



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Studies

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta  
Katedra sociální práce

Diplomová práce

Stres u uživatelů pervitinu

Vypracovala: Bc. Zuzana Filipová  
Vedoucí práce: doc. PhDr. Bc. Alena Kajanová Ph.D.

České Budějovice 2015

## Abstrakt

Diplomová práce s názvem stres u uživatelů pervitinu je zaměřena nejen na stres z obecného úhlu pohledu, ale především na strategie zvládnání stresových situací. Těmto strategiím, odborně nazývaným jako copingové, je v současném bádání přisuzována značná pozornost. Podrobně se zaměřuje na vývoj drogové scény v České republice a soustředí se především na pervitin jako typickou „českou drogu“. Diplomová práce charakterizuje období, ve kterých pervitin jako droga zažíval progresi a stával se symbolikou české drogové scény, až po období, kdy justice a policie začala tuto společensky neúnosnou situaci radikálně řešit s plynulým časovým přesahem do současné drogové scény. Také dále mluví na rizika spojená s užíváním pervitinu a na možné podoby jeho aplikace uživateli. Logicky navazuje na možnosti závislosti, a to jak na drogách obecně, tak se zaměřením na pervitin konkrétně. Nedílnou součástí této práce je charakteristika stresu podle uznávaných odborníků na tuto problematiku, mezi které neodmyslitelně řadíme Paulíka, Bašteckou, Joshi. Z problematiky specificky definovaného a operacionalizovaného stresu svažuje k charakterizaci copingu obecně. Pojednává o prvních zmínkách o copingu a jeho výskytu. V teoretické části jsou definované copingové strategie, které jsou chápány z mnoha úhlů pohledu, ke kterým bylo dospěno opět vědeckým poznáním, zabývá se situací kolem instrumentu SVF 78 o strategiích zvládnání stresu, který je dále rozebrán. Práce v teoretické části diskutuje rozdílné copingové strategie, kde identifikuje jednotlivá úskalí těchto strategií a jejich vliv na člověka z pohledu holistického modelu. Teoretická část je zakončena problematikou sociální práce s drogově závislými a jejími opěrnými pilíři. Předkládá hned několik možných modelů, díky kterým je filosofická úvaha spojena s aplikací do klinické praxe. Proto poukazuje na nejpoužívanější a nejfunkčnější modely v České republice a ve světě dle aktuálního vědeckého poznání.

Ve druhé kapitole jsou uvedeny cíle práce, výzkumné otázky a hypotézy. Cíle pro tuto práci byly stanoveny dva, a to „Zjistit, jaké jsou copingové strategie u uživatelů pervitinu“. Druhým cílem bylo „Zjistit, jak se mění charakter copingových strategií při

*dlouhodobém užívání pervitinu*“. Na základě těchto cílů byly stanoveny tři výzkumné otázky, díky kterým se podařilo začlenit čtyři hypotézy. Pro přehlednost se jedná přesně o hypotézy „*S rostoucí dobou užívání pervitinu se zvyšuje počet negativních copingových strategií*“ dále „*Podíl negativních copingových strategií se mění v souvislosti s pohlavím*“ také „*S rostoucím vzděláním stoupá podíl negativních copingových strategií*“ a konečně hypotéza čtvrtá „*S rostoucím věkem stoupá podíl negativních copingových strategií*“. Uvedené hypotézy jsou v této kapitole operacionalizovány.

Metodika práce pojednává o nástroji SVF 78, díky kterému byla získána data od drogově závislých respondentů. Data byla získána v Kontaktních centrech v Jihočeském kraji pomocí kvantitativní strategie sběru dat. Dále je zde uvedena operacionalizace škál substentu v přehledové tabulce. V kapitole je popsán výzkumný soubor, jenž je tvořen 50 respondenty, a etické aspekty výzkumu. Nedílnou součástí této kapitoly je popis statistických metod použitých pro vyhodnocení výsledků.

V následující kapitole s názvem výsledky je popsán výběrový soubor z pohledu rozložení pohlaví, konkrétně se jedná o 54 % žen a 46 % mužů. Dále je zde popsán věk obou pohlaví včetně věkového průměru, mediánu a směrodatných odchylek. Nelze opomenout ani přehledně znázorněnou dobu užívání pervitinu u respondentů a nejvyšší dosažené vzdělání. V této kapitole je také konkretizován statistický test jednotlivých hypotéz včetně nejzásadnějších frekvenčních údajů pro výstup práce.

Diskuze je zaměřena na získané výsledky a jejich komparaci s aktuálními výzkumy. I přes velmi zajímavé výsledky je hned v úvodu nutno konstatovat, že ani jedna s položených hypotéz nebyla statisticky verifikovaná. Při analýze obdobných studií se však často setkáváme s podobným problémem. Jako nejzajímavější se jeví zjištění Konopka a kol. (2013), která stejně tak nenašla zásadní rozdíly ve využívání jednotlivých copingových strategiích u uživatelů benzodiazepinu. I přes to lze poukázat na frekvenční rozdíly, které byly vysledovány. To především v době užívání pervitinu ve spojitosti s využíváním negativních copingových strategií, které preferují respondenti s dobou abúzu pervitinu delší jak 11 let. Dalším zásadním zjištěním bylo nejvyšší

dosažené vzdělání uživatelů pervitinu. Frekvenčně nejčastěji bylo zastoupeno základní vzdělání a střední odborné bez maturity. Právě u poslední zmíněné skupiny vzdělání, tedy u vysokoškolského, bylo frekvenčně zjištěno nejmenší zastoupení v užívání negativních copingových strategií. Nicméně neleze opomenout ani fakt předkládaný dalšími odborníky a to sice ten, že posuzování pozitivních a negativních copingových strategií naráží na nespočet individuálních aspektů, které použitý subtest nebere v potaz. Těmi se rozumí emoční inteligence, socioekonomický status apod.

Závěr práce shrnuje výsledky výzkumného šetření. Jsou zde rozklíčovány cíle práce, ke kterým se pomocí výzkumu dospělo. A konečně je v něm uveden přínos pro praxi, který autorka vnímá především v podkladu, jež může sloužit jako předloha pro další výzkum. Jedná se zde především o teoretickou znalost dalších potenciálních výzkumníků v oblasti psychologie, copingových strategií a sociologii. Výsledky práce po stránce frekvenčního užití mohou sloužit jako podklad do klinické praxe, avšak je třeba varovat před vyvozováním závěrů vzhledem ke statisticky nevýznamným výsledkům.

**Klíčová slova:** Copingové strategie – Drogově závislí – Pervitin – Stres – SVF 78

## Abstract

The diploma thesis called “Stress among Methamphetamine Users” focuses on the phenomenon of stress in general, but especially on the strategies of coping with stressful situations. These so-called coping strategies are given great attention in contemporary research. The thesis inquires into the development of the Czech drug scene and particularly focuses on methamphetamine as a typical “Czech drug”. It describes the period of methamphetamine early expansion in the Czech drug scene, the subsequent period of radical intervention of justice and police into the resulting socially unbearable situation, and the recent respective state of affairs. It also deals with the risks associated with the use of methamphetamine and the various forms of its application. In this respect it logically gives attention to the issue of drug addiction in general and the methamphetamine addiction in particular. An indispensable part of the thesis is a description of the phenomenon of stress according to selected distinguished experts in this area Paulík (2010), Baštecká (2009) a Joshi (2007). The initial discussion of specifically defined and operationalized stress is followed by a discussion of coping in general. First, the emergence of coping is discussed. The theoretical section provides definitions of various scientifically developed coping strategies and deals with the situation around the SVF 78 instrument as well as with the stress coping strategies and the phenomenon of stress itself. The section discusses different coping strategies and identifies their respective pitfalls as well as their influence on people from the holistic model viewpoint. The theoretical section is concluded with the topic of social work with drug addicts and its basic pillars. It introduces several possible models of such work, which allow putting philosophical ideas into clinical practice. Hence it points at the most used and the most effective models in the Czech Republic and elsewhere in the world in the light of contemporary scientific knowledge.

The second chapter describes the aims, research questions and hypotheses of the thesis. Two aims were selected for the thesis: “*to find out which coping strategies are used by methamphetamine users*” and “*to find out how coping strategies change over a prolonged period of methamphetamine use*”. Three research questions and four

associated hypotheses were formulated on the basis of these aims. The hypotheses are: *“the ratio of negative coping strategies is directly proportional to the time period of methamphetamine use”*; *“the ratio of negative coping strategies is sex-dependent”*; *“the ratio of negative coping strategies is directly proportional to the level of education”*; and finally *“the ratio of negative coping strategies is directly proportional to age”*. The hypotheses are operationalized in this chapter.

The methodological section discusses the SVF 78 instrument which was used to gather data from drug addicted respondents. The data were gathered in contact centres in South Bohemia via quantitative strategy of data gathering. The section also contains a table summarizing the operationalization of subtest scales. Next, the research sample consisting of 50 respondents and the ethical aspects of the research are described. An indispensable part of the section is also a description of the statistical methods used for data evaluation.

Next chapter, called “Results”, describes the research sample with respect to respondents’ sex, with the actual ratio being 54 percent of female respondents and 46 percent of male respondents. The respondents’ age is described here as well together with an average age, median and standard deviations. Another thing mentioned is respondents’ time period of methamphetamine use and their highest achieved education. The chapter also concretizes the statistical test of individual hypotheses including the frequency data most crucial with regard to the outcome of the thesis.

The discussion section focuses on obtained results and their comparison with actual researches. Despite very interesting results it is necessary to assert that none of the hypotheses was statistically verified. However, analysis of similar studies leads us to a discovery of an analogous problem. The most interesting study in this regards appears to be Konopka et al. (2013) which found no significant differences in coping strategies adopted by benzodiazepine users. In spite of this it is possible to point at frequency differences which were found among methamphetamine users. They were found in particular with respect to the relation between negative coping strategies ratio and period time of methamphetamine use, where negative coping strategies were preferred

by respondents using methamphetamine for more than 11 years. Another crucial finding was the highest level of education achieved by methamphetamine users. The largest frequency proportion was accounted for by primary education and secondary vocational education. The remaining level of education, i.e. the higher education, accounts for the lowest portion of negative coping strategies adoption. It must be stressed, however, that the perception of positive and negative coping strategies has numerous individual aspects (e.g. emotional intelligence, socio-economic status etc.) which are not taken into account by the respective subtest.

The concluding section summarizes the research results and reflects on the aims of the thesis. It also discusses its practical utility, which is perceived by the author in the fact that it can provide a solid basis for a subsequent research, since it covers relevant theoretical knowledge in the area of psychology, coping strategies and sociology for other potential researchers. With regard to the frequency use, the results can also provide a basis for clinical practice, although they must be approached with caution because of their statistical insignificance.

Key words: Coping strategies – Drug addicts – Methamphetamine – Stress – SVF 78

## **Prohlášení**

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

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

V Českých Budějovicích dne 18. 5. 2015

.....

Zuzana Filipová



## **Poděkování**

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucí práce doc. PhDr. Bc. Aleně Kajanové, Ph.D. za odborné vedení mé práce, cenné rady a čas, který mi věnovala. Velké díky patří Zdravotně sociální fakultě za možnost studia. A v neposlední řadě bych ráda poděkovala mojí rodině, která mě po celou dobu studia podporovala.

## **Obsah**

<b>Seznam použitých zkratk</b> .....	<b>12</b>
<b>ÚVOD</b> .....	<b>13</b>
<b>1 TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>15</b>
<b>1.1 Základní informace o pervitinu</b> .....	<b>15</b>
1.1.1 Historie drog.....	15
1.1.2 Historie pervitinu .....	17
1.1.3 Etapy vývoje pervitinu v České republice .....	18
1.1.4 Způsob užívání pervitinu.....	19
1.1.5 Účinky a následky užívání pervitinu .....	20
<b>1.2 Závislost</b> .....	<b>22</b>
1.2.1 Drogová závislost .....	23
<b>1.3 Stres a jeho definice</b> .....	<b>25</b>
1.3.1 Dělení stresu .....	26
1.3.2 Stresory .....	26
1.3.3 Fáze stresu .....	27
1.3.4 Dopad stresu na organismus .....	29
<b>1.4 Copingové strategie</b> .....	<b>30</b>
1.4.1 Adaptace .....	31
1.4.2 Zvládání .....	31
1.4.3 Copingové strategie .....	32
1.4.4 Obranné mechanismy .....	33
<b>1.5 Sociální práce s drogově závislými</b> .....	<b>35</b>
1.5.1 Teoretické modely práce s drogově závislými .....	36
1.5.2 Terapie využívané při práci s drogově závislými .....	37
1.5.3 Terapeutické komunity .....	43
1.5.4. Přístupy minimalizace poškození drogami .....	47

<b>2</b>	<b>CÍL PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY A HYPOTÉZY .....</b>	<b>52</b>
<b>2.1</b>	<b>Cíl práce.....</b>	<b>52</b>
<b>2.2</b>	<b>Výzkumné otázky a hypotézy .....</b>	<b>52</b>
2.2.1	Operacionalizace hypotéz .....	53
<b>3</b>	<b>METODIKA .....</b>	<b>54</b>
<b>3.1</b>	<b>Metody a techniky sběru dat.....</b>	<b>54</b>
<b>3.2</b>	<b>Popis zkoumaného souboru .....</b>	<b>57</b>
<b>3.3</b>	<b>Analýza dat.....</b>	<b>57</b>
<b>3.4</b>	<b>Etika výzkumu .....</b>	<b>57</b>
<b>4</b>	<b>VÝSLEDKY .....</b>	<b>58</b>
<b>4.1</b>	<b>Popis výzkumného souboru .....</b>	<b>58</b>
<b>4.2</b>	<b>Copingové strategie .....</b>	<b>62</b>
<b>4.3</b>	<b>Testování hypotéz .....</b>	<b>68</b>
<b>5</b>	<b>DISKUZE .....</b>	<b>73</b>
<b>6</b>	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>79</b>
<b>7</b>	<b>SEZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ.....</b>	<b>81</b>
<b>8</b>	<b>PŘÍLOHY .....</b>	<b>89</b>

## **Seznam použitých zkratk**

APP – Akční plán protidrogové politiky

CSU – Český statistický úřad

HIV – Human Immunodeficiency Virus

HR – Harm Reduction

Sig. – Signifikance

TK – Terapeutická komunita

## ÚVOD

Diplomová práce se zaměřuje na v současné době velice aktuální problematiku drogově závislých, konkrétně na uživatele pervitinu a jejich stres. „Z odhadovaných zhruba necelých 40 tisíc problémových uživatelů drog je více než 30 tisíc uživatelů pervitinu.“ (Rada vlády, 2013). Proto je nutné se této problematice podrobněji věnovat. Uživatelů pervitinu v České republice neustále přibývá. Pervitin je považován za jednu z nejčastěji užívaných nelegálních drog. Proto je s ní spojeno mnoho komplikací z pohledu uživatelů, ale i státu. Obecně se lidé v současné hektické společnosti potýkají ve všedním životě s každodenním stresem. Tento nepříznivý stav ohrožuje i uživatele pervitinu. Obecně lze stres definovat jako negativní emocionální zážitek, který je důsledkem působení stresorů na lidský organismus. Každodenní vystavování se stresovým situacím nepříznivě ovlivňuje lidský organismus a to na úrovni fyzické, psychické i biologické. Tato práce se zaměřuje na copingové strategie, tedy zvládací strategie u uživatelů pervitinu. Slovo coping je odvozeno z řeckého slova „colaphos“ neboli přímý úder v boxu (Křivohlavý, 1994). Jinými slovy se jedná o schopnost zvládat nadměrnou zátěž, tedy těžkosti běžného života. Práce se blíže věnuje definováním jednotlivých copingových strategií a jejich zkoumání.

Téma této diplomové práce jsem si vybrala z důvodu, že pokládám za nezbytné se blíže věnovat problematice uživatelů pervitinu a jejich zvládnutí stresu. Problematika zneužívání návykových látek je v České republice stále častěji řešeným tématem. Dále bych ráda přiblížila tuto problematiku budoucím sociálním pracovníkům, ale i pracovníkům, kteří své povolání již vykonávají.

V diplomové práci jsem si stanovila dva cíle. Prvním cílem je zjistit, jaké jsou copingové strategie u uživatelů pervitinu a druhým cílem je zjistit, jak se mění charakter copingových strategií při dlouhodobém užívání pervitinu.

Diplomová práce je rozdělena do dvou částí a to na část teoretickou a část praktickou. Teoretická část práce se zaměřuje na historii pervitinu, obecně definuje pervitin.

Následně se podrobněji věnuje stresu a jeho definici. Dále objasňuje pojem copingové strategie a v neposlední řadě je teoretická část práce zaměřena na sociální práci s drogově závislými. V praktické části diplomové práce je popsán výzkumný soubor, metodický postup při sběru dat a podrobně zpracované výsledky diplomové práce.

# 1 TEORETICKÁ ČÁST

## 1.1 Základní informace o pervitinu

Pervitin, jinými slovy metamfetamin, patří do skupiny psychostimulancií. Psychostimulancia jsou látky, které mají silný budivý účinek. Pervitin lze popsat jako syntetickou látku s budivým účinkem, která má nejčastěji formu bílého prášku. Významně ovlivňuje centrální nervový systém a lidský organismus. Působení pervitinu na lidský organismus spočívá v ovlivnění nervových buněk a následném přenosu informací mezi jednotlivými neurony. Mezi uživateli pervitinu je označován jako perník, péčko, piko či peří. (Escotado a Janda, 2003)

Pervitin je často označován jako typicky česká droga. Z této stigmatizace pramení i několik celosvětově chápaných výrazů pro pervitin, jakým je například „čeko“. Jeho užívání je v České republice stále oblíbené i přes silící legislativní kroky, které tomuto jevu mají zabránit. Vláda České republiky vydala akční plán protidrogové politiky na období 2013 – 2015, který říká: *„Problémové užívání drog je v České republice dlouhodobě spojeno především s pervitinem. Z odhadovaných zhruba necelých 40 tisíc problémových uživatelů drog je více než 30 tisíc uživatelů pervitinu“* (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2013). Z uvedeného textu vyplývá, že pervitin patří v České republice mezi jednu z nejčastěji užívaných drog, a proto je třeba se problematice spojené s pervitinem věnovat. (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2013)

### 1.1.1 Historie drog

Historický vývoj termínu droga se téměř v neměnné podobě vyskytuje v současných odborných publikacích (Vesmír, 1995) zaměřujících se na drogovou problematiku. Hippokrates a Galénos přináší pohled na drogu jako na látku, *„která místo toho, aby byla přemožena tělem a strávena jako běžný pokrm, je naopak schopná přemoci tělo“*

*a vyvolat i při směšné dávce ve srovnání s jinými pochutinami značné organické a duševní změny“* (Escohotado a Janda, 2003). V současnosti se už nejedná pouze o látky přírodního charakteru, ale i o látky syntetické. Další obvyklou vlastností drogy je schopnost vytvořit u jejího uživatele závislost, což je stav, kdy jedinec podlehne psychické, duševní i tělesné touze užít látku, která se v tu chvíli stává drogou. Aby se o určité látce dalo hovořit jako o droze, musí splňovat následující kritéria. Droga musí působit psychotropně, to znamená, že mění uživatelovo prožívání reality, jeho sebepojetí apod. Dále tato látka musí vyvolat stav, který je označován jako závislost. Z pohledu medicínského je možno dosáhnout změny stavu vědomí i jinými způsoby, např. holotropním dýcháním, sportovní či sexuální aktivitou a mnohými dalšími fyziologickými aktivitami, nicméně pokud se k těmto aktivitám připojí nutková a neovladatelná touha po jejich užití, dají se považovat z jistého úhlu pohledu za drogu. (Kalina, 2003)

Oblíbenost přírodních a syntetických drog může pramenit z jednoduché cesty, jejímž následkem je právě změněný stav vědomí. Droga jako prostředek pro ovlivnění duševního či tělesného stavu jedince byla významově stvořena člověkem. (Escohotado a Janda, 2003) Pohled na využívání účinku drog můžeme historicky srovnávat. Zásadní rozdíl mezi užíváním drog v dochované historii a současnosti je v cíli užívání a dávek drogy. V současnosti není užívání drog společensky tolerováno. Přesto není neobvyklé, že se i v současné době drogy používají jako prostředek léčby a jejich vliv slouží k uzdravení. Z historicky kulturního pohledu nebyly drogy považovány za škodlivé, ale naopak, za obvyklé prostředky určené k rituálům. Drogy měly také jasně ohraničené úlohy, tzn. překonání určitého období života, ustálení a zesílení meditace a další, především náboženské nebo rituální aspekty. Nástupem středověku byly drogy považovány za nedílnou složku čarodějnictví, avšak bez jasně určených pravidel vedoucích k postihu uživatelů. Jejich užívání nezabránilo ani tvrdé tresty. Lze tedy tvrdit, že drogy zažívají stejný vývoj jako společnost, ve které se vyskytují. (Escohotado a Janda, 2003)



### **1.1.2 Historie pervitinu**

Metamfetamin, což je zásadní složka pervitinu, byl vytvořen v Japonsku roku 1893 z primární složky efedrinu. Akira Ogata se v roce 1919 zasadil o první syntézu krystalické formy pervitinu. Za dalších 10 let se pervitin začal šířit do Evropy, kde byl hojně užíván jako lék. Jeho uplatnění se našlo i ve válečných konfliktech, kdy byl využíván jako stimulant pro zvýšení výkonu vojáků a potlačení jejich únavy. Právě 2. světová válka hrála významnou roli v šíření pervitinu mezi společnost. Po tomto válečném konfliktu se zásoby pervitinu začaly od vojáků šířit mezi společnost. V Německu, Japonsku a USA bylo užívání pervitinu běžnou záležitostí. Bývalá Československá socialistická republika se díky železné oponě potýkala se silným nedostatkem „západních“ drog jako kokain, LSD nebo marihuana. I přes absenci internetu a značnou propagandu komunismu, která drogy popisovala jako výdobytek kapitalismu, došlo počátkem 70. let v Československé socialistické republice k znovuoživení pervitinu.

Hlavní úlohu při výrobě pervitinu hrál člověk z československého podsvětí tzv. „Freud“, který okolo sebe dokázal seskupit jedince z vyšších sociálních vrstev, kterými byli například mladí lékaři, kteří disponovali potřebným vybavením nebo literaturou, díky které bylo možné pervitin syntetizovat. Jako zásadní kniha byla v tomto období považovaná *Toxikománie* od Eduarda Urbana. Díky postavení komunity okolo „Freuda“ bylo možné získat i další nepostradatelné informace, týkající se syntetizace hydrocodonu, která byla dominantní partikulí při výrobě další české drogy „Braun.“ Vzhledem k nedostatku fakticky správných postupů a nepostradatelných látek byla přerušena výroba dalších drog a veškerá pozornost se soustředila na výše uvedené dvě dominantní drogy. Vzhledem k několika existujícím postupům výroby metamfetaminu vyvstala potřeba vypracovat takový proces jeho výroby, který bude možné realizovat v domácích podmínkách a z dosažitelných látek. Nedílnou součástí výroby pervitinu je efedrin. Ten byl často odcizován ze samotných výroben efedrinu nebo absorbován z léčiv, které ho obsahovaly. Stejně tak i laboratorní pomůcky, sloužící k jeho vaření. Podobně dramatická byla i samotná výroba pervitinu. Prvopočátky syntézy pervitinu této doby tkvěly ve výrobě pervitinové báze. Jednalo se o načervenalou tekutinu, která

byla užívána buď orálně, nebo se kapala do alkoholických nápojů jako sváteční zpestření a experiment. Dále se již výroba pervitinu dělila do etap dle data a významných událostí, které je charakterizovaly. (Bulletin, 2012)

### ***1.1.3 Etapy vývoje pervitinu v České republice***

Dle Brenzy a Růžičky (2012) lze pervitinovou scénu v České republice rozdělit do pěti etap, tzv. pět generací pervitinu. První generací jsou Průkopníci, kteří působili přibližně v letech 1973-1978, což je, jak autoři uvádí, obdobím pouze orientačním. Jednalo se o několik málo „vaříčů“, kteří dokázali drogu vyrobit. Okolo nich se seskupovali uživatelé, kteří na přípravě drogy spolupracovali. Toto společenství bylo možné definovat jako komunita, která má společný specifický komunitní cíl. Jednalo se většinou o velmi úzkou skupinu lidí, kteří byli pro „vaříče“ prospěšní, dodávali potřebný materiál pro výrobu, ale museli být také spolehliví a důkladně prověřeni ostatními členy skupiny. Vaříč, vzhledem k jeho znalostem, zastával při přípravě pervitinu vedoucí postavení v komunitě, byl respektován a uznáván. (Brenza a Růžička, 2012)

Druhou etapou, tedy generací, jsou tzv. „Následovníci.“ Období je datováno přibližně okolo roku 1979-1984. Jednalo se o skupinku vzdělaných lidí v oblasti chemie, většinou studentů vysokých škol. Tato generace stála za zdokonalením původních postupů. Za zdokonalení je považován způsob užívání pervitinu, a to intravenózní formou. S intravenózní formou užívání se pojí potřeba injekčního materiálu, která byla zajišťována zdravotními sestrami, které se postupem času staly důležitou součástí komunity. Druhá generace se vyznačovala především pravidelným užíváním. V době druhé generace se společenství uživatelů pervitinu začalo rozšiřovat a export drogy probíhal i mimo hlavní město Prahu. S pravidelným užíváním se začaly objevovat i četné zdravotní komplikace, jež vedly k vysoké morbiditě uživatelů pervitinu. (Kachlík, 2003)

Název Expanze je význačný pro tzv. třetí generaci, která se datuje přibližně do období mezi lety 1985-1989. Jak z názvu vyplývá, dochází k expanzi do větších měst

v Čechách, ale i na Moravu. Mezi vaříči a uživateli dochází k zásadní změně osobních vztahů. Většinou se nejedná o známé či blízké osoby, jako v minulých generacích, čímž se vztahy staly značně anonymnějšími. V tomto období se jedná o tisícovky lidí, kteří se dostali do přímého kontaktu s pervitinem. (Brenza a Růžička, 2012)

Čtvrtým obdobím je „Období divokého východu“, které pokračuje v trendu před rokem 1989. Problémem pro tuto komunitu je výraznější zapojení policie a justice, která se snaží zorientovat v dané problematice. Pádem železné opony dochází k velkému přísunu drog ze zahraničí. Jak uvádí Brenza a Růžička (2012) přichází tzv. „pražský heroinový boom“, který se vyznačuje nesrovnatelně kvalitnějšími drogami, které jsou lehce dostupné a současně levnější, než v zemi jejich výroby. V tomto období dochází ke střetu dvou generací, první před listopadem 1989, která ctí základní nastavená pravidla, a generace druhá, která již pojímá užívání drog komerčním způsobem. (Kachlík, 2003)

Posledním obdobím je období „Přelomu století“, které trvá dodnes. Policie i justice se v drogové problematice orientuje a snaží se tomuto problému čelit. Společnost má mnoho otázek a dochází k celospolečenským diskuzím. Proto vyvstává nová drogová legislativa, která s sebou přináší trestnou odpovědnost za držení většího množství drogy. V tomto období se již vytrácí snadná dostupnost drog a s tím související i jejich nižší kvalita. Pervitin, původně vyráběný z efedrinu, se začíná vyrábět z pseudoefedrinu, jehož účinky jsou značně slabší, nicméně jeho dostupnost je mnohonásobně jednodušší (Brenza a Růžička, 2012).

#### ***1.1.4 Způsob užívání pervitinu***

Mezi nejběžnější užívání pervitinu řadíme tzv. „šňupání“. Existuje i mnoho dalších způsobů podání a to například perorálně, tedy ústy. Tento způsob užití se neřadí mezi časté způsoby podání z důvodu nevyhovující hořké chutě. Proto se v případě užití ústy využívá jen jako přísada, například do jiných pokrmů či nápojů. (Fischer a Škoda, 2014)

K další aplikaci pervitinu lze řadit užívání nitrožilní formou. Tento způsob užívání je nejrozšířenější u dlouhodobých uživatelů vzhledem k mnohonásobně rychlejšímu nástupu žádoucího pocitu a jeho silnějšímu prožitku. Proto dochází u mnoha uživatelů, kteří užívají drogu jinými formami, k přechodu do nitrožilního podávání. Nitrožilní užívání drogy je poutavější také z důvodu menších dávek, a jak již bylo zmíněno, vyššího účinku látky. Užívání pomocí perorálního podání či „šňupání“ by u dlouhodobější aplikace touto formou vedlo k vysokým dávkám drogy a tím i k vyšším pořizovacím nákladům. K navození stejně dobrého či lepšího účinku je tedy pro uživatele výhodnější nitrožilní podání. (Pates a Riely, 2009)

Pervitin lze produkovat též v krystalické formě. V tomto případě dochází k užívání pomocí kouření. Tento způsob není zcela častý a lze jej přisuzovat spíše uživatelkám ženského pohlaví. Proces užívání pomocí kouření je poměrně časově a technicky náročný. Uživatel potřebuje alobal, na kterém zahřívá nejčastěji pomocí zapalovače krystaly pervitinu. V procesu zahřívání krystalů se z pervitinu stává tekutina a účinná látka se začne zvolna odpařovat. V tuto chvíli uživatel vdechuje účinnou látku. Pro efektivnější aplikaci látky se používá trubička, následně uživatel kouř vdechne. Pro efektivnější účinek se doporučuje krátkou chvíli kouř v plicích zadržet. Tento proces se opakuje, dokud není všechna látka odpařena. (Minařík, 2003)

### ***1.1.5 Účinky a následky užívání pervitinu***

Jedním z hlavních důvodů velké oblíbenosti užívání metamfetaminů je jejich účinek. Řadíme k nim silný psychotropní efekt, který uživatelé vyžadují a od drogy očekávají. Při požití metamfetaminů dochází k celkovému psychickému uvolnění, jedinec je zbaven únavy, pociťuje zvýšený psychický i fyzický výkon, který je doprovázen silnými pocity euforie. Dále nelze opomenout schopnost vysoké míry empatie, jež s užitím souvisí. Metamfetaminy jsou vyhledávanou drogou zejména u osob introvertních, či se sníženou schopností navazovat sociální kontakty. V jejich případě dochází k silnému toužení drogu užít opakovaně. (Presl, 1995) Nedílnou součástí užití pervitinu je subjektivně pozitivní ovlivnění motoriky a fyzického stavu. Objektivně

způsobuje motorický neklid, zvyšuje krevní tlak, zrychluje se dechová a srdeční frekvence. Rizikem je zvýšená náchylnost ke křečím, které mohou vést k úplnému vyčerpání a následnému exitu. Velmi typickým příznakem užití pervitinu je rozšíření zornic. (Kalina, 2003) Jedním z neopomenutelných účinků je vliv na zažívací trakt. Mnoho uživatelů pervitinu uvádí, že po aplikaci následují zažívací problémy, průjem a nechut k jídlu. Tento fakt je pozitivně vnímán u žen, nicméně pouze do jisté doby, neboť následkem může být až malnutrice a celkové fyzické vyčerpání. (Kubů a kol., 2006)

Nespornou a pozitivně vnímanou výhodou je pro uživatele pervitinu stejný účinek na psychické i fyzické vlastnosti člověka. Tento fakt popisuje ve své knize Tyler (2000) „*U metamfetaminu je pro narkomana přitažlivá kombinace působení na psychickou i fyzickou stránku jeho osoby. Za tyto požitky se platí závislostí na uměle vyvolaném uvolnění energie a získání jistoty, zatímco při omezení dávek nebo abstinenci nastupují nepříjemné pocity a deprese se stejnou silou, která odpovídá předcházejícímu povzbuzení*“ (Tyler, 2000). Po aplikaci pervitinu dochází k nástupu pocitu euforie, odstranění zábran, strachu a úzkostí. Vybudování závislosti u metamfetaminu je v individuálních úrovních, nicméně jsou popisovány případy, kdy závislost propukla už při užití první dávky drogy. Se závislostí úzce souvisí i zvyšování fyzické tolerance k látce. O to náročněji se jeví absence drogy. Jak již vyplývá z názvu, jedná se o látku stimulačního charakteru, s čímž se pojí i průběh a charakter abstinence. Po vysazení dochází u uživatelů k několikahodinovému až několikadennímu spánku. Uživatel se cítí vyčerpaný a při nedodání další dávky může docházet k pocitům deprese, které mohou vést až k agresivním projevům. Při neukojeném bažení (cravingu) po droze dochází k pozvolnému odeznění těchto pocitů, nicméně touha po droze se může vyskytovat i několik měsíců po posledním užití. (Kalina a Janda, 2008)

Jedním z následků užívání stimulancií jsou projevy tzv. akutní nebo chronické intoxikace, které mohou vyústit v toxickou psychózu. Není však pravidlem, že tyto následky probíhají chronologicky za sebou. Toxická psychóza se může projevit i při prvním užití stimulancií, a to jako následek vysoké dávky nebo nízké adaptační meze organismu. Akutní intoxikace je svým charakterem podobná manickým stavům,

doprovázeným typicky rozšířenými zornicemi, zrychlenou srdeční frekvencí (tachykardií), přecházející až ke stavům deliria. Akutní intoxikaci spolehlivě potvrdí provedené toxikologické vyšetření na přítomnost metamfetaminu v moči. (Nešpor 2008) Akutní intoxikace odezní až při naprostém vyloučení metamfetaminu z těla uživatele. Chronická intoxikace je projevem dlouhodobého užívání metamfetaminu. Ta vede k tělesným projevům jako je nauzea, zvracení, bolesti hlavy, celkový tělesný třes, bolesti kloubů, zvýšené šlachové napětí. Dalšími přidruženými stavy mohou být paranoidní představy, zmatenost a neschopnost soustředění se. (Kalina, 2003) Toxická psychóza je spojována s užíváním metamfetaminů, ale i amfetaminů, např. kokainu a konopných látek (Kalina, 2008). Je doprovázená silnými paranoidními představami. V případě toxické psychózy hovoříme o onemocnění, které se svým charakterem připodobňuje schizofrenii. Uživatel se stává nebezpečným sám sobě, ale i svému okolí. V tomto případě se již doporučuje hospitalizace na psychiatrickém oddělení z důvodu zamezení poškození uživatele či jeho prostředí, ve kterém participuje. Přítomny jsou také sluchové a zrakové halucinace doprovázené pocitem strachu ze svého okolí. Současně svým chováním disponovaný omezuje i prostředí, ve kterém se nachází. (Marková a Petr, 2014)

## **1.2 Závislost**

Závislost je odvozena z latinského slova addictus. Tento pojem blíže specifikuje Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN). Za vznik tohoto dokumentu je odpovědná Světová zdravotnická organizace (WHO). MKN definuje 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 ovládní při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, prioritní v užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená tolerance pro drogu a někdy somatický odvykací stav“* (MKN-10, 2014).

### **1.2.1 Drogová závislost**

Drogová závislost je stav, který se projevuje psychickou či tělesnou závislostí na užití drogy. Tento stav se projevuje u osob, které požívají drogu nepřetržitě nebo v opakujících se intervalech. V odborných literaturách je drogová závislost k nalezení pod pojmem toxikománie nebo narkomanie. Psychická závislost, pod tímto pojmem lze rozumět psychický stav, který vede jedince k opakovanému užívání drogy. Jinými slovy lze popsat jako tzv. bažení po droze (craving). (Fischer a Škoda, 2014) Je nutné si uvědomit, že psychická závislost je pro mnoho uživatelů velice závažná a vyrovnávání se s ní je náročné a brání v aktivní sociální práci při terapiích s klientem. Při fyzické závislosti dochází k adaptaci organismu na návykovou látku. Metabolismus si navykne na přítomnost látky a následně ji vyžaduje. Při vynechání návykové látky se dostavují abstinční příznaky. Míra abstinčních příznaků závisí na požívané droze a míře fyzické závislosti. Silnou tělesnou závislost způsobují drogy opiátového typu (heroin, morfin, kodein). (Matoušková 2013)

Syndrom závislosti lze rozdělit dle skupin užívaných látek. Závislost lze připisovat jak psychoaktivním látkám typu tabák nebo alkohol, ale také většímu množství farmakologických látek. Důsledkem těchto závislostí může být chronický stav zvaný alkoholismus či toxikománie. Stěžejním pojmem v definici syndromu závislosti je touha užít psychoaktivní látku, tabákové výrobky či alkohol. Nešpor (2011) uvádí, že pro diagnostikování závislosti musí dojít během jednoho roku ke třem a více zmíněným jevům. Těmito jevy jsou:

- a) Silná touha nebo pocit puzení užívat látku.
- b) Potíže v sebeovládání při užívání látky.
- c) Tělesný odvykací stav: Látka je užívána s úmyslem zmenšit příznaky vyvolané předchozím užíváním této látky, případně dochází k odvykacímu stavu, který je typický pro tu kterou látku.
- d) Průkaz tolerance k účinku látky (projevuje se nutností užívat vyšší množství látky pro dosažení potřebného účinku).

- e) Postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané látky a zvýšené množství času k získání a užívání látky, nebo zotavení se z jejího účinku.
- f) Pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků (Nešpor, 2011).

Lze rozlišit dva druhy závislosti. Prvním druhem závislosti je substituční závislost, kdy se jedná o závislost na užívaných látkách, kterými mohou být halucinogeny, tabák, psychoaktivní látky, alkohol, ale i nikotin atd. Druhým druhem závislosti je procesuální závislost, v tomto případě je jedná o závislost na nějaké činnosti. Jedná se například o závislost na herních automatech, závislost na sexu nebo například workoholismus. (Kalina, 2003)

Matoušková (2013) uvádí čtyři podmínky působící na vznik drogové závislosti. Jedná se o „farmakologickou podmínku“ tedy o vlastní účinek drogy a „somatickou a psychickou podmínku“ – manifestuje jedincovu odolnost. Tato podmínka prezentuje mnohem častější užívání drog jedinci, kteří jsou psychicky nevyrovnaní, úzkostní a neurotičtí. Nedílnou složkou je také „sociální prostředí“ – zde nastává problém u jedinců, u kterých v období dospívání chyběl pozitivní vliv rodiny nebo naopak, péče rodiny je přehnaná - tzv. hyperprotektivní rodina. Poslední podmínkou je „podnět“, který může vést ke vzniku závislosti. Jedná se například o traumatizující zážitek, kdy jedinec selhává při adaptaci na frustrující stav. Drogová závislost je považována za onemocnění, které má svoji prevenci a také léčbu a pakliže přechází do závislosti dlouhodobé, dochází k rozpadu osobnosti a ke změně jejích charakterových vlastností. (Matoušková, 2013)



### 1.3 Stres a jeho definice

*„Stres je důsledek nebo odpověď na činnost či situaci, která klade speciální požadavky na osobnost (fyzického nebo psychického charakteru. Stres zahrnuje interakci osoby a prostředí. Fyzické a psychické požadavky prostředí, které vyvolávají stres (jsou příčinou stresu), nazýváme stresory. Přestože stresory mají různé formy, mají též něco společného, vytvářejí stres nebo potencionální stres, jestliže je jednotlivec vnímá jako požadavky, které mohou překročit jeho možnosti reagovat na ně přiměřeně“ (Mayerová, 1997).*

Stres je považován za negativní emocionální zážitek, který prožívá člověk v důsledku působení stresorů na jeho osobnost. Působení stresu je často doprovázeno fyziologickými, biochemickými, kognitivními reakcemi, v důsledku ohrožujících situací. H. Cooper a M. H. Appley (1966) definovali stres jako určitý stav, kdy má organismus porušenou svoji celistvost a musí vynaložit veškeré úsilí na jeho ochranu (Hartl, Hartlová 2000). Vlivem stresu dochází k mnoha reakcím na fyziologických úrovních. Dochází ke zrychlení dechové frekvence, srdečního pulsu, pomocí vyšetření EMG (Elektromiografie) lze zaznamenat zvýšenou frekvenci mozkových vln. Současně dochází k vyplavování hormonů potřebných pro zabránění rozvinutí depresivních stavů, především hormonu serotoninu. Dále jsou aktivizovány nadledvinky, které začínají produkovat adrenalin, což je spojeno s následnými hormonálními změnami, které mají za účel normalizovat somatické funkce. H. B. Seyle, definoval stres jako blíže nespécifikovatelnou tělesnou reakci lidského organismu na právě probíhající zátěž, která má za následek zvětšení nadledvinek, inhibici zánětlivých procesů, úbytek bílých krvinek atd. (Paulík, 2010). Všechny tyto reakce jsou spojovány se stresovou situací. Paulík (2010) popisuje stres jako *„zátěžovou situaci, narušující rovnováhu organismu, imunitního, hormonálního a oběhového systému“* (Paulík, 2010). Je proto zcela zřejmé, jak závažný negativní dopad mají účinky stresu na organismus. (Hartl, Hartlová 2000)

### **1.3.1 Dělení stresu**

Jaro Křivohlavý (1994) rozděluje stres dle intenzity na hyperstres a hypostres. „Hyperstres překračuje hranici naší adaptability pro vyrovnávání se se stresem. Hypostres je nižší než hraniční stres“ (Křivohlavý, 1994). Na stres se dá dále pohlížet podle kvality stresové situace. V tomto případě se jedná o eustres a distres. Eustres je považovat jako hnací motor lidské osobnosti kupředu, dodává motivaci a tím přiměje jedince k vyšší aktivitě. Nejtypičtějším prvkem eustresu je absence pocitů bezmoci a negativních pocitů. Příkladem eustresu jsou zátěžové situace, pro které je důležité zapojení adaptačních mechanismů, nicméně jejich působení je pozitivní. Hovoříme tedy o pozitivních zážitcích, například uzavření sňatku nebo příchod nového potomka. Distres je pravý opak, který negativně působí na jedince a brání vyrovnávání se s požadavky, které jsou na něj kladeny. Nemotivuje, vede k pocitům úzkosti až deprese. Distres je tedy stav, kdy člověk subjektivně pociťuje ohrožení a domnívá se, že nemá dostatek sil pro zvládnutí zátěžové situace. (Baštecká, 2009)

Stres je možné dělit na akutní a chronický. Křivohlavý (2001) připodobňuje eustres ke stresu akutnímu, kdy „má charakter výzvy“, působí nyní a při dosažení požadovaného výsledku vymizí. Zatímco chronický stres lze přiřadit logicky k distresu, působí dlouhodobě a negativně jedince ovlivňuje. V důsledku chronického stresu, který je pro dnešní společnost specifický, vznikají hromadně vyskytující se neinfekční choroby v čele s kardiovaskulárními onemocněními, a to již u mladých osob. (Joshi, 2007)

### **1.3.2 Stresory**

Za stresor se v lidském životě považuje vliv, který negativně ovlivňuje jeho kvalitu. Jedná se o určitý podnět, který člověka zatěžuje. Vzhledem k neustále zvyšujícímu se tempu současnosti a zvyšujícím se nárokům na jedince přibývá neustále množství nových stresorů. Stresory lze vnímat z mnoha úhlů pohledu. Důležité je zmínit, že psychický stres se ventiluje do fyzických funkcí a naopak, fyzický stres ovlivňuje lidskou psychiku. (Praško, 2001) Biologické stresory jsou ty, které mohou vyplývat

například z hormonální nerovnováhy, a to u žen v těhotenství či při premenstruačním syndromu. Dále jako stresory fungují chemické látky či úrazy. Za fyzikální stresory považujeme například hluk, jehož zvyšující se intenzity a frekvence jsou diskutovány jak v pracovním, tak v životním prostředí. K fyzikálním stresorům řadíme také UV záření a radiaci. Neopominutelnou skupinou jsou stresory psychologické, které ovlivňují naši psychiku, zejména zátěžové životní události, např. svatba, úmrtí v rodině, ztráta zaměstnání. Přílišný nátlak na osobnostní schopnosti – zbytečně vysoké cíle, podhodnocování osobnosti, psychické závislosti. Sociální stresory vychází ze sociálního postavení jedince, například nízký sociální statut, osamělost, sociální konflikty. Posledním zástupcem z pohledu doby trvání jsou krátkodobé a dlouhodobé stresory. Jako krátkodobý stresor je považován ten, který zanedlouho odezní, např. bolest, neúspěch. Dlouhodobý stresor ovlivňuje lidskou psychiku po delší dobu a může mít fatálnější dopad na lidskou osobnost. Jedná se například o dlouhodobé neshody v zaměstnání či rodinné neshody. (Kebza a Šolcová, 2004)

### **1.3.3 Fáze stresu**

Fázím stresu jsou popsány mnoha autory (Schreiber, 2000; Chromý a Honzák, 2005). Zaměříme se na definici několika z nich. Každý jedinec může prožívat stresovou reakci jiným způsobem, nicméně fáze stresu bývají u všech jedinců bez rozdílu věku nebo pohlaví stejné.

Pět etap stresové reakce popisuje ve své publikaci Paulík (2010). V první etapě se člověk setkává s počáteční fází, kdy identifikuje stresory, které na něj začínají působit. Následně dochází k hodnocení situace na subjektivní úrovni, kdy si jedinec klade otázku, zda je schopen situaci odolat, a co pro odolávání potřebuje. V případě zvládnutí druhé fáze nedochází k projevům stresové reakce a dochází tak k vyrovnání se stresem v raném stádiu. Nezvládně-li jedinec zátěž, dochází k působení stresu a jeho účinku. Následuje třetí fáze, kdy se jedinec snaží se stresem vyrovnat a racionalizovat ho. Čtvrtou fází je zhodnocení intenzity stresu. Jedinec se se stresem vyrovná a stres je ukončen nebo jeho působení i nadále probíhá. Poslední fází je zhodnocení stresové

reakce a dochází k adaptaci na daný typ stresu. Další možností je, že se zhorší následky působení stresu na jedince, což má negativní důsledky v podobě změny chování až propuknutí depresivního chování. Jestli člověk reaguje na poslední fázi prvním nebo druhým typem reakce, je především závislé na odolnosti jeho osobnostních rysů, mírou schopnosti bojovat se stresem a samozřejmě na druhu a míře stresové zátěže. (Paulík, 2010)

Oproti Paulíkovi dělí H. Selye fáze stresu pouze do tří fází. V první fázi se objevuje reakce organismu na začínající stres. Tato fáze se nazývá jako fáze „poplachová“. Organismus pocítuje změnu a snaží se na tuto změnu adekvátně reagovat. Druhá fáze je charakterizována jako tzv. všeobecný adaptační syndrom, kdy dochází k adaptaci organismu na příchozí stres. Organismus se snaží adaptovat na novou zátěžovou (stresující) situaci. Poslední fáze je vyhoření. Organismus je zcela vyčerpaný, není schopen adekvátní obrany proti stresu. Tato poslední fáze může mít až fatální následky. (Rosch, 2008)

Stres u uživatelů metamfetaminu je možné pozorovat v různých podobách. Právě stres je jedním z aspektů, jehož důsledek je první užití drogy. Jako stresory se mohou uplatňovat patologické rodinné prostředí, nedostatek finančních prostředků, nezřídka je s počátkem užívání pervitinu popisován i nedostatek sebevědomí a nátlak sociálních skupin, mezi kterými se potenciální uživatel vyskytuje. Pokud diskutujeme stres přicházející s užíváním metamfetaminu, lze jej charakterizovat duševními poruchami. Jako stresová situace se považuje akutní intoxikace, jež vede k poruchám vědomí, emotivity a jiných somatických funkcí. Dalšími neméně závažnými aspekty podporující stresovou situaci mohou být syndrom závislosti a abstinenční nebo odvykací stav, který často bývá doprovázen deliriem. Tyto stavy mají společné příznaky, a to úzkost, rozrušení nebo somatické poruchy, jako je náhlá hypertenze a bušení srdce. Stresujícím stavem je i toxická psychóza, která nastupuje po užití, a která se vyznačuje bludy a halucinacemi, patologickými emočními prožitky a změnou vnímání sebe samého. Psychóza se dále vyznačuje nesouvislým a zmatečným myšlením a nepřirozenými tělesnými pohyby. Dalším stavem podporujícím stresovou reakci u uživatele je amnestický syndrom, který je doprovázen zhoršením krátkodobé paměti a neschopností

posloupného řazení událostí v čase. Jako stresující stimuly působí i „flashbacky“ kdy se jedná o stavy přicházející v abstinenci a simulující stav bezprostředně po užití pervitinu. (Kalina, 2008) Dalšími stresory, které způsobují nadměrný stres u uživatelů pervitinu, mohou být sociální důsledky pramenící s jeho užíváním nebo závislostí. Ty lze specifikovat jako ztrátu zaměstnání, přátel a rodiny, častý výskyt prostituce a negativní pocity spojené s do jisté míry nucenou kriminalitou. Stres u uživatelů pervitinu je často vzbuzován i somatickými poruchami jako následky užívání. Můžeme zde uvést infekční choroby šířící se nejčastěji mezi komunitu uživatelů v důsledku mnohonásobných a společných užití jednorázových pomůcek, jako injekční jehly a stříkačky. Nitrožilní uživatelé jsou disponováni bakteriálním infekcím a to jak s povrchovým, tak invazivním aspektem působení. (Fischer a Škoda, 2014)

#### ***1.3.4 Dopad stresu na organismus***

V případě působení stresu na lidský organismus dochází k produkci hormonů, které následně ovlivňují intenzitu stresové reakce. Hormony ovlivňující stresovou reakci lze rozdělit do dvou základních skupin. První skupinou jsou hormony adrenalin a noradrenalin, jejichž produkce a řízení je ovlivňováno funkcí vegetativního nervstva sympatiku. Druhou skupinou jsou steroidní hormony, mezi které řadíme například mužský pohlavní hormon testosteron, ženský pohlavní hormon estrogen a hormony kůry nadledvin – mineralokortikoidy, glukokortikoidy. Adrenalin je primárním hormonem, který se vyplavuje při stresové reakci, jeho účinek je krátký ale intenzivní. Zrychluje srdeční činnost, ovlivňuje rozšíření zornic a také zvyšuje aktivitu potních žláz. Podobný účinek má glukokortikoid, nicméně rozdíl v působení těchto dvou hormonů je v tom, že glukokortikoid může mnohdy působit i několik hodin. (Joshi, 2007)

Jak bylo již zmíněno, dlouhodobé působení stresu může vést ke vzniku deprese. Tento fakt je podložen mnoha průzkumy. Joshi (2007) uvádí, že lidé, na které dlouhodobě působí stres, jsou mnohem více ohroženi propuknutím deprese. Je nutné zaměřit se na příčiny, které stres způsobují. Jedná se o zatěžující životní situace, které

na člověka působí dlouhodobě či krátkodobě. Jedná se například o negativní životní události, které jsou nadměrně stresující a mohou způsobit až vznik deprese. (Joshi 2007) Tento fakt podpoříme i názorem Křivohlavého (2002), který ve své publikaci uvádí, že stres je velice častým spouštěčem depresí. Určitou roli u vzniku deprese sehrávají i osobnostní předpoklady jedince, jeho sebehodnocení, pocity bezmocnosti. Souvislost se stresem mají i úzkostné stavy, kdy se jedná o „abnormální a vše zahrnující předtuchu a strach“. (Faleide a kol. 2010) Projevy úzkosti jsou zcela identické s pocity vzniklými ve stresu. Jedná se o nadměrné pocení, zrychlená srdeční frekvence a celkové subjektivní tělesné napětí.

Problematické zvládání stresových situací je často pozorováno u seniorů. Jejich adaptabilita na nepříznivé a stresující situace je mnohem náročnější. Příčinou horšího vyrovnávání se se stresem u starších osob je stále zvýšená hladina stresových hormonů. Ovšem toto tvrzení nemusí být vždy pravidlem, mnohdy se mladý člověk vyrovnává s působením stresu hůře, než člověk staršího věku. (Joshi 2007)

#### **1.4 Copingové strategie**

*„Adaptabilita a coping je pravděpodobně nejtypičtější charakteristikou života. Je to to, co vyjadřujeme termínem „život“. Ztráta této schopnosti je pak to, co označujeme slovem „smrt“.*

Hans Selye

Coping, slovo jež vychází z anglického pojmu „to cope“ – vyrovnat se s něčím, zvládat něco určitého. Často též překládáno ve vazbě „coping with stress“ (zvládání stresu). Původně bylo slovo coping odvozeno z řeckého slova „colaphos“ jimž je míněn úder v boxu, přímý úder (Křivohlavý, 1994). Počeštěný pojem coping se nejčastěji využívá v psychologii, jako schopnost zvládat nadměrnou zátěž. Nadměrnou zátěží lze rozumět těžká životní situace, mezi které lze zařadit například těžkou nemoc, ztrátu blízkého člověka či zvládání těžkých životních úkolů. Lazarus a Cohen (1979) definují coping

jako: „*snahu jak intrapsychickou, tak i zaměřenou navenek na určitou činnost. Řídit, tolerovat, redukovat a minimalizovat vnitřní i vnější požadavky kladené na člověka a střety mezi těmito požadavky. Jde přitom o požadavky mimořádně vysoké, které člověka značně namáhají a zatěžují nebo převyšují zdroje, které má daná osoba k dispozici*“ (Křivohlavý, 1994). Tato definice poukazuje na nároky, jež jsou kladené na člověka a v souvislosti s těmito nároky i na zdroje a možnosti zátěžových sil.

#### **1.4.1     *Adaptace***

Neopomenutelným pojmem, se kterým se váže pojem coping, je adaptace. Nutné je uvědomit si, že se tento pojem od copingu významně odlišuje. Adaptací lze rozumět vyrovnávání se se zátěžovými situacemi, které jsou pro člověka v určitých mezích relativně dobře zvládnutelné oproti copingu, kdy se jedná o zvládání nadlimitně náročné situace, která se člověku nabízí. Nadlimitní situaci rozumíme situaci, která je chápána ve smyslu doby trvání a též intenzity. Coping tedy demonstruje „vyšší stupeň adaptace“, kdy není člověk schopen řešit krizové situace, pro které nemá adekvátní zkušenosti ani vědomosti (Křivohlavý, 1994).

#### **1.4.2     *Zvládání***

Nejvýznamnější představitelé copingu – R. S. Lazarus a S. Folkmanová charakterizují **zvládání** jako *stále se měnící kognitivní a behaviorální úsilí jedince zvládnout, popř. tolerovat anebo zredukovat požadavky, jež zatěžují či dokonce převyšují jeho psychické zdroje* (Mareš 2001). Tato definice úzce navazuje na nadlimitní zvládání zátěže. V současnosti jsou do nadlimitní zátěže zařazovány též drobné denní nepříjemné situace, které ovšem působí dlouhodobě a mohou navzájem kumulovat, a proto je lze považovat za tak intenzivní zátěž, při které je nutno využít copingových strategií. Obecně lze říci, že zvládání je považováno za vědomou adaptaci na vzniklé krátkodobé, ale zatěžující, či dlouhodobé stresory. Jsou to reakce, kdy se jedinec snaží vyrovnat

s přicházejícími stresory běžného dne, ale i se stresory, které mají povahu dlouhodobého charakteru (např. trauma). (Mareš, 2001)

### **1.4.3 Copingové strategie**

Lze definovat jako proces, kterým se jedinec snaží snižovat nežádoucí zatížení či vyrovnávat se s krizí. Krize je definována jako „*reakce na situaci, která přesahuje běžný repertoár vyrovnávacích (coping) strategií daného jedince*“ (Baštecká a Goldmann 2001). V odborné literatuře můžeme copingové strategie nalézat pod termínem copingový styl. Mezi klasické rozdělení copingových strategií dle R. S. Lazaruse a S. Folkmanové (Výrost a Slaměník 2001) řadíme:

- *Zaměření na problém* (problem-focused coping): záměrné úsilí, které vede k vypracování plánu průběhu jednání jedince. V této fázi jedinec působí na své okolí a mění ho. Analyzuje svoje schování.
- *Zaměření na emoce* (emotion-focused coping): dochází k interpretaci emocí, jevů a chování v daných situacích. Interpretace je závislá na přijetí a vyrovnání se s danou situací, zároveň také popření situace.
- *Orientace na únik*: reakce, která směřuje k dennímu snění či úniku k omamným látkám.

V souvislosti s copingovými strategiemi se můžeme zaměřit na kategorie každodenního zvládání zátěže, které přesněji vymezuje ve své publikaci Stone a Neale (Schwarzer a Schwarzer 1996):

- odvracení pozornosti (distraction),
- redefinice situace (situation redefinition),
- přímá akce (direct action),
- katarze (catharsis),
- přijetí (acceptance),



- sociální podpora (social support),
- relaxace (relaxation),
- náboženství (religion).

Neopomenutelné je přestavit fáze vyrovnávání se se stresovými situacemi. Tyto fáze popisuje Lazarus a Folkmanová. Jedná se o tři fáze vyrovnávání se.

1. Primární hodnocení (primary appraisal). V této fázi se vyhodnocuje situace, zda jedince ohrožuje, respektive zda je stres negativní či pozitivní.
2. Sekundární hodnocení (secondary appraisal). Ve druhé fázi se posuzují přijatelná řešení zátěžové situace. Dochází k hledání vhodných copingových řešení (odpovědí).
3. Přehodnocení (reappraisal). Na základě přehodnocení nově získaných informací o zátěžové situaci dochází k jinému vnímání nastalé situace. (Výrost a Slaměník 2001).

#### **1.4.4 Obranné mechanismy**

Jedná se obranné mechanismy, které jedinec využívá k ochraně své osobnosti. Lze popsat jistou návaznost mezi copingovými strategiemi a obrannými mechanismy, a proto je potřebné rozvést tuto problematiku dále. Každý jedinec se s obrannými mechanismy setkává na nevědomé úrovni. Tento fakt předkládá Sigmund Freud jako nevědomou obranu organismu, kdy dochází k obraně ega. Slouží k vyrovnávání se s obtížnými situacemi do okamžiku, kdy se je jedinec schopen s vyvstalým problémem vyrovnat vědomě. Jedinec se díky obranným mechanismům udržuje ve zkreslené realitě a skutečné řešení obtížné situace je zastřeno právě těmito mechanismy. V případě, kdy se stávají obranné mechanismy převládajícím prvkem při řešení těchto situací, lze definovat obranné mechanismy za patologické. (Atkinson, 2003) Obranné mechanismy lze dále vnímat jako pozitivní a negativní. Z logiky věci vyplývá, že pozitivní

mechanismy jedince spíše motivují k větší aktivitě oproti mechanismům negativním. (Kulka, 2005)

Na počátku objevení obranných mechanismů stál proslulý psychoanalytik Sigmund Freud. Objevení obranných mechanismů je jedním z nejzásadnějších prostředků klasické psychoanalýzy. Již v roce 1923 využíval tuto problematiku ve své praxi a došlo k definování obranných mechanismů, a to jako nevědomou obranu ega před zátěžovou situací. (Baštecká a Goldman 2001) Sigmund Freud se zpočátku věnoval především obrannému mechanismu „vytěsnění“. Poté podrobněji rozpracovala problematiku obranných mechanismů jeho dcera Anna Freudová. Původním dílem, kde jsou obranné mechanismy rozpracovány, je německé „Das Ich und die Abwehrmechanismen“ (Ego a obranné mechanismy) z roku 1936. Věnuje se především rozkódování nevědomých intrapsychických mechanismů, které jsou odpovědné za ochranu ega. (Baštecká a Goldmann 2001) Jaro Křivohlavý (1994) se věnuje nejčastějším z nich. Jedná se o dvanáct obranných mechanismů, a to *regrese* – dětské až primitivní řešení obtížných situací. Jinými slovy návrat ve vývoji o krok zpět. Regrese se projevuje jako trucovité chování, pláč, vztek, introverze. Neméně známým mechanismem je *represe* – neboli vytěsnění do nevědomí. Nepříjemná situace, emoce, životní postoj k události je vytlačen našim vědomím do nevědomí. Represe probíhá zcela neuvědoměle a dochází k tak zvaně vytlačení, popření, vytěsnění. Další proces, *racionalizace* – spočívá v obhajování si našeho nevhodného chování v nepříjemné situaci. Neméně častým mechanismem je *sublimace* – konkrétně snaha o povýšení našeho chování na vyšší úroveň, která je společensky přijatelnější. Jinými slovy dodání důstojnosti či povznesení se nad problémem. Dalším intrapsychickým mechanismem je *denní snění* – při tomto obranném mechanismu dochází k odloučení se od reality, nahrazujeme skutečné řešení problémů „sněním“. Při *popírání* popíráme informace, které se týkají naší zátěžové situace. Nepřejeme si slyšet žádné nové skutečnosti. Za *introjekci* můžeme považovat promítání si zátěžových situací jiných lidí do našeho života. To má za následek sebeobviňování a obviňování druhých lidí. Žádoucí *identifikace* je ztotožnění se s určitým chováním, očekáváme adekvátní chování k dané situaci, zatím co *inverze* je považována za naprostou změnu chování z důvodu, kdy se člověk nemůže věnovat jemu

vhodnému chování vzhledem k situaci. Konečně *projekce* je promítání naší osobnosti do chování ostatních osob. Jedná se tedy o přisouzení vlastního chování jiným lidem. Existuje celá řada dalších obranných mechanismů. Autoři Křivohlavý, Plháková je často popisují odlišně. Plháková (2005) popisuje jako další obranný mechanismus *somatizaci* – kdy dochází k přenesení problému na somatickou úroveň, tento jev je považován za zcela patologický.

Fowler, Kavitha a Erasmus popisují jistou návaznost mezi obrannými mechanismy a zvládním stresu. Nicméně rozdíl je především v tom, že obranné mechanismy se odehrávají na nevědomé úrovni a zvládnání, zato coping probíhá zcela vědomě, respektuje skutečnost a pracuje s ní. Obranné mechanismy osobu spíše obelhávají a probíhají nevědomě, přitom vytváří falešné řešení obtížné situace (Mohapl, 1992). Výše jsme si popsali rozdíl mezi zvládací strategií a obrannými mechanismy. Nutné je poukázat na společnou charakteristiku, a to především takovou, kdy se tyto dva mechanismy odehrávají v situacích, které jsou pro daného jedince neřešitelné či je jedinci nezvládnají řešit (Křivohlavý, 1994).

### **1.5 Sociální práce s drogově závislými**

Sociální práce s drogově závislými je součástí náplně vzdělávání sociálních pracovníků, kteří jsou součástí multidisciplinárního týmu. Jedná se nejen o sociální pracovníky, ale také o psychology, psychiatry nebo speciální pedagogy. Při práci se závislými osobami lze hovořit o spolupráci veřejné správy, státních i nestátních institucí, kam řadíme léčebná zařízení, probační nebo mediační službu a policii. Nesmíme opomenout mladistvé závislé na omamných látkách, vzhledem ke spolupráci, na které se podílejí i kurátoři pro mládež či sociální kurátoři. (Matoušek, 2010)

Teoreticky lze sociální práci s drogově závislými vymezit do několika teoretických modelů, jako je model Biomedicínský nebo Bio-psycho-sociálně-spirituální.

### **1.5.1 Teoretické modely práce s drogově závislými**

#### **Biomedicínský model** (spadá do 1. období, tedy 19. století)

Zmíněný model byl hojně využíván v době, kdy se drogovou závislostí zabývali hlavně lékaři a psychiatři. Model označuje drogovou závislost nemocí - v podstatě chorobnou poruchou mozkových funkcí s dědičnými dispozicemi. Tato nemoc je pokládána za chronickou, obtížně léčitelnou a mnohdy nevléčitelnou. Zainteresovaní odborníci této doby přirovnávají závislost k podobným onemocněním, kterými jsou ICHS nebo tuberkulóza.

I když drogová „nemoc“ není tedy podle tohoto modelu úplně léčitelná, lze říci, že se do jisté míry možnost uzdravení vyskytuje, avšak za podmínek úplné abstinence. Pokud nemocný užije další drogu, jedná se vždy o recidivu nemoci.

*„Závislý nikdy nepřestane být závislým, ale může abstinovat“ (Kalina, 2001)*

Léčebné metody v tomto přístupu spočívaly především ve formě ústavní izolace, detoxikace a léčbou prací. Ambulantní léčba individuální psychoterapií byla nemyslitelná, tedy nemožná. (Kalina, 2003)

#### **Bio-psycho-sociálně-spirituální model** (spadá do 2. období, tedy 19. – 20. století)

V tomto modelu se již pozornost neobrací pouze na fyzický aspekt problému, ale propojuje se s rozměrem psychickým, a to mezilidskými vztahy. Podle toho se odvíjí možnost léčby, která se stejně jako v předchozím modelu opírá o detoxikaci a farmakoterapii, avšak se zapojením sociálních aspektů, kterými jsou psychosociální terapie, individuální, skupinové a rodinné psychoterapie a především pozitivní působení terapeutických komunit. (Kalina, 2008)

Bio-psycho-sociálně-spirituální model vyvrátil hluboce zakořeněnou teorii o trvalé a nevléčitelné závislosti. Tento model je postaven na názoru, že za příznivých vnitřních a vnějších podmínek člověk dokáže svoji závislost překonat a tím se uzdravit - nikoliv být pouze abstinentem. Tento přístup je již několik desetiletí hlavní strategií

zvládnání závislostí a ve své podstatě stále zůstává především přístupem zdravotnickým. Nicméně i přes to, že pracuje se zdravotnickými pojmy a s diagnózami, zastává poznatky jak z přírodních, tak psychologických i společenských věd, a tím se opírá o jeho nejpodstatnější pilíř, kterým je mezioborová spolupráce. (Kalina, 2003)

### **1.5.2 Terapie využívané při práci s drogově závislými**

Jako zásadní mezník současné sociální práce s drogově závislými je terapie. Vzhledem k multidisciplinárnímu pojetí sociální práce existují terapie, které jsou zaměřeny na různé aspekty osobnosti a životního stylu. Cíle všech uvedených terapií jsou však vždy společné, a to minimalizovat dopady drog na fyzický a psychický stav jedince, co možná nejvíce zkvalitnit jeho život a docílit odloučení se od návykových látek.

### **Psychoterapie**

Nedílnou složkou boje proti drogové závislosti je psychoterapie. Pojem psychoterapie pochází z řečtiny, skládá se ze dvou slov: psýché a therapón. Psýché znamená duše, ve významu původní životní síly, mající zdroj v sobě samé a therapón je v překladu služebník, průvodce a opatrovník bohů. Jedná se o vědní obor, který má za cíl pomocí psychologických postupů a metod pomáhat lidem vnitřně destabilizovaným a často nemocným a nešťastným. (Vymětal, 2004) Její hlavní opěrné body jsou prevence, léčba a rehabilitace poruch zdraví specifickou komunikací, a to především komunikací mezi klientem a psychoterapeutem. Nejbližší má ke klinické psychologii, psychosomatické medicíně, psychiatrii a filozofii. (Vymětal, 2007) Psychoterapie je oborem bezesporu interdisciplinárním, který čerpá z teoretických i aplikovaných disciplín. Je však i oborem transdisciplinárním, jelikož ve svém uplatnění prochází napříč lékařskými obory (např. psychiatrií, obory vnitřního lékařství.) i nelékařskými obory (např. speciální pedagogika, klinická psychologie...) (Vymětal, 2010). Mezi účinné faktory psychoterapie patří produktivní náhled vedoucí ke změně. Požaduje průběžný nácvik, trénink a korektivní zkušenost s kognitivní a emocionální složkou člověka. Probíhá

v sociální interakci, kde jsou většinou manifestovány verbální i neverbální složky. Interakce má charakter setkání dvou či více lidí, kteří si jsou bytostně rovni a jejichž rovnost zůstává i v symetrickém vztahu. (Psychoterapeutické centrum Římská, 2014)

### **Kognitivně behaviorální terapie – KBT**

Neméně důležitým prostředkem pro práci s drogově závislými je KBT, která vznikla v druhé polovině 20. století v Anglii spojením behaviorální a kognitivní terapie. Řada odborníků se snažila o kombinaci osvědčených postupů z obou těchto směrů, čímž chtěla zvýšit účinnost. Zastáncem kognitivně behaviorální terapie a účinnosti propojení pojednávají například Beck, Ellis i Mc Laren. (Psychoterapeutické centrum Římská, 2014)

Jedná se o krátkodobou a strukturovanou terapii trvající obvykle jen několik měsíců, jen velmi výjimečně trvá více než rok. Je zaměřena na konkrétní problémy a potíže, se kterými klient přichází za terapeutem, dále na dosahování specifických, předem stanovených cílů, a to za pomoci konkrétních psychologických metod. Klient se pomocí těchto metod za podpory terapeuta aktivně učí, aby byl po skončení terapie schopen dané metody používat samostatně. Lze ji využít v situaci, kdy je klient ochoten spolupracovat, má motivaci vedoucí ke změně, je schopen přiměřené komunikace, dokáže popsat své myšlenky, pocity a situaci, kdy se vyskytl takový problém, se kterým do terapie přichází. Terapeutický vztah je v KBT založen na aktivní a otevřené spolupráci. KBT se opírá o poznatky teorie učení a kognitivní psychologie. Zaměřuje se převážně na přítomnost a budoucnost, ne pouze na minulost. Dále cílí na konkrétní, předem definované problémy, ve kterých si stanovuje přesné a funkční cíle. Je zaměřena na primárně pozorovatelné chování a vědomě psychické procesy. Uplatňuje se zde vědecká metodologie, tedy pozorování, zaznamenávání faktů, měření frekvence, intenzity a délky trvání pozorovaných jevů, vytváření ověřitelných hypotéz a jejich testování. Jejím hlavním cílem je soběstačnost klienta. (Psychoterapeutické centrum Římská, 2014)

KBT je indikována i v případech, kdy klient trpí úzkostnými poruchami, jakými mohou být fobie, panické poruchy, posttraumatické stresové poruchy a somatoformní poruchy. Dalšími indikacemi jsou deprese, schizofrenní stavy, maniodepresivní psychóza a v mnoha případech i sexuální disfunkce. (Psychoterapeutické centrum Římská, 2014) Nedílnou součástí KBT je učení, které je v tomto případě popisováno jako „*relativně trvalou změnu chování, která plyne z nácviku*“ (Praško a kol., 2007). Učení zde chápeme jako habilitaci, tj. proces, kdy se člověk učí postupně ignorovat známý podnět s neutrálními nebo málo nebezpečnými následky. Učení můžeme rozdělit do čtyř základních skupin. Jedná se o klasické podmiňování, kdy se lidský organismus učí, že jedna událost vede k události další. Typickým příkladem může být Pavlov, který uskutečnil experiment, při kterém zjistil, že pokud podá psovi pokrm, (nepodmíněný podnět), vyvolá u něj automaticky slinění, (nepodmíněný podnět). Když současně s podáním jídla zvoní zvonek, (podmíněný podnět), po několika opakováních již při pouhém zazvonění zvonku bude u psa vznikat slinění, (podmíněný podnět). Stejně tak funguje tento reflex u osob drogově závislých. V případě alkoholové závislosti lze situaci popsat tak, že pokud závislý člověk spatří alkohol, vyvolá v něm touhu po užití, (nepodmíněný podnět). Zatímco restaurace, kde barman donáší alkohol, evokuje reflex podmíněný. Operativní podmiňování je stav, kdy se organismus učí, že určité chování vede k určitým důsledkům. Pozitivní nebo negativní důsledky, které následují po určitém chování, vyvolávají větší a menší četnost opakování tohoto chování (odměna a trest). Při žádoucím následku se chování ukotvuje a při nežádoucím se oslabuje. Například osoba, která při užití určité drogy vyvolá u jedince pocit euforie, zde se jedná o upevňující účinek. Když však po užití drogy bude mít jedinec psychické a somatické potíže, bude to mít za následek opačný efekt, tedy oslabující. Pomocí účelné změny následků chování lze ovlivnit i upevnění a oslabení určitého chování. Jde například podávat alkohol současně s něčím averzivním (elektrický šok), aby bylo požití alkoholu negativně ovlivněno a to následně vedlo k oslabení zvyku. (Praško a kol., 2007) Pro správné užití KTB je třeba využívat technik, které mají pozitivní dopad na celkový stav osob drogově závislých. Jako základní techniku lze považovat edukaci, která by měla být aplikována vždy na začátku vztahu „klient x terapeut.“ Klient by měl být

poučen o smyslu používaných metod i o důležitosti jejich samostatného uplatnění v jejich každodenním životě. Proto rozeznáváme dvě hlavní složky edukace, a to – poučení klienta o jeho nemoci a poučení o léčbě a navržení možností léčby. Klient by měl být také poučen o fungování vztahu mezi myšlením, pocity a chováním, s čímž je spojeno i pochopení struktury terapie. (Procházka, 2014).

### **Techniky KBT**

Stejně jako většina metod má i KBT vybrané techniky, které se dají aplikovat při práci s osobami se závislostí. Jako principiální techniku je třeba uvést edukaci. Její úspěšnost je podmíněna navázáním spolupráce mezi klientem a terapeutem, správným vysvětlením o smyslu používaných metod a o uplatnění v každodenním životě klienta. Edukaci lze rozdělit do dvou základních složek, a to poučení klienta o jeho nemoci a poučení o zásadách léčby a jejich možnostech. Podstatné je také klienta informovat o fungování vztahu mezi myšlením, pocity a chováním a struktuře terapie. Nelze také opomenout relaxační metody, za pomocí kterých si mohou klienti uvědomit, že existuje možnost, jak si udržet příznaky napětí pod kontrolou. Za relaxační metody se považují rozmanité zábavné a uvolňující činnosti a především pravidelné přestávky. Pokud uvážíme metodu Biofeedback, hovoříme o aspektu léčby, který označuje biologickou zpětnou vazbu pomocí přenosného přístroje. (Gjuričová a Kubička, 2009) Informace získané díky biologické zpětné vazbě jsou dalším podnětem k určitému chování. Například při zjištění horečky může člověk učinit určitá opatření. Na tomto principu funguje biofeedback. Jedinec získá zpětnou vazbu o stavu svého napětí a na základě tohoto zjištění může učinit potřebná opatření nácvikem relaxace. Přístroj sleduje změny svalového tonu nebo změny kožní vodivosti. Neméně využívanou technikou je plánování volného času a sebeodměňování, které zapojuje klienta do aktivit, které působí pozitivně na jeho náladu. Nemusí se jednat pouze o plánování a volbu žádoucích činností, které nevedou k užití drogy, alkoholu nebo jiné závislosti, ale i o volbu takových činností, které pozitivně ovlivní náladu klienta a tím zamezí nutkání požit například alkohol pro zlepšení nálady. A konečně metoda odvedení



pozornosti, jejíž efekt tkví v tom, že jedinec se jen velmi těžce dokáže soustředit na více věcí plnohodnotně. Pokud se drogově závislý klient smysluplně zaměstná jemu příjemnou činností, dochází fyziologicky ke snížení abstinenčních příznaků, tedy touze drogu opětovně užít. (Praško a kol., 2007)

### **Rodinná terapie v rámci práce s drogově závislými**

Pozornost v terapii se po 2. Světové válce začala obracet na rodinu jako na nejvýraznější a nejmocnější systém, který může v životě člověka nejvíce pomoci. Tento psychotherapeutický přístup se začal formovat přesněji v 50. letech 20. století. Na rodinu se začíná pohlížet jako na jednotku, která je velmi nutná k pochopení jedince a k léčbě jeho individuálních problémů. V 60. a 70. letech se začíná také objevovat studie o rodinných krizích a jejich disfunkcích a o změně tradičních rodinných vzorců fungování, které by mohly jedince ovlivňovat. Později se rodině začal přikládat zásadní význam, proto se rodina začala členit i do dalších systémů, například sociálních, etnických a politických. (Kalina, 2008)

Alkoholismus a drogová závislost byla chápána jako sociální problém. Proto se postupně začaly vytvářet postupy, jak teoretické tak praktické, které radily, jak integrovat intervence do rámce rodiny. Práce rodinných terapeutů vychází především z psychotherapie a individuální psychotherapie a dále pak z hledisek systémové teorie. Pokud se zaměříme na terapii závislosti v kontextu rodiny, tato terapie nikdy nenahradí jiné terapeutické metody ani nezastoupí paradigmata. Ovšem rodinná terapie se spolu s ostatními terapiemi může doplňovat a být ve prospěch všech zúčastněných. (Kalina, 2003)

Rodinná terapie má velmi široké užití. Mezi základní indikace rodinné terapie patří především nízký věk a nezralost člena rodiny, který užívá drogy. To se týká především dětí a dospívajících. Podle některých metod práce se závislými by měla být účast rodičů na léčbě podmínkou přijetí pacienta do léčby. Před indikováním rodinné terapie je třeba zvážit klientův věk, odloučení od členů rodiny, současnou situaci v rodině a vztahy panující v rodině včetně rodinných vazeb. (Kalina, 2003)

## **Možnosti rodinné terapie**

Rodinná terapie je převážně prováděná v zařízeních, kde se klient léčí dobrovolně, to znamená, že z vlastního přesvědčení dochází do skupin nebo terapeutické komunity. Ve většině těchto zařízení probíhá rodinná terapie jako doplňková terapie a obvykle se neprovádí pravidelně a soustavně, spíše okrajově. Důvodem není, že by terapie nebyla chtěná nebo úspěšná, ale spíše chybějící kvalifikace pro práci s rodinou. Často nastávají obavy z přílišné zátěže a současně i podceňování úlohy rodiny a přeceňování právě probíhajícího programu, který má mít na klienta markantní vliv. (Kalina, 2003)

Prioritním tématem v rodinné terapii je abstinence a její udržení. Jako řešení se zde volí farmakoterapie, substituční léčba. Doporučuje se, aby závislý vstoupil do léčebného programu, který je primárně zaměřen na abstinenci nebo substituci. Je možné, že rozhodnutí k nastoupení do léčebného programu vyplyne právě z rodinné terapie nebo naopak z rodinné terapie vyplyne pohnutka ke vstupu do takového programu (Kalina, 2003). Rodinná terapie všeobecně zvyšuje pravděpodobnost klienta dokončit léčbu a zlepšuje výsledky probíhané léčby. Pro klienta je přínosem to, že se terapie daří, ovšem pro rodinu není vyléčení člena rodiny mnohdy jako přínos dostačující. Rodinná terapie může rodině pomoci překlenout pocity viny a studu, hněvu, obviňování sebe samého nebo dalších členů. Dále se rodina může naučit konstruktivně řešit i další problémy, které mohou nastat. Členové rodiny si mohou osvojit základy správné komunikace a naučit se přímo a otevřeně mluvit s ostatními členy, vyjadřovat vlastní emoce a potřeby. (Kalina, 2003)

## **Význam rodinné terapie**

Pozitivní význam drogově závislého v rodině může mít několik podob. Rodina se například zabývá závislostí jejího člena, což ji paradoxně chrání před jinými nepříjemnými problémy nebo se oddalují nevíтанé změny. Například se může jednat o změny v rodině související s etapou, kdy děti „odlétají z hnízda“ nebo může rodinu chránit před odcizováním rodičů. Uvádí se, že vztah k závislému může splňovat jisté osobnostní potřeby dalších členů rodiny, například potřebu ochrany, moc nebo potřebou

být obětí. (Kalina, 2003) Nicméně rodinná terapie je pro její členy často stresující a náročná, z čehož vyplývá negativní význam drogově závislého člena rodiny. Soustředění pozornosti rodiny na závislého člena je velmi vyčerpávající a často se nedokážou zabývat jinými problémy. V rodinné terapii může jít pouze o podporu rodiny, normalizaci rodinného života a nastavení pravidel, která pomohou ostatním členům věnovat se sobě samým. (Fischer a Škoda, 2014)

### **1.5.3      *Terapeutické komunity***

První terapeutické komunity se dělily do dvou základních sekcí a to do komunity demokratické a hierarchické. Demokratické komunity byly profilovány v období 2. světové války ve Velké Británii, zatímco hierarchické v USA. Za rozvojem demokratických komunit stojí Maxwell Jones, který zmapoval a uvedl do praxe léčbu psychiatrických pacientů v nemocničních zařízeních dle zásad komunitních principů. Základem tohoto konceptu byl přechod od autoritativního přístupu k léčbě a ke skupinové terapii využívající skupinovou dynamiku a nová fakta z procesu učení. Kalina, 2003 uvádí, že Jones ve své době vydefinoval pět zásadních aspektů terapeutické komunity a to oboustrannou komunikaci zúčastněných všech úrovní a s tím spojený proces rozhodování opět na všech úrovních. Sílu komunity spatřoval v jejím společném vedení, kde bylo nutné přijímat konsenzus v rozhodování a konečně schopnost sociálního učení v interakci tady a teď. První hierarchickou komunitou, která byla zaměřena na léčbu drogově závislých, byla komunita Synanon založena koncem 50. let minulého století v USA. (Kalina, 2003)

Dle vzoru komunity Synanon byly budovány bezdrogové, jinými slovy konceptuální komunity, jejichž cílem bylo napomoci osobnímu růstu prostřednictvím změny životního stylu, a to díky spolupracujícím jedincům, kteří si navzájem pomáhají. Tyto komunity mají jasně stanoveny hranice jak morální, tak etické, z nichž vyplývá systém trestů, nebo sankcí, stejně tak i možnosti dosažení hierarchicky vyšší pozice v komunitě. Jedinci v komunitě mají stejnou úlohu jako v rodině, jsou jejími členy, nikoliv pacienti. Zúčastnění jedinci v komunitě mají motivační úlohu pro ostatní členy,

fungují jako nositelé změn a mají nezanedbatelnou úlohu ve změně vlastního života, a to jak svého, tak ostatních členů komunity. K této změně napomáhá jejich soudržnost, založena na „týmové hře“. Komunita se musí vypořádat s negativním pohledem okolí a to za pomoci pozitivních změn, které přináší. Dalším neopomenutelným cílem terapeutické komunity je začlenění jedince do komunity a využití jeho negativních vlastností ku prospěchu rozvoje komunity při začleňování těchto jedinců do společnosti. Další zásada, která musí být v takovéto komunitě dodržena, je úloha autorit, a to vertikálních i horizontálních, za předpokladu, že tyto úlohy přinesou komunitě benefity. (Kooyman a Leon, 2004)

Proto komunita pro drogově závislé vychází z principů vědomé změny jedince, kde skupina hraje zásadní roli v rychlosti dosažení požadované změny, která může být dokončena za předpokladu, že klient komunity přijme zodpovědnost jak za sebe samého, tak za své okolí. Komunita proto musí sloužit jako prostředek stabilizační a ukotvující jedince v tomto směru. (Plháková, 2006)

### **Cíl komunity**

I přes to, že velká část laické veřejnosti předpokládá, že hlavním cílem terapeutické komunity pro drogově závislé je abstinence, ve skutečnosti z pohledu komunity je zmíněná abstinence pouze jednou ze součástí terapie, která má klienta zapojit do běžného společenského života. Jedním z podstatných cílů komunity je optimalizace životního stylu ke společensky stanovené normě, schopnost klienta vypořádat se se stresovými situacemi adekvátním způsobem a naučit ho konstruovat pozitivní vztahy ve svém okolí. Jedinec, který ukončí terapii, by měl být dále schopný nahlížet na sebe samého v pozitivním smyslu, být sebevědomý a jistý ve vztahu ke společnosti, přesto však umět přijímat a dávat lásku. Dále by měl mít osvojenou schopnost požádání o pomoc a zvládat konflikty adekvátním způsobem. (Kalina, 2003)

Jednotlivé programy v komunitě lze popsat v několika úrovních. *Setkání komunity* – setkání komunity probíhá pravidelně každý den, mnohdy ráno i večer. Tato setkání jsou cílená pro udržení režimu a správného chodu komunity. Při uskutečňování setkání se

řeší problémy klientů a celé komunity, přijímají se nová pravidla a předávají nové aktuality a informace týkající se komunity. Další aktivitou je *Skupinová terapie* – ty se řadí mezi stěžejní terapie v probíhající v komunitě. Skupinová setkání se zakládají především na naprosto upřímné komunikaci, která probíhá mezi klienty TK a terapeutem. Nejčastěji bývají přítomni dva terapeuti. Skupinová setkání jsou považována za dynamická, kde důležitou roli hraje upřímnost klientů, dochází při nich k odhalení klientových pocitů a emocí. Skupinové terapie se také mohou dělit na setkání pro muže a ženy odděleně. Nejčastěji využívané přístupy pro práci ve skupinové terapii jsou psychodynamické a kognitivně behaviorální přístupy. Uspořádání skupinové terapie je v zásadě horizontální, všichni jsou si rovni. *Individuální terapie* – terapii lze chápat jako přímé vedení a podporování klientů za podpory klíčového pracovníka či garanta, kterého má každý klient přiděleného při zahájení léčby a doprovází ho až do jejího ukončení. Funkce klíčového pracovníka či garanta spočívá v přímém vedení a hodnocení úspěchů i neúspěchů klientů při léčbě. Nové poznatky, kterými je klient obohacen na individuální terapii, přenáší do skupiny. *Rodinná terapie* – rodinný terapeut není přítomen v každé TK, ale je jím podporována práce s rodinnými příslušníky a klientem. (Kalina, 2003) Neméně důležitou součástí terapeutických komunit je *pracovní terapie*, která spočívá ve smysluplné činnosti (úklid terapeutického domu, vaření pokrmů, péče o zvířata). Klienti jsou pod vedením pracovníků komunity, jejich rozčlenění je hierarchické. Uspořádání se též odvíjí dle vykonávané činnosti. Méně zodpovědnou práci zde vykonávají klienti, kteří jsou v zařízení kratší dobu a naopak. Dochází tedy k takzvanému vertikálnímu uspořádání. Každý klient má v pracovní terapii jasně definovanou pracovní pozici a s tím související odpovědnost za vykonanou činnost. Při postupu do dalších fází léčby se mění i klientova pozice v pracovní terapii. Čím vyšší léčebná fáze, tím vyšší a perspektivnější pozici v pracovní terapii klient zastává. V TK může též probíhat forma *vzdělávání*, která je zajišťována odbornými přednáškami, vzdělávacími programy nebo přednáškami o prevenci a relapsu. Vzdělávání zajišťují externí odborníci, ale mnohdy se na vedení přednášek podílí i sami klienti. Neméně důležitou součástí jsou *volnočasové, sportovní, zátěžové aktivity* – u klientů vzbuzují pozitivní zážitky a emoce. Dochází k uvolňování frustrace

a stmelování komunity. Svoji nepostradatelnou činnost v komunitě zastupují i *sociální pracovníci*, kteří zajišťují klientům nezávislost a gramotnost v oblasti trestního práva, sociálně právní oblasti, ale i v rodinném či občanském právu. Poskytují základní i odborné poradenství, které směřuje k osamostatnění klienta tak, aby byl schopen řešit své problémy odpovědně a sám. (Kalina, 2003)

### **Fáze léčby v terapeutické komunitě**

Fáze léčby v terapeutické komunitě plní motivační charakter léčby, který nahrazuje typický bodový systém. Postup jednotlivými fázemi manifestuje pokrok klienta v léčbě a je nezastupitelným hodnotícím kritériem. Dle Kaliny (2003) rozeznáváme 4 fáze léčby, konkrétně nultou, ve které klient již pobývá v komunitě a účastní se programu, nicméně není pokládán za jejího člena, a první, kde je pro klienta podstatné odnaučit se negativnímu chování. V první fázi také klient dochází k uvědomění, že za jeho problémy může závislost na droze. Zde dochází k začlenění klienta do komunity, kdy se klient stává její součástí a učí se respektovat její pravidla. Ukončení první fáze probíhá rituálně, a to proto, že klient sám žádá o přeřazení do fáze druhé, a to po konzultaci jeho úspěšného začlenění celou komunitou. Ve druhé, obvykle nejdelší fázi, se klient ztotožňuje s hodnotami komunity. Druhá fáze je spojena s emoční otevřeností, klient nachází sám sebe a je mu umožněn první kontakt s okolím, zejména s rodinou. Třetí fáze je typická pro terapeutické komunity, není pravidlem, že je tato fáze poskytována v každé psychiatrické léčebně, nicméně lze tuto fázi simulovat navštěvováním denního stacionáře, který je zřizován v psychiatrických léčebnách. V této fázi klient pobývá v terapeutické komunitě již zřídka, jinými slovy komunitu využívá jako noclehárnu. Přes den navštěvuje zaměstnání, zajišťuje si ubytování a doléčovací programy. Rizikem fáze bývá časté zhoršování stavu klienta, proto bývá náročná pro klienty i pracovníky. Vzhledem k možnému relapsu stojí velké množství odpovědnosti na terapeutovi, který musí být klientovi oporou a věřit mu. Během této fáze dochází k osamostatnění a separaci od komunity. Opuštění je pro klienta zatěžující a emotivní, projevy smutku spojené s opouštěním komunity jsou terapeutem

podporovány a tím pro klienta zcela přirozené. Díky těmto pocitům si klient uvědomí, že pobyt v komunitě, kde strávil rok svého života, pro něho měl velkou hodnotu a význam. (Kalina, 2003)

#### ***1.5.4. Přístupy minimalizace poškození drogami***

##### **Harm reduction**

Tento přístup je individuální a zaměřený na jednotlivce a perspektivy klienta, i když využívá metody z ochrany veřejného zdraví. Z pohledu veřejného zdravotnictví spočívá práce s drogově závislými především v ochraně veřejného zdraví. Tedy v zamezení šíření infekčních chorob a léčbě chorob již vzniklých. HR nespočívá pouze ve striktní ochraně jedinců či společnosti, ale pracuje širěji. Cílem HR není abstinence klienta od drog, nepokládá za nutné ani účelné toto ihned prosazovat. Přístup akceptuje, že v dané situaci klient bez drog nedokáže být a ani být nechce, snaží se zachovat klienta při plnohodnotném životě a hlavně maximálně možném zdraví a snaží se minimalizovat rizika, která jsou život ohrožující (plynoucí ze sdílení injekčního materiálu, nechráněného pohlavního styku apod.) Dále minimalizuje somatické dopady, záněty, postižení orgánů apod. a snaží se předcházet předávkování drogou. (Kalina, 2003)

Tento přístup zahrnuje také návody a rady, jak drogu aplikovat, jak se chovat po aplikaci, učí klienty zásady desinfekce a zacházení s použitým materiálem, kterým si drogu aplikoval. Do HR patří také podávání náhradní drogy pod lékařským dozorem, jakými může být například Subutex a jejich regulace. (Denninga Little, 2012)

##### **Streetwork**

Z anglického překladu „práce na ulici“, kdy se však nejedná se o jakýkoli typ pouliční práce. Pro anglicky mluvící země je používán termín „youth work“, „detached work“ nebo „field work“ a původ těchto pojmů vždy ukazuje na cílovou skupinu, místo nebo způsob výkonu práce. Českým ekvivalentem pro streetwork by mohla být terénní nebo kontaktní sociální práce. Streetwork je metoda, při které sociální pracovník aktivně

vyhledává uživatele drog a osoby žijící rizikovým způsobem života, u kterých je předpoklad, že potřebují tento typ sociální práce, avšak ještě nenavštívili příslušnou organizaci, která by jim tento typ pomoci nabídla. Osoby jsou kontaktovány v přirozeném prostředí a to nejen na ulici, ale kdekoli, kde nepůsobí institucionalizovaná péče. Vyhledávání spočívá v monitoringu, depistáži a aktivním kontaktování členů cílové skupiny. Sociální pracovník se učí chápat zvláštnosti cílové skupiny a také se jim přizpůsobuje. Funkce doprovodná je založena na pomoci a podpoře zvládnání obtížných momentů v životě klienta a také na jeho plné akceptaci.

Pomoc je klientům poskytována anonymně, bez nutnosti identifikace a ověření totožnosti. Vztah mezi klientem a sociálním pracovníkem je založen zejména na vzájemné důvěře. Práce na ulici se zabývá skupinami na okraji společnosti. Jejich počet v posledních letech narůstá, přesto jsou stále mimo vnímání veřejnosti. Je jisté, že streetwork nemůže pojmout všechny osoby ve vymezených lokalitách, proto se zaměřuje především na osoby žijící rizikovým způsobem života. (Matoušek, 2013)

Cílové skupiny streetworkerů lze rozdělit podle specifických znaků, které charakterizují životní styl těchto skupin. Patří mezi ně především:

- děti a mladiství, kteří tráví svůj volný čas na ulici
- skupiny jednostranně specificky orientované mládeže (skinheads, mladiství žijící ve squattech apod.)
- prostitutky a homoprostituti
- lidé závislí na návykových látkách, patologičtí hráči
- bezdomovci
- sportovní fanoušci (hooligans) (Matoušek, 2013).

Participace na životě těchto skupin bývá většinou dobrovolná, může však jít také o vynucené členství, které je podmíněno sociální situací jako bezdomovectví nebo formou nátlaku ze strany sociálního prostředí či vrstevnických skupin.

Činnosti streetworkera, tedy sociálního pracovníka vykonávajícího práci na ulici, můžeme chápat ve třech rovinách, a to na práci přímou, nepřímou a přesahující. Práce přímá zahrnuje veškerou interakci s klientem, její součástí je také monitoring, aktivní



vyhledávání klientů a jejich následné kontaktování. Dále zahrnuje speciální sociální poradenství, harm reduction nebo sociální výcvik. Nepřímá práce obsahuje ty činnosti, které jsou potřebné pro následnou interakci s cílovou skupinou a tedy administrativu, vypracování projektů, jednání s institucemi apod. Práce přesahující, také nazývaná smíšená, obsahuje oba předchozí koncepty. (Matoušek, 2013)

Streetworker nabízí cílové skupině alternativní způsob trávení volného času, přináší klientům model řešení konfliktů, dopomáhá jim ke změně jejich chování a dává jim možnost vydat se na „novou cestu.“ Řeší problémy konkrétní cílové skupiny, ne však problémy, které cílová skupina způsobuje druhým. Streetworker musí akceptovat životní styl členů cílových skupin, neznamena to však, že se zcela stylizuje do podoby svých klientů. Sociální pracovníci působících na pozicích streetworkerů vytváří kontakty cílových skupin s oficiálními institucemi. Radí při osobních potížích, poskytují pomoc při práci s úřady, podporují smysluplné trávení volného času. Mohou se podílet na zprostředkování zaměstnání, zabraňují dalšímu vzrůstu drogových závislostí a přispívají k prevenci násilí či diskriminace. Jejich úloha je také ve zprostředkování lékařské pomoci, terapii a detoxifikaci, přičemž podporují a posilují sebevědomí klientů a jejich odpovědnost za sebe i druhé. Nedílnou součástí je pomoc s vytvořením zachytné sociální sítě, zprostředkovávají informace o zacházení s injekčními stříkačkami, a o bezpečném sexuálním chování. Tito pracovníci poskytují informace o riziku nitrožilní aplikace drog, poskytují pomoc při rozhodnutí vystoupit z dané skupiny. (Bednářová a Pelech, 2003)

Streetwork je částečně prováděn na ulici a částečně přechází do zastřešených klubů či center. Jedná se především o nízkoprahová centra, kde klienti nemusí odkrývat svou identitu, a proto v nich mohou společně trávit volný čas a využít služeb sociální pomoci.

Jednou ze specifických forem nízkoprahového zařízení orientovaného na pomoc uživatelům drog jsou kontaktní centra. Tato centra se specializují na první kontakt a poskytování anonymní pomoci uživatelům drog s cílem minimalizovat nebezpečí plynoucí z jejich způsobu života. Nabízí sociální poradenství, socio-terapeutickou pomoc a krizovou intervenci, poskytují informace o snižování zdravotních a sociálních

rizik vyplývajících z užívání drog. Mohou také zprostředkovat odborné vyšetření a léčení, provádí výměnný program, bezplatné poskytování kondomů, provádí orientační testování na HIV, zabezpečují minimální potravinový servis, hygienický servis atd. (Matoušek, 2013)

### **Sociální a sociálně- pedagogický přístup**

Tyto přístupy zdůrazňují jako dominující vlivy v drogové závislosti hlavně nepříznivé sociální prostředí, nevhodnou výchovu, chybění či ztrátu sociálních dovedností, schopností a možností integrovat se do komunity. V tomto přístupu se používá především sociální a výchovné poradenství, individuální intervence a asistence. Dalšími možnostmi využití tohoto přístupu je resocializace, reedukace, rekvalifikace nebo nácvik soběstačnosti, sebeobsluhy, sociální komunikace a pracovních dovedností, využívající např. chráněné pracovní místo. Sociálně a speciálně-pedagogický přístup čerpá z aplikovaných sociálních a pedagogických věd. Další pomoc v tomto přístupu pramení od dobrovolníků a pracovníků charity. (Kalina, 2003)

### **Přístup morální a spirituální**

Přístup tohoto typu kombinuje sociální a speciálně-pedagogické postupy společně s křesťanskou morálkou a věroukou, často navazuje na misijní působení ve velkoměstských komunitách.

Z tradic Salesiánského řádu se přenesla svépomocná hnutí k Anonymním alkoholikům a Anonymním narkomanům. K jejich tvrzením patří i tvrzení, že kdo byl jednou závislým, nemůže být nikdy zdravým člověkem, pouze abstinujícím alkoholikem či toxikomanem.

Extrémní odnoží tohoto přístupu je *přístup spirituální*, který za jedinou cestu z drogové závislosti považuje náboženství, oddanost určité víře a život v úzkém společenství věřících, kde je trvalé duchovní vedení, často se zde nachází sektářský charakter nebo aspoň nádech sekty.

Tyto přístupy nedůvěřují odborníkům a odborným postupům, spíše se před nimi uzavírají a klienty od nich často odrazují. Za zmínění stojí také model holistický, který je jistou odnoží bio-psycho-sociálního modelu směrem k alternativním terapiím (akupunktura, akupresura, aromaterapie, masáže, či holotropní dýchání). (Kalina, 2003)

## **2 CÍL PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY A HYPOTÉZY**

### **2.1 Cíl práce**

Pro zpracování praktické části diplomové práce bylo nezbytné stanovit si cíle, které budeme následně realizovat. Konkrétně se jedná o dva cíle.

Cíl 1. Zjistit, jaké jsou copingové strategie u uživatelů pervitinu.

Cíl 2. Zjistit, jak se mění charakter copingových strategií při dlouhodobém užívání pervitinu.

### **2.2 Výzkumné otázky a hypotézy**

Na základě cílů diplomové práce byly stanoveny tři výzkumné otázky, k nimž byly stanoveny následující hypotézy:

VO 1. Jakého charakteru jsou copingové strategie u dlouhodobých uživatelů pervitinu?

VO 2. Jaká je souvislost mezi dobou užívání pervitinu a počtem negativních copingových strategií?

H 1. S rostoucí dobou užívání pervitinu se zvyšuje počet negativních copingových strategií.

VO 3. Jaká je souvislost mezi vybranými sociodemografickými proměnnými a copingovými strategiemi?

H 2. Podíl negativních copingových strategií se mění v souvislosti s pohlavím.

H 3. S rostoucím vzděláním stoupá podíl negativních copingových strategií.

H 4. S rostoucím věkem stoupá podíl negativních copingových strategií.

### **2.2.1 Operacionalizace hypotéz**

Pozitivní copingové strategie: pozitivními copingovými strategiemi míním pro potřeby svého výzkumu dosažení skóru ve standardizovaném dotazníku SVF 78 u kategorií 1 – 7. Jedná se o kategorie Podhodnocení, Odmítání, Odklon, Náhradní uspokojení, Kontrola situace, Kontrola reakcí, Pozitivní sebeinstrukce.

Negativní copingové strategie: negativními copingovými strategiemi míním pro potřeby mého výzkumu dosažení skóru ve standardizovaném dotazníku SVF 78 u položek subtestu 10 - 13. Jedná se o kategorie Úniková tendence, Perseverace, Sebeobviňování.

Rostoucí doba užívání pervitinu: otevřená otázka v dotazníku, která zní: Jak dlouho užíváte pervitin?

## 3 METODIKA

### 3.1 Metody a techniky sběru dat

Pro zpracování praktické části diplomové práce byla využita strategie kvantitativního výzkumu. Shromáždění dat proběhlo na základě metody dotazování, za využití standardizovaného dotazníku SVF 78 o Strategiích zvládnání stresu. (Hendl, 2004) Cílem tohoto dotazníku je definovat formy zvládnání a vyrovnávání se se zátěžovými situacemi. Dotazník SVF 78 byl původně vytvořen v Německu v roce 1985 a obsahoval 120 otázek. Vzhledem k náročnosti vyplňování standardizovaného dotazníku byl následně zredukován na nyníjších 78 otázek a to v roce 1997. Do České republiky přinesl tento dotazník profesor Švancara, který se zasloužil o jeho překlad a následné použití v roce 2003. Dotazník a jeho 78 otázek je rozděleno do 13 škál. Konkrétně se jedná o škály „*Podhodnocení, Odmítání viny, Odklon, Náhradní uspokojení, Kontrola situace, Kontrola reakcí, Pozitivní sebeinstrukce, Potřeba sociální opory, Vyhýbání se, Úniková tendence, Perseverace, Rezignace, Sebeobviňování*“. Škály jsou následně vyhodnocovány jako negativní a pozitivní strategie, hovoříme o sekundárním vyhodnocení. Pozitivní škály jsou ty, které vedou k pozitivnímu a úspěšnému vyrovnávání se stresem, negativní škály stres nezmírňují, naopak ho prohlubují. Do pozitivních kategorií je zařazováno prvních sedm škál, které se vyznačují snižováním závažnosti stresoru a obecného prožívání stresu. Další čtyři škály jsou chápány jako negativní, tedy stres zhoršující. Škály *Potřeba sociální opory* a *Vyhýbání se* nejsou zařazeny ani do jedné z těchto kategorií, vyhodnocují se zvlášť. Pro lepší orientaci v jednotlivých škálách a pro jejich operacionalizaci je přiložena tabulka číslo jedna od Jankeho a Erdmanové. (Janke a Erdmannová, 2003) Následně dochází k vyhodnocování těchto jednotlivých kategorií, vyhodnocení se liší dle pohlaví u mužů a žen. Jednotlivé otázky jsou uvedeny v záznamových listech, kde jsou odpovědi uspořádány do jednotlivých škál od 0 = „vůbec ne“ až po 4 = „velmi pravděpodobně“. Respondent následně dle svého uvážení a pocitu zaškrťává jednotlivé odpovědi.

Jedná se o otázky typu: „Když jsem něčím nebo někým poškozen(a), vnitřně rozrušen(a) nebo vyveden(a) z míry...“, a odpověď: „snažím se soustředit své myšlenky na něco jiného, atd.“ Respondent zaškrtně na škále od 0 = „vůbec ne“, do 4 = „velmi pravděpodobně“. Vyplňování dotazníku není časově limitováno.

### **Operacionalizace škál subtestu SVF 78 (Švancara, 2003)**

Pro lepší orientaci ve škálách subtestu SVF78 je přiložena tabulka číslo jedna, která znázorňuje rozložení pozitivních a negativních copingových strategií. Z tabulky je dále patrné, že škály Potřeba sociální opory a Vyhýbání se nejsou explicitně zařazeny do výše uvedených kategorií.

Tabulka č. 1 Operacionalizace škál dotazníku SVF 78

<b>Šály</b>	<b>Charakteristika</b>
1. Podhodnocení	Ve srovnání s ostatními si přisuzovat menší míru stresu
2. Odmítání viny	Zdůraznit, že nejde o vlastní odpovědnost
3. Odklon	Odklon od zátěžových aktivit/situací, případně příklon k situacím inkompatibilním se stresem
4. Náhradní uspokojení	Obrátit se k pozitivním aktivitám/situacím
5. Kontrola situace	Analyzovat situaci, plánovat a uskutečnit jednání za účelem kontroly a řešení problému
6. Kontrola reakcí	Zajistit nebo udržet kontrolu vlastních reakcí
7. Pozitivní sebeinstrukce	Přisuzovat sobě kompetenci a schopnost kontroly
8. Potřeba sociální opory	Přání zajistit si pohovor, sociální oporu a pomoc
9. Vyhýbání se	Předsevzetí zamezit zátěžím nebo se jim vyhnout
10. Úniková tendence	Tendence (rezignační) vyváznout ze zátěžové situace
11. Perseverace	Nedokázat se myšlenkově odpoutat, dlouho přemítat
12. Rezignace	Vzdávat se s pocitem bezmocnosti, beznaděje
13. Sebeobviňování	Připisovat zátěže vlastnímu chybnému jednání

Zdroj: Janke a Erdmannová, (2003).



### **3.2 Popis zkoumaného souboru**

K realizaci výzkumu byli osloveni uživatelé pervitínu využívající službu Kontaktního centra, které se řídí dle zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách v Jihočeském kraji. Dotazníkového šetření se dohromady účastnilo 50 respondentů. Všichni respondenti se výzkumu účastnili zcela dobrovolně. Dotazníky byly předány klíčovými pracovníky centra a následně jej klienti vypracovali samostatně nebo s pomocí pracovníků.

### **3.3 Analýza dat**

Všechny výsledky dotazníkového šetření byly následně zaznamenány do programu Microsoft Office Excel. Za pomoci tohoto programu byly následně vypracované tabulky a potřebné grafy. Ověření hypotéz proběhlo ve statistickém programu SPSS za pomoci Spearmanova korelačního koeficientu a ANOVA testu.

### **3.4 Etika výzkumu**

Realizace výzkumu proběhla v souladu se zákonem 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů. Všichni respondenti se výzkumu účastnili zcela dobrovolně. Byli seznámeni se zásadou anonymity a poučení, aby nikde neuváděli své jméno a jiné identifikační údaje. Před zahájením výzkumu byli též seznámeni s tématem diplomové práce, a pro jaké účely budou sloužit vyplněné dotazníky. Jednotlivé dotazníky byly označeny číselnými kódy pro lepší orientaci v nich.

## 4 VÝSLEDKY

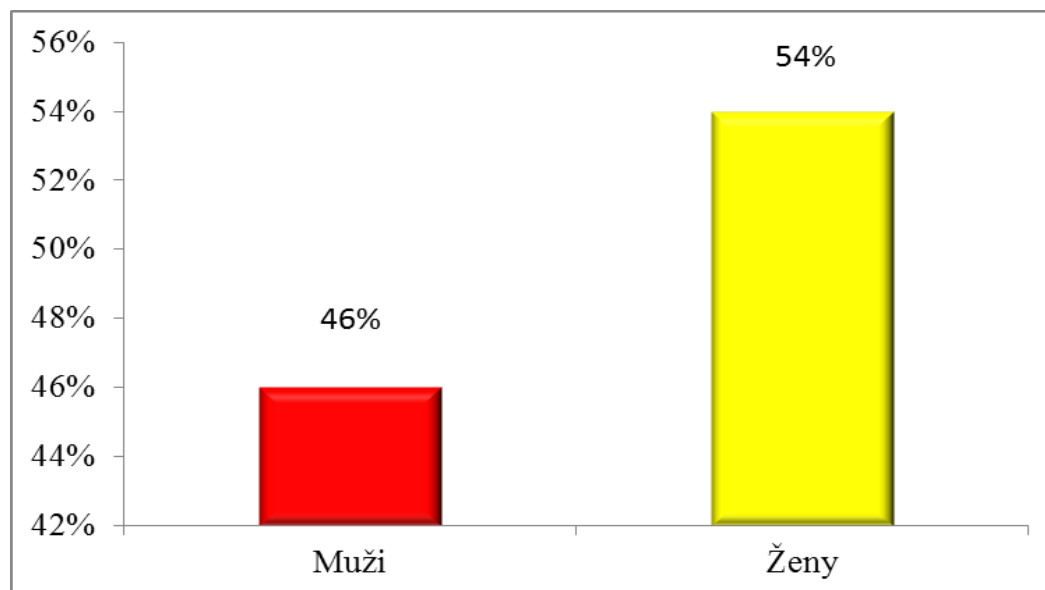
V kapitole číslo čtyři jsou rozpracované výsledky zabývající se copingovými strategiemi. Dále jsou také zpracovány a vyhodnoceny stanovené hypotézy.

### 4.1 Popis výzkumného souboru

#### Pohlaví respondentů

Graf číslo jedna poukazuje na genderové rozložení respondentů. Celkový výzkumný soubor byl tvořen 50 respondenty. Genderové zastoupení činilo 46 % (23) mužů a 54 % (27) žen. Z celkového rozložení je zřejmé přiměřené genderové rozložení.

Graf č. 1 Pohlaví respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum

### Průměrný věk respondentů

Tabulka číslo dvě poukazuje na průměrný věk respondentů s přihlédnutím na pohlaví. U celkového počtu respondentů činil průměrný věk u mužů 28 let a u žen 24 let. Přičemž směrodatná odchylka je stanovena 6,2 u mužů a 5,5 u žen. Nejnížší věk u mužů činil 21 let a nejvyšší 45 let. Nejnížší věkové zastoupení u žen činilo 17 let a naopak nejvyšší 35 let. Na otázku týkající se věku odpověděli všichni zúčastnění respondenti.

Tabulka č. 2 Věk respondentů

Pohlaví	Věk					
	Průměr	Medián	Směrodatná odchylka	Minimum	Maximum	Počet
Muži	28	27	6,2	21	45	23
Ženy	24	24	5,5	17	35	27

Zdroj: Vlastní výzkum

### Délka užívání pervitinu

Tabulka číslo tři znázorňuje délku užívání pervitinu u všech respondentů. Průměrná délka užívání pervitinu u mužů činí devět let, zatímco u žen je průměrná délka užívání pět let. Nejnižší hranice délky užívání pervitinu byla u všech respondentů stejná, a to pět let. Nejvyšší hranice užívání pervitinu u zúčastněných respondentů činila u mužů devět let a u žen pět let.

Tabulka č. 3 Délka užívání pervitinu

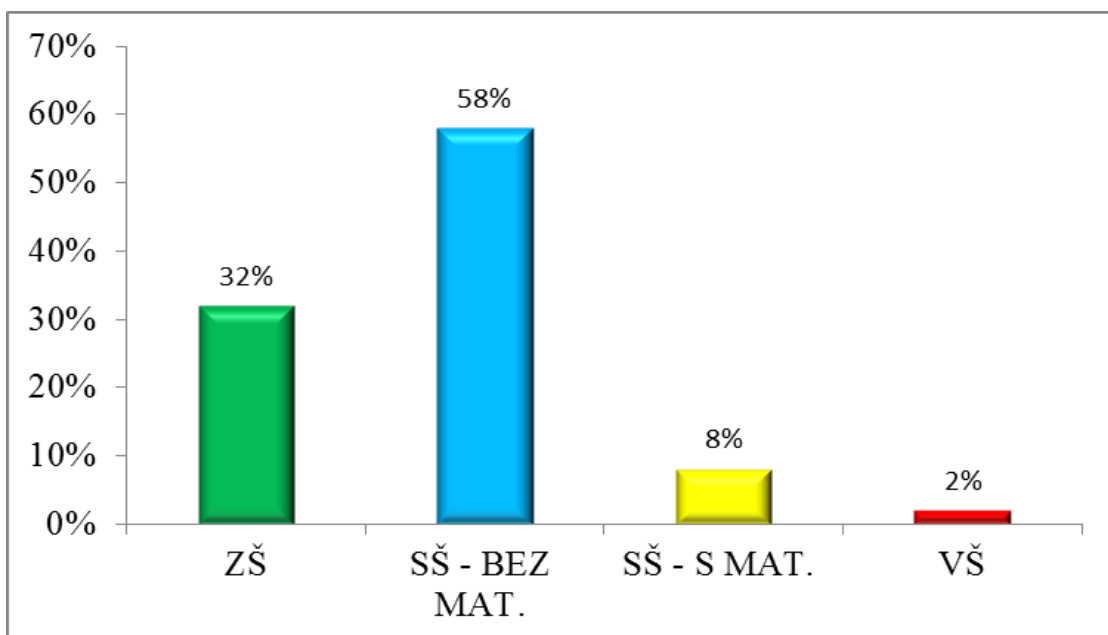
Pohlaví	Délka užívání pervitinu					
	Průměr	Medián	Směrodatná odchylka	Minimum	Maximum	Počet
Muži	9	7,3	6,3	5	9	22
Ženy	5	5,5	3,5	5	5	27

Zdroj: Vlastní výzkum

### Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

V grafu číslo dvě lze pozorovat, že nejčastěji uváděl výzkumný soubor jako své nejvyšší dosažené vzdělání Středoškolské bez maturity. Z celého výzkumného souboru disponuje tímto vzděláním 58 % (29) dotazovaných. Druhým nejčastěji uváděným vzděláním je vzdělání základní, úroveň tohoto vzdělání uvedlo 32 % (16) respondentů. Středoškolské vzdělání s maturitou uvedlo z 50 dotazovaných pouze 8 % (4). Pouze jeden respondent (2 %) disponoval Vysokoškolským vzděláním. Respondenti měli na výběr také vyšší odborné vzdělání, nicméně nikdo z respondentů tuto možnost neuvedl.

Graf č. 2 Nejvyšší dosažené vzdělání



Zdroj: Vlastní výzkum

## 4.2 Copingové strategie

V této části diplomové práce se věnujeme copingovým strategiím v souvislosti se sociodemografickými údaji.

### Copingové strategie v souvislosti s pohlavím

Hodnoty v tabulce číslo čtyři poukazují na copingové strategie v souvislosti s pohlavím. Muži závislí na pervitinu, kteří se účastnili výzkumného šetření, častěji využívají ve svém chování pozitivní strategie k řešení stresových situací. Ženy, které se účastnily výzkumného šetření, využívají též pozitivní strategie.

Tabulka č. 4 Copingové strategie a pohlaví

Pohlaví	Strategie	
	Pozitivní	Negativní
Muži	13,0	11,8
Ženy	12,9	10,1

Zdroj: Vlastní výzkum

### **Copingové strategie v souvislosti s věkovými kategoriemi**

V tabulce číslo pět je zaznamenáno, jakého charakteru jsou copingové strategie u uživatelů pervitinu rozdělených do třech věkových kategorií. U všech respondentů ve vybraných věkových kategoriích převažuje řešení stresových a zátěžových situací pomocí pozitivních copingových strategií.

Tabulka č. 5 Copingové strategie a věkové kategorie

<b>Věkové kategorie</b>	<b>Strategie</b>	
	<b>Pozitivní</b>	<b>Negativní</b>
<b>17-23 let</b>	13,1	10,0
<b>24-29 let</b>	12,3	12,1
<b>30-45 let</b>	13,4	10,6

Zdroj: Vlastní výzkum

### **Copingové strategie v souvislosti se vzděláním**

Tabulka číslo šest poukazuje na druh copingových strategií v souvislosti se vzděláním. U respondentů se základním vzděláním převažují pozitivní copingové strategie. U respondentů se střední školou bez maturity převažovaly též copingové strategie pozitivního charakteru. Jinak tomu je u respondentů se středoškolským vzděláním s maturitou a vysokoškolsky vzdělaných, dle výsledku výzkumného šetření převažují copingové strategie negativního charakteru.

Tabulka č.6 Copingové strategie a vzdělání

<b>Vzdělání</b>	<b>Strategie</b>	
	<b>Pozitivní</b>	<b>Negativní</b>
<b>ZŠ</b>	12,7	11,6
<b>SŠ BEZ MAT.</b>	13,2	10,4
<b>SŠ S MAT. + VŠ</b>	8,9	11,2

Zdroj: Vlastní výzkum



### **Copingové strategie v souvislosti s délkou užívání pervitinu**

Z tabulky číslo sedm je patrné, že se vzrůstající délkou užívání pervitinu přibývají negativní copingové strategie. U respondentů užívajících pervitin 11 a více let se vyskytují copingové strategie na úrovni 14,2 bodech.

Tabulka č. 7 Copingové strategie a delka užívání pervitinu

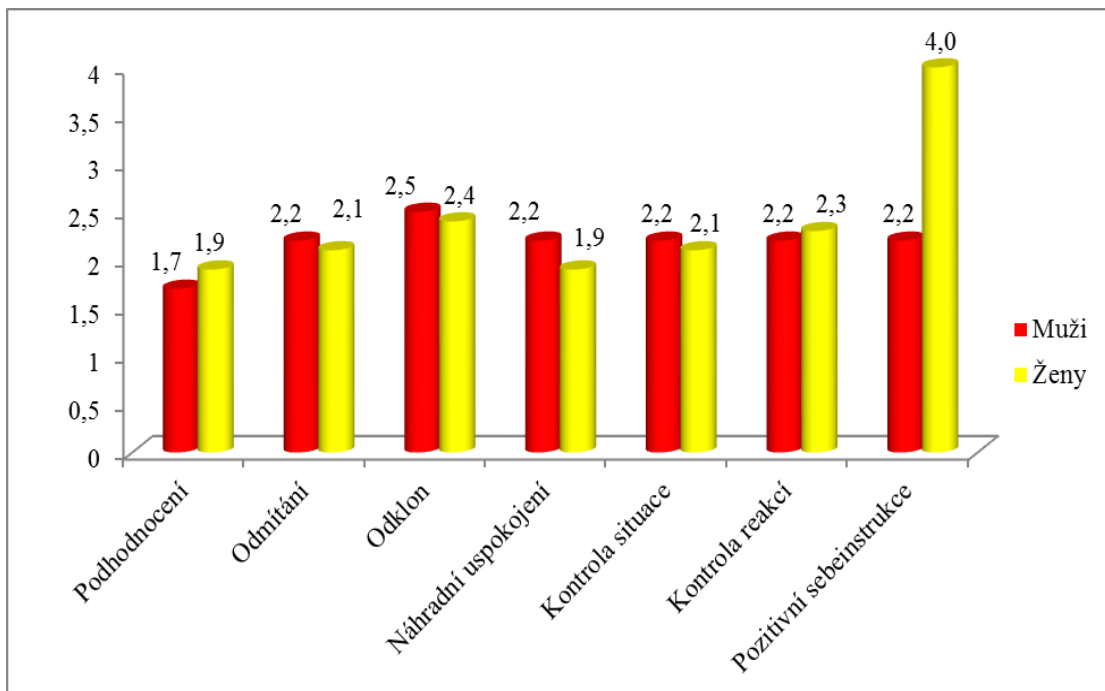
<b>Délka užívání pervitinu</b>	<b>Strategie</b>	
	<b>Pozitivní</b>	<b>Negativní</b>
<b>1-5 let</b>	13,3	9,3
<b>6-10 let</b>	12,6	11,8
<b>11 a více let</b>	13,3	14,2

Zdroj: Vlastní výzkum

### Rozdíl využití pozitivních copingových strategií u mužů a žen

Graf číslo tři poukazuje na frekvenční průměry pozitivních copingových strategií u mužů a žen. Nejmarkantnější rozdíl je patrný u copingové strategie „Pozitivní sebeinstrukce“, kdy ženy dosahovaly 4,0 body oproti mužům, kteří dosahovali 2,2 body. U mužů je naopak nejvyšší dosažený bodový skór v copingové strategii „Odklon“, nicméně v porovnání se ženami není rozdíl nijak markantní. Ostatní výsledky jsou přehledně znázorněny v grafu číslo tři.

Graf č. 3 Pozitivní copingové strategie u mužů a žen

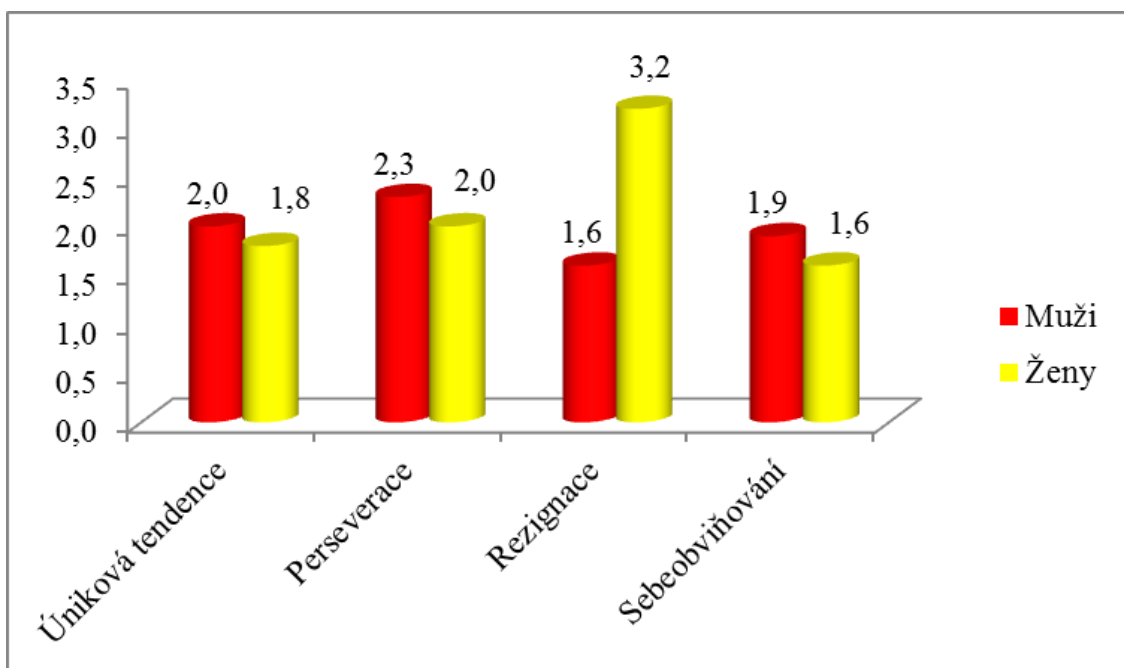


Zdroj: Vlastní výzkum

### Rozdíl využití negativních copingových strategií u mužů a žen

Graf číslo čtyři poukazuje na frekvenční průměry negativních copingových strategií u mužů a žen. Nejmarkantnější rozdíl lze opět pozorovat u žen v negativní copingové strategii „Rezignace“, které dosahují 3,2 bodu oproti mužům, kteří dosahují 1,6 bodu. Ostatní výsledky jsou přehledně zobrazeny v grafu číslo čtyři.

Graf č. 4 Negativní copingové strategie u mužů a žen



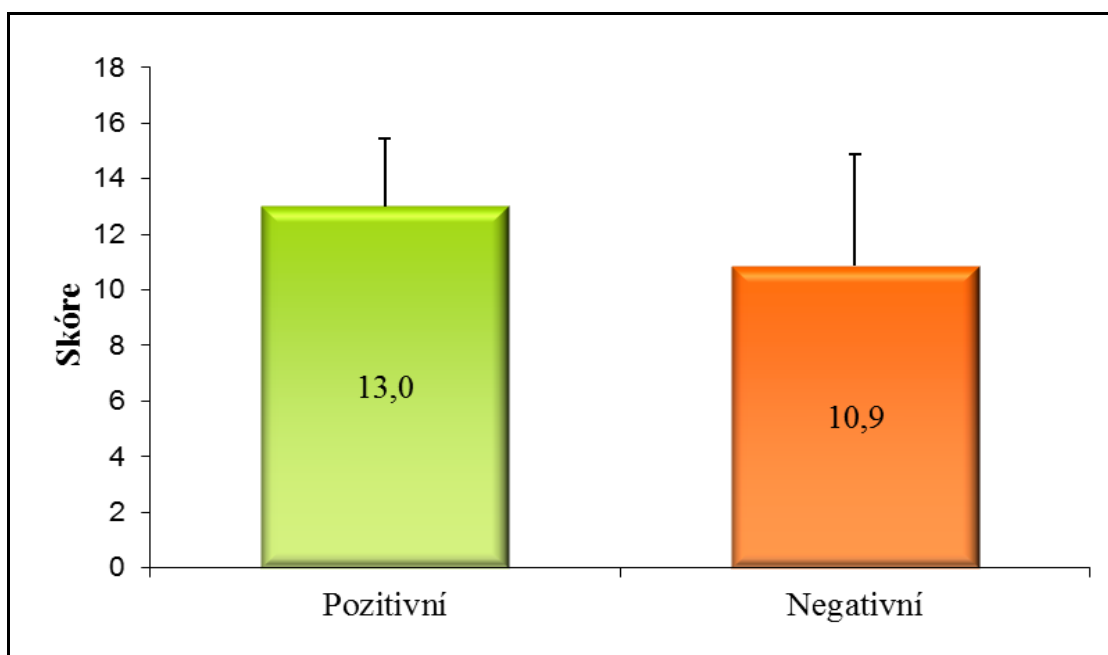
Zdroj: Vlastní výzkum

### 4.3 Testování hypotéz

#### Vyhodnocení výzkumné otázky č. 1

Výzkumná otázka: Jakého charakteru jsou copingové strategie u dlouhodobých uživatelů pervitinu? Vyhodnocení této výzkumné otázky proběhlo za pomoci popisné statistiky v programu Microsoft Excel. Výpočet byl realizován za využití směrodatné odchylky, průměru a párového T-testu. Z grafu číslo tři je patrné, že u dlouhodobých uživatelů pervitinu převažují pozitivní copingové strategie nad strategiemi negativními.

Graf č. 5 Jakého charakteru jsou copingové strategie u uživatelů pervitinu



Zdroj: Vlastní výzkum

**Hypotéza č. 1. S rostoucí dobou užívání pervitinu se zvyšuje počet negativních copingových strategií.**

Výzkumná data pro ověření hypotézy číslo jedna byla testována ve statistickém programu SPSS za použití Spearmanova korelačního koeficientu na 5% hladině významnosti. Výsledná hodnota signifikance činí Sig. = 0,753, z čehož vyplývá, že nebyla prokázána statisticky významná souvislost mezi délkou užívání pervitinu a podílem negativních copingových strategií.

Tabulka č. 8 Copingové strategie v souvislosti s délkou užívání pervitinu.

Test			Doba užívání	Negativní
Spearman's rho	Doba užívání	Correlation Coefficient	1,000	-,046
		Sig. (2-tailed)	.	,753
		N	50	50
	Negativní	Correlation Coefficient	-,046	1,000
		Sig. (2-tailed)	,753	.
		N	50	50

Zdroj: Vlastní výzkum

**Hypotéza č. 2. Podíl negativních copingových strategií se mění v souvislosti s pohlavím.**

Stanovená hypotéza číslo dvě byla testována ve statistickém programu SPSS za použití ANOVA testu. Pro přebý výzkumu byla zvolena 5% hladina významnosti. Výsledná hodnota signifikance činí Sig. = 0,905. To znamená, že nebyla prokázána statisticky významná souvislost mezi copingovými strategiemi a pohlavím.

Tabulka č. 9 Copingové strategie v souvislosti s pohlavím

Copingové strategie		Sum of Squares	Pohlaví	Mean Square	F	Sig.
Pozitivní	Between Groups	,088	1	,088	,014	,905
	Within Groups	291,642	48	6,076	.	.
	Total	291,730	49	.	.	.
Negativní	Between Groups	27,485	1	27,485	1,716	,196
	Within Groups	768,708	48	16,015	.	.
	Total	796,193	49		.	.

Zdroj: Vlastní výzkum

**Hypotéze č. 3. S rostoucím vzděláním stoupá podíl negativních copingových strategií.**

Výzkumná data pro ověření hypotézy číslo tři byla testována ve statistickém programu SPSS za použití Spearmanova korelačního koeficientu na 5% hladině významnosti. Výsledná hodnota signifikance činí Sig. = 0,389 z čehož vyplývá, že nebyla prokázána statisticky významná souvislost mezi dosaženou výší vzdělání a podílem negativních copingových strategií.

Tabulka č. 10 Vliv vzdělání na negativní copingové strategie

			Negativní	Vzdělání
<b>Spearman's rho</b>	<b>Negativní</b>	Correlation Coefficient	1,000	-,125
		Sig. (2-tailed)	.	,389
		N	50	50
	<b>Vzdělání</b>	Correlation Coefficient	-,125	1,000
		Sig. (2-tailed)	,389	.
		N	50	50

Zdroj: Vlastní výzkum

**Hypotéza č. 4. S rostoucím věkem stoupá podíl negativních copingových strategií.**

Výzkumná data pro ověření hypotézy čtyři byla testována ve statistickém programu SPSS za použití Spearmanova korelačního koeficientu na 5% hladině významnosti. Výsledná hodnota signifikance činí Sig. = 0,664 z čehož vyplývá, že nebyla prokázána statisticky významná souvislost mezi věkem a podílem negativních copingových strategií.

Tabulka č. 11 Negativní copingové strategie v souvislosti s věkem

			Negativní	Věk
Spearman's rho	Negativní	Correlation Coefficient	1,000	,063
		Sig. (2-tailed)	.	,664
		N	50	50
	Věk	Correlation Coefficient	,063	1,000
		Sig. (2-tailed)	,664	.
		N	50	50

Zdroj: Vlastní výzkum



## 5 DISKUZE

Copingové strategie napomáhají zvládat nadlimitní a dlouhotrvající stresové situace. Nicméně pro zvládnutí těchto situací neexistuje univerzální standard, díky kterému by se tyto patologické stavy stresu dařilo zvládat pouze tak, aby pro disponovaného přinášely minimální rizika. Vzhledem k možnostem lidského zvládnutí stresových situací se objevují copingové strategie pozitivního a negativního charakteru. (Janke a Erdmannová, 2003) Záměrem práce bylo popsat copingové strategie u osob závislých na pervitinu a analyzovat jejich charakteristiku. Tím přinést nové informace, díky kterým bude s jistým nadhledem možné přistupovat k takto disponovaným jedincům individuálněji. Z toho vyplývá efektivnější řešení stresových situací, díky kterým bude možné minimalizovat počet negativních copingových strategií a naopak navýšit počet strategií pozitivních.

V našem výzkumu bylo sledováno 50 uživatelů pervitinu Jihočeského kraje, z toho 23 mužů a 27 žen. Je však nutné podotknout, že výběrový soubor měl obsahovat větší počet respondentů. To se však nenaplnilo z důvodu velmi komplikované spolupráce. Komplikace spočívaly především v malé ochotě respondentů vyplňovat tazatelský dotazník. Proto považují za důležité zajistit při podobném výzkumu silnou sběratelskou skupinu a potažmo i pracovníky, kteří mají k cílové skupině bližší vztah a dopomohou tak k většímu objemu dat. Věkový průměr mužů byl 28 let, zatímco u žen pouze 24 let. Takovéto věkové rozložení částečně koreluje se statistikami CSU. Ty uvádějí celoživotní prevalenci užívání pervitinu u mužů v 1,4 % všech uživatelů drog oproti ženám, zastoupených v 0,7% podílu. (Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2013) Z tohoto tvrzení je patrné, že muži logicky budou zastávat vyšší věkové sféry, nežli ženy. Dalším podstatným zjištěním je doba, po kterou respondenti užívali pervitin. Muži pervitin užívali v průměru 9 let, zatímco ženy 5 let. To může pramenit z genderové rozdílnosti mentality a fyziologie (Kittnar, 2011). Muži bývají odolnější vůči působení návykových látek, jejich metabolismus bývá rychlejší

a účinnější proti ženskému (Prokeš, 2005). Bez ohledů na genderovou korektnost je příjem muže v České republice větší, nežli žen, proto ekonomická tíseň z následků dlouhodobého užívání může přicházet delší dobu. Navíc ženy mají větší pud sebezáchovy, vyskytují se u nich mateřské instinkty, a proto mohou léčbu vyhledávat v dřívější době, než muži. (Fischlová, 2002)

Při této příležitosti je velmi vhodné zmínit akční protidrogový plán České republiky pro rok 2013. I přesto, že je pervitin označován jako „česká droga“, je poměrně těžko dosažitelným artiklem. APP uvádí, že tuto drogu si bez větších obtíží dokáže pořídit 9 % dotazovaných, naproti němu extázi celých 20 % dotazovaných. Přes toto zjištění se odhaduje střední stav uživatelů opiátů a pervitinu na 40,2 tis., avšak uživatelé těchto drog jsou druhou nejčastější komunitou žádající o protidrogovou léčbu.

Nelze opomenout ani nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Námi předkládané výsledky poukazují na nejvyšší zastoupení středoškolsky vzdělaných respondentů bez maturity a to v 58 %. Jako druhé v pořadí zvolilo 32 % respondentů základní vzdělání a překvapivě pouze 2 % dotazovaných absolvovalo vysokoškolské vzdělání. Nešpor (2011) tento fakt vysvětluje změnou priorit v hodnotovém žebříčku. Drogově závislý staví na první pozici drogu a v důsledku bažení po ní odsouvá vzdělání na nižší pozice. Nicméně schopnost dosáhnout vyššího vzdělání není prioritním bodem zájmu a to vzhledem k tomu, že drogově závislí jedinci často páchají trestnou činnost, která je společensky mnohem hůře obhajitelná oproti neschopnosti vzdělávat se. Dalším aspektem je doba, kdy jedinec odstartoval svůj drogový život. A to proto, že v čím rannějším věku jedinec drogu okusí, tím vzdálenější je možnost dosažení vyšších stupňů vzdělání s vysvětlením předloženým výš. (Procházka, 2012)

Copingové strategie uživatelů pervitinu byly zjišťovány dle strategie Janke a Erdmannové (2003), kteří rozlišovali tyto strategie na pozitivní a negativní a vytvořili tak test SVF 78, který byl v této práci využit. U mužské i ženské části souboru vždy převažovalo využívání pozitivních copingových strategií oproti negativním. V poměru 13 bodů skóre ve prospěch pozitivních strategií oproti 11,8 téhož skóre užití negativních strategií u mužské části souboru. Zatímco ženy dosahovaly 12,9 bodu skóre ve prospěch

pozitivních strategií oproti 10,1 skórovaných bodů při užití negativních strategií. Hypotéza „*Podíl negativních copingových strategií se mění v souvislosti s pohlavím.*“ nebyla statisticky verifikována pro výslednou hodnotu signifikance 0,905 při 5% hladině významnosti. I přes to se však jedná o zajímavé zjištění. V první řadě je důležité zmínit studii provedenou Gan, Y. et al. (2007), výsledkem které je upozornění ve smyslu nedostatečného škálování na pozitivní a negativní copingové strategie. Dle zjištění autorů je podstatné zařadit další škálu a to uvolnění. Dále nelze opomenout tvrzení samotných autorů, kteří se těmito strategiím věnují (Janke a Erdamnn, 2003) a kteří zjistili, že muži častěji užívají strategii *podhodnocení a odmítání viny*. S tímto tvrzením se shodují pouze ve strategii *odmítání viny*. Ani u žen nelze předkládané výsledky komparovat s výše zmíněným výzkumem. Autoři tvrdí, že ženy častěji užívají potřebu *sociální opory, únikové tendence, perseverace, rezignace a sebeobviňování, náhradní uspokojení a vyhýbání se*. Námi předkládané zjištění je naprosto opačného mínění s výjimkou strategie *rezignace*. To může být ovlivněno mým zaměřením na populaci drogově závislou, zatímco diskutovaní autoři se zaměřovali na populaci obecnou.

Copingové strategie uživatelů pervitinu ve vztahu ke vzdělání poukazují na statistickou nevýznamnost. Lze konstatovat, že uživatelé pervitinu se středoškolským vzděláním bez maturity volí nejméně negativních copingových strategií, konkrétně dosahují skóre 10,4 bodů. Respondenti se základním vzděláním vykazují skóre u negativních copingových strategií 11,6 bodů a středoškolsky vzdělaní respondenti s maturitou včetně vysokoškoláků dosahují bodového zisku 11,2 bodů skóre. I přes to, že výsledky nejsou statisticky významné, lze z nich rámcově usuzovat, že středoškolsky vzdělaní respondenti bez maturity používají nejméně negativních copingových strategií. Téměř jistě je tento výsledek ovlivněn nedostatečným počtem respondentů s vysokoškolským vzděláním. Avšak při diskuzi s publikací Schoenmakers et. al (2012), i přes to, že se jedná o copingové strategie u nezaměstnaných, bylo zjištěno, že převážně negativní copingové strategie volí středoškolsky vzdělaná populace. Tento výsledek je opět v rozporu s naším zjištěním, a proto považujeme za důležité pokračovat dále a podrobněji ve výzkumu zaměřeného na coping ve vztahu ke vzdělání. Vzhledem

k tomuto zjištění je možné odpovědět na výzkumnou otázku „*S rostoucím vzděláním stoupá podíl negativních copingových strategií?*“ tak, že nelze takto předloženou otázku i přes předkládaná data jistě zodpovědět a to především díky nedostatečnému souboru vysokoškolsky vzdělaných respondentů. Vzhledem k výsledkům Spearmanova korelačního testu na 5% hladině významnosti s výslednou signifikancí 0,389 není možné verifikovat hypotézu „*S rostoucím vzděláním stoupá podíl negativních copingových strategií.*“

Pakliže se zaměříme na věk uživatelů pervitinu a jejich charakteristiku copingových strategií, lze usuzovat následující. Nejvyššího skóre u pozitivních copingových strategií dosahují respondenti ve věkové skupině 30 – 45 let a to konkrétně 13,4 bodů. Naproti nim stojí skupina ve věku 17 – 23 let s bodovým ziskem 13,1 bodů u pozitivních strategií s tím, že tato věková skupina obsazuje prvenství v nejnižším bodovém skóre u strategií negativních a to 10 bodů. Pokud uvážíme zmíněnou skupinu 30 – 45 let s nejvyšším bodovým ziskem u strategií pozitivních, tak ve vztahu k negativním zjistíme numericky horší bodové skóre u strategií negativních nežli skupina 17 – 23 let, konkrétně 10,6. Vzhledem k tomuto zjištění s přispěním statistického výpočtu opět na 5% hladině významnosti s výsledkem signifikance 0,664 nelze potvrdit hypotézu „*S rostoucím věkem stoupá podíl negativních copingových strategií.*“ K velmi podobnému zjištění došli i autoři Hamarat et al. (2002), kteří porovnávali copingové strategie u tří věkových skupin dospělých (45-64 let, 65-74 let a 75 + let). Ani oni nedospěli k závěru, že existuje významný rozdíl v strategiích vyrovnávání se se stresem. U námi sledovaného vzorku může do validity údajů vstupovat malé množství zkoumaných respondentů, ale i určité zkreslení informací z důvodu jejich nepřilíšného zájmu. Opět zde může významnou roli hrát i fakt, že se v rámci tohoto výzkumu nejedná o obecnou populaci, ale o populaci disponovanou drogovou závislostí na pervitinu.

Jako poslední je potřebné diskutovat výsledky vztahů mezi dobou užívání pervitinu a copingovými strategiemi. První kategorie, kdy respondenti užívali pervitin 1 – 5 let, zastává bodové hodnocení pozitivních copingových strategií 13,3 bodů, stejně jako kategorie třetí, vyznačující se délkou užívání pervitinu v časovém horizontu 11 let

a více. Rozdíl mezi těmito dvěma kategoriemi lze najít v bodovém hodnocení negativních copingových strategií, kdy věková kategorie 1 – 5 let užívání pervitinu dosahuje nejnižšího skóre, 9,3 bodů oproti věkové kategorii užívající pervitin 11 let a více se skórovaným ziskem 14,2 bodů. Lze tedy konstatovat, že tyto dvě věkové kategorie užívají ve stejné míře pozitivních copingových strategií, ale s rostoucí dobou užívání pervitinu vzrůstá počet negativních copingových strategií, což je odpověď na položenou výzkumnou otázku *„Jaká je souvislost mezi dobou užívání pervitinu a počtem negativních copingových strategií“?* Vzhledem k nevýznamnému statistickému zhodnocení hypotézy, konkrétně hodnotou signifikance 0,753 při 5% hladině významnosti u hypotézy *„S rostoucí dobou užívání pervitinu se zvyšuje počet negativních copingových strategií“* nelze tvrdit, že takový vztah existuje, což je čitelné i z dat získaných frekvenční analýzou. Nejedná se však o překvapivý závěr vzhledem k publikaci autorů Konopka a kol. (2013), jejichž záměrem bylo zjistit rozdíly v copingových strategiích u uživatelů benzodiazepinu. Také tato autorka předkládá k diskuzi značnou obtížnost při porovnávání copingu u těchto uživatelů.

Vzhledem k získaným datům a jejich následné analýze není obtížné konkretizovat cíle této práce. Při zaměření na cíl číslo jedna *„Zjistit, jaké jsou copingové strategie u uživatelů pervitinu“* lze s jistotou mírou nadsázky vzhledem ke statistické nevýznamnosti získaných dat tvrdit, že respondenti volí z převážné většiny pozitivní copingové strategie a to bez rozdílů určených pohlavím, věkem a vzděláním. Pouze v případě užívání pervitinu 11 let a více převažují copingové strategie negativního rázu. Tímto tvrzením je současně naplněn i druhý cíl práce *„Zjistit, jak se mění charakter copingových strategií při dlouhodobém užívání pervitinu“*.

Nelze ale opomenout další tvrzení, které zainteresovaní odborníci ve vztahu užívání výlučně pozitivních a negativních copingových strategií uvádí. Do ovlivnění copingových strategií totiž vstupují osobnostní, ale i situační faktory. Dotazníková metoda SVF 78 však preferuje více pojetí rysové a méně dbá na pojetí situační (Josífková, 2013). Navíc Šolcová a Kebza (2003) předkládají ke zvážení zapojení osobnostních dimenzí ve smyslu neuroticismu a extraverze. Dalšími rysy, které mohou mít na copingové strategie vliv jsou socioekonomický status a odolnost v pojetí

hardiness. Nepostradatelný aspekt ovlivňující výběr copingu je také emoční inteligence. (Saklofske et al., 2007) Výše zmíněné aspekty nebyly brány v našem výzkumu v potaz, a pokud ano, tak pouze velmi okrajově. Proto je nadmíru důležité zvažovat výzkum na poli copingových strategií s co možná nejvyšší teoretickou znalostí psychologie a sociologie, které je možné při této příležitosti efektivně uplatňovat v praxi.

## 6 ZÁVĚR

Cílem diplomové práce bylo „*zjistit, jaké jsou copingové strategie u dlouhodobých uživatelů pervitinu*“. Druhým cílem diplomové práce bylo „*zjistit, jak se mění charakter copingových strategií při dlouhodobém užívání pervitinu*“. Na základě stanovených cílů byly zvoleny tři výzkumné otázky a k nim potřebné hypotézy. K realizaci výzkumu diplomové práce byli osloveni uživatelé pervitinu v Jihočeském kraji, kteří navštěvují Kontaktní centra pro drogově závislé. Jednalo se 27 žen a 23 mužů. Dotazníkové šetření proběhlo za pomoci erudovaných sociálních pracovníků.

Ke zpracování výzkumné části diplomové práce byla použita kvantitativní výzkumná strategie. K získání potřebných dat byl využit standardizovaný dotazník SVF 78 o strategiích zvládání stresu. Potřebné hodnoty výzkumné části byly přehledně zpracovány do tabulek a grafů. Testování hypotéz proběhlo na základě využití statistických metod ANOVA testu a Spearmanova korelačního koeficientu.

Výsledky ani jedné z hypotéz nejsou statisticky významné. Nicméně odpověď na stanovený cíl práce, který zní „*Zjistit, jaké jsou copingové strategie u uživatelů pervitinu*“ zní, že u uživatelů pervitinu převažují pozitivní copingové strategie. A to bez rozdílu pohlaví a vzdělání. Druhým cílem diplomové práce bylo „*Zjistit jak se mění charakter copingových strategií při dlouhodobém užívání pervitinu*“. Z výsledků výzkumného šetření je patrné, že čím delší je doba užívání pervitinu, tím více přibývají negativní copingové strategie.

Odpovědi z výzkumných otázek a hypotéz, které měly za cíl naplnění prvního cíle, přinesly překvapující zjištění. Před zahájením výzkumného šetření se očekávalo, že u uživatelů pervitinu budou převažovat negativní copingové strategie, nicméně výsledek šetření byl zcela opačný, a i přes statistickou nevýznamnost se objevily převážně pozitivní copingové strategie. Oproti tomu rozklíčovat druhý cíl bylo značně jednodušší. Opět přes statistickou nevýznamnost je patrné, že čím je delší doba užívání

pervitinu, tím hůře jsou uživatelé schopni zvládat své zátěžové situace běžného denního života, a proto s délkou užívání pervitinu přibývá negativních copingových strategií.

Za potenciální přínos považuji prospektivní zrealizování výzkumného šetření u poněkud širšího výzkumného vzorku. Vzhledem k neochotě vyplňování a náročnosti vyplňovaného dotazníku je nutné, aby při sběru dat byli přítomni tazatelé či se klientům aktivně věnovali pracovníci zařízení, které uživatelé navštěvují. Realizovat tento výzkum na větším výzkumném vzorku považuji za důležité, jelikož napomůže sociálním pracovníkům pracujícím s klienty se závislostmi v lepším pochopení a individuálním přístupu při řešení stresových situací za pomoci pozitivních a negativních copingových strategií. Dále mohou výsledky výzkumného šetření napomoci nejen sociálním pracovníkům, ale i samotným klientům v nalezení odpovědi, proč dané situace řeší určitým způsobem.

Výsledky diplomové práce mohou být využity k porovnání s výsledky jiných výzkumů zaměřujících se na copingové strategie a na osoby závislé na jiných návykových látkách. Diplomová práce může být velice přínosná pro budoucí sociální pracovníky, kteří se na výkon tohoto povolání připravují. A též v rámci využití systému koordinované rehabilitace.



## 7 SEZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ

1. Akční plán realizace: *Národní strategie protidrogové politiky na období 2013 až 2015*. In: Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky[online]. Praha, 2013. Dostupné z:  
  
[http://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogovapolitika/media/akcni\\_plan\\_2013\\_2015.pdf](http://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogovapolitika/media/akcni_plan_2013_2015.pdf).
2. ATKINSON, Rita L. *Psychologie 2*. Překlad Erik Herman, Miroslav Petržela, Dagmar Brejlová. Praha: Portál, 2003. ISBN 8071786403.
3. BAŠTECKÁ, Bohumila a Petr GOLDMANN. *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál, 2001. ISBN 8071785504.
4. BAŠTECKÁ, Bohumila. *Psychologická encyklopedie: aplikovaná psychologie*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-470-0.
5. BEDNÁŘOVÁ, Zdena a Lubomír PELECH. *Slabikář sociální práce na ulici: supervize, streetwork, financování*. Brno: Doplněk, 2003. ISBN 80-7239-148-8.
6. BRENZA, Jiří a Michal RŮŽIČKA. *"Dokážu to?": pervitin - koncepce školení pro terapeutů*. Olomouc: P-centrum, 2012. ISBN 978-80-905377-0-5.
7. Bulletin 3: *Národní protidrogové centrály*. Praha: Tiskárny MV, 2012. ISSN 1211-8834. Dostupné z: [www.policie.cz/soubor/bulletin-3-2012.aspx](http://www.policie.cz/soubor/bulletin-3-2012.aspx).
8. COHEN, Stephen Frand a Richard LAZARUS. *Coping with the Stresses of Illness*. In: Jaro Křivohlavý. *Jak zvládat stres*. Praha: Grada Publishing, 1994. ISBN 8071691216.
9. *Československá psychologie*. Praha: Psychologický ústav Akademie věd České republiky. ISSN 0009-062X.

10. DENNING, Patt a Jeannie LITTLE. *Practicing harm reduction psychotherapy: an alternative approach to addictions*. London: Guilford Press, 2012. ISBN 9781462502332.
11. ESCOHOTADO, Antonio a Luděk JANDA. *Stručné dějiny drog*. 1. Vydání. Praha: Volvox Globator, 2003. ISBN 80-720-7512-8.
12. FALEIDE, O. Asbjorn a kol. *Vliv psychiky na zdraví: soudobá psychosomatika*. 1. vydání. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-802-4728-643.
13. FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. 2., rozšířené a aktualizované vydání. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5046-0.
14. GAN, Yiqun et al.. *The two-factor structure of future-oriented doping and its mediating role in student engagement*. *Personality and Individual Difference*. 2007. 851–863.
15. GJURIČOVÁ, Šárka a Jiří KUBIČKA. *Rodinná terapie: systemické a narativní přístupy*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2390-7.
16. HAMARAT Errol et al. *Age Differences in Coping Resources and Satisfaction With Life Among Middle-*
17. HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. 1. vydání. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-x.
18. HENDL, Jan. *Přehled statistických metod zpracování dat*. 1. vydání. Praha: Portál, 2004. ISBN 8071788201.
19. CHROMÝ, Karel a Radkin HONZÁK. *Somatizace a funkční poruchy*. 1. vydání. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1473-6.

20. JANKE, Wilhelm a Gisela Erdmannová. *Strategie zvládání stresu*. Testcentrum, Praha, 2003. ISBN: Chybí
21. JOSHI, Vinay. *Stres a zdraví*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007. ISBN 9788073672119.
22. JOSÍFKOVÁ, Jitka. *Úspěšnost a spokojenost vysokoškolského studenta a jejich souvislost s osobnostními faktory a zvládacími strategiemi*. Disertační práce. Filozofická fakulta, Katedra psychologie, Univerzita Palackého v Olomouci. 2013. Vedoucí práce KONEČNÝ Josef.
23. KACHLÍK, Petr. *Návykové látky, rizika jejich zneužívání a možná prevence*. 1. vydání. Brno: PdF MU v Brně, 2003.
24. KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1 – mezioborový přístup*. 1. vydání. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.
25. KALINA, Kamil a kol. *Modely závislosti a přístupy v pomoci uživatelům drog. Drogy a drogové závislosti - Mezioborový přístup - 1. díl*. 1. vydání. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.
26. KALINA, Kamil a kol. *Rodinná terapie a práce s rodinou. Drogy a drogové závislosti - Mezioborový přístup - 2. díl*. 1. vydání. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.
27. KALINA, Kamil a kol. *Úvod do drogové politiky: Základní principy, pojmy, přístupy a problémy. Drogy a drogové závislosti - Mezioborový přístup - 1. díl*. 1. vydání. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.
28. KALINA, Kamil a Luděk JANDA. *Základy klinické adiktologie: může být ohroženo i Vaše dítě?*. 1. vydání. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1411-0.
29. KALINA, Kamil. *Terapeutická komunita: obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2449-2.

30. KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup - 1. díl*. 1. vydání. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.
31. KEBZA, Vladimír a Iva ŠOLCOVÁ. *Komunikace a stres*. 1. vydání. Praha: Státní zdravotní ústav, 2004. ISBN 80-7071-246-5.
32. KITTNAR, Otomar. *Lékařská fyziologie*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3068-4.
33. KONOPKA, Anna a kol. *Psychosocial characteristics of benzodiazepine addicts compared to not addicted benzodiazepine users. Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry* [online]. 2013. [cit. 2015-04-12]. DOI: 10.1016/j.pnpbp.2012.09.001.
34. KOOYMAN, Martien a George DE LEON. *Terapeutická komunita pro drogově závislé: mezioborový přístup*. 1. Vydání. Praha: Středočeský kraj, 2004. ISBN 80-710-6876-4.
35. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1. vydání. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
36. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat stres*. Praha: Grada Avicenum, 1994. ISBN 8071691216.
37. KUBŮ, Pavel, Kateřina ŠKAŘUPOVÁ a Ladislav CSÉMY. *Tanec a drogy 2000 a 2003: výsledky dotazníkové studie s příznivci elektronické taneční hudby v České republice*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2006. ISBN 80-86734-77-3.
38. KULKA, Jiří. *Ego i Self a jejich protekce, defenze či kompenzace: pozitivně psychodynamický přístup*. [online]. Brno: Arcana, 2005 [cit. 2015-03-02]. Dostupné z: <http://www.arcana.cz/texty/problemy-psychoterapie/ego-i-self-a-jejich-protekce-defenze-ci-kompence/>.

39. MAREŠ, Jiří. Zvládání zátěže pomocí strategií záměrného sebeznevýhodňování. Praha: Psychologický ústav Akademie věd České republiky, 2001. ISSN 0009-062x.
40. MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 2. vydání. Praha: Portál, 2010. ISBN 9788073678180.
41. MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. 3. vydání. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0213-4.
42. MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 1. vydání. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-807-3673-109.
43. MATOUŠKOVÁ, Ingrid. *Aplikovaná forenzní psychologie*. 1. vydání. Praha: Grada, 2013. ISBN 9788024745800.
44. MAYEROVÁ, Marie. *Stres, motivace a výkonnost*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 1997. ISBN 80-716-9425-8.
45. MINAŘÍK, Jakub. *Stimulancia*. In KALINA, Kamil a kol.: *Drogy a drogové závislosti*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.
46. MKN-10: *Mezinárodní statistická klasifikace nemoci a přidružených zdravotních problémů* [online]. 2014. [cit. 2015-02-09]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>.
47. MOHAPL, Přemysl. *Úvod do psychologie nemoci a zdraví*. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 1992. ISBN 8070671270.
48. NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: Současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0189-2.
49. PATES, Richard a Diane RILEY. *Interventions for Amphetamine Misuse*. Chichester: John Wiley & Sons, 2009. ISBN 1444309846.

50. PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské odolnosti*. 1. vydání. Praha: Grada, 2010. ISBN 9788024729596.
51. PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ. *Ošetrovatelství v psychiatrii: může být ohroženo i Vaše dítě?*. 1. vydání. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-802-4742-366.
52. PLHÁKOVÁ, Alena. *Dějiny psychologie: studijní texty pro distanční studium*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-0999-2.
53. PLHÁKOVÁ, Alena. *Dějiny psychologie*. 1. vydání. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-0871-x.
54. PRAŠKO, Ján a kol. *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. Praha: Triton, 2007. ISBN 978-80-7254-865-1.
55. PRAŠKO, Ján, MOŽNÝ, Petr a ŠLEPECKÝ Miloš. *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. Praha: Triton, 2007. ISBN 978-80-7254-865-1.
56. PRAŠKO, Ján. *Proti stresu krok za krokem*. 1.vydání. Praha: Grada Publishing, 2001. ISBN 80-247-0068-9.
57. PRESL, Jiří a Luděk JANDA. *Drogová závislost: může být ohroženo i Vaše dítě?*. Praha: Maxdorf, 1995. ISBN 80-858-0025-X.
58. PROCHÁZKA, Miroslav. *Sociální pedagogika*. Praha: Grada Publishing a.s., 2012. ISBN 8024776707.
59. PROCHÁZKA, Roman. *Teorie a praxe poradenské psychologie*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4451-3.
60. PROKEŠ, Jaroslav. *Základy toxikologie: obecná toxikologie a ekotoxikologie*. Galén, 2005. ISBN 9788024610856.
61. Psychoterapeutické centrum Římská. [online]. 2014 [cit. 9.12.2014]. Dostupné z: <http://www.psycholog-praha.cz/>.

62. ROSCH, Paul. *The American Institute of stress*. [online]. 2008. [cit. 2015-01-07]. Dostupné z: <http://www.stress.org/about/hans-selye-birth-of-stress/>.
63. SAKLOFSKE, Donald et al. *Individual difference correlates of health-related behaviours: Preliminary evidence for links between emotional intelligence and coping*. *Personality and Individual Differences*. 2007. ISSN 01918869.
64. SCHOENMAKERS, Eric et al. *Coping with loneliness: What do older adults suggest?* *Aging*. 2012. ISSN 1360-7863. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13607863.2011.630373>.
65. SCHREIBER, Vratislav. *Lidský stres*. 2., upravené vydání. Praha: Academia, 2000. ISBN 8020002405.
66. SCHWARZER, Ralf a Christine SCHWARZER. *A Critical Survey of Coping Instruments*. New York: John Wiley & Sons, 1996.
67. ŠOLCOVÁ, Iva a Vladimír KEBZA. *Typy chování, typy osobnosti a jejich vztah ke zdraví*.
68. TYLER, Andrew. *Drogy v ulicích: mýty, fakta, rady*. 2. vydání. Praha: Ivo Železný, 2000. ISBN 80-237-3606-X.
69. Vesmír: Původ a rozšíření drog. Praha: Milan Dundr, 1995. ISSN 1214-4029.
70. VYMĚTAL, Jan. *Obecná psychoterapie*. Praha: Grada, 2004. ISBN 9788024707235.
71. VYMĚTAL, Jan. *Speciální psychoterapie*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1315-1.
72. VYMĚTAL, Jan. *Úvod do psychoterapie*. Praha: Grada, 2010, ISBN 978-802-4726-670.

73. VÝROST, Jozef a Ivan SLAMĚNÍK. *Aplikovaná sociální psychologie*. 1. vydání.  
Praha: Portál, 1998-2001. ISBN 8071782696.



## **8 PŘÍLOHY**

Příloha č. 1 Dotazník SVF 78

## DOTAZNÍK SVF 78

### Pokyny ke zpracování dotazníku:

Dotazník obsahuje řadu výroků - způsobů, jak člověk může reagovat v situacích, kdy je něčím nebo někým poškozen, vnitřně rozrušen, nebo vyveden z míry.

Přečtěte si, prosím, každý výrok a uveďte, nakolik odpovídá Vašemu způsobu reagování. Svou odpověď označte přeškrtnutím (křížkem x) zvoleného čísla na škále od 0 (vůbec ne), po 4 (velmi pravděpodobně):

vůbec ne	spíše ne	možná	pravděpodobně	velmi pravděpodobně
0	1	2	3	4

Příklad:

Když jsem něčím nebo někým poškozen(a), vnitřně rozrušen(a), nebo vyveden(a) z míry ....

vůbec ne	spíše ne	možná	pravděpodobně	velmi pravděpodobně
0	1	2	3	4

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	----------------------------------	-----------------------

... zajdu navštívit dobré přátele nebo známé

V tomto případě je označeno číslo 3 (pravděpodobně). To znamená, že „navštívit dobré přátele nebo známé“ pravděpodobně odpovídá Vašemu způsobu reagování v této situaci.

Nevynechejte, prosím, žádný z uvedených výroků a při váhání se přikloňte vždy k vyjádření, které Vás nejlépe vystihuje.

Pokud omylem označíte jinou odpověď a chcete se opravit, označte křížkem X správnou odpověď a navíc ji i výrazně podtrhněte.

Pracujte plynule, ale pečlivě; nezdržujte se příliš u jednotlivých výroků. Ověřte prosím, zda jste vyplnila údaje o Vás a začněte vyplňovat dotazník.

**Pohlaví:** muž / žena

**Věk:** .....

**Nejvyšší dosažené vzdělání:** 1) ZŠ    2) SŠ, bez maturity    3) SŠ, s maturitou    4) Vyšší odborné  
5) VŠ    6) Jiné:.....

**Jak dlouho užíváte pervitin?** .....

	0	1	2	3	4
1) ... snažím se soustředit své myšlenky na něco jiného					
2) ... řeknu si, že se nedám vyvést z míry					
3) ... snažím se, aby mě někdo jiný při řešení podpořil					
4) ... cítím se nějak bezmocný(-á)					
5) ... řeknu si, že si nemám co vyčítat					
6) ... nemohu dlouhou dobu myslet na nic jiného					
7) ... ptám se, co jsem už zase udělal(a) špatně					
8) ... promyslím přesně své další jednání					
9) ... mám tendenci od toho utéct					
10) ... řeknu si, že to vydržím					
11) ... vyhnu se napříště takovým situacím					
12) ... vyrovnám se s tím rychleji než ostatní					
13) ... snažím se ujasnit si všechny detaily situace					
14) ... přejdu k nějaké jiné činnosti					
15) ... požádám někoho o radu, jak bych měl(a) postupovat					
16) ... sním něco dobrého					
17) ... pak o tom přemyslím znovu a znovu					
18) ... řeknu si: „co možná pryč od toho“					
19) ... mám špatné svědomí					
20) ... řeknu si: „musíš se sebrat“					
21) ... řeknu si, že si přece nemusím dělat výčitky svědomí					
22) ... příště se hned při prvních náznacích vyhnu takovým situacím					
23) ... mám tendenci hned ustoupit					
24) ... jsem sám (sama) se sebou nespokojen(a)					
25) ... podívám se na něco pěkného v televizi					
26) ... myslím si: „jen se nedat odradit“					
27) ... prostě musím s někým o tom hovořit					

Když jsem něčím nebo někým poškozen(a), vnitřně rozrušen(a), nebo

	0	1	2	3	4
28) ... přepadají mne myšlenky na útěk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29) ... udělám vše, abych odstranil(a) příčinu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30) ... jsem rád(a), že nejsem tak přecitlivělý(á) jako druzí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31) ... zabývám se pak ještě dlouho touto situací	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32) ... dělám něco, co mě od toho odvádí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33) ... umiňuji si, že se příště takovým situacím vyhnu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34) ... snažím se potlačit své vzrušení	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35) ... řeknu si, že za to nemohu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36) ... řeknu si, že druzí by to tak snadno nestrávili	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37) ... dělám si výčitky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38) ... řeknu si: „nesmíš to v žádném případě vzdát“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39) ... nevím, jak bych mohl(a) takové situaci čelit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40) ... udělám něco dobrého pro sebe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41) ... pouze si přeji, abych z této situace co nejrychleji vyvázl(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42) ... požádám někoho o pomoc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43) ... vytvořím si plán, jak mohu tyto nesnáze odstranit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44) ... myslím si, že já za tu situaci nezodpovídám	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45) ... říkám si: „jen se nedat zbavit odvahy“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46) ... myslím si, že bych se nechtěl(a) v budoucnu dostat do takové situace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47) ... nejde mně ta situace dlouho z hlavy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48) ... snažím se, abych si zachoval(a) pevný postoj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49) ... všechno se mně zdá tak beznadějné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50) ... vrhnu se do práce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51) ... řeknu si, že to nakonec byla moje chyba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52) ... lépe se kontroluji než druzí v téže situaci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53) ... koupím si něco, co už jsem dlouho chtěl(a) mít	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54) ... obvykle se mně všechno zdá nesmyslné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Když jsem něčím nebo někým poškozen(a), vnitřně rozrušen(a), nebo vyveden(a) z míry ...

	0	1	2	3	4
55) ... ujasním si, že mám možnosti situaci zvládnout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56) ... myslím si, že na tom nemám vinu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57) ... potřebuji k tomu slyšet mínění někoho jiného	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58) ... snažím se o kontrolu svého chování	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59) ... pokouším se vymanit se ze vzniklé situace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60) ... v myšlenkách si pak situaci znovu a znovu přehrávám	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61) ... aktivně se snažím situaci změnit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62) ... řeknu si: „dokážeš se s tím vypořádat“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63) ... přece se zase uklidním rychleji než ostatní	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64) ... dbám na to, aby příště k takovým situacím vůbec nedocházelo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65) ... hledám něco, co by mě mohlo potěšit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66) ... snažím se od toho odpoutat pozornost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67) ... hledám vinu sám (sama) u sebe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68) ... snažím se s někým o problému hovořit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69) ... prostě se pak nemohu zbavit myšlenek na tuto situaci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70) ... myslím si, že k tomu nedošlo mou vinou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71) ... řeknu si, že se nesmím dát vyvést z klidu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72) ... splním si nějaké dlouho vytoužené přání	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73) ... beru to lehčeji než jiní ve stejné situaci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74) ... nějak se od toho odpoutám	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75) ... mám sklon rezignovat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
76) ... snažím se přesně si ujasnit důvody, které k situaci vedly	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
77) ... uvažuji, jak se mohu příště vyhnout takovým situacím	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
78) ... nejraději bych od toho jednoduše utekl(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

