalina, 2013).

Souvislost mezi stresem a závislým chováním popisuje také Wanigaratne a kol. (2008). Závislé chování je vnímáno jako způsob a strategie pro zvládnání stresu, která přináší krátkodobou a okamžitou úlevu od potíží nebo strachu. Úleva od pocitů stresu a úzkosti je z principu úlevný prožitek, takže je pravděpodobné, že toto chování se bude opakovat.

Klíčovými pojmy kognitivně-behaviorální terapie jsou „sebeřízení“ a „zvládnání“. KBT se zaměřuje na učení se novým strategiím a dovednostem, jak zacházet s problémovými vzorci chování a poznávání (Kalina a kol., 2008). Klient je veden k tomu, aby analyzoval své myšlení a naučil se adekvátně reagovat na negativní myšlenky. V rámci kognitivní terapie je kladen důraz na koncept negativních automatických myšlenek, jejich identifikaci a vyhodnocování (Millerová, 2011).

Z okruhu kognitivně -behaviorálního přístupu se problematice závislosti věnuje Kuklová (2016), která uvádí, že nové druhy chování a komunikace a jejich nácvik postupně odstraňují vyhýbavé chování klienta, jako tendence nevystavovat se situacím, ve kterých opakovaně selhal a cítil se špatně. Návyková látka často funguje jako zabezpečení před nepříjemnými negativními emocemi. Přinese uklidnění, odvahu, kladné emoce a sebevědomí. Člověk se tedy nemusí vystavit své obavě plně a vědomě, má berličku.

4 Terapie zaměřená na emoce

Konceptu dlouhodobě nenaplněných potřeb se věnuje psychoterapeutický přístup Terapie zaměřená na emoce (Emotion-Focus Therapy, dále jen EFT), kterému se budu podrobněji věnovat v této kapitole.

EFT je integrativní humanistický psychoterapeutický přístup, který se v 80. letech vyvinul z přístupu zaměřeného na člověka (PCA) a gestalt terapie. Teorie a praxe EFT se formovaly pod vlivem dlouhodobého empirického výzkumu terapeutického procesu a terapeutické změny, přičemž v rámci tohoto přístupu byla vyvinuta vlastní teorie emocí, teorie psychopatologie a teorie psychoterapeutické změny. EFT existuje v individuální, párové a nově i skupinové formě (Fülep, Pilárik, Novák, Mikoška, 2021).

Tento směr integruje nejnovější poznatky a zjištění o teoriích a výzkumech emocí a neurovědy. Poukazuje na to, že emoce jsou centrální pro lidské fungování, dysfunkce i pro samotnou změnu. Problematické se stávají v důsledku traumat z minulosti nebo proto, že jsou lidé naučení je ignorovat nebo považovat za nedůležité. Emoce obecně poskytují přístup k tužbám a potřebám, které jsou zdrojem činnosti (Halamová, 2013).

4.1 Jádrová emoční bolest

Pojem jádrová emoční bolest vychází z teoretického konceptu EFT. Jádrová emoční bolest tvoří jádro tzv. maladaptivních emočních schémat, která obsahují nesnesitelné pocity a jsou aktivována nebo spouštěna interakcí s prostředím, při níž se život v dospělosti často podobá historickým okolnostem, které vedly k nesnesitelným emočním prožitkům v minulosti. Ačkoliv tato emoční schémata mohla v daných nepříznivých podmínkách v době původního traumatizujícího zážitku být funkční, po delší době mohou vyústit v maladaptivní fungování (Timulák, 2020).

EFT klasifikuje emoce do několika typů, rozlišuje primární adaptivní a primární maladaptivní, dále sekundární a terciární. **Primární adaptivní emoce** nás kontinuálně informují o tom, zda jsou v daný moment naplňovány naše základní (emoční) potřeby. Tyto emoce spouštějí adaptivní reakce vedoucí k naplnění emočních potřeb (Fülep, Pilárik, Nová, Mikoška, 2022). Primární emoce jsou přímé a původní reakce na situaci, např. hněv na poškození, strach na ohrožení, smutek na ztrátu, mají význam pro přežití a pohodu, rychle vznikají i odeznívají (Halamová, 2013). **Primární maladaptivní emoce** jsou rovněž okamžité emoční reakce, jsou však zatíženy minulými negativními zkušenostmi a signalizují chronické nenaplnění emočních potřeb. EFT vychází z předpokladu, že mezi základní emoční potřeby patří láska, přijetí, kontakt, ocenění a bezpečí. Pokud nejsou tyto potřeby především v raném dětství dlouhodobě naplňovány, dochází k rozvoji zmíněných primárních maladaptivních emocí, které jsou pak klíčové při rozvoji a udržování patologického prožívání a chování (Fülep, Pilárik, Nová, Mikoška, 2022). Příkladem primárních maladaptivních emocí jsou pocity bezmoci, neviditelnosti, nenormálnosti, nejistoty, základní pocit bezcennosti nebo studu (Halamová, 2013). Timulák (2020) identifikuje tyto tři hlavní skupiny jádrových zraňujících pocitů:

1. pocity související se strachem a děsem (jsem nejistý, napadený, prožívám děs);
2. pocity související se smutkem/osamělostí (jsem sám, necítím se milován);
3. pocity související s hanbou (jsem bezcenný, cítím se odmítaný).

Přestože jsou jádrové zraňující pocity pro daného jedince osobité, bývají obvykle obměnou výše uvedených tří trsů emocí. Pokud klienti přijdou do kontaktu s těmito bolestnými pocity, vyjadřují obvykle nenaplněné potřeby, které Timulák (2020) opětovně kategorizuje do tří oblastí:

1. potřeby bezpečí a jistoty;
2. potřeby lásky a sounáležitosti;
3. potřeby uznání vlastní hodnoty a působnosti.

Sekundární emoce vznikají zpravidla jako reakce na primární maladaptivní emoce a projevují se v podobě celkového distresu, tedy jako nediferencované nepříjemné pocity beznaděje, bezmoci, podrážděnosti, neklidu, napětí, reaktivního hněvu, chronické únavy apod. Často se manifestují v podobě symptomů různých duševních onemocnění či poruch, např. úzkostného nebo depresivního okruhu (Fülep, Pilárik, Novák, Mikoška, 2022).

Terciární emoce jsou emoce vyjádřené za účelem ovlivnění druhých, přičemž může jít o vědomé i nevědomé ovlivňování (Halamová, 2013).

4.2 Transformace emoční bolesti

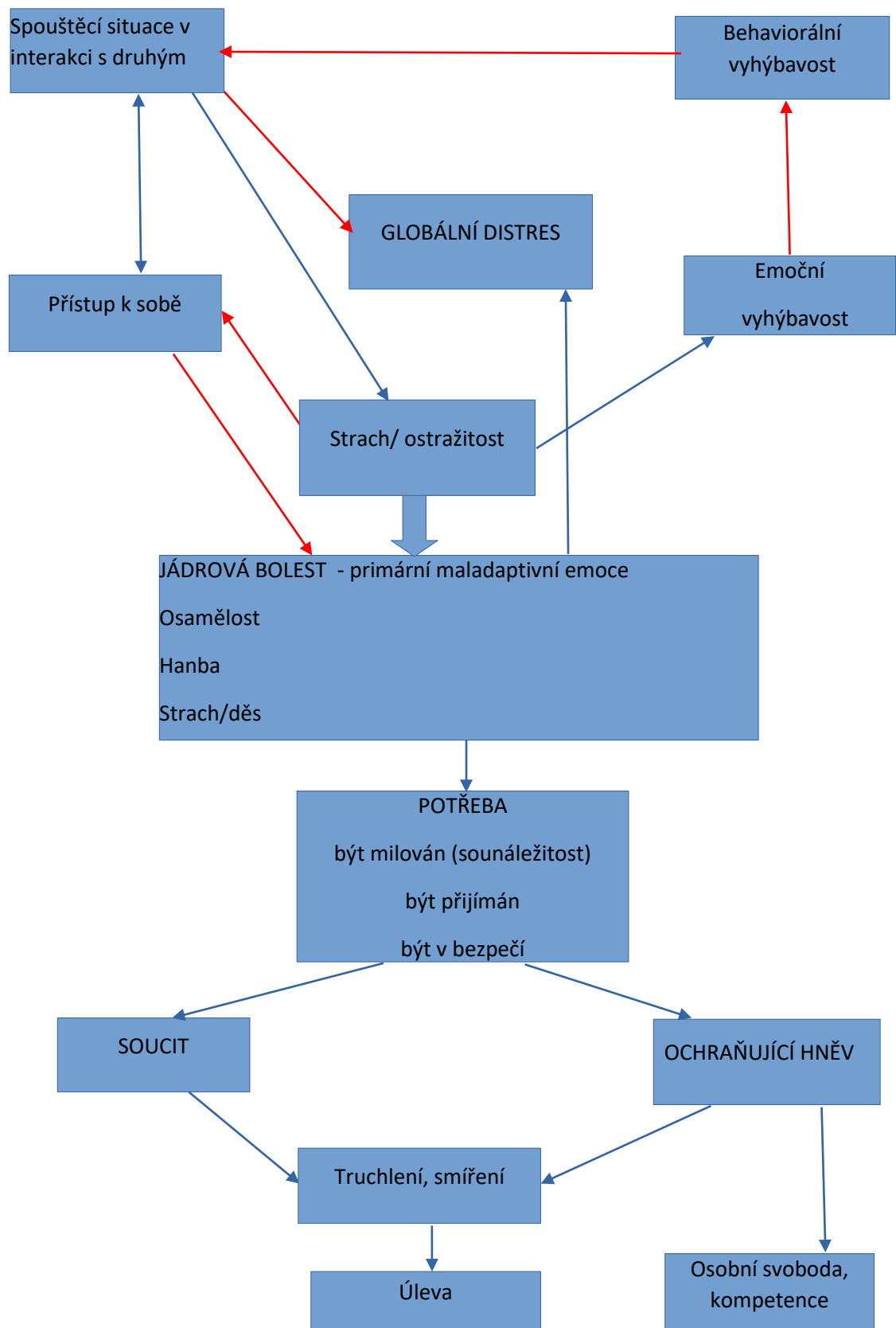
Timulák (2020) hovoří o EFT, která staví na principech prvořadě úlohy emocí a významu jejich přijetí a současně klade důraz na jejich transformaci a uvádí, že nejlepší způsob jak změnit emoci, je pomocí další emoce.

Hlavním úkolem EFT terapeuta je v rámci terapeutického vztahu kontinuálně klienta podporovat ve zpřístupnění, vyjádření a v transformování jeho primárních maladaptivních emocí a nenaplněných potřeb v těchto emocích obsažených. EFT přitom vychází z předpokladu, že pouze „tady a teď“ prožívaná jádrová emoční bolest, tedy pocity osamělosti, odmítnutí či ponížení, může s podporou empatického terapeuta pojmenovat to, co klientovi v daný okamžik nejvíce chybí, co potřebuje. Jinými slovy, základní emoční potřeby nelze zpřístupnit bez toho, aniž by klient plně prožíval primární maladaptivní emoce. (Fülep, Pilárik, Nová, Mikoška, 2022). Cílem terapie je propracování problémových emočních schémat. Terapeut pomáhá přinést emoce do vědomí, regulovat je, transformovat je a reflektovat je. Snaží se přitom dopracovat k **primárně adaptivním emocím**, které klienta informují o tom, co potřebuje, a umožňují přepracovat problémové emocionální schémata (Vybíral, Roubal eds., 2010). Terapeut pomáhá klientovi transformovat jádrovou emoční bolest prostřednictvím aktivování a rozvoje emocí adaptivních, tedy **soucitu vůči sobě** a **ochranného hněvu**. Klient pouze nepřijímá empatii a přijetí ze strany terapeuta, ale rozvíjí soucit a ochranný hněv rovněž ze svých vnitřních zdrojů (Fülep, Pilárik, Novák, Mikoška, 2022).

Kratochvíl (2012) konstatuje, že popsaná práce s emocemi v psychoterapii zaměřené na emoce se podstatně neliší od dynamické psychoterapie, která postupuje od abreakce traumatu přes jeho zpracování až po korektivní emoční zkušenost. Aby terapeut pomohl přijmout, prozkoumat a regulovat klientovy emoce, které jsou bolestivé a ohrožující, musí

nejprve vytvořit pevné terapeutické spojení. To je charakterizováno bezpečím, akceptací, podporou a oceněním. Shodně Halamová (2013) zdůrazňuje, že pro práci s emocemi klienta je nezbytné bezpečné, přijímající, podpůrné a empatické terapeutické prostředí, které pomáhá uklidnit distres a posiluje self. Obdobně Millerová (2011) v kontextu problematiky závislostí uvádí, že v rámci vztahu založeného na neodsuzujícím přístupu si klient může uvědomovat své intenzivní emoce a osvojovat si jejich prožívání, aniž by se nechával strhnout k nepřiměřenému jednání, což může přispět k rozvíjení klientova sebeuvědomění a posílit tak vědomí možnosti volby a uplatnění nástrojů sebekontroly, které mohou být efektivní pro léčbu závislosti.

Model transformace emocí



Obr. 2 *Rámec konceptualizace případu vycházející z modelu emoční transformace, zdroj: Timulák (2020)*

Timulák představuje model zpracování emocí cestou od sekundárních emocí (globální distres) přes primární maladaptivní emoce k potřebám a adaptivním emocím (soucit, hněv). Model vyjadřuje dynamiku přítomnou v organizaci self založené na emočních schématech jádrových zraňujících emocí klienta. Věnuje pozornost kromě výše zmíněných částí také interpersonálním a situačním spouštěčům, které emoční bolest vyvolávají; klientovu přístupu k sobě v kontextu těchto spouštěčů a způsobu, jakým tento přístup k sobě přispívá k bolesti. Rámec dále zachycuje strach z emoční bolesti, který pohání taktiky vyhýbavosti a emočního přerušování (Timulák, 2020). Halamová (2013) upřesňuje, že vyjádření emocí v terapii neznamená jejich ventilování, ale spíše překonání tendence vyhnout se silným zážitkům a vyjádření předtím potlačených emocí. Mechanismus vyhnutí se brání jejich zpracování.

III. Praktická část

V praktické části bude představena jedna kazuistická ilustrace včetně metodologie kvalitativního výzkumného designu.

5 Metodologie

5.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Výzkumný design této práce představuje kazuistika mapující práci s klientkou ve fázi doléčování, jejímž cílem je popsat, jak se negativní emoční stavy a jádrové emoce² podílejí na udržování závislostního chování. Kazuistika demonstuje zpracování relapsu s využitím prvků kognitivně-behaviorálního modelu prevence relapsu Marlatta a Gordonové³.

Pro dosažení cíle jsem si stanovila tyto tři výzkumné otázky:

1. Jakým způsobem se negativní emoční stavy a jádrové emoce podílejí na udržování závislostního chování a přispívají k relapsu?
2. Přineslo klientce zvědomění negativních emočních stavů, jako fenoménu zvyšující riziko relapsu nějaký pozitivní důsledek? Pokud ano, jaký?
3. Přinesly proběhlé relapsy pro klientu nějaký pozitivní důsledek? Pokud ano, jaký?

5.2 Výzkumný soubor

Pro svoji kazuistickou práci jsem zvolila klientku, kterou jsem potkala ve svém zaměstnání v roli terapeutky v doléčovacím centru. 42letá klientka se syndromem závislosti na alkoholu (dg. F10.2) nastoupila ambulantní formu doléčování v návaznosti na absolvování čtyřměsíční ústavní léčby. Alkohol užívala přibližně 10 let, má středoškolské vzdělání a pracuje jako administrativní referentka. Klientka je rozvedená, má jednu dceru. Je v pravidelné péči psychiatra, medikována (escitalopram). Pro lepší orientaci v textu jsem klientku pojmenovala jménem Lenka.

2 Termín jádrová emoce nebo také jádrová emoční bolest vychází z EFT (Emotion-Focused Therapy, Terapie zaměřené na emoce). EFT hovoří o tzv. maladaptivním emocionálním schématu, které vzniká na základě emocionálních (interpersonálních) zranění. Maladaptivní emocionální schémata obsahují intenzivní, velmi nepříjemné pocity prožívané jako osamělost/smutek, stud/ponížení nebo strach. Tyto emoce jsou zatíženy našimi minulými negativními zkušenostmi a signalizují chronické nenaplnění emočních potřeb (Fülep, Pilárik, Novák, Mikoška, 2022). Více o jádrových emocích zachycuje kapitola č. 4 v teoretické části této práce.

3 Teoretický model procesu relapsu Marlatta a Gordonové (1985) je představen v kapitole 2.3.1. teoretické části této práce.

5.3 Kazuistická studie

Miovský (2006) označuje případovou studii jako základní a jeden z nejrozšířenějších typů výzkumu v rámci kvalitativního přístupu, v jehož centru je případ. Dále uvádí, že se jedná o podrobné zkoumání jedné nebo více osob, které je zaměřeno na různé oblasti života, přičemž se v souladu s výzkumnou otázkou a cíli výzkumu snažíme sestavit obraz daného případu v co nejširších souvislostech. Jednou z variant případové studie je jednopřípadová studie, jejíž nejvíce frekventovanou formou je klinická kazuistika. Hendl (2005, s. 102) přirovnává případovou studii k mikroskopu: „její hodnota závisí na tom, jak dobře je zaostřená“.

5.4 Metody sběru dat

Sběr dat pro kazuistickou práci jsem čerpala z rozhovorů s klientkou a mých vlastních poznámek z nich, z písemného záznamu z úvodního vstupního rozhovoru s klientkou doléčovacího centra a pozorování.

5.5 Etické aspekty

Při zpracování této kazuistické práce byly dodrženy etické zásady a principy. Neuvádím zde na žádost klientky přesný název organizace a místo, kde spolupráce s klientkou probíhala. Bylo pozměněno jméno klientky, stejně tak údaje vztahující se k jejím rodinným příslušníkům. Ke zpracování příběhu klientky mi byl udělen její písemný souhlas ve formě „Informovaného souhlasu účastníka výzkumu“, který je součástí této práce jako příloha číslo 1.

6 Úvodní kontakt s klientkou

S Lenkou jsem se poprvé setkala bezprostředně po ukončení čtyřměsíční ústavní léčby závislosti na alkoholu. Lenka zahájila doléčování v ambulantní formě na doléčovacím centru, kde jsem byla její garantkou individuální léčby.

6.1 Stanovení cílů doléčování

Na začátku doléčování je ve spolupráci s Lenkou formulován individuální plán klienta, ve kterém jsou specifikovány dílčí cíle, kterých si Lenka přeje prostřednictvím služby následné péče s ohledem na své potřeby a možnosti dosáhnout. Mezi tyto cíle patří – nalezení nové práce, udržení samostatného bydlení v podnájmu, abstinovat od užívání alkoholu.

6.2 Lenčino dětství a partnerské vztahy

Z rodinné anamnézy vyplynulo, že Lenka vyrůstala s rodiči, kteří se ve věku jejích 8 let rozvedli. Poté žila Lenka s otcem a jeho novou partnerkou, z tohoto otcova manželství má jednoho nevlastního bratra a sestru. Na období soužití s otcem a jeho novou rodinou vzpomíná velmi nerada neboť nevlastní matka Lenku nepřijala a fyzicky ji trestala. Otec v době jejího dospívání hodně pil. V období přibližně patnácti let se Lenka vrátila zpět k matce, která se dlouhodobě léčila s depresí. To byl také důvod, proč po rozvodu rodičů byla svěřena do péče otce. V době Lenčiny dospělosti (Lence bylo 30 let) spáchala sebevraždu. Jak ve své původní, tak i druhé otcově rodině se Lenka cítila nemilovaná, byla hodně kritizovaná a rodiče ani nevlastní matka o ni nejevili zájem. Nevlastní matka upínala svou pozornost především k mladším sourozencům, Lenku vnímala spíše jako toho, kdo pomáhá s péčí o chod domácnosti a koho je potřeba k tomu využít. Otce popisuje jako citově chladného, autoritativního a přísného. Vztah k vlastní mámě vnímala jako odtažitý, jako malá nerozuměla této odtažitosti, nezájmu a absenci vřelosti. Jak Lenka uvádí, byla to ona jako dítě, kdo usiloval o její pozornost.

Lenka byla v minulosti jednou vdaná a z tohoto vztahu má dnes dospělou dceru. Manželství trvalo přibližně dva roky a Lence bylo dvacet let, když do něj vstupovala. Bývalý manžel byl o dvacet let starší a kontakt s ním dodnes neudržuje. Jak sama Lenka uvádí, patrně pro nedostatek sebevědomí si vždy vybírala určitým způsobem „handicapované“ muže, kteří jí nebyli rovnocennými partnery. V partnerských vztazích více dávala než dostávala. Bývalý manžel nadměrně užíval alkohol, Lenka z jeho strany zažívala fyzické napadání a psychické znevažování, brzy se proto rozvedla. V současné době partnera nemá, avšak udržuje přátelský kontakt s bývalým přítelem, který jí v krizových situacích vždy pomůže a může se na něj spolehnout.

6.3 Vývoj závislostního chování a absolvované léčby

První Lenčiny zkušenosti s pitím alkoholu začaly v období, kdy prožívala frustraci a úzkosti v manželství, v období přibližně dvaceti let. Alkohol (vždy pila pouze víno) jí pomáhal v úlevě od prožívaného stresu a zmírňoval pocity úzkostí. Po rozvodu začala docházet do pravidelné individuální psychoterapie, pro mírnou depresivní epizodu. V průběhu terapie si zpracovávala náročnou zkušenost prožitou v manželství. V nepravidelném mírném pití alkoholu pokračovala i v období po rozvodu, když si potřebovala ulevit od stresu. Ve věku kolem 27 let byla Lence diagnostikována středně těžká deprese, jejíž projevy se po nasazení medikace

výrazně zlepšily. První léčbě, kterou Lenka absolvovala v roce 2011 (střednědobá ústavní léčba) předcházela souběh několika náročných životních situací, po kterých se jak Lenka uvádí „rozpila“. Nejvíce Lenku zasáhla sebevražda mámy, výchovné starosti s dcerou v období její puberty a finanční problémy v podobě dluhů. Lenka žila v tomto období sama bez partnera a složitou psychosociální situaci musela zvládnout bez pomoci původní rodiny. Lenka čelila tlaku ze strany sociálních pracovníků sociálně-právní ochrany dětí, když dcera měla problém se školní docházkou. V tomto období měla také zkušenost se dvěma nedobrovolnými odchody ze zaměstnání kvůli alkoholu a často práce střídala. „*Tlaky ze všech stran*“, jak svou tehdejší situaci pojmenovává, vyústily v každodenní nadměrné užívání alkoholu a následné rozhodnutí pro nástup do léčby. Druhou léčbu, rovněž ústavního typu absolvovala Lenka v roce 2017 (předcházela naší spolupráci) z důvodu častých relapsů po dokončení doléčování navazující na první léčbu.

6.4 Vzdělání a pracovní kariéra

Lenka má dokončené středoškolské vzdělání s maturitou, obchodního zaměření. Po celý svůj pracovní život pracovala na různých administrativních pozicích jak v soukromých firmách tak ve veřejné správě. Naposledy, před nástupem do druhé léčby na studijním oddělení univerzity.

6.5 Aktuální sociální situace

Po návratu z ústavní léčby se Lenka vrací do společného bydlení v bytě s dcerou. Finančně je zajištěna částečným invalidním důchodem a plánuje hledat práci opět v administrativě, se kterou má dlouholeté pracovní zkušenosti. Zároveň je vysokoškolskou studentkou druhého ročníku oboru historie v kombinované formě. Historie a četba patří mezi její záliby.

7 Léčebné intervence

„Z pohledu integrované strategie úzdravy však ani v prvním období léčby nelze rezignovat na budování terapeutického vztahu, na průzkum obran a odporu proti změně, na objasňování sebepojetí, vnitřních potřeb a motivů, které vedou k závislostnímu chování, a tudíž by se mohly objevit jako spouštěče relapsu či překážky úzdravy, a v neposlední řadě na podporu struktur a organizace Já.“ (Kalina a kol., 2015, s. 121).

Výše uvedenou citací bych chtěla uvést následující kapitolu léčebné intervence. Popíšu v ní přímou práci s klientkou, která trvala dvacet měsíců, v jejím průběhu došlo u Lenky ke dvěma relapsům. Potkávaly jsme se po dobu prvních tří měsíců 1x týdně, další tři měsíce 1x za 14 dní, poté byla spolupráce rozvolněna na setkávání v intervalu 1x za měsíc. Forma ambulantního doléčování zahrnovala rovněž účast na tématické skupině prevence relapsu v intervalu 1x týdně po dobu prvních tří měsíců od zahájení doléčování.

7.1 První sezení s klientkou

Na prvním sezení se Lenka projevovala jako otevřená, komunikativní a motivovaná ke spolupráci. V projevu je po navázání kontaktu sdílná a spontánní. Vyvolávala ve mně dojem přátelskosti. Přichází s jasnou představou o svém dalším životě po ukončení léčby, avšak současně sdílí obavy o udržení abstinence, separace od dospělé dcery a zvládnutí povinností, které jí čekají (práce, škola). Plánuje se přestěhovat do jiného bytu a bydlet samostatně. Rovněž si potřebuje najít novou práci, tak, aby měla stabilní finanční příjem. V léčbě řešila téma vztahu s dcerou, přičemž si uvědomila, že pro jejich vzájemný vztah bude zásadní oddělené bydlení, které dceři umožní samostatný život. Dcera představuje pro Lenku významnou oporu a současně je její motivací k abstinenci. Dále hovoří o tom, jak režim léčebného zařízení byl pro ni příjemný, když měla „naprogramovaný“ den někým zvenčí. Poukazuje dále na to, že pravidelnost a režim jí pomáhají v udržení psychické rovnováhy.

7.2 Témata řešená v rámci terapie: práce, stěhování, nové bydlení

7.2.1 Práce

Lenka na dalších sezeních hovoří o hledání práce a obavách, jak skloubí přípravu do školy s prací. Byla zvyklá přípravu na zkoušky a psaní seminárních prací odkládat na posledních chvílích a prostřednictvím alkoholu zmírňovat úzkosti a stres z toho plynoucí. V tomto kontextu se její rozhodnutí přijmout práci částečný úvazek jeví jako dobré řešení. Vždy pracovala na administrativních pozicích, takže v tomto pracovním segmentu má dlouholeté zkušenosti. Poté, co je však k domluvené práci nepřijata s odůvodněním, že je pomalá, objevují se silné chutě na alkohol. Lenka popisuje dva předchozí nedobrovolné odchody z práce kvůli alkoholu spojené s **pocití ponížení**, které v konečném důsledku zapíjela. Přichází si na to, že kritika stran případné nadřízené aktivovala strachy a negativní sebehodnocení. Hovoří o **strachu z dalšího neúspěchu**, z toho, že se zase **ztrapní**, doslova říká „jsem neschopná“ a jako řešení volí odchod do pracovní neschopnosti (PN vystavená ošetřujícím psychiatrem klientky), a to 2. měsíc od zahájení doléčování. S odstupem času reflektuje své vyhybavé chování v podobě odkládání hledání práce i školní přípravy, jako tíživé a popisuje propad nálady. Tuto změnu

nálady společně s případným dalším dlouhodobým setrváním v pasivitě (pracovní neschopnost) vyhodnocujeme jako rizikovou situaci a ohrožení relapsem.

Při rozebírání situace přicházíme společně s Lenkou na následující dynamiku: negativní myšlenky o sobě (jsem neschopná), pramenící z toho, jak direktivně a kriticky se k ní vztahovali otec a nevlastní matka, později také manžel, vedou k **pocitům bezmoci a beznaděje**, které Lenku udržují v pasivním chování⁴ (nevařím, nechodím na procházky, neučím se, nechodím do školy, nehledám práci, vyhýbám se sociálním kontaktům). Na úrovni tělesných prožitků pak Lenka uvádí napětí a neklid. To v konečném důsledku vede k potvrzení původního negativního přesvědčení o sobě a touze je společně s negativně prožívanými emocemi potlačit alkoholem.

Podobná situace se Lence opakuje i při další pracovní zkušenosti (4. měsíc od zahájení doléčování), ovšem s novým řešením. Na brigádě v supermarketu, kterou přijala jako dočasnou, je stran nadřízené kritizována, že je pomalá, avšak kritiku ustává s tím, že potřebuje plán „B“ pro případ, že by byla vyhozena. Plán „B“ „budu se věnovat svému koníčku historie a průvodcování“, jako způsobu zacházení s pocity bezmoci, který Lenka nachází, lze vnímat jako posun směrem k adaptivnějšímu způsobu chování.

Na dalších sezeních téma práce odkrývá Lenčiny vysoké nároky na sebe sama. Lenka uspěla u výběrového řízení na pozici administrativní referentky v oblasti logistiky (6. měsíc od zahájení doléčování), z čehož má velkou radost. Má však dojem, že je toho v nové práci na ní hodně a chtěla by ji zvládat tak dobře, jako ostatní kolegové. Lenka se proto snaží podávat co nejlepší pracovní výkon. Po uplynutí tří měsíců však přichází značná únava. Lenka hovoří o nadřízeném jako o přísném a výkonnostně orientovaném člověku. Přichází si na to, že by si potřebovala říct o větší trpělivost, chybí jí ocenění a povzbuzení. Je to pro ni obtížné, neboť dosud nebyla zvyklá říkat si o pomoc. Modelujeme tedy nácvik rozhovoru s nadřízeným. Lenka si posléze skutečně v práci říká o větší trpělivost, má ze sebe radost, přestože situaci hodnotí jako stresující zážitek.

7.2.2 Bydlení

Další téma, které Lenka v rámci doléčování přináší je samostatné bydlení. Již má domluvený podnájem v novém bytě. Hovoří o **strachu** z toho, jak to zvládne, protože dosud nikdy nežila sama. **Pocity samoty** označuje jako svůj spouštěč touhy po alkoholu. V dětství je zažívala s rodiči, kteří si jí nevšíмали pro zaneprázdněnost vlastní prací a také pro jejich necitlivost a nevlídnost. Pocity samoty se objevují v souvislosti s myšlenkami na nové samostatné bydlení bez dcery. V rámci rodinné terapie absolvované během léčby si Lenka uvědomila, že její dospělá dcera (20. let) se potřebuje osamostatnit a žít svůj život v novém partnerském vztahu. Připouští, že je na ni nezdravě fixovaná, přičemž ji vnímá také jako kamarádku a významný zdroj opory. Tato kvalita jejich vztahu jí bude chybět nejvíce. V této souvislosti mluvíme o tom, jak kvalitu kamarádky hledat v jiných vztazích. Dcera jí také nastavovala hranice a byla pro ni v jistém slova smyslu rodičem, obdobně, jako Lenka svojí mámě. Téma

4 Srov. Teoretická koncepce KBT hovoří o vyhýbavém a zabezpečujícím se chování, EFT hovoří o behaviorální a emoční vyhýbavosti.

samostatného bydlení v Lence ožívuje také **strach ze svobody**, který se pojí s přijetím zodpovědnosti za svůj život. Hovoří také o **strachu z chybného rozhodnutí**, neboť si stále vyčítá, co v minulosti udělala špatně, zejména pojmenovává nevýhodná finanční rozhodnutí a nedostatečnou péči o dceru v období její puberty.

7.3 První relaps

Krátce po přestěhování do nového bytu (5.měsíc od zahájení doléčování) došlo u Lenky k prvnímu relapsu. Odehrál se o víkend, kdy neměla žádný program a z prožívané samoty a frustrace se chtěla nějak odreagovat. Oslovila proto dceru s tím, že zajdou do kavárny (zdánlivě nevýznamné rozhodnutí). Tam sobě objednala kávu a dceři kávu a víno. Relaps si tak podvědomě plánovala, když nejdříve svoje negativní emoce i s nimi spojený craving potlačila, avšak v kavárně objednané víno pro dceru bažení zesílilo. Cestou domů si v obchodě koupila celou láhev vína, kterou doma vypila.

Relaps Lenka zastavila a oznámila dle pravidel doléčovacího centra garantce a hovořila o něm také na skupině. Při jeho zpracování Lenka reflektuje, jak se těšila na to, až se v novém bytě usadí a pěkně si jej zařídí, avšak „padly“ na ni tísnivé pocity opuštěnosti. Blíže je prozkoumáváme, převládají **úzkost, smutek a zejména osamělost** (vysoce riziková situace), které spustily bažení. Chyběla jí dcera, což komentuje slovy: *“...chápu, že už je velká holka a potřebuje žít sama. Budu se teď učit žít svůj život a abstinovat sama pro sebe. Pokud mi to nebude přinášet radost, bude to fakt dřina“*. S dcerou také zůstala i po přestěhování v pravidelném kontaktu. Kromě **pocitů osamělosti** z odloučení od dcery se objevují také **lítost a zklamání** nad tím, jak v minulosti nemohla ovlivňovat svůj život, neboť se přizpůsobovala očekáváním druhým lidí. Objevuje se vzpomínka dětství, na to, jak jí život určovali rodiče a Lenka si připadala nedůležitá, trpěla nedostatkem pozornosti. Hovoří v tomto smyslu o promarněném životu. Objevuje se touha odměnit se a uniknout **pocitům samoty a frustrace**. Alkohol jak komentuje, pro ni v minulosti představoval možnost porušování pravidel, možnost určovat si život podle sebe.

Zkušenost prvního relapsu popisuje Lenka slovy... *“jako bych byla znovu na začátku“*. Objevuje se intenzivní a silné bažení. Po relapsu přichází s další situací, ve které představuje plán záchrany své na alkoholu závislé kamarádce. Plánuje její převoz do psychiatrické nemocnice. Odmítá hypotézu vysoce rizikové situace v podobě vystavení se jejímu pití (sociální tlak) a tím ohrožení vlastní abstinence, přičemž racionalizuje důvody pro důležitost této pomoci. Při prozkoumávání Lenčina plánu (zdánlivě nevýznamné rozhodnutí) si Lenka následně zvědomuje souvislost s **pocity viny** a dostává ujištění, že kamarádce pomohla dostatečně už tím, že ji vyslechla a nabídla jí svůj pohled na situaci. Odnáší si pro sebe poučení, že by měla více „čist“ rizikové situace.

7.4 Druhý relaps

Druhý relaps nastal po dalších čtyřech měsících spolupráce od prvního relapsu. Lenka jej zastavila a opět dle pravidel nahlásila své garantce. Popisuje jej následovně: Šla z práce domů a cítila se velmi unavená. Měla dojem, že se v práci hodně snaží, ale její snaha nepřináší výsledky ani vnitřní uspokojení, naopak, spíše kritiku a vyčerpání. Cítila **beznaděj a smutek**, také **vztek** na kolegu za to, že jí dělá „naschvály“. Tato směsice pocitů spustila bažení.

Prožívaná únava byla ještě umocněna přípravou a stresem z nadcházejících zkoušek ve škole. Lenka nedokáže vysvětlit, proč šla cestou domů jinou trasou než obvykle (zdánlivě nevýznamné rozhodnutí). „Šla jsem cestou z práce jinou trasou domů a ještě jsem se zastavila v malých potravinách. V hlavě jsem měla najednou černo, nad situací jsem nepřemýšlela. V obchodě jsem si koupila víno a doma se napila.“ Lenka při zpracování relapsu přiznává, že v okamžik nákupu vína neměla nad sebou vědomou kontrolu. Do malého s obchodu s potravinami obvykle nechodila, kvůli pestré nabídce alkoholických nápojů. Relaps byl v tomto případě vyústěním tříměsíčního stresu v práci (Lenka až zpětně přiznává přesčasové hodiny) a komentuje jej slovy „potřebovala jsem si ulevit od tlaku v práci“. Z pohledu modelu relapsu je možné počátek Lenčina „předrelapsového“ chování popsat mnohem dříve, než k samotnému relapsu došlo. Jedná se o dlouhotrvající stres, tedy nevyváženost životního stylu, který připravuje půdu pro intenzivní pocity nedostatku a je spouštěčem touhy okamžitého uspokojení. Výstižně toto popisuje Kalina (2013), který uvádí, že zdánlivě nevýznamná rozhodnutí („šla jsem cestou z práce jinou trasou domů, zastavila se v malých potravinách“) vytvářejí řetězec událostí, které postupně klienta přivádějí do tak rizikové situace a velkého stresu, že užití drogy je prakticky nevyhnutelné. Klient pak tuto situaci vnímá jako náhodnou nebo nechtěnou.

Při podrobnějším prozkoumávání okolností, které k relapsu vedly, hovoří Lenka o **pocitech selhání** a přesvědčení, že není dost dobrá (vysoce riziková situace). Potřebovala by od okolí ujištění, že opravdu pracuje dostatečně. Od nadřízeného se jí nedostává podpory, přestože projevuje velkou snahu. Při jejím vyprávění se vynořuje negativní epizodická vzpomínka na otce: „Bylo mi přibližně deset let, žila jsem s otcem a jeho novou ženou a musela jsem jim pomáhat v domácnosti. Nikdo se mě neptal na to, co bych chtěla...nikdo si mě nevšímal...nikdo mě nepochválil.“ Pláče a vyjadřuje **vztek** na otce za to, že „očerňoval“ její matku, která trpěla depresemi a Lenka se jí v dětství bála. Od otce potrebovala naopak uklidnění a vysvětlení. Prostřednictvím vyjádřených emocí se Lenka dostává ke zraňující jádrové emoční bolesti (hluboký pocit nedostatečnosti) a zvědomuje si nenaplněnou potřebu **potvrzení** a **přijetí**. Nadřízený, kterého vnímá jako přísného, jí otce připomíná (otec jako přenosový zdroj).

Později se k tématu Lenčina dětství a dospívání vracíme znovu, když Lenka mluví o svém perfekcionismu a využívání stran kolegyň v práci. Otcem a nevlastní matkou byla kritizována za to, že neodpovídá jejich představám. V této souvislosti reflektuje, že je zvyklá, že se k ní ostatní nechovají s respektem a považuje to za normální. „Připadám si jako otloukánek... neschopná, unavená, nepochopená, osamocená a přitom si říkám musím to zvládnout a nesmím se složit.“ V dětství od otce slýchávala „když nechceš, tak musíš“, přičemž tvrdost tohoto postoje zvnitřnila. Lenka se prostřednictvím abreakce **emocí smutku a vzteku** dostává ke svým potřebám vymezení se vůči požadavkům okolí, k potřebě **pochopení** a „*možnosti nebyt dokonalá*“, tak, jak to zažívala ve vztahu s babičkou. Zvědomuje si, že by potrebovala partnera, který jí přijme takovou jaká je, bude jí oporou a nikoli kritikem.

7.5 Přerušování procesu relapsu

V závěru spolupráce (18. měsíc) Lenka popisuje situaci směřující k relapsu, kterému se však dokázala vyhnout. Lenka rozpoznává vysoce rizikovou situaci v podobě prožívaných emocí **strachu, bezmoci a pocitů nedostatečnosti**. Dále hovoří o roztržitosti a nesoustředěnosti. Během krizového telefonátu na doléčovací centrum označuje svoji situaci s jistou naléhavostí jako „*pět minut před relapsem*“. V práci řešila výpověď a to jí ožívuje vzpomínky na minulost. Z většiny předchozích zaměstnání vlastně utekla nebo dostala výpověď, přičemž opakuje stále stejný scénář: zpočátku se hodně snaží, pracuje na dvě stě procent, pak následuje propad výkonu i psychického stavu. Tentokrát by to chtěla udělat jinak a doslova říká: „*nenechat se zatlačit do kouta*“. Přichází si na to, že o možnostech výpovědi může se zaměstnavatelem vyjednávat a nemusí podlehnout vnějšímu nátlaku. Tato událost ilustruje významný posun Lenčina postoje i chování - v krizové situaci byla schopna identifikovat riziko v podobě negativního emocionálního stavu a efektivně jej řešit formou telefonátu své garantce na doléčovací centrum. Terminologií modelu procesu relapsu lze toto chování reflektovat tak, že Lenka dokázala rozpoznat vysoce rizikovou situaci a proces relapsového chování přerušit tím, že si řekla o pomoc.

7.6 Posun v emocích, nové způsoby myšlení a chování

Oproti situacím, které Lenka opakovaně přináší a jejichž společným jmenovatelem jsou **pocity strachů, bezmoci a nedostatečnosti** s ekvivalentem v podobě jádrových přesvědčení (terminologií KB přístupu) „*jsem k ničemu, jsem neschopná, nikdy to nebude lepší*“; objevují se také situace, ve kterých Lenka nachází sílu jim čelit. Dochází k tomu například při řešení výpovědi (příběh je popsán výše), při kterém vymezení se vnějšímu tlaku a rozhodnutí o tom, že výpověď může oddálit a podat ji až v době pro ni výhodného načasování (ukončení VŠ studia), představuje zásadní moment léčebného procesu. V případě překonání strachů, úzkostí a bezmoci, o kterých Lenka vyprávěla na začátku doléčování - tj. strachu z vlastního rozhodnutí, z možnosti učinit chybu, ze zodpovědnosti, z nezávislosti apod., je možné zachytit posun v emocích směrem ke vzteku a tím nacházení vlastní síly k aktivitě. Překonáním strachů se zvyšuje sebedůvěra klienta a to následně ovlivňuje jeho prožívání pozitivním směrem (Kuklová, 2016).

Další posun lze spatřovat v emočně podbarveném „aha momentu“ „*Já NEMUSÍM!*“ v oblasti vztahu s dcerou. Lenka si zvědomuje, jak prostřednictvím nakupování drobných dárků, zážitků a výletů udržuje zájem dcery, přičemž tato snaha je motivována obavou z jeho ztráty. Důsledkem je pak „*mínusový*“ finanční rozpočet, který jí dělá velké starosti. Lenka se zabývá obavami, zda jí dcera i bez kupování dárků a pozorností bude mít stále ráda. Pláče, objevuje se negativní epizodická vzpomínka na rodiče. Jejich zájem se naučila získávat různými drobnostmi. Nabízí hypotézu o tom, zda její pocity nedostatečnosti nesouvisí spíše s její matkou, než s přísným otcem. Matka pro ni byla nedostupná, nezajímala se o ni a Lenka se jí bála. Byla to právě Lenka, která musela usilovat o její pozornost. V závěru sezení dostává ujištění, že pro blízké vztahy není potřeba projevování přehnané snahy, výkonů ani darů, neboť je „*v pořádku*“ taková jaká je a nemusí to druhým dokazovat.

V průběhu doléčování si Lenka také zkouší nové způsoby a strategie, kterými nahrazuje dosavadní maladaptivní formy chování. Na seznamu příjemných činností zachycuje procházky

v přírodě, spiritualitu, masáž, čtení knih, posezení u kávy v kavárně. Pomáhá také dočasný krátkodobý pobyt u bývalého přítele, ten se v rámci možností snaží o ni pečovat („*všímá si mě*“), a to především v situaci, kdy pocity samoty spustily silné bažení a hrozilo riziko relapsu. Příjemné chvíle zažívá s kamarádkou v kavárně a uznává, že tento zdroj radosti a odměny dlouho opomíjela, když pozvání přátel doposud odmítala. V oblasti myšlení hledáme s Lenkou alternativní postoje k negativnímu sebehodnocení, které spouští zejména kritika nebo neúspěch. Lenka oceňuje svoji dlouholetou pracovní zkušenost, pečlivost a poctivost.

V závěru spolupráce se objevuje důležité téma smíření. Lenka hovoří o smíření se se smrtí mámy, s nevydařeným manželstvím a s tím jak sama se sebou v minulosti zacházela. Současně vyjadřuje naději na změnu ve svém životě, reflektuje, že zkouší „*dělat věci jinak, více se vymezovat, bránit, všímat si sebe*“. Podle plánu, který si stanovila, dopsala a odevzdala bakalářskou práci (neodložila ji), zvládla všechny zkoušky posledního semestru a posléze také státní závěrečnou zkoušku. Přestože u zkušební komise bakalářskou práci neobhájila a potýkala se přitom s pocity zklamání, dokázala prožít svůj úspěch. Jak sama popisuje, i toto dílčí zklamání by bylo v minulosti důvodem k relapsu.

7.7 Shrnutí

V souladu s teoretickým modelem prevence relapsu, který poukazuje na pozitivní dopad relapsu ve smyslu příležitosti k učení a růstu, lze změny v procesu doléčování, kterými Lenka prošla shrnout v odpovědích na výzkumné otázky:

Jakým způsobem se negativní emoční stavy a jádrové emoce podílejí na udržování závislostního chování a přispívají k relapsu?

Z výše popsaných relapsových situací vyplývá způsob, jakým se negativní emoční stavy podílejí na udržování závislostního chování a tím přispívají k relapsu. Jedná se o motivaci vyhnouti se psychické bolesti prostřednictvím alkoholu, v případě Lenky navozující zklidnění a uvolnění. Z hlediska terminologie EFT (Timulák, 2020) probíhá tento proces cestou od globálního distresu k emočnímu přerušení či emoční vyhýbavosti.

Lenka byla v průběhu terapeutické práce podporována ve vyjadřování a projevování svých emocí. Sekundární emoce bezmoci, beznaděje, úzkostí, napětí a neklidu jsou v EFT označovány také jako globální distres. Prostřednictvím těchto emocí se Lenka dostala do kontaktu a k prožití primárních maladaptivních emocí osamělosti, smutku a pocitů nedostatečné hodnoty a následně ke zvědomění potřeby potvrzení a přijetí (potřeby uznání vlastní hodnoty a působnosti, potřeby lásky a sounáležitosti dle Timuláka, 2020).

Přineslo klientce zvědomění negativních emočních stavů jako fenoménu zvyšující riziko relapsu nějaký pozitivní důsledek? Pokud ano, jaký?

Lenka se prostřednictvím zvědomění negativních emocí začala lépe orientovat ve svém prožívání. Identifikovala, které negativní emoce pro ni představují vysoce rizikovou situaci. Jedná se zejména o pocity osamocení a zraňující pocity nedostatečné hodnoty, které mohou být aktivovány například kritikou její osoby.

Přinesly proběhlé relapsy pro klientku nějaký pozitivní důsledek? Pokud ano, jaký?

Po zpracování relapsů Lenka připouští, že měla udržovat rovnováhu mezi prací a odpočinkem, začala proto omezovat stresové situace a to především v pracovní oblasti (např. dodržování pracovní doby). Celkově se snaží udržovat zdravý životní styl v podobě dostatečného spánku, odpočinku, chodí na pravidelné procházky a udržuje přátelské kontakty. Naučila se odmítat a říkat „ne“.

Lenka v průběhu doléčování prošla dvěma náročnými událostmi, a to stěhováním do nového bydlení a stabilizací v novém zaměstnání. Přestože disponovala výbornou organizační schopností a velmi rychle byla schopna jak nové bydlení, tak práci najít, určitou křehkost projevovala v adaptaci na tyto životní situace. Prostřednictvím relapsů jakožto také v průběhu celé spolupráce si zvědomovala potřeby podpory, pozornosti, pochopení a zejména laskavějšího přístupu k sobě.

8 Diskuse

Kognitivně-behaviorální model relapsu Marlatta a Gordonové vyhodnocuje negativní emoční stavy jako jednu z kategorií vysoce rizikových situací předcházejících relapsu (Wanigaratne a kol., 2008). V kazuistice popsané relapsy potvrzují teorii tohoto modelu, kdy v obou relapsových situacích nalezneme motivaci vyhnout se negativním pocitům prostřednictvím užití alkoholu.

Prvnímu relapsu předcházely obavy z budoucnosti, konkrétně pak strachy z toho, jak Lenka zvládne nové samostatné bydlení. Následující pocity osamocení, se kterými se Lenka potýkala, představovaly vysoce rizikovou situaci, která vedla k relapsu. Prvnímu relapsu lze rozumět jako vyhnutí se zraňujícím pocitům osamělosti, což můžeme v kontextu na emoce zaměřené terapie interpretovat jako jádrovou emoční bolest, která poukazuje na dlouhodobě nenaplněné potřeby. V dětství se Lenka cítila osaměle pro přísnost a citovou odtažitost otce a pro ni nesrozumitelnou emoční nedostupnost matky trpící projevy deprese. Timulák (2020) v této souvislosti uvádí, že prožívání osamělosti může také podněcovat k sebeuklidňujícímu chování v podobě závislosti na návykových látkách. Dále vysvětluje, že: „aktivace historicky utvářených emočních schémat soustředěných kolem pocitu osamělosti vyvolává současnými spouštěči celý systém pocitu hluboké opuštěnosti. Ochrana proti tomuto bolestnému pocitu často nabírá formu uzavření se nebo vyhýbání se emočním prožitkům.“ „Ačkoli osamělost podněcuje k touze se družít, nenaplnění této touhy může vést k depresi, rezignaci a apatii.“ (Timulák, 2020, s. 38-39).

Druhý relaps souvisel s nerovnovázným životním stylem v podobě tříměsíční nadměrné pracovní zátěže, vedené snahou Lenky podat co nejlepší pracovní výkon. V situaci velkého nebo dlouhotrvajícího stresu, který není vyvažován, se původní zvládací reakce (užití návykové látky) stává efektivní a rychlou odměnou za zakoušené strádání a frustraci. Lenka pod vlivem pracovního stresu potřebovala úlevu od tlaků pracovního prostředí. Prožívala jej jako své selhání a pocity nedostatečnosti. Při zpracování druhého relapsu si uvědomila souvislost mezi vztahováním se k druhým v současných vztazích a minulostí, tedy s tím, jak byla formována pečujícími osobami, zejména pak kritickým otcem a nevlastní matkou, která ji zneužívala pro pomoc v domácnosti. Lenka trpěla nedostatkem zájmu i ocenění. Timulák (2020) v případě jádrových pocitů bezcennosti poukazuje na jejich zdroj spočívající v kritice a hodnocení nevládných, kritických, nešťastných nebo zklamaných pečovatelů (např. rodičů zklamaných při pohledu na chování dítěte). Tato jemná nebo jindy explicitní odmítnutí a hodnocení často vedou ke zvnitřnění pocitu zahanbení, projevující se malou sebedůvěrou, sebeodmítáním a sebekritikou. Na pocity osamělosti a chybějící ocenění upozorňuje Pavlovská (2015), která uvádí, že z praxe doléčování vyplývají jako další možné příčiny relapsů mimo základních kategorií vysoce rizikových situací (viz kapitola 2.3.2.) Marlattova modelu prevence relapsu.

Při terapeutické práci s Lenkou byly využívány prvky přístupu Terapie zaměřené na emoce, jehož základním předpokladem je vytvoření bezpečného a přijímajícího terapeutického vztahu a práce s emocemi klienta vedoucí ke zvědomění nenaplněných potřeb. Kalina (2013) popisuje jako jednu z terapeutických strategií prevence relapsu právě zvědomování. Kalina a Miovský (2008) konstatují, že většina psychodynamických výkladových rámců se shoduje, že

jsou to právě adiktologičtí klienti, kteří mají problém s ohrožujícím potenciálem vlastních emocí, jejich zvědoměním, přijetím a zpracováním (Mikota 1995; Leeds, Morgenstern, 1999). Emoce, které dosud nebylo možné projevit se mohou uvolnit v bezpečném rámci terapeutického vztahu. Lenka prostřednictvím zpracování dvou relapsů zjistila, které situace pro ni představují vysoce rizikovou situaci, tj. konkrétní negativní emoční stavy a souběžně přitom došla k náhledu na interpersonální kontext, v němž se tyto emoce objevují. Ve vztazích Lenka obvykle projevuje velkou snahu nebo se naopak propadá do pasivity a ze sociálních kontaktů se stahuje. Jak představila kazuistika, oba extrémy mohou být pro Lenku v konečném důsledku ohrožující, neboť z dlouhodobého hlediska zakládají nerovnováhu v životním stylu vedoucí k sebedeprivaci a tím zvyšují riziko potenciálního relapsu.

Jak bylo nastíněno výše, za spouštěče Lenčiných relapsů lze považovat dva hlavní zdroje: pocity osamělosti a negativní vnímání sebe sama. Prezentovaná kazuistika tímto potvrzuje hypotézu samoléčení citovanou v teoretické části této práce (Kalina a kol., 2015; Mikota, 2009), když Lenka uniká od těchto pocitů užitím alkoholu. Z hlediska teoretických konceptů vysvětlujících vznik závislosti je podle mého názoru možné příběh Lenky zasadit do Wurmsovy psychoanalytické teorie destruktivního superega. Frouzová (2003, s. 126) uvádí, že: „Wurmser zdůraznil při vysvětlování braní drog kruté super ego, které člověka ničí nejen vzpomínkami na bolestivé dětství i reálnými současnými symptomy z takového stavu vyvěrajícími: nepřátelstvím vůči autoritě či příliš vysokými požadavky na sebe a případným sebetrestáním či výčitkami. Drogy slouží k vyhnutí se bolesti, úzkosti a strachu.“ Leeds, Morgenstern (1999) doplňují s odkazem na Wurmsera, že drogy dočasně vyřadí ohrožující vnitřní autoritu a neutralizují ohrožující pochybnosti a úzkost. Z popsané kazuistiky je patrné, že Lenka zvnitřnila krutý přístup svého otce a naučila se k sobě vztahovat velmi přísně. Během spolupráce pojmenovávala své strachy: strach ze špatného rozhodnutí, strach z chyby, strach z neúspěchu, strach z ponížení, strach ze svobody včetně neschopnosti realizace svých potřeb odpočinku, odměny, úlevy, kterou pak nacházela v alkoholu. Rovněž výčitky spojené s minulostí (nedostatečná péče o dceru, nevýhodná finanční rozhodnutí) a pocity selhání, jakožto také orientace na uspokojování potřeb druhých mohou potvrzovat v Lenčině příběhu Wurmsovu teorii destruktivního superega.

Tématu úniku od prožívání negativních emocí prostřednictvím užívání návykových látek se zabývá řada teorií i autorů. Mezi další a významné, v teoretické části neuvedené teorie vysvětlující vznik a vývoj závislosti z hlediska vlivu emocí, respektive typu rané vztahové vazby s blízkými osobami patří teorie citové vazby (Hajný, 2015; Křížová 2021; Vondráčková & Vybíral 2013). Za limit práce považuji zúžení fokusu na část psychologické a sociální složky, práce nereflektuje část biologickou, která zdůrazňuje mechanismus rychlé odměny v pojetí biomedicínských teorií závislosti (Kalina a kol., 2015).

Hlavní přínos této bakalářské práce lze vidět v přestavení psychoterapeutického přístupu Terapie zaměřené na emoce a aplikace jeho prvků při práci s adiktologickým klientem. Dlouhodobě nenaplněné základní emoční potřeby jsou v popředí také u adiktologických klientů, jejich zvědomění pak může být efektivní způsob podporující proces uzdravy ze závislosti. Práce může být inspirací pro další rozpracování této problematiky.

9 Závěry

Hlavním cílem bakalářské práce bylo popsat, jak se negativní emoční stavy a jádrové emoce podílejí na udržování závislostního chování ve fázi doléčování. Stanovený cíl byl naplněn prostřednictvím prezentované kazuistické ilustrace zaměřující se na popis relapsů v kontextu kognitivně-behaviorálního modelu prevence relapsu.

Teoretická část práce zahrnuje mimo nezbytného teoretického vymezení základních pojmů také stručný, nikoliv však vyčerpávající souhrn hlavních teoretických konceptů vzniku a vývoje závislosti z hlediska aspektu emocí a jejich vlivu na závislost. Dále byl představen přístup Terapie zaměřené na emoce, který nabízí model zpracování maladaptivních emočních schémat jakožto jádrových zraňujících emocí, který dává do souvislosti tyto zraňující prožitky s dlouhodobě nenaplněnými potřebami člověka.

Praktická část práce představila kazuistiku klientky, na jejímž příběhu jsem se pokusila ilustrovat vliv negativních emočních stavů, respektive jádrových zraňujících emocí jako možné příčiny relapsů klientky. Kazuistika se soustředí především na popis léčebných intervencí a zpracování relapsů, je proložena přímou řečí klientky. V souladu s psychoanalytickými a psychodynamickými teoriemi závislosti, které byly popsány v teoretické části této práce, odhaluje zpracování relapsů hlubší problematiku, která stojí za způsoby prožívání a chování klientky a potvrzuje hypotézu samoléčení negativních emočních stavů jako mechanismu vyrovnání se s nimi. Kognitivně-behaviorální model procesu relapsu lze vnímat jako užitečnou a srozumitelnou „mapu“ či rámec, poskytující jak schéma k identifikaci jednotlivých aspektů průběhu relapsu, tak technik jak jej zvládnout nebo se mu vyhnout.

Práce s emocemi v terapii adiktologických klientů podporuje uvědomování si prožívání, kterému se klienti užíváním návykových látek vyhýbají. Kontakt se zraňujícími jádrovými emocemi vede ke zvědomění si dlouhodobě nenaplněných emočních potřeb a následné možnosti jejich uspokojení a tím ke zdravějšímu sebezacházení. Nezbytným předpokladem pro takový způsob práce je vytvoření bezpečného, přijímajícího a podpůrného terapeutického spojení. Domnívám se, že jsou to právě adiktologičtí klienti, které obecně charakterizuje a jak prezentovaná kazuistika popsala – negativní sebehodnocení a velmi přísný postoj k sobě, proto vřelost, empatii a trpělivost považuji za důležité aspekty terapeutického vztahu, ať už se je realizován v kontextu léčby nebo doléčování.

10 Seznam použité literatury

- Feingold, D., Tzur Bitan, D. (2022). Addiction Psychotherapy: Going Beyond Self-Medication. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 820660. doi: 10.3389/fpsy.2022.82066
- Frouzová, M. (2003). Psychologické a psychosociální faktory vzniku a rozvoje závislosti. In Kalina, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1*. Praha: Úřad vlády ČR.
- Fülep, M., Pilárik, L., Novák, L., Mikoška, P. (2021). Terapie zaměřená na emoce. Systematický přehled experimentálních studií účinnosti. *Československá psychologie*, (65) 5, 459-473.
- Fülep, M., Pilárik, L., Novák, L., Mikoška, P. (2022). Terapie zaměřená na emoce. Současné trendy a studie účinnosti. *Psychoterapie*, (16)1, 20-31.
- Hajný, M. (2015). Psychologické, vývojové a rodinné faktory vzniku a udržování závislosti. In Kalina, K. a kol. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- Halamová, J. (2013). Na emócie zameraná individuálna psychoterapia. *Psychoterapie*, (7)1, 6-16.
- Hendershot, Ch., S., Witkiewitz, K., George, W., H., Marlatt, G.A. (2011). Relapse prevention for addictive behaviors. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, (6) 17.
- Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál.
- Kalina, K. (2015).) Koncept „potenciálu pro úzdravu“ v adiktologii. Úzdrava a drogy. Sborník odborné konference. Praha: SANANIM z.ú.
- Kalina, K. a kol. (2001). *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Úřad vlády ČR.
- Kalina, K. (2013). *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada Publishing.
- Kalina, K. a kol. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- Kratochvíl, S. (2012). *Základy psychoterapie*. Praha: Portál.
- Křížová, I. (2021). *Závislosti: pro psychologické obory*. Praha: Grada Publishing.
- Kuda, A. (2000). *Tematické skupiny prevence relapsu*. Olomouc: P centrum.
- Kuda, A. (2003a). Následná péče, doléčovací programy. In Kalina, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2*. Praha: Úřad vlády ČR.
- Kuda, A. (2003b). Relaps, prevence a zvládnutí relapsu. In Kalina, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2*. Praha: Úřad vlády ČR.
- Kuda, A. (2008). Prevence a zvládnutí relapsu. In Kalina, K. a kol. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- Kuklová, M. (2016). *Kognitivně-behaviorální terapie v léčbě závislostí*. Praha: Portál.

- Leeds, J., Morgenstern, J. (1999). Psychoanalytické teorie drogové závislosti. In Rotgers, F. a kol. *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada Publishing.
- Mikota, V. (2009). Podíl intrapsychoické nerovnováhy při vzniku, udržování a léčbě adiktivních poruch. *Adiktologie*, 9, 52-59.
- Millerová, G. (2011). *Adiktologické poradenství*. Praha: Galén.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.
- Nešpor, K., Scheansová, A. (2010). *Prevence relapsu při léčbě návykových nemocí*. Dostupné z: <https://www.drnespor.eu/addictcz.html>
- Pavlovská, A. (2015). Prevence a zvládání relapsu. In Kalina K., a kol. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- Pavlovská, A., Makovská Dolanská, P. (2015). Následná péče a sociální rehabilitace. In Kalina K., a kol. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- Sekretariát rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky a Společnost pro návykové nemoci: ČLS JEP. (2021). *Koncepce rozvoje adiktologických služeb*. Praha: Úřad vlády ČR.
- Timulák, L. (2014). *Základy vedení psychoterapeutického rozhovoru: integrativní rámec*. Praha: Portál.
- Timulák, L. (2020). *Transformace emoční bolesti v psychoterapii: terapie zaměřená na emoce*. Praha: Portál.
- Vondráčková, P. (2015). Adiktologické poradenství. In Kalina, K. a kol. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- Vybíral, Z., Roubal, J. (eds.) (2010). *Současná psychoterapie*. Praha: Portál.
- Wanigaratne, S., Wallace, W., Pullin, J., Keaney, F., Farmer, R. (2008). *Prevence relapsu pro závislá chování. Manuál terapeuta*. Praha: Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky, 1. lékařské fakulty a VFN, Univerzity Karlovy v Praze a Sdružení SCAN.
- West, R. (2016). *Modely závislosti*. Praha: Úřad vlády ČR.
- Witkiewitz, K., Marlatt, G.A. (2007). *Therapist's Guide to Evidence-Based Relapse Prevention*. Elsevier Academic Press. Dostupné z: https://books.google.cz/books?hl=cs&lr=&id=ZjlmtasOwBwC&oi=fnd&pg=PP1&dq=therapist+guide+to+evidence-based+relapse+prevention&ots=ul6AfaAQwn&sig=y0E_dauK6eqjXEVcG1Td74-3Rpw&redir_esc=y#v=onepage&q=therapists%20guide%20to%20evidence-based%20relapse%20prevention&f=false

11 Přílohy

Příloha 1

INFORMOVANÝ SOUHLAS ÚČASTNÍKA VÝZKUMU

Výzkum: Negativní emoční stavy jako příčina relapsu v kontextu doléčování - kazuistika

Realizátor výzkumu: Mgr. Petra Poláčková, petra.polachova@centrum.cz

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Petra Vondráčková, Ph.D., petra.vondrackova@lf1.cuni.cz

Byl/a jsem seznámen/a s podmínkami, cílem a obsahem výzkumu v rámci bakalářské práce Mgr. Petry Poláčkové, s názvem „ Negativní emoční stavy jako příčina relapsu v kontextu doléčování - kazuistika“

Souhlasím s účastí na výše uvedeném výzkumu. Realizátor výzkumu mě informoval o podstatě výzkumu a seznámil mě s cíli, metodami a postupy, které budou při výzkumu použity. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou použity jen pro účely výzkumu a že výsledky výzkumu mohou být anonymně publikovány. Anonymita bude zajištěna tím, že realizátor výzkumu neuvede moje jméno ani název organizace a místo, ve kterém spolupráce probíhala. Měl jsem možnost si vše řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážít, měl jsem možnost se realizátora zeptat na vše, co jsem považoval za podstatné a potřebné vědět.

Souhlasím s nahlížením do písemné dokumentace, která je vedena k mé osobě v programu služby následné péče. Jsem informován, že mám možnost kdykoliv od spolupráce odstoupit, a to i bez udání důvodu.

Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou stejnopisech, každý s platností originálu, z nichž jeden obdrží moje osoba a druhý realizátor výzkumu.

V _____ dne _____

Jméno, příjmení a podpis realizátora výzkumu: _____

Jméno, příjmení a podpis účastníka výzkumu: _____