

**Univerzita Palackého v Olomouci**

Pedagogická fakulta

Ústav speciálněpedagogických studií

**Veronika Máchalová**

Speciální pedagogika

**Zkušenosti s Krátkým intervenčním programem pro závislé na  
pervitinu**

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Michal Růžička, Ph.D.

OLOMOUC 2013

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci vypracovala samostatně a použila jsem jen uvedené prameny a literaturu.

V Olomouci dne: 10. 4. 2013

.....

Poděkování:

Ráda bych poděkovala Mgr. Michalovi Růžičkovi, Ph.D. za pomoc a odborné vedení magisterské práce. Zároveň bych chtěla poděkovat klientkám za poskytnutí informací.

# Obsah

Úvod .....	6
I TEORETICKÁ ČÁST .....	8
1 Prevence, psychoterapie, poradenství – intervence .....	8
1.1 Prevence .....	8
1.1.1 Primární prevence a bio-psycho-sociálně-spirituální model závislosti .....	8
1.1.2 Sekundární prevence a bio-psycho-sociálně-spirituální model závislosti .....	11
1.1.3 Terciární prevence a bio-psycho-sociálně-spirituální model závislosti .....	12
1.2 Psychoterapie .....	12
1.2.1 Historický nástin a současnost psychoterapie .....	16
1.2.2 Psychoterapeutické směry .....	17
1.2.3 Druhy psychoterapie .....	18
1.2.4 Účinné faktory psychoterapie a návykové poruchy .....	20
1.3 Poradenství – intervence .....	23
2 Psychoterapie a vymezení kognitivně-behaviorální terapie .....	25
2.1 Ambulantní forma terapie .....	28
3 Vývoj Krátkého intervenčního programu pro uživatele pervitinu .....	32
3.1 Krátký intervenční program pro osoby závislé na kokainu a cracku .....	32
3.2 Krátký intervenční program pro osoby závislé na pervitinu .....	33
3.3 Změny koncepce Krátkého intervenčního programu pro uživatele pervitinu .....	35
3.4 Transformace metodiky .....	36
4 Krátký intervenční program pro uživatele pervitinu .....	39
4.1 Metodika Krátkého intervenčního programu pro uživatele pervitinu .....	40
4.2 Terapeuticko-intervenční program pro uživatele pervitinu .....	41
5 Závislost .....	45
5.1 Definice závislosti .....	45
5.2 Psychická a fyzická závislost .....	46
5.3 Ženy a návykové problémy .....	48
5.4 Psychopatologie komplikací .....	50
5.5 Faktory podílející se na rozvoji závislosti .....	51
5.6 Znaky závislosti .....	52
6 Pervitin .....	55
6.1 Metamfetamin .....	55
6.2 Historie metamfetaminu .....	56
6.3 Pervitin u nás i ve světě .....	57
6.4 Pohled na pervitinovou kulturu .....	58

7	Škodlivý dopad užívání omamných psychotropních látek na zdraví jedince .....	59
7.1	Lokální obtíže při užívání drog .....	60
7.2	Postižení kardiovaskulárního a dýchacího systému .....	61
7.3	Specifická onemocnění u intravenózních uživatelů .....	62
7.4	Těhotenství .....	63
7.5	Duševní poruchy .....	64
7.6	Kombinování abúzu omamných a psychotropních látek .....	65
8	Poruchy příjmu potravy .....	69
8.1	Syndromy poruch příjmu potravy .....	69
8.2	Rozšíření poruch příjmů potravy v České republice .....	72
II	PRAKTICKÁ ČÁST .....	74
9	Genderový pohled na uživatele drog a poruch příjmu potravy .....	75
10	Přenesení teorie do praxe .....	77
10.1	Cíle šetření .....	77
10.2	Metoda výběru vzorku .....	78
10.3	Metody získávání kvalitativních dat .....	78
10.3.1	Rozhovor .....	79
10.3.2	Ohnisková skupina .....	79
10.3.3	Pozorování .....	80
10.4	Metoda analýzy dokumentu .....	80
10.5	Šetření ve výzkumu .....	81
10.6	Analýza dokumentů .....	81
10.7	Zhodnocení jednotlivých trsů .....	81
10.7.1	Trs č. 1 Zájem klientek o téma a způsob práce na něm .....	81
10.7.2	Trs č. 2 Důvody užívání pervitinu .....	83
10.7.3	Trs č. 3 Některé skutečnosti vedoucí k definitivnímu skoncování užívání pervitinu a vynuceného zvracení .....	84
10.7.4	Trs č. 4 Vnímání reakce okolí na jejich aktuální vzhled .....	85
10.7.5	Trs č. 5 Způsob vyrovnávání se s změnou tělesné váhy .....	86
10.7.6	Trs č. 6 Hlídní váhy jako spouštěče chuti na pervitin .....	87
10.8	Diskuse .....	88
10.9	Závěr k praktické části .....	89
11	Tvorba modulu Obavy z tloušťky .....	91
	Závěr .....	96
	Seznam použité literatury .....	98
	Seznam příloh .....	100
	ANOTACE .....	116

## Úvod

Krátký intervenční program je nástroj v léčbě osob závislých na pervitinu. Přestože byl v roce 2009 ještě v plenkách, dnes již existují jeho dvě podoby. Tak jako každá novinka potřebuje po nějakém čase změnu i Krátký intervenční program prošel svým vývojem. Jeho aktuální podoba nese název Krátký intervenční program pro uživatele pervitinu a je sestaven z pevných modulů. Jeho nastavbu nazýváme Terapeuticko-intervenční program pro uživatele pervitinu, jehož moduly jsou volné. Tyto moduly nesou podobu výběrových témat a terapeut je může použít pro aktuální potřeby klienta. Oblast volných modulů byla výzvou pro její prozkoumání. Touto terapií prochází uživatelé pervitinu, a to jak muži, tak i ženy. Vzhledem k tomu, že v současné době metodikou prochází ženy, zaměřili jsme se právě na ně. Volné moduly se zabývají oblastmi života klienta, které můžeme nazvat rizikovými. Jedná se o zvládání zdravotních důsledků užívání nebo třeba zvládání nebezpečných situací. Toto jsou oblasti, které většinou trápí klienta bez ohledu na pohlaví. Hlavní myšlenka programu je v tom, aby se klient postupně stal na terapeutovi nezávislým. Předtím bychom však měli klientovi nabídnout probírání takových témat, která by mu umožnila proces osamostatňování ulehčit a posílit. Z tohoto důvodu jsme se zaměřili na mapování bílých míst programu.

Prvním cílem práce je provést kvalitativní analýzu a získat odpovědi na položené otázky. Chtěli bychom zjistit, jakým způsobem se chtějí klientky v léčbě zabývat tématem atraktivity a tělesné váhy. Snažíme se dozvědět, jak jsou klientky spokojené se svou abstinencí a se svým tělem. Dále hledáme odpověď na to, s jakými reakcemi se klientky ve svém okolí setkávají a jak je toto hodnocení ovlivňuje. Chtěli bychom také zjistit, jaké způsoby řešení při nabírání váhy klientky volily. Druhým cílem je vytvořit volný terapeutický modul Obavy z tloušťky, který vznikne na základě získaných odpovědí.

Při rozhovoru s terapeutem, který pracuje se svými klienty prostřednictvím Krátkého intervenčního programu, jsme se dozvěděli, že samotný zakladatel programu vybízel české terapeutky, aby postupně vytvořily moduly zabývající se tématy specifickými pro ženy a muže. Na základě rozhovoru s tímto terapeutem a získaných vzorků klientek, které si tímto programem prošly, byly vytvořeny moduly zabývající se ženskou problematikou. Což však neznamená, že by se tímto tématem nemohli zabývat i muži. Tento volný modul jsme nazvali Obavy z tloušťky. Jeho posláním je vytvořit vhodné prostředí k řešení obav klientek z narůstající váhy z důvodu abstinence a na to navazujících problémů. Modul je tedy vytvořen na základě zkušeností klientek se svými obavami z tloušťky. Věříme, že nové klientky, které se budou chtít zabývat tímto tématem, budou mít modulem vytvořené zázemí, ve kterém se

nemusí stydět za své obavy. S tématem tloušťky se pojí třeba i otázka obměny šatníku, protože se zavřením dveří pervitinu se klientkám změnil i styl oblékání. Menší velikosti oblečení tak mohou být spouštěči chuti na pervitin.

Jedná se tedy o návrh postupu práce, který terapeuti mohou použít v jednotlivých sezeních. Doufáme, že existence modulu bude přínosem jak pro terapeuty, tak pro klientky.

# I TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Prevence, psychoterapie, poradenství – intervence

Krátký intervenční program se používá jako nástroj při léčbě závislých na pervitinu. I přesto, že nová metodika prošla obdobím změn, stále se zakládá na kognitivně behaviorálním přístupu a je primárně určena pro ambulantní léčbu. Přednosti metodiky jsou především proto, že je využívána hlavně v oblasti poradenství a terapie u klientů se závislostí na pervitinu. Následuje popis prevence, psychoterapie a poradenství, který usnadní pochopit rozdíly mezi danými pojmy.

### 1.1 Prevence

Mezi čtyři základní pilíře protidrogové politiky České republiky patří represe<sup>1</sup>, **prevence**, léčba, resocializace a harm reduction<sup>2</sup> (Zábranský, 2003). V této části práce se budeme věnovat především prevenci.

Prevence je definována jako „*předcházení nežádoucím jevům, nehodám, úrazům a nemocem aj* (Ambulantní léčba, online, 2013).“ Zábranský však prevenci definuje následovně. „*Pod prevencí obecně rozumíme předcházení nemoci nebo předcházení zhoršení nemoci nebo předcházení zhoršení celkového zdravotního stavu nemocného* (Zábranský, 2003, s. 55).“ Zato informační portál o ilegálních a legálních drogách prevenci vymezuje takto. „*Prevence (u alkoholu a drog) je v širším smyslu slova definována jako intervence určená k zamezení či snížení výskytu, šíření a škodlivých účinků užívání alkoholu a nealkoholových drog* (Prevence, online, 2010).“

#### 1.1.1 Primární prevence a bio-psycho-sociálně-spirituální model závislosti

Cílem primární prevence je odrazovat od prvního užití drogy, nebo alespoň oddalovat věkovou hranici jedince od prvního kontaktu s drogou. Za specifický cíl si klade předcházet užívání drog v rizikové populaci. Podporuje zrání jedince, aby bezpečně prošel cestou v hledání vlastní identity. Kudrle rozlišuje čtyři předpoklady pro komplexní rozvoj člověka: biologický, psychologický, sociální a spirituální (Kudrle In Kalina et al., 2008)

---

<sup>1</sup> Znamená potlačení nebo vytěsnění.

<sup>2</sup> Znamená snižování a poškozování. Je chápán jako pilíř protidrogové politiky, tak i jako program pro výměnu jehel.



Do oblasti **biologického předpokladu** zařazujeme přiměřenou péči o pohyb, stravu, fyzické zdraví a tělo. Kudrle zde zařazuje i včasný začátek léčby nastupující nemoci a prevenci možných úrazů. To vše jsou předpoklady pro rozvoj zdravé osobnosti. V tomto kontextu může užívání návykových látek jakožto analgetikum způsobit závislost. Nevhodně léčené zranění, kdy například chybí adekvátní rehabilitace, může u jedince aktivovat abúzus drog. Dále také nadváha nebo porucha příjmu potravy může jedince vést k řešení problému pomocí amfetaminu.

**Psychologický předpoklad** tvoří faktory, jako jsou prožívání nudy, zvědavost, poznání nevšedních zážitků, narušení hranic, nízké sebevědomí, absence seberealizace. Takto vzniklé prožitky v životě uživatele mohou ovlivnit počátek užívání drog. U takového jedince můžeme shledat nediferencovanost v oblasti osobních potřeb a zájmů. Chybí vedení někoho z autorit v rodinném kruhu. Užití drogy vede ke stavu změněného vědomí a napomáhá tak k sebeprosazování, kdy autority nejsou respektovány. V primární prevenci se snažíme především o vybudování osobních hranic a tvoření vlastního programu ve volném čase. Pozornost zaměřujeme na otevřenou komunikaci a na sdílení hodnot s ostatními.

**Sociální předpoklad** je dalším faktorem možného vzniku závislosti. Rizikovou oblastí, na kterou se zaměříme, je sociální skupina. Zdravé fungování v sociálním prostředí není jednoduchou záležitostí. Konflikty mohou vznikat v případě, že jedinec nezapadá do majority, není u něj vyhraněný sociální status nebo také z důvodu rasové a náboženské odlišnosti. Důvodů je samozřejmě více. Skupina tuto situaci většinou řeší vyloučením takového jedince z komunity. Cílem primární prevence v této oblasti je orientace v péči o minority, sociální integritu, rozvíjení sociálního chování a docílení komunitního citění. Zaměřovat bychom se také měli na to, jakým způsobem vytváříme dětem obraz dospělého člověka a jak tento obraz ve výsledku vypadá.

**Spirituální obraz** je chápán jako nedostatek smyslu života nebo duchovních autorit. V této oblasti se zaměřujeme na způsob, jakým si jedinec supluje spokojenost života. Může se jednat o nevyvážené postoje k materiálním statkům, absenci růstu introspekce, nedostatek pokory a rituálů. To vše často vede k nejednotné osobnosti jedince. Signifikantní životní autority jsou pak nahrazovány hrubostí a silou. Rituály jsou zastoupeny silou gangů a partou z ulice. Život postrádá hlubší smysl, dochází pouze k uspokojování momentálních potřeb. Proto je nezbytné tyto nedostatky odstraňovat a společně nacházet alternativy (Kudrle In Kalina et al., 2008).

Zatímco Kudrle se v primární prevenci opírá o bio-psycho-sociálně-spirituální model závislosti na návykové látce, Vácha uvádí jednotlivé faktory, které se mohou podílet na vzniku užívání drogy. Jedná se o faktor osobnosti, rodinný faktor, vrstevnickou skupinu a společnost.

U **faktoru osobnosti** vycházíme z jednoduchého vzorce. Čím dřív jedinec začne experimentovat s drogou, tím více stoupá riziko vzniku závislosti. Důvodem, proč mladý jedinec touží po vyzkoušení drogy, je touha po odlišnosti a nekonvenčnosti. Tyto fenomény sehrávají v období puberty velice důležitou roli. Možná souvislost je i s projevem protestu proti pravidlům a normám (Vácha, online, 2007).

Rodina je základním činitelem v primárně preventivním působení na jedince. Proto **rodinný faktor** sehrává významnou roli v jeho zrání. Důležitým faktorem je nastavení fungování rodinného systému a kvalita podaných informací v oblasti drog. Významnou souvislostí bývá také zhoršená ekonomická situace rodiny, vysoká rozvodovost a v neposlední řadě také její nízká funkčnost (Vácha, online, 2007).

Faktor **vrstevnické skupiny** sehrává opodstatněné místo v životě jedince. Tak jako u faktoru osobnosti i zde hraje věk důležitou roli. Proto se na něj podrobněji zaměříme. Vácha uvádí, že čím je jedinec mladší, tím je více ovlivnitelnější svým okolím. Jedinec, který stojí osamocen, může podléhat vlivu drogových experimentů. Posměch ze strany vrstevníků je jedna z forem nepřímého nátlaku na jedince, který vyzkoušení drogy odmítl. Takový tlak může být natolik neúnosný, že podmínkám skupiny jednoduše podlehne (Vácha, online, 2007).

**Společnost** je poslední faktor, který se dle Váchy podílí na užívání drogy. Významným činitelem je míra dostupnosti drog ve společnosti. V této souvislosti je diskutabilní i oblast médií. Setkáváme se s reklamami, které navádí k tzv. prodrogové orientaci dětí. Důkazem jsou reklamy na tabák a alkohol (Vácha, online, 2007). Snahou primární prevence je odstraňovat informace, které ve smyslu prodrogové informovanosti negativně ovlivňují jedince. To znamená, že se odborníci v této oblasti zaměřují na předávání takových informací o nebezpečnosti drog, které s přihlédnutím na věkovou skupinu jedince pozitivně rozvíjí a minimalizují důvody pro experimentování s drogou (Vácha, online, 2007).

Jurášová popisuje primární prevenci tak, jak je nejčastěji aplikována v praxi. Jedná se o **specifickou primární prevenci**, ve které za rizikové chování považujeme takové aktivity jedince, které jsou zacíleny na konkrétní formu rizikového chování. Naopak **nespecifická primární prevence** nabízí širokou nabídku volnočasových aktivit. Dále podle úrovně

uvádíme **všeobecnou primární prevenci**, jejíž zaměření zasahuje běžnou populaci dětí nebo mládeže. Při své práci zohledňuje věk nebo třeba sociální faktory dané skupiny. Při **selektivní primární prevenci** pracujeme s menšími skupinami. Zaměřujeme se na skupinu, kde byla zjištěna zvýšená rizika užívání drog. **Primární prevence indikovaná** je zaměřená na jedince, kteří jsou vystaveni rizikovým faktorům (Jurášová In „Dokážu to?“, 2012).

### **1.1.2 Sekundární prevence a bio-psycho-sociálně-spirituální model závislosti**

Dosud jsme se na primární prevenci zaměřovali jako na činnost, při které je cílem co nejvíce oddálit první kontakt s drogou. Nyní se pouštíme do popisu prevence, která si za cíl vytyčuje předcházení vzniku a rozvoje závislosti. Jedná se tedy o skupinu jedinců, kteří drogu již užívají nebo si na ni vypěstovali závislost. Pojem sekundární prevence je užíván i jako souhrnný pojem pro včasnou intervenci, poradenství a léčbu. Léčbu zásadně směřujeme k abstinenci, může se však uplatňovat i v podobě kontrolovaného užívání. Léčebné úsilí se také zaměřuje na rodinu. Při standardním postupu v léčbě bychom neměli opominout důležitost bio-psycho-sociálně-spirituálních souvislostí, které uvádí Kudrle.

**Biologické souvislosti.** Jedná se o stručný popis medicínsky ovlivnitelných nemocí, které cestu k užívání drog otevřely. Jde například o léčbu bronchiálního astmatu, při které se užívají stimulantia, nebo o užívání drog kvůli somatickým komplikacím odvykacích stavů. Dále se může jednat o potíže s udržením životosprávy či poruchy zdraví v důsledku virové hepatitidy (Kudrle In Kalina et al., 2008).

**Psychologické souvislosti.** Zde se zabýváme jak biologickými předpoklady, tak i nalézáním souvislostí s psychickými problémy. Psychodiagnostika identifikuje psychické změny, které při užívání nastaly. Jedná se třeba o poruchy osobnosti, deprese projevující se bludnými myšlenkami a poruchami vnímání. Léčebným prostředkem se stává psychoterapie (Kudrle In Kalina et al., 2008).

**Sociální a spirituální souvislosti.** Zkoumání sociálních vzorců jedince se jeví jako podnětné v oblasti zjištění sociálního statusu ve společnosti. Tyto vzorce a předpoklady se mohou podílet na vzniku abúzu<sup>3</sup> a na jeho případném udržování. Záběr této intervence je široký. Hledají se příčiny jak v politických a kulturních fenoménech, tak i v etnických zvyklostech. Je zde zahrnuta i specifikace skupin, které žijí v útlaku či bídě. Kudrle například

---

<sup>3</sup> Nadměrné užívání, zneužívání

odkazuje na léčebné systémy, které jsou založeny na filosofii Anonymních alkoholiků v souvislosti se spirituálními předpoklady (Kudrle In Kalina et al., 2008).

### **1.1.3 Terciární prevence a bio-psycho-sociálně-spirituální model závislosti**

V tomto druhu prevence je naší snahou předcházet vážnému a trvalému sociálnímu a zdravotnímu poškození v souvislosti s užíváním drog. Terciární prevenci lze chápat dvěma způsoby. V prvním případě se zaměřujeme na resocializaci a sociální rehabilitaci u klientů, kteří prošli léčebným procesem. Tento proces je vede k abstinenci. Ve druhém případě provádíme intervenci u klientů, kteří stále užívají, ale nejsou aktuálně rozhodnutí abstinovat. Tato intervence působí na snížení zdravotních rizik v souvislosti s užíváním drogy. Druhou oblast souhrnně označujeme harm reduction<sup>4</sup>. I zde se prolínají bio-psychosociálně-spirituální předpoklady. Na **biologické úrovni** se v rámci terciární prevence snažíme předcházet závažným přenosným onemocněním. Tato intervence je spojena s výměnným servisem jehel a stříkaček. Zároveň jsou poskytovány informace od daného pracovníka. V **sociální úrovni** se zabýváme podporou při hledání zaměstnání a bydlení. Vzhledem k tomu, že uživatelé návykových látek mají často problémy se zákonem a při komunikaci s úřady, sociální práce spočívá i v pomoci v této oblasti. **Psychologická pomoc** se zaměřuje na podporu v různých fázích vývoje závislosti a zajišťuje rodinné poradenství. **Dimenze spirituální** se propojuje s psychologickou pomocí (Kudrle In Kalina et al., 2008).

Z výše uvedeného tedy vyplývá, že ať už se jedná o prevenci primární, sekundární nebo terciární, vždy u jejího popisu vycházíme z moderního pohledu bio-psycho-sociálně-spirituálního modelu závislosti. Tento pohled nejčastěji uplatňuje Kalina.

## **1.2 Psychoterapie**

Pojem psychoterapie vychází z řečtiny a skládá se ze dvou slov. Psýché a therapeón. Původní význam slova psýché znamenal životní sílu duše, která má zdroj v sobě samé. Psychickou a duševní oblastí se dnes zabývá hlavně psychologie. Výraz therapeón znamenal služebníka či opatrovníka bohů. Z něho utvořené sloveso therapeuto' znamená pečovat, sloužit někomu a v přeneseném významu lze slovo přeložit jako léčit někoho. V dnešní podobě je terapie zároveň léčbou a terapeut je odborníkem na tuto oblast. Vymětal uvádí, že z vědních oborů je to medicína, která se věnuje terapii. Proto můžeme konstatovat, že vědy

---

<sup>4</sup> Snížování poškození/škod

lékařské a psychologické jsou v případě psychoterapie propojeny. Další zdroj psychoterapie je filozofie, která společně s etikou vymezuje, co je a není žádoucí (Vymětal In Vymětal et al., 2004).

*„Psychoterapie je především léčbou (sekundární prevencí), ale i profylaxí (primární prevencí) a rehabilitací (terciární prevencí) poruch zdraví, která se uskutečňuje výhradně psychologickými prostředky, tedy prostředky komunikační a vztahové povahy (Vymětal In Vymětal et al., 2004, s. 20).“* Pokud vymezujeme obor psychoterapie, neměli bychom zapomenout na působení fenoménů **komunikace** a **vztahu**. Komunikací sdělujeme významy a ovlivňujeme druhého k navození žádoucí změny. Samozřejmě, že komunikace neprobíhá nejen na úrovni verbální, ale i neverbální. Stěžejní je terapeutický vztah, který vytváří terapeut a klient. Chování terapeuta odpovídá jeho osobnosti a přístupu, který zastává. Vztah musí být syčen důvěrou v léčbu u obou stran (Vymětal In Vymětal et al., 2004).

Psychoterapie se tedy podle Vymětala zabývá **profylaxí, terapií a rehabilitací** poruch zdraví prostřednictvím psychoterapeutických prostředků.

**Profylaxi** jinak též nazýváme primární prevencí. Je chápána jako prevence v klasickém lékařském pojetí. Aplikuje opatření, která zamezují vzniku nebo rozvoji nežádoucích somatických a psychických stavů. Snaží se tedy předcházet vzniku poruchy zdraví. Tento druh profylaxe provádí pracovníci krizových center nebo psychologové. Tito odborníci se snaží včas diagnostikovat klienta a zamezit tak chronifikaci, na kterou již často navazuje psychická porucha (Vymětal In Vymětal et al., 2004).

**Terapie** je léčba v běžném slova smyslu. Jejím synonymem je sekundární prevence. Užíváme při ní psychologické postupy, kterými snižujeme nebo odstraňujeme poruchy zdraví. Tuto léčbu volíme i v případě klientovy závislosti. V tomto případě však psychoterapii předchází detoxifikace (Vymětal In Vymětal et al., 2004).

Dalším aspektem je **rehabilitace**. Jedná se o psychologickou intervenci a nazýváme ji také jako terciární prevence. Cílem je snaha o návrat do původního stavu. V psychoterapeutickém kontextu se jedná o psychologickou intervenci. Usiluje o zmírnění následků poruch zdraví. Často rehabilitace přechází v prevenci a zaměřuje se na odstraňování výskytu nové poruchy zdraví. Takto pojímaná psychoterapie se především zaměřuje na sebepojetí. V praxi se jedná o sociální začlenění jedince do života (Vymětal In Vymětal et al., 2004).

Podle Kratochvíla se na psychoterapii nahlíží jako na **obor** nebo jako na **činnost**.

**Psychoterapie jako obor** je vědní disciplína, aplikovaná a empirická věda. Vzhledem k tomu, že zasahuje do několika oblastí lékařství a psychologie, je tento obor pojímán jako interdisciplinární. Kratochvíl dělí psychoterapii na část obecnou a speciální. Obecná část zahrnuje teorii, používané metody a zjišťování výzkumných dat. Ve speciální části zařazuje aplikace na konkrétní druhy poruch. V empirické oblasti zobecňuje získané zkušenosti do teorií a hypotéz. Jakožto aplikovaná věda používá získané poznatky v praxi.

**Psychoterapie v kontextu činnosti** je prováděna pomocí léčebných metod, které záměrně působí na klienta. V tomto systému se odehrává proces sociální interakce. Chceme-li však tuto činnost oddělit od jiných činností, je vhodné hledat rozdíly v několika směrech. Psychoterapie léčebně působí na nemoc, anomálii nebo poruchu. A to tak, že má odstranit nebo zmírnit obtíže nebo její příčiny. Cíleně působí na osobnost, její duševní procesy a činitele, které poruchy vyvolávají. Proto v procesu terapie dochází ke změně chování a prožívání klienta. V jejím průběhu se uplatňují například procesy terapeutického vztahu, koheze, sebeexplorace, získání náhledu, korektivní emoční zkušenosti, nácviku nového chování a učení se sociálním dovednostem (Kratochvíl, 2006).

Psychoterapie využívá ve svém působení psychologické prostředky a to záměrným a plánovaným způsobem. Mezi **psychologické prostředky** řadíme psychoterapeutický vztah, rozhovor a neverbální komunikaci, učení a další. Následuje krátký popis uvedených prostředků, které uvádí Kratochvíl:

- **Psychoterapeutický vztah.** Jedná se o základní prostředek psychoterapie. Uvádí se, že má zásadní podíl na změně. Tento prostředek je založen na tom, že psychoterapie je ve své podstatě interpersonálním vztahem. Přináší do psychoterapie obsah, ve kterém se zabýváme překážkami a přenosy. Zajišťuje podporu a přijetí ze strany terapeuta a dochází v něm ke změnám psychických procesů. Zabezpečuje hranice vůči okolí a psychoterapeutickému procesu utváří rámec. Psychoterapeutický vztah je přítomný mezi účastníky v situaci psychoterapie. Tím je myšlen vztah mezi klientem a terapeutem nebo v případě skupinové psychoterapie mezi klienty a terapeutem.

- **Rozhovor a neverbální komunikace** se považuje za rozhodující prostředek mezilidské komunikace. Způsob využívání rozhovoru je dán jednotlivými terapeutickými přístupy. Kromě verbálních obsahů používá i neverbální prostředky komunikace. Zde zařazujeme například mimiku, proxemiku, gestikulaci. Při rozhovoru klademe otázky tak, abychom získali nové informace nebo jimi dali najevo své porozumění. Existuje několik forem otázek. Pro naši potřebu vyjmenujeme a popíšeme pouze stručně jejich funkci. Velkou

volnost dávají otázky **nepřímé**. Tato otázka nabízí prostor pro vyjádření klienta. Na druhou stranu existují **přímé otázky**, na které se odpovídá ano či ne. Průsečíkem obou dvou forem jsou otázky s **alternativní** odpovědí. Pokud chceme docílit toho, aby klient dával odpovědi, které odrážejí jeho názor, můžeme využít **projektivních otázek**. Velkou volnost v rozhovoru zajišťují také **otevřené** otázky. V jednotlivých fázích rozhovoru jsou používány různé formy otázek. Důležité je však vždy myslet na maximální poskytnutí prostoru klientovi. Stejně důležitou funkci v rozhovoru má i mlčení. Je to prostor, který je jeho plnou součástí. Jeho význam nastává v okamžiku zamyšlení nebo při uvědomění si nějakého pocitu. Nevylučuje se však, že mlčení může být třeba známkou odporu ze strany klienta.

V neverbální komunikaci se zaměřujeme na oční kontakt, proxemiku, mimiku a další. Vymětal upozorňuje na používání tzv. „bodových“ projevů (pozn. autora). Jedná se například o souhlasné pokyvování terapeuta na klientovo vyjádření. Při používání těchto různých způsobů pokyvování dochází k exploraci témat, která potlačují témata pro rozhovor důležitá.

- Dalším aspektem podle Kratochvíla je **učení**. V kontextu získávání nových zkušeností lze psychoterapii označit za učení. V našem případě se ale zaměříme na učení v užším slova smyslu. A to na řízené a záměrné učení. Obvykle se jedná o nácvik nějaké dovednosti nebo určitého chování. Vybrané postupy, které využívá behaviorální terapie především, jsou averzivní podmiňování a modelování rolí. **Averzivní podmiňování** se využívalo především v minulosti. Používalo se hlavně v terapii závislosti na alkoholu. Cílem bylo spojování nežádoucího projevu s nepříjemným trestem. V současnosti se však od tohoto přístupu odborníci odklání. Kladné zpevňování se odměňuje žádoucím chováním. Využívá se také v rámci režimové léčby. **Modelování rolí** vychází z morenovského psychodramatu. Používá se i při nácviku asertivního chování. Role klientovi umožní setkat se s situací, na kterou není připraven. Na rozdíl od reálné situace však jedná v bezpečném prostředí (Kratochvíl, 2006).

Existují další psychologické prostředky jako třeba imaginace, podněcování emocí, expresivní postupy, kam můžeme zařadit dramaterapii, psychodrama, arteterapii. Dále pak psychoterapeutické postupy zaměřené na tělo, kde například pracujeme s dechem. Mezi relaxační postupy řadíme hojně užívaný Shultzův autogenní trénink (Vymětal In Vymětal et al., 2004).

### 1.2.1 Historický nástin a současnost psychoterapie

Podle Vymětala se psychotherapeutické myšlení objevuje jak ve výtvarných, tak písemných památkách. Důvodem je fakt, že pomocí psychoterapie stabilizujeme vnitřně nestabilního jedince bez ohledu na důvody takového stavu. Vnitřní konflikty nebo únava plynoucí ze života způsobují situace, které jsou považovány za daň lidského bytí. Tyto aspekty života můžeme zařadit do velkých duchovních témat člověka. To proto, že člověk ve svém životě hledá řád, smysl světa i samotné existence. Lidé se snaží najít možnost proměny ve směru vyšší existenční hodnoty. I v dnešních dějinách myšlení je snaha porozumět světu komplexně. Zároveň myšlenka postavení jedince jako součást celku je stále živá. Tyto myšlenky patří nejen evropským, ale i mimoevropským kulturám. V dějinách člověka a psychoterapie pozorujeme tendenci po zabezpečení nejisté lidské existence. Provádění psychotherapeutických aktivit při řešení zdravotních obtíží člověka se vyskytovalo od nepaměti. V dnešní době však v procesu práce s klientem používáme konkrétní psychologické postupy. Psychotherapeutické myšlení shledáváme již ve starověkém Řecku u filozofa Sokrata, který se zabýval lidskou duší a poznáním sebe sama. Již v této době se opíral o myšlenku, že individualita člověka může rozvíjena tím, že pozná sám sebe. Náš kulturní okruh se však neomezuje pouze na antiku. Také v křesťanství pozorujeme prvky psychotherapeutického myšlení například u principu odpuštění. Ve filozofii je kladen důraz na kritické myšlení a poznávání. Nacházíme úzkou spojitost mezi obrazem světa, který je pro určitou dobu typický, a péčí o jedince. Samostatný obor psychoterapie je vázán až na dvacáté století. V této době vznikl a dále se profiloval. To však neznamená, že do té doby neexistovala psychotherapeutická pomoc. Měla pouze jinou podobu. Lidem tuto pomoc poskytovali šamani, později duchovní a lékaři. Protože dochází k rychlým proměnám ve společnosti, stává se, že se lidé s nimi obtížně vypořádávají. Nastává pak situace, kdy se člověk není schopen rychle a dostatečně přizpůsobit. Nedostatečné jsou také schopnosti měnit skutečnosti příznivým směrem. Podle Vymětala musí být vyrovnaný poměr mezi stálostí a proměnlivostí, aby člověk mohl dosáhnout životní stability a porozumění. Pokud nastane fáze vychýlení směrem k proměnlivosti a zahlcení informacemi, jedinec ztrácí stabilitu a jistotu. Existuje i jistá spojitost mezi znejistěním a absencí tradiční rodiny. Také kvůli nedostatku přirozených autorit je člověk vystaven náročným situacím, kterým není často schopen sám čelit. Může nastat taková krize, která narušuje jeho psychiku, a může vést až k poruše zdraví. Tyto jevy jsou natolik časté, že vzrůstá potřeba odborné psychotherapeutické péče (Vymětal In Vymětal et al., 2004).



## 1.2.2 Psychoterapeutické směry

Psychoterapii chybí obecně jednotná a přijímaná teorie. Přesto však zahrnuje deset základních přístupů. Každý terapeut má v jednotlivém systému propracované metody, techniky léčby a ucelenou teorii osobnosti. Jednotlivé směry současné psychoterapie vycházejí z výkladu jejich teorie a praktických postupů. Jedná se o **psychoterapii hlubinnou, dynamickou, rogerovskou, behaviorální, kognitivní, komunikační, Gestalt terapii, psychoterapii existenciální a humanistickou**. Dále podle Kratochvíla do této kategorie spadají také **jiné přístupy, eklektická a integrativní pojetí**. Následuje stručné popsání jednotlivých psychoterapeutických směrů.

Do **hlubinné psychoterapie** řadíme psychoanalýzu. Jejím tvůrcem je Sigmund Freud. V psychice rozlišuje vědomí, převědomí a nevědomí. Dalšími osobnostmi raného vývoje psychoanalytického hnutí jsou například Stekel, Adler, Jung, Rank, Reich atd. Nutno dodat, že zcela odlišné vlastní systémy hlubinné psychoterapie vytvořili Jung a Adler. **Dynamická a interpersonální psychoterapie** klade důraz na současné problémy v mezilidských vztazích. Jejimi zástupci jsou například Horneyová a Sullivan. **Rogerovská terapie** je také nazývána jako „*terapie zaměřená na klienta*“ (Kratochvíl, 2006, s. 53). Tento přístup byl rozvíjen Carlem Rogersem. **Behaviorální a kognitivní psychoterapie**, ze které vznikla **kognitivně-behaviorální psychoterapie**, je pro nás stěžejní. Této oblasti se však podrobněji budeme zabývat v kapitole č. 2 *Psychoterapie a vymezení kognitivně-behaviorální terapie*. V **komunikační psychoterapii** vycházíme z teorie komunikace a zaměřujeme se na aktuální interakci jedince s okolím. Můžeme se však u tohoto stylu psychoterapeutické práce potkat s termínem interakční psychoterapie. Jejím hlavním představitelem je Paul Waltzlawick. Frederick Perls se jako tvůrce Gestalt terapie zaměřuje ve své práci na přítomnost, vyjadřování emocí a prožívání. Zdůrazňuje, že psychické zážitky bychom měli vnímat v celistvosti. Pod **existenciální psychoterapií** dle Kratochvíla nalezneme také daseinsanalýzu a logoterapii. **Humanistická psychoterapie** vychází z humanistické psychologie a smyslem je, aby se klient stal odolným vůči tlaku zvenčí. Hlavní autor byl Maslow. Mezi **jiné přístupy** zahrnujeme transpersonální psychoterapii Stanislava Grofa, satiterapii vytvořenou Mirkem Frýbou a bioenergetiku. Do oblasti **eklektického a integrativního** pojetí řadíme také integrovanou psychoterapii manželů Knoblochových (Kratochvíl, 2006).

Pokud budeme pátrat po vzniku psychoterapeutických směrů, zjistíme, že jsou spojeny s osobnostmi jejich zakladatelů. Jejich vývoj ovlivňovaly také životní události autorů jednotlivých psychoterapeutických směrů. Andrlová uvádí, že učení o Oidipovském

komplexu Sigmund Freud vytvořil na základě vztahu svého staršího otce a atraktivní mladé matky. Oidipovský komplex je vysvětlován jako fenomén zamilovanosti syna do matky a rivality ve vztahu k otci. Jelikož Jung takovou pohlednou matku údajně neměl, tomuto významnému činiteli vývoje jedince váhu nepřikládal. Protestantská konzervativní rodina Carla Rogerse lpěla na dodržování náboženských norem, což vedlo Rogerse k vytvoření přístupu v terapii, který se zaměřuje na svobodný rozvoj osobnosti. V tomto psychoterapeutickém směru se nemá vyvíjet nátlak na klienta. Důraz je kladen také na poskytnutí empatického porozumění. Židovská ortodoxní babička Josefa Wolpeho se snažila z tohoto zakladatele behaviorální psychoterapie vychovat pravověrného žida, což pravděpodobně přispělo k jeho zájmu o ateistické pojetí člověka, kde chování je tvořeno podmiňováním. Na rozdíl od těchto významných autorů psychoterapie zažil na sobě Viktor Frankl hitlerovské koncentrační tábory. Zažil zde situace, které ohrožovaly život a snižovaly důstojnost jedince. Právě proto se v logoterapii odrážejí atributy životního smyslu, hodnot a spirituality. Albert Ellis, Aron Beck nebo třeba Frederick Perls jsou psychoterapeuti, jež pravděpodobně nenaplňovalo několikrát týdně naslouchat volným asociacím jejich klientů. Také pomalé rozkrývání vytěsněných obsahů a emocí jim přišlo příliš zdouhavé. Pravděpodobně tento styl práce nevyhovoval jejich aktivnímu temperamentu osobnosti. Proto Ellis a Beck vytvořili podobné přístupy v racionálně kognitivní psychoterapii, která spočívá na aktivním dialogu a soupeření s nezdravými iracionálními myšlenkami klientů. Shledávali zde jádro klientových obtíží. Na gestalt orientovaný Perls se pak podle Andrlové zaměřoval na potlačené pocity a pomocí aktivizujících technik je vyvolával do vědomí (Andrlová, 2005).

Tento popis není celistvý, avšak naším cílem je pouze zmínit jednotlivá pojetí psychoterapeutických směrů, nikoli rozsáhlý popis uvedených oblastí.

### **1.2.3 Druhy psychoterapie**

Kratochvíl uvádí, že psychoterapii můžeme rozdělit podle několika hledisek. I přesto, že některá dělení vyjadřují polaritu, v praxi se spíše nepotkáme s využitím psychoterapeutického přístupu v extrémní podobě. Druhy psychoterapie jsou následující: direktivní a nedirektivní, symptomatická a kauzální, podpůrná a rekonstrukční, náhledová a akční. Nedichotomické dělení psychoterapie používá tři a více kategorií. Jedná se o psychoterapii individuální, hromadnou a skupinovou. Následuje stručný popis dichotomického dělení, jak ho uvádí Kratochvíl.

- Terapeut v **direktivní psychoterapii** usměrňuje klienta přímo, a to jak jeho postoje a myšlení, tak i chování. Terapeutovo jednání se skládá z příkazů a požadování splnění úkolů. Naopak v **nedirektivní psychoterapii** je terapeut v pozici neutrálního činitele, který podněcuje klienta k činnosti a vytváří příjemné prostředí pro klientovu sebeexploraci.

- Zatímco **symptomatická psychoterapie** je zaměřována na chorobný symptom, **kauzální psychoterapie** se snaží o odstranění jeho příčiny. Dynamické a hlubinné směry se stavějí k symptomatické psychoterapii kriticky. Její zástupci to odůvodňují přesvědčením, že symptom se brzy objeví znovu, nebo v pozměněné podobě. Účinek tedy považují za krátkodobý. Avšak Kratochvíl uvádí, že bez symptomatické psychoterapie bychom se neobešli už z důvodů časové náročnosti kauzální psychoterapie. Dodává, že recidiva se dostavit nemusí. Tím, že klient přestane mít obtíže, se umí snadněji vyrovnat s dříve neřešitelnými situacemi.

- Existuje také psychoterapie, která si nedává za cíl změnit osobnost, ale poskytovat podporu, porozumění a chápat osobnost takovou, jaká je. Tím, že je osobnost klienta vedena k pozitivnímu myšlení a důvěře ve vlastní síly, napomáhá účinně zvládat aktuální situaci a problémy. Nazýváme ji **podpůrnou psychoterapií**. Naopak snahou **rekonstrukční psychoterapie** je rekonstrukce osobnosti a to například prostřednictvím zásahů do hodnotového systému daného jedince a jeho postojů.

- Mezi dalšími druhy psychoterapie nalezneme **náhledovou** a **akční** psychoterapii, které nevykazují stopy hodnotícího zabarvení. Náhledová terapie se zabývá podporou porozumění a objasněním problému, akční psychoterapie přispívá k zvládnání problémů a nácviku dovedností.

Při stručném popisu dělení psychoterapie zmíníme další oblast její klasifikace. Jedná se o nedichotomické dělení, kam zařazujeme individuální, hromadnou a skupinovou psychoterapii. V **individuální psychoterapii** je naše působení orientováno na jednotlivce. Zatímco u **hromadné psychoterapie** terapeut volí upravené metody individuální psychoterapie a aplikuje je na větší množství klientů současně, u **skupinové psychoterapie** se zaměřuje na dynamiku vtaů mezi členy.

Při zjednodušeném dělení podle příslušnosti k základním směrům psychoterapie dělíme tyto tři orientace následovně: dynamická, kognitivně behaviorální a humanistická psychoterapie. Zaměřením pozornosti na minulé zážitky nevědomých procesů a současných obtíží se věnuje **dynamická psychoterapie**. Naplňováním životního smyslu a sebeexplorací se zabývá **humanistická psychoterapie**. Pro nás má významnou pozici v rámci Krátkého

intervenčního programu pro závislé na pervitinu **kognitivně-behaviorální psychoterapie**. Důraz je kladen na učení účinně zvládat aktuální problémy a na nácvik žádoucího myšlení a chování (Kratochvíl, 2006).

V konečné oblasti vymezení psychoterapie při výkladu metod a technik ji můžeme rozdělit na: „*racionální, sugestivní, empatickou, abreaktivní, tréninkovou, psychoanalytickou a interpersonální* (Kratochvíl, 2006, s. 16).“

#### **1.2.4 Účinné faktory psychoterapie a návykové poruchy**

Léčba návykových poruch je významnou oblastí psychoterapeutického působení. Jak jsme si již uvedli v kapitolách *1.2.2 Psychoterapeutické směry* a *1.2.3 Druhy psychoterapie*, v rámci adiktologie zaměřujeme pozornost na dvě široké oblasti. První z ní je psychoterapie, která se zaměřuje na růst a změnu vztahů a osobnosti klienta. V této kategorii se nachází například psychoanalýza, existenciální a humanistická psychoterapie, interpersonální a psychodynamická psychoterapie. Druhá oblast se zaměřuje na změnu chování. Do této kategorie řadíme jak kognitivně behaviorální psychoterapii, komunikační terapii a práci s rodinou, tak i strukturální a systémovou terapii. Tyto dvě oblasti reprezentují možnost pojetí hlavních cílů psychoterapeutické činnosti. V oblasti návykových poruch se odkazujeme současně na obě oblasti. V zájmu klienta je více upřednostňováno využití tzv. transteoretického přístupu, pomocí kterého je hledán hromadný rámec a řád. V rámci transteoretického pohledu se nabízí úvaha nad účinnými faktory psychoterapie. I přesto, že některé psychoterapeutické směry s nimi ve svých praktických postupech nepracují, jsou společné většině psychoterapií. Jedná se o osm oblastí, které uvádí Kalina a Miovský. Jsou jimi: pozitivní očekávání, zvyšování vědomí, věnování pozornosti, konfrontace, emoční uvolnění a katarze, tvarování chování, volba alternativ a terapeutický vztah.

- K základním předpokladům léčby v psychoterapii patří **pozitivní očekávání**. Jedná se o komplexní důvěru klienta v instituci, terapeuta a léčbu. Specifika klientely jedinců s drogovou závislostí se odráží i v očekávání psychoterapeutické léčby. Jedná se jak o očekávání východisek z nepříjemné životní situace, tak i o oddalování závažných problémů v zaměstnání a rodině. Proto by měl psychoterapeutický program otevírat brány do jiné, příznivější etapy. Psychoterapeutický vstup do léčby je pokusem o změnu. Co se týká konkrétní představy klientovy změny, jedná se spíše o uvažování mezi její nutností nebo možnostmi. Pozitivní očekávání je také existenciální faktor, který nazýváme nadějí.

- Dalším základním procesem změny je **zvyšování vědomí**. Tento pojem má své kořeny ve Freudově teorii, která se snaží učinit nevědomé vědomým. U psychodynamických postupů je sebepoznávání dosaženo interpretací skrytých souvislostí. Zároveň umožňuje překonávat nevědomé psychologické obrany. Tyto obrany drogově závislí používají jako prostředek k zahnání nebezpečných emocí nebo kognitivních podnětů. Pro lepší porozumění a zvládnání klientových prožitků se používá verbalizace, která umožní klientovi být v kontaktu s emocemi a tělem. Proces zvědomění neuvědomovaných vzorců myšlení a chování má u kognitivně behaviorálních přístupů podobu popisu tohoto nevědomého myšlení. Jedním z cílů je, aby klient pochopil, co by měl v behaviorální rovině změnit. U klientely drogově závislých apelujeme na výklad poruchy nebo problémů. Jedině tak může klient pochopit své obtíže. S tímto zjištěním se pojí oblast klientova porozumění. Klient s drogovou závislostí se ujistí, že tomu, co momentálně prožívá, je schopen v obecnějším rámci porozumět. Cílem tedy je, aby byl výklad pro klienta smysluplný.

- Faktor **věnování pozornosti** funguje na následující bázi. Pokud se lidem dostává neobvyklé pozornosti, jsou schopni vylepšit své chování. Za povšimnutí stojí fakt, že drogově závislí si často nemohou na nedostatek pozornosti stěžovat. Jejich chování vzbuzuje pozornost rodiny a přátel, zaměstnavatelů, lékařů a v neposlední řadě úřadů. Pozornost z našeho úhlu pohledu chápeme jako nesoudící a přijímající, jež zvyšuje pravděpodobnost projevu úcty k sobě samému. Tento faktor je reakcí na to, že klienti vstupující do léčby často prožívají pocity neúspěchu a bezcennosti. Proto je důležité, aby byla klientovi v procesu léčby nabídnuta atmosféra, ve které nebude považován za beznadějný případ. Základní součástí terapeutického vztahu je tedy bezpodmínečně atmosféra neodsuzující pozornosti.

- **Konfrontace** s osobními problémy je v psychoterapii chápána jako předpoklad pro možnost změny. Tím, že klient vstoupí do terapie, dojde v jeho chování k procesu sebeexplorace. Znamená to, že se začne zabývat sebou samým. Toto prožívání se však zabývá i problémy, ke kterým se dříve neměl potřebu stavět čelem. Nebo také jednoduše klient takové situace nezvládal, a proto měl tendenci se jim vyhýbat. Konfrontace v psychoterapeutickém přístupu u drogově závislých znamená vystavení se podnětům, které zvyšují emoční uvolnění a vědomí. Konfrontace je prostředek k růstu a pro získání hranic a náhledu. V terapeutickém procesu je však potřeba udržovat její kultivaci a vyvarovat se zraňujícím momentům. V léčbě nesmí dojít ke kontraproduktivní psychoterapii, která by mohla klienta spíše poškodit, než-li mu pomoci.

• Další oblastí je **emoční uvolnění a katarze**. Lidé s drogovou závislostí se potýkají s problémy zvládnání vlastních emocí. Projevují se obtíže s přijetím, zvědoměním, nebo dokonce se zpracováním emocí. Klientův obranyschopný mechanismus funguje tak, že ukládá své pocity bez dosahu vědomí a vytváří si tak emoční izolaci. V bezpečném prostředí psychoterapie je vytvořen prostor pro uvolnění emocí. Kalina a Miovský tento fenomén dává do spojitosti s terapeutickou skupinou. Jedná se o prostředí, které je pro klienta bezpečné, provázené tolerancí a podpůrnou atmosférou. Práce ve skupině je pro klienta s dosud neodreagovanou tenzí prohloubena mnoha podobami emocí, od pláče až po vztek. Životní události jsou tak znovu prožívány se všemi vnitřními a vnějšími projevy, což vede k prožitku odžití, nebo-li katarzi. Důležitý okamžik emočního uvolnění je prožitek přijetí. Klient by nejdříve měl přijmout negativní emoce, projevit je a zpracovat. Je to podmiňující krok k tomu, aby mohly být uvolněny pozitivní emoce.

• Dalším faktorem je **tvárování chování**. V rámci psychoterapeutických přístupů k drogově závislým se odborníci zabývají různými formami učení. Máme na mysli učení nápodobou nebo třeba prostřednictvím krizí. Také se však z těchto forem učení rodí další, adaptivnější vzorce chování. Člověk s drogovou závislostí se takto může naučit mít pod kontrolou svoje nutkavé chování, vyhýbat se spouštěčům a v neposlední řadě se učí jak řešit problémy. Klient si v léčebném psychoterapeutickém procesu může zkusit různé typy chování. Výhodou je, že klienti zkouší takové prožívání v bezpečném terapeutickém prostředí.

• Sedmým faktorem je **volení alternativ**. Klíčovým prvkem je otevřená konfrontace s osobními problémy a svoboda a odpovědnost v chování. Zvědomění nových alternativ by klienta mělo vést k posunu osobní svobody. Základem pro vědomý výběr alternativ do budoucna je převzetí odpovědnosti za své chování.

• **Terapeutický vztah** je chápán jako faktor psychoterapie, který má stěžejní podíl v procesu změny. Je podpořen tím, že samotná terapie je mezilidským vztahem. Na stejném pohledu na pevný terapeutický vztah mezi klientem a terapeutem se psychoterapeuti shodují bez ohledu na jednotlivé psychoterapeutické směry. Do psychoterapie vnáší psychoterapeutický vztah obsah. A to tak že se například zabývá překážkami ve vztahu. Zároveň je prostředím změny, ve kterém se klientovi dostává podpory a přijetí. V neposlední řadě ohraničuje psychoterapeutický proces, a tudíž mu utváří rámeček (Kalina, Miovský In Kalina et al., 2008).

### 1.3 Poradenství – intervence

Poradenství je podle Drydena proces, ve kterém je klient poradcem plně přijímán. Tato činnost musí být realizována v klidném a soukromém prostředí. Náplní poradce je zkoumání klientových obtíží a vnitřní nepohody, která může vést ke ztrátě chuti do života. Protože nikdo nemůže být nucen takové poradenství podstoupit, je na klientovi samotném, zda-li takovou službu využije. Poradce je v tomto procesu trpělivý a pozorně klientovi naslouchá. Problémy vnímá z jeho úhlu pohledu, ale zároveň je schopen situaci vnímat jasněji. Obecně se poradenství chápe jako způsob práce, který klientovi nabízí změnu a zároveň snižuje nepřehlednost jeho tíživé situace. Neměli bychom však poradenství chápat jako podávání rad a vybízení jedince, aby se choval podle nás nejvhodnějším způsobem. Odborný poradce se pozná podle toho, že své klienty neodsuzuje. Rozdíl mezi prací odborného poradce a hovorem s přáteli je takový, že na poradenských sezeních klient hovoří otevřeně. Často se stává, že klient o svých problémech se svými blízkými nehovoří zcela úplně. Tak jako je v terapii celý proces postaven na terapeutickém vztahu, tak i v poradenství je rozvíjení vztahu mezi poradcem a klientem prvořadé. Poradce pak klientovi může nabídnout prozkoumání takové stránky jeho života, o které by jinak pravděpodobně vůbec netušil. Práce spočívá v tom, že klient s pomocí poradce prozkoumá problematické chování a společně nachází oblast, která by mohla být začátkem změny. Klient tak zhodnotí své možnosti a rozhodne se pro tu nejvhodnější (Dryden, 2008).

Hutyrová **intervenci** popisuje jako vnější zásah do procesu s cílem tento proces změnit a ovlivnit. Pojem intervence vychází z latinského slova *intervenire*, které se do češtiny překládá jako vstupování nebo vměšování do něčeho. Podle Hutyrové je poradenská intervence popsána jako cílená aktivita, jejímž záměrem je ovlivnit určitý jev nebo situaci. Intervence v poradenském procesu je takový zákrok, kterým odborník posouvá stav klienta. Jedná se většinou o záměrný proces, protože poradce provádí činnost vědomě a stanovuje jasné cíle práce. Poradenská intervence se často propojuje s terapeutickou intervencí. Uvádí se, že rozdíl mezi nimi je obdobný jako mezi terapií a poradenstvím. Zatímco psychoterapie se zaměřuje na člověka, poradenství svoji pozornost směřuje na problém. Poradce nabízí klientovi informace a návody, kdežto psychoterapeut lidem umožňuje nalézání důvodů jejich nespokojenosti se životem. Psychoterapii prolínají různé teorie a přístupy, poradenství se specializuje na jednotlivé oblasti. V rámci Krátkého intervenčního programu pro uživatele pervitinu chápeme intervenci jako postup, který „představuje vnější zásah do určitého

*procesu se záměrem změnit jej* (Hutyrová In Hutyrová, Růžička, Spěváček).“ Podle Broži poradenství proniká do každé fáze péče o uživatele drog. Současně je i intervencí v péči o klienty (Broža In Kalina et al., 2008).

Broža uvádí, že poradenství se vyskytuje v mnoha úrovních lidského konání. U klientů s drogovou závislostí se objevuje v oblasti sociální, psychologické, zdravotní a právní. Poradenství je také časově vymezeno. V případě krátké a jednorázové poradenské činnosti se jedná o intervenci. Pokud činnost trvá déle, vymezujeme ji jako dlouhodobé kontinuální poradenství, které klienta provází. I Broža poradenství v rámci pomáhající profese vymezuje jako sociální či psychologickou pomoc (Broža In Kalina et al., 2008).



## 2 Psychoterapie a vymezení kognitivně-behaviorální terapie

Kognitivně-behaviorální terapie<sup>5</sup> je psychoterapeutický směr, který se neustále proměňuje. Její kořeny sahají zhruba do devadesátých let 20. stol. Vznikla spojením dvou dříve svébytných psychoterapeutických směrů, **behaviorální** a **kognitivní terapie**. **Behaviorální terapie** je starší a vznikla v 50. letech 20. století ve Velké Británii a Spojených státech amerických. Za její zakladatele se považují H. Eysenck, J. Wolpe a I. Marks. Jak napovídá název tohoto psychoterapeutického směru, slovo *behavior* v překladu znamená chování, jednání, konání. To znamená, že zastánci tohoto směru prováděli podrobné pozorování a analýzu chování jedince v nějaké problémové situaci. Tím se snažili zjistit, které vlivy z vnějšího prostředí jeho chování ovlivňují. V průběhu terapie se klient učil, jak má změnit své chování, aby byl schopen sám problémy řešit a ovládat (Praško, Možný, Šlepecký et al., 2007). Růžička v této souvislosti popisuje oblasti behaviorální terapie, které jsou v rámci intervenčního programu nosné. „Z behaviorálního hlediska je lidské chování výsledkem procesu učení, tudíž stejné procesy učení, které vytvářejí problémové chování, jej mohou změnit (Růžička In Růžička, et al., 2012, s. 11).“ Tato teorie v behaviorální terapii patří ke stěžejním. Zůstaňme u popisu učení. To je nejvíce ovlivňováno prostřednictvím sociálního okolí a prožitými situacemi. Různými metodami učení můžeme ovlivňovat emotivní stránku lidské psychiky a myšlení. Existují tři teorie učení, které se uvádí ve spojitosti se vznikem patologického chování. Tato chování jsou měnitelná a dají se přeučit. Jsou to: **klasické a operativní podmiňování** a **sociální učení**. **Klasické podmiňování** je autorem popisováno jako mechanismus, který je zodpovědný za vznik podmíněných či nepodmíněných podnětů vyvolávajících craving<sup>6</sup> v souvislosti s drogou. Ten může být vyvolán prostřednictvím místa, osoby a jiných faktorů. Bažení je jedna z rizikových oblastí v rámci léčby závislosti na návykových látkách, a proto ji v intervenčním programu věnujeme dostatek pozornosti. **Operativní podmiňování** je takové učení, které jsme schopni sami ovlivňovat. To znamená, že buď posilujeme, nebo oslabujeme takový vzorec záměrného chování, který plyne z přímých následků aktuálního chování. Protože je na klientovi, zda-li takové chování bude udržovat, může se rozhodnout pro pozitivní, nebo negativní posílení. Rozdíl mezi polaritami je takový, že u pozitivního posílení se zvyšuje pravděpodobnost použití takového vzorce při další události, pokud nám určité chování vyneslo určitý prospěch. Jako příklad Růžička uvádí situaci, ve které droga klientovi umožní celou noc se učit, aniž by

---

<sup>5</sup> Kognitivně-behaviorální terapie se označuje jako KBT.

<sup>6</sup> Jinak nazýváno bažení.

pocítil jinak přicházející únavu. Proces negativního posílení probíhá obdobně, ovšem pravděpodobnost zopakování takového chování je mnohem nižší. Je to z toho důvodu, že takové chování klientovi přineslo nepříjemné pocity a zážitky, které nejspíš nebude chtít již zažívat. Jako příklad je uvedeno první setkání s drogou, u kterého se objeví nepříjemné pocity. Důležitou roli v této souvislosti sehrávají momentálně prožívané důsledky, nikoli ty, které by se mohly v nejbližší době dostavit. Jako poslední je v tomto smyslu pojímáno učení nápodobou, které je označováno jako **sociální učení**. Dle Růžičky se jedná o nejrychlejší typ učení, který obsahuje i kognitivní procesy. Je rozděleno na dvě fáze. V první fázi klient pozoruje vybraný objekt a v další fázi napodobuje již osvojený vzorec chování (Růžička In Růžička, et al., 2012).

**Kognitivní terapie** vznikla v 60. a 70. letech ve Spojených státech amerických. Za zakladatele jsou považováni A.T. Beck a A. Ellis. Také v tomto případě pojem kognitivní má své opodstatnění. „*Pojmem „kognitivní“ označujeme procesy přijímání, zpracování, hodnocení a ukládání informací z vnějšího a vnitřního prostředí* (Praško, Možný, Šlepecký et al., 2007, s. 13).“ Slovo *cognition* je označení pro poznání a vědomí. Je také označením pro poznávací složku emocí. Asi nejvýstižnějším překladem do českého jazyka je pojem myšlení. Autoři zde zařazují také paměť a pozornost. Cíl kognitivní terapie tkví v analýze a proměně myšlení jedince. Zároveň tak usiluje o to, aby si jedinec uvědomil své nevhodné chování a proměnil ho do přijatelné podoby (Praško, Možný, Šlepecký et al., 2007). Růžička ve své publikaci uvádí, z čeho kognitivní teorie pramení. V našem mozku se uskutečňují kognitivní nebo také myšlenkové operace, jejichž cílem je zpracování informací z tělních receptorů. Dále Růžička uvádí, jakým způsobem nazíráme na závislosti z pohledu kognitivní teorie. „*Podle kognitivní teorie jsou závislosti extrémně komplexní procesy, které jsou charakterizované hluboko uloženými a přetrvávajícími malaadaptivními přesvědčeními (jádrová přesvědčení). Ta se vytvářejí v raném dětství vlivem působení kritických zážitků a zkušeností a ze začátku nejsou nijak spojena s užíváním alkoholu a drog* (Růžička In Růžička et al., 2012, s. 11).“

**Kognitivně-behaviorální terapie** je výsledkem spojení těchto směrů. Abychom pochopili, proč je intervenční metodika postavena právě na tomto psychoterapeutickém směru, je přínosné zmínit její základní rysy, kterými je KBT charakterizována. Tyto rysy uvádí Praško, Možný, Šlepecký.

- Sezení u KBT trvá poměrně krátce a od počátku je časově vymezeno. Obvyklé časové rozpětí se pohybuje v řádu několika měsíců, ale může trvat i déle než rok. Délka jednoho sezení se na začátku terapie omezuje na 45 až 90 minut. Četnost sezení na počátku

terapie bývá zpravidla dvakrát týdně a jejich frekvence se postupně snižuje. Podle autorů se běžně udržují sezení realizovaná jednou za dva nebo tři měsíce. Strukturovaný program sehrává důležitou roli. Díky tomu dochází k nejeftivnějšímu využití terapeutického času. Společně s direktivním vedením terapeuta se stává svébytnou terapií. Zpočátku bývá terapeut v roli experta, postupně však průběh a odpovědnost za terapii předává klientovi. Tím se aktivita terapeuta snižuje. Základním kamenem v terapeutické práci je vznik otevřené aktivní spolupráce. Terapeut klientovi podává vysvětlení důvodu každého terapeutického kroku. Používá pouze taková slovní spojení a pojmy, kterým je klient schopen porozumět. Klient musí aktivně sdělovat své myšlenky a emoce a měl by být schopen vyzkoušet nové způsoby myšlení. Terapeut se při své profesionální činnosti opírá o odborné vzdělání. V procesu terapie se terapeut zaměřuje na řešení aktuálních problémů. Jedná se o překonání příčin, které problémy živí. Problémy, které jedinec v terapii řeší, jsou konkrétní, přítomné a vědomé. Pro KBT jsou charakteristické ohraničené problémy. Proto se při procesu sezení usiluje o srozumitelné pojmenování problému a konkrétních situací. V rámci terapie se terapeut klienta snaží dovést k pojmenování těch příčin, které problém udržují. V procesu terapie se užívají takové postupy, které jsou nástrojem pro dosažení předem stanoveného cíle (Praško, Možný, Šlepecký et al. 2007).

Růžička popis KBT staví na **vstupním vyšetření**, které má tři úrovně. Jedná se o: behaviorální, kognitivní a funkční analýzu. Chování klienta, důsledky užívání drog a spouštěče prozkoumává A-B-C analýza, která je prováděna **behaviorální analýzou**. Souvislosti, které se týkají klientova dětství, jeho rodiny, názorů, myšlenek a aktuálních životních komplikací, se získávají prostřednictvím **kognitivní analýzy**, která tato data shromažďuje. Jako poslední je **funkční analýza**, která odhaluje funkce problému u klienta. Zjišťuje, jak problém klienta ovlivňuje. To znamená, že věnuje pozornost tomu, do jaké míry má aktuální problém vliv na jeho chování a prožívání. Z druhé strany zkoumá, jaké výhody mu problém nabízí. Dále se prostřednictvím funkční analýzy odкрývají klientovy vědomosti, schopnosti a znalosti. Dříve než se přistoupí k definování problému, zjišťuje se u klienta výskyt komorbidit<sup>7</sup>. Pokud se komorbidita nepotvrdí, formulace problému vychází z dokonáných vyšetření. Získaný model je klientovi prezentován. Tím však proces ještě nekončí. Za stěžejní se pokládají klientova vyjádření k modelu, která popřípadě sám doplní. Formulace modelu se tak stává jádrem terapie, podle kterého se popisují prvotní cíle, kterých by klient chtěl dosáhnout. Jelikož se jedná o živý proces, stává se, že se formulace v procesu

---

<sup>7</sup> Současný výskyt více nemocí.

léčby neustále upravuje. Průběh terapie se podle Růžičky řídí na základě společně vytvořeného individuálního plánu. Je tedy zřejmé, že sezení mají danou strukturu. Na začátku terapeut společně s klientem stanoví cíl, který chtějí dosáhnout a vytyčí program sezení. Nezapomíná se na sdělení pocitů a nálady. Jak klient, tak terapeut připomene a shrne předešlé sezení. Klient však dále pokračuje sám a popisuje, co zažil v době mezi posledním a probíhajícím setkáním. V případě, že se v době od posledního setkání v klientově životě odehrálo něco důležitého, upřednostňuje se řešení tohoto aktuálního problému. Dané téma se tedy buď odloží ve prospěch řešení aktuálního problému nebo se spojí v jedno téma. Růžička upozorňuje, že je velice důležité dostávat od klienta zpětnou vazbu. Terapeut na konci sezení klientovi zadává úkol, který si odnáší domů. Dále zrekapituluje sezení a vyzdvihne jeho důležité části. Může se jednat o rizikové situace, které klienta v jeho léčbě potkávají, nebo třeba způsoby jak předcházet relapsu<sup>8</sup>. V KBT procesu se klade důraz na mapování klientových úspěchů i neúspěchů. Hlavní témata se tedy skládají z problematiky bažení, plánování, vztahů, sociálních dovedností a relapsu (Růžička In Růžička et al., 2012).

Krátký intervenční program tedy vychází z KBT. Jedním z rysů toho směru je typičnost jeho zaměření. Pro KBT je typické směřování klienta k samostatnosti prostřednictvím edukačního působení. Tím, že klient pravidelně procvičuje nabyté dovednosti, zvyšuje pravděpodobnost upevnění svého sebevědomí a zvládnání svých problémů (Praško, Možný, Šlepecký et al., 2007). Tyto dovednosti klienta postupně osamostatňují. Toho se snažíme i docílit v intervenčním programu.

## 2.1 Ambulantní forma terapie

Celý koncept Krátkého intervenčního programu se opírá o ambulantní systém péče. Z tohoto důvodu se omezujeme pouze na popis této možnosti léčby na návykových látkách. V našich podmínkách ambulantní léčbu závislosti nabízí AT poradny<sup>9</sup> a psychologické a psychiatrické ambulance, které se na tuto problematiku zaměřují. Dále sem řadíme i specializovaná ambulantní zařízení a denní stacionáře. V České republice je ambulantní léčba pro většinu uživatelů nedostupná. Nejvhodnější variantou jsou AT ordinace pro prevenci a léčbu závislostí. Je v nich léčena alkoholová i nealkoholová závislost. Od roku 1986 až do roku 1992 byly AT ambulance zastoupeny v každém z krajů, což znamenalo, že služba byla plně dostupná. Poskytování služby se zaměřovalo na všechny potenciální klienty

---

<sup>8</sup> Není jednorázová událost, ale prolínání kognitivní, behaviorální a afektivní složky. Zato pojem laps znamená „uklouznutí“.

<sup>9</sup> Poradny pro osoby se závislostí na alkoholu a toxikomanii.

i náplň práce byla jednotná. V důsledku privatizace těchto zařízení byl v roce 1992 zaznamenán četný odchod specializovaných odborníků v této oblasti. Důvodem byl především neuspokojivý poměr náročnosti práce a finančního ohodnocení. Tato skutečnost souvisí se současnou úrovní ambulantní péče, která je nedostatečná (Růžička, Šteflová, Wittmann In Růžička et al., 2012).

Ambulantní forma péče vyhovuje většině klientů z důvodu nízké frekvence setkávání. Služba je poskytována v jejich přirozeném prostředí a nenarušuje jim tak běžný život. Pokud klient nemůže setrvat ve svém přirozeném prostředí, nabízí se možnost využití pobytové služby. Zařízení poskytující tuto službu však nejsou vzhledem ke kapacitě schopny pojmout všechny zájemce o léčbu. Jak pro klienta, tak i pro společnost je nejméně vhodná situace, kdy závislý žádnou službu nevyhledá (Růžička, Šteflová, Wittmann In Růžička et al., 2012).

V AT ambulanci je tým tvořen dvěma lékaři, kdy jeden z nich zastupuje roli vedoucího zařízení, ideálně s atestací v oboru adiktologie. Dále se jedná o klinického psychologa a sociálního pracovníka. Tito odborníci se musí neustále vzdělávat. Důležitá je spolupráce v předávání informací o jednotlivých klientech. V případě, že je zařízení v plném provozu, klient může AT ambulanci navštívit kdykoli během celého týdne. Nabízená pomoc směřuje i k blízkému okolí uživatele omamné psychotropní látky. Motivace klienta k léčbě v této formě ambulantní péče sehrává různou roli. Ať už je klient k léčbě motivován, či nikoli, vždy je mu poskytnuta péče. To znamená, že se věnuje stejná péče klientovi se soudně nařízenou léčbou, jako klientovi s velkou motivací k podstoupení léčby. Jelikož jsou služby poskytované v AT ambulanci vykonávány anonymně, dají se v podstatě zařadit pod služby nízkoprahové (Růžička, Šteflová, Wittmann In Růžička et al., 2012).

Návštěva tohoto zařízení probíhá následovně. Nejprve je pacient podroben vstupnímu vyšetření. Zaměřuje se na stav psychické a fyzické stránky jedince. Anamnézy, které dělíme na objektivní, subjektivní a osobní se stávají základní složkou vyšetření. Důležitost objektivní anamnézy tkví v tom, že s její pomocí získáváme důležité informace o klientovi ze strany rodiny, přátel, školy a třeba i zaměstnavatele. Klient je konfrontován s důležitými informacemi a je mu poskytnut prostor k vyjádření se. Pochopitelně odborník klientovi nesděluje, od koho tyto informace prostřednictvím kazuistiky získal. Aby byl pohled na danou situaci komplexní, je třeba, aby se k ní mohl vyjádřit ze svého pohledu sám klient. K tomu se používá osobní anamnéza, která obsahuje jak vlastní pohled na situaci, tak i na vznik a vývoj aktuálního stavu. Zájem ze strany odborníka se zaměřuje na klientův pohled do budoucna. Za hodnotné informace jsou považovány také názory na léčbu nebo intervenci, kterou klient

prošel v minulosti. V osobní anamnéze směřujeme získávání informací spíše na vývoj klienta v dětství. Terapeut se zabývá jeho rodinou, vzděláním, životními zkušenostmi a obdobím před vznikem závislosti. Následuje popis období, ve kterém problémy vznikly, a utváří se kontext vzniku závislosti (Růžička, Šteflová, Wittmann In Růžička et al., 2012).

V rukou psychologa je vedeno klinické psychologické vyšetření, prostřednictvím kterého se získávají informace o osobnosti klienta. Za hodnotné se považuje provést i psychiatrické vyšetření, které buď potvrdí, nebo vyvrátí psychiatrickou komorbiditu<sup>10</sup>. Lékař se zaměřuje na vyšetření stavu CNS<sup>11</sup>, kardiovaskulárního systému, soustavu periferních nervů a játra. Lékařské vyšetření se doplňuje laboratorními testy krevního obrazu a jater. Dále se provádí test na HIV, pohlavní choroby a toxikologické testy. První návštěva klienta zařízení je velmi důležitá, proto by se odborníci měli citlivým přístupem pomalu dostávat k problému, pro který klient ordinaci vyhledal. Proces komunikace by se měl zaměřovat na odstranění nejistoty a vytvoření pocitu důvěry. Průběh prvního sezení míří k provedení komplexního vyhodnocení klientova stavu, kdy jsou prováděny kroky, které vedou k určení diagnózy. AT ordinace nabízejí jak léčbu a poradenství, tak i preventivní programy. Aktivita primárně preventivních programů pro žáky škol i poradenství, které je zaměřené na rodinu klienta, se provádí odděleně (Růžička, Šteflová, Wittmann In Růžička et al., 2012).

Opět se ke klientovi přistupuje z roviny bio-psycho-sociálního modelu závislosti. Uplatňuje se i farmakoterapie, psychoterapie a socioterapie. Pro každého klienta se vypracovávají individuální léčebné plány. Využívány mohou být všechny formy psychoterapie. Jedná se o individuální, skupinovou, rodinou či partnerskou psychoterapii. Vždy závisí na individuální zakázce ze strany klienta. V případě individuální formy terapie je velmi důležité dodržovat pravidelnost terapeutického setkávání. Na jednotlivých termínech schůzky se klient s odborníkem vždy domluví. Při provádění rodinné terapie by v ideálním případě mělo dojít ke zlepšení vztahu mezi rodinnými příslušníky a vytvoření podpůrné sítě. U partnerské terapie by mělo dojít k podobnému efektu jako u terapie rodinné. V AT ambulanci pracují převážně lékaři, kteří jsou kompetentní k provádění farmakoterapie. Mohou klientovi medikaci sami předepsat. Lékaři mají široký přehled o medikaci i o terapiích. Proto s těmito dvěma nástroji při léčbě závislostí mohou operativně nakládat, a to vždy ve prospěch zdraví klienta. Socioterapie se provádí u těch klientů, kteří řeší aktuální problémy v oblasti sociální roviny. Jedná se třeba o zajištění dokladů. Aby socioterapie byla efektivní, je třeba opakovaných setkání klienta s pracovníky. Cílem totiž je, aby se klient postupně navrátil do

---

<sup>10</sup> Současný výskyt více nemocí.

<sup>11</sup> Centrální nervové soustavy

běžné společnosti, což je dlouhý proces. Z těchto důvodů AT ordinace spolupracuje se zařízeními, které poskytují komplexní resocializaci a sociální rehabilitaci. Co se týče návaznosti služeb, také toto zařízení poskytuje následnou péči, a to po dobu až pěti let. Cílem celé léčby je maximální podpora klienta v jeho abstinenci a nalezení pevné půdy pod nohama v jeho sociálním prostředí. V ideálním případě dochází k pravidelným setkáním, jejichž frekvence se postupně snižuje (Růžička, Šteflová, Wittmann In Růžička et al., 2012).

Ambulantní léčebnou intervenci poskytuje i denní stacionář pro osoby se závislostí. Je to zařízení, které se v České republice nachází jen na třech místech, z toho dvě zařízení jsou v Praze. Tato situace je z hlediska dostupnosti péče neuspokojivá, může se však stát výzvou pro rozšíření této formy ambulantní péče o drogově závislé. Výhodou denního stacionáře je, že se opět zachovává klientovo přirozené prostředí. Klient do zařízení dochází každý den a tráví tu čas, který by jinak trávil v jiné instituci. Možnost návštěvy stacionáře se omezuje na střednědobou léčbu, což odpovídá šesti až osmi měsícům. V porovnání s AT ambulancí není jednoznačně definováno, jací pracovníci zde mohou působit. Tým nejčastěji tvoří psychologové, psychiatři, terapeuti, speciální pedagogové, sociální pracovníci a lékařský personál. Koncepce denního stacionáře se zaměřuje na osoby s diagnózou závislosti na alkoholu, opioidech i stimulantech. Klient však musí mít k abstinenci zajištěnou bytovou situaci a nejbližší podpůrné prostředí. Motivace k pravidelnému docházení do stacionáře je nutností. Maximální počet míst v zařízení bývá v rozmezí mezi deseti až dvaceti klienty. Jelikož je pro klienty s drogovou závislostí doporučováno léčbu strukturovat, denní stacionář jim toto vždy nabízí. Klíčovým se stává denní rozvrh. Klienti musí plán striktně dodržovat a nemohou svévolně zařízení opustit. I zde jsou na vrcholu pyramidy zásad kardinální pravidla. Pokud dojde k jejich porušení, klient může být z programu vyloučen. Léčebný cíl je dosahován prostřednictvím komplexní terapie, která obsahuje komunitní setkávání, individuální a skupinovou psychoterapii, pracovní terapii, sociální práci a volnočasové činnosti. V rámci komunitního setkávání se řeší vzniklé problémy a hodnocení. Každý klient má svého garanta, který sehraje roli podpory při individuální terapii. Denní stacionář vytváří zároveň prostor pro realizaci rodinné terapie nebo skupiny. Práce je vykonávána dle individuálních plánů klientů. Vzhledem ke specifčnosti režimu zařízení je velká pravděpodobnost relapsu. Klienti se totiž léčí ve stejném prostředí, ve kterém drogy užívali (Růžička, Šteflová, Wittmann In Růžička et al., 2012).

### 3 Vývoj Krátkého intervenčního programu pro uživatele pervitinu

Existuje mnoho možností, jak se uživatel pervitinu může léčit ze své závislosti. Jednou z novinek v českém prostředí je **Krátký intervenční program pro uživatele pervitinu**. Jako každý nový model léčby se postupně mění a vyvíjí. I tento model práce se postupně utvářel a přizpůsoboval českému prostředí. V následujících kapitolách si popíšeme, jak podoba dnešního programu vznikla.

#### 3.1 Krátký intervenční program pro osoby závislé na kokainu a cracku

Do programu jsou přijímáni problematičtí nebo primární uživatelé cracku a kokainu. Sestavený program navazuje na individuální program, nazývaný též jako léčebný. Tento program poskytuje terapeutům možnost věnovat se tématu závislosti hlouběji. V rámci programu se klient dozvídá o problematice lapsu a relapsu. Program by měl být realizován v průběhu dvanácti týdnů. Pokud se klient přikloní k variantě nízkoprahového sezení, práce probíhá dva týdny. V procesu léčby se klade důraz na souběžné vedení programu s individuálním sezením. Obsah programu by měl být realizován s minimálním přerušením. Mezi další požadavky patří dostatečné věnování času pro sledování a předcházení lapsu. Terapeut také nabízí dostatek prostoru k diskusi o léčebných plánech (Máchalová, 2011).

V publikaci nalezneme **návody pro realizaci programu**, kde jsou jednotlivé části programu vysvětleny. Abychom mohli program správně realizovat, je tyto návody důležité dodržovat. Součástí je i popisování **hlavních zásad pro správné vedení sezení**, které zpřehledňují léčebné nástroje. Důraz se klade na důkladnou znalost informací o konkrétní problematice. Tento fakt působí na klienty velice příznivě a zvyšuje se tím produktivita a pozitivita terapeutického vztahu. Terapeuti mají k dispozici balíček **zvláštních informací ke každému sezení**, se kterými se musí dokonale obeznámit. Pro klienty jsou vytvořeny **informační listy** podávající klientovi informace pro dané téma. Pro jednotlivá sezení jsou určeny **Pracovní listy**. Pracuje se s nimi v hlavních sezeních, nikoli v programových sezeních. Samotné pracovní listy pro hlavní sezení obsahují témata lapsů a především *Poučení z lapsů*. Položka *Monitorování kokainu* je dotazník, který zachycuje psychické a fyzické zdraví. Aby došlo k pravdivému monitoringu, je třeba na otázky odpovídat pravdivě (Máchalová, 2011).



Terapeuti provádí hodnocení, ve kterém se ujišťují, jestli je tato intervence pro klienta odpovídající. Součástí hodnocení jsou informace o tom, jestli je klient dostatečně motivován, zda-li má zájem na ukončení užívání drogy a jestli má klient takové kognitivní schopnosti, které mu umožní podstoupit **dvanáctitýdenní program**. Pro klienty, kteří nemají motivaci přestat s užíváním cracku/kokainu, byl vytvořen **dvoutýdenní program**. Ten se zaměřuje na to, jakým způsobem tyto látky v lidském těle fungují. Oblasti, kterým se v programu klienti věnují, jsou harm reduction a oblast zdraví (Máchalová, 2011).

### 3.2 Krátký intervenční program pro osoby závislé na pervitinu

Pro osoby závislé na pervitinu byly vytvořeny dvě rozdílné verze programu. První je **verze pro tři setkání**. Je pro klienty, kteří sice mohou být zařazeni v systému léčebných institucí, ale dosud nejsou přesvědčeni o skoncování užívání pervitinu. Důvodů, proč klient nechce přestat s užíváním, může být několik. Buď se jedná o uživatele, který pervitin užívá rekreačně, nebo je pervitin klientem užíván jako doprovodná droga. Často se můžeme potkat s nevyzrálým klientem, který ještě není přesvědčený o vhodnosti s užíváním přestat. Tato krátká verze programu mu poskytuje možnost, která respektuje jeho aktuálních potřeby. Terapeut se snaží klientovi pomoci v následujících problémových oblastech. Minimalizovat všechna rizika, která jsou spojena s užíváním pervitinu, porozumět rizikům, která jsou spojována s pervitinem, a dokázat klientovi, že terapeutický vztah je založen na důvěře. V případě, že se klient v programu dostane do fáze rozhodování skoncování s drogou, terapeut toto rozhodnutí podpoří. Z povahy krátké intervence se klade důraz na další účast v léčbě (Máchalová, 2011).

Jak napovídá název této verze, intervence se skládá ze tří sezení. **První sezení** je zároveň označováno jako **nulté**. Zaměřuje se na seznámení s programem a ubírá se směrem k nastavení motivace klienta. V **sezení 1** se klient seznamuje s účinky pervitinu a paralelně se buduje terapeutický vztah. Poté je možné, aby klient byl schopen určit svůj hlavní problém. Tvorba léčebného plánu v této fázi nepřichází v úvahu. Měli bychom si uvědomit, že se klient momentálně nachází ve stavu, kdy nedodržuje základní rytmus bdění a spánku. Nemůžeme očekávat, že by klient dodržel pravidelný přísun stravy a tekutin. Tento stav se nám promítne i do společného setkání, proto bychom měli vědět, že klient v tomto stádiu nespojuje své problémy s užíváním pervitinu. Je však naprosto jasné, že jádrem jeho životních obtíží je závislost na pervitinu. **Sezení 2** poskytuje klientovi prostor k porozumění zdravotních důsledků ve spojitosti se závislostí. Proto jsou klientovi nabízeny varianty, které zohledňují

nulovou motivaci pro skoncování s užíváním pervitinu. Terapeut nabízí klientovi v rámci tohoto setkání možnosti, jak alespoň snížit rizika spojené s užíváním pervitinu (Máchalová, 2011).

Druhá verze se nazývala **Verze pro dvanáct setkání**. Záměrně je zde použit minulý čas, protože se od této formy upustilo. Tato forma práce se stala velmi náročnou, už jen proto, že program se realizuje v ambulantních formách péče. Pro úplnost je však nutné krátce popsat, jak sezení v této formě probíhala. Hlavním předpokladem bylo vynakládat úsilí vedoucí k abstinenci v užívání pervitinu. **První sezení** se zaměřovalo na popis programu klientovi. Zároveň se vytvářel popis těch problémů, které klient vnímal jako velmi tíživé. Definovaly se cíle, kterých mělo být v setkávání dosaženo. V **druhém sezení** se klient seznamoval s informacemi, jak pervitin působí. Osvojení těchto znalostí vedlo k lepšímu chápání jeho stavů úzkosti a deprese. Tyto informace mohly poskytnout příležitost ukončit svou závislost na pervitinu. Ústředním tématem bylo vytvoření stabilního vztahu mezi klientem a terapeutem. Obsahem **sezení tři** bylo upřesnění následků, které vznikaly v souvislosti s užíváním pervitinu. Dále terapeut vedl diskusi s klientem o jeho současném zdravotním stavu. Ve **čtvrtém sezení** jsme se zabývali tím, jaké má klient stále reálné možnosti si drogu obstarat a také jak tyto možnosti odstranit. **Páté sezení** se vedlo v rovině porozumění pojmům bažení a deprese. Cílem bylo pochopit schémata, která se s užíváním pervitinu často opakují. **Šesté sezení** bylo koncipováno tak, aby klient dostatečně porozuměl systému užívání pervitinu. Společnými silami se usilovalo o vytvoření takových opatření, která mohou předejít užití drogy. **Sedmé sezení** pokračovalo v předešlém modulu a hlavní částí bývaly spouštěče v procesu závislosti. Společně se vytvářely strategické tahy, které mění způsoby jednání a snižují tak riziko užití drogy. **Osmé sezení** opět navazovalo na předchozí modul. Zabývalo se popisováním jednotlivých typů bažení. Terapeut zdůrazňoval, že v případě výskytu bažení má už klient vytvořenu podpůrnou síť. Mohl si tak vybrat, jaký krok zvolí, protože získal kontrolu nad pervitinem. **Deváté sezení** se zaměřovalo na nalezení způsobu, kterým bude účinně čelit mechanismu euphoric recall<sup>12</sup>. **Desáté sezení** bylo vytvořeno pouze pro některé skupiny klientů. Zabývalo se totiž trestnou činností spojenou s užíváním pervitinu. Takže pokud klient trestnou činnost nepáchal, volně se přecházelo na další část. Tou bylo **jedenácté sezení**. V něm se tvořil strategický plán boje se závislostí. Poslední sezení bylo **dvanácté**, v němž klient shrnoval všechny dosažené cíle, kterých

---

<sup>12</sup> Stav, ve kterém klient zapomíná na negativní pocity a upřednostňuje pouze pozitivní vzpomínky. Stejně nazývaný jako euforické spontánní vybavování.

v sezeních dosáhl. Zároveň se věnovala pozornost tomu, jaké proběhly změny v jeho životě v souvislosti se zavřením dveří k pervitinu (Máchalová, 2011).

Součástí metodiky byly **informační a pracovní listy**. Informační listy sloužily jako studijní materiály pro klienta. Obsahovaly potřebné informace, které byly součástí tématu sezení. **Informační list jedna** byl souhrnným pojmem, který obsahoval jednotlivé názvy sezení. Klient se těchto sezení účastnil a to po časově vymezenou dobu. Řazení sezení bylo uspořádáno tak, aby klient mohl pochopit souvislosti s užíváním pervitinu. Touto posloupností bylo vytvářeno prostředí pro delší abstinenci a klient mohl pevně držet otěže svého života. **Ve druhém informačním listu** terapeut klientovi popsal, jak pervitin působí na lidský organismus. **Třetí informační list** dával do souvislosti chemické látky lidského těla a jejich dopad na člověka při běžném a dlouhodobém vyplavování těchto látek. **Čtvrtý informační list** poukazoval na fakt, že bezpečné užívání pervitinu nikdy není možné. Klient se vždy v souvislosti s touto drogou potká s komplikacemi. Informace byly poskytovány tak, aby klient pochopil následky užívání na jeho zdravotní stav. Popisoval abscesy, zvýšenou pravděpodobnost srdečních obtíží a věnoval se také problematice užívání pervitinu v období těhotenství. Součástí byly poskytnuté informace o nemocích, které bývají přenášeny prostřednictvím intravenózního užívání pervitinu. **Pátý informační list** se zabýval tématem harm reduction a zdůrazňoval problémy, které nejsou spojeny jen s intravenózním užíváním. **V šestém informačním listu** se klient učil dýchací techniky, které mají potlačit chuť užít pervitin (Máchalová, 2011).

**Pracovní listy** obsahovaly soubor dvaceti tří označených listů. Byly používány pouze ve vyjmenovaných sezeních. V době, kdy nebyla ještě vytvořena finální verze Krátkého intervenčního programu, byly vypracované a okopírované pracovní listy používány pro dokumentaci. Poslední pracovní list v sadě sloužil jako dotazník, kterým se zjišťovaly nedostatky programu. Cílem bylo vylepšit program do příštích let. Tento cíl se naplnil, a proto v programu došlo k mnoha změnám a vznikla tak nová metodika, kterou popíšeme níže (3.3 Změny koncepce Krátkého intervenčního programu pro uživatele pervitinu (Máchalová, 2011)).

### **3.3 Změny koncepce Krátkého intervenčního programu pro uživatele pervitinu**

Po celou dobu vývoje Krátkého intervenčního programu pro uživatele pervitinu bylo řešeno, jestli je program vhodný pro všechny uživatele. Bylo zjištěno, že pro úspěšné

dokončení programu je třeba určitá úroveň kognitivních schopností klientů. Tento požadavek vychází z povahy koncepce programu, protože klient se v něm nachází v procesu edukace. Nezbytným předpokladem je, aby klient porozuměl jednotlivým částem programu. V této souvislosti vznikla potřeba zařadit nulté sezení, které se nazývá explorativní rozhovor. Cílem je probudit motivaci klienta k léčbě, nebo ho odkázat na jiný způsob práce. Na počátku existovaly dva programy. Řešil se význam těchto dvou programů a došlo se k závěru, že postačí pouze jeden. Ten obsahuje poznatky i zkušenosti z předešlé verze. Pokud se klient nerozhodne pro abstinenci, terapeut mu předá nejnужnější informace o působení pervitinu a spolupráci s klientem ukončí. Klient by měl pochopit, jaké zdravotní důsledky s sebou nese jeho užívání. Součástí původní verze bylo dvanáct modulů, kterými klient postupně procházel a plnil jednotlivé cíle. Zároveň s podstupováním tohoto programu navštěvoval běžnou terapii. Jednalo se tedy o paralelní proces. Klient terapií procházel dvakrát týdně, což je na ambulantní formu práce netradiční. Je důležité si uvědomit, že klientova energie není investována pouze do léčby. Má totiž zároveň stálé zaměstnání, anebo si ho hledá. Tento způsob práce však byl příliš náročný, proto se od něj odstoupilo. Výsledkem tedy je, že se propojily edukační moduly programu s terapeutickými postupy. V průsečíku programů se zrodil **terapeuticko–intervenční program**, který netrvá déle než šedesát minut týdně (Růžička In Růžička et al., 2012).

Změně byly podrobeny i *informační listy*. Jejich cílem bylo poskytnout klientovi informace o aktuální problematice. Postupně docházelo k redukci informací těchto materiálů s cílem vytvoření krátkého a srozumitelného obsahu. *Informační listy* se stávají didaktickým materiálem, který slouží jako nástroj pro seznámení klienta s jednotlivými tématy. Co se však nemění, jsou principy, na kterých je Krátký intervenční program pro uživatele pervitinu postaven. Jedná se o principy kognitivně-behaviorální terapie. Klíčovým bodem je sestavení funkční analýzy klientovy situace, což mnohdy bývá poměrně náročné. Až poté lze přistoupit k dalším částem modulů programu. Odrazovým můstkem je pracovní list *Cykly užívání*. Na vyplňování tohoto listu se podílí společně klient a terapeut. Stává se tak důležitým materiálem v procesu programu, protože ho společně vztahují na klientovy jednotlivé situace (Růžička In Růžička et al., 2012).

### 3.4 Transformace metodiky

Výsledky evaluace Krátkého intervenčního programu pro uživatele stimulancí daly prostor pro vznik jeho nové podoby vhodné pro uživatele pervitinu v České republice.

Pojďme však nahlédnout na proces postupného zrodu dnešní podoby Krátkého intervenčního programu pro uživatele pervitinu. Ve Velké Británii vznikla metodika ambulantní práce s lidmi se závislostí na stimulantech, která se nazývá *Krátký intervenční program pro závislé na kokainu a cracku*. Významnou roli při jejím vzniku sehrává společnost Foundation 66, která se dříve jmenovala Rugby House. Stala se garantem této metodiky. Kořeny společnosti se nachází v Holbornu, kde fungovalo i krizové centrum. Její působnost se datuje od roku 1986. Instituce dříve fungovala jako ragbyová škola, podle které je společnost pojmenována. Odborné služby společnosti se postupně rozšiřovaly a byly poskytovány širší oblasti klientů. Jednalo se jak o uživatele drog, tak i alkoholu. Do té doby nebyly vytvořeny služby pro specifické skupiny obyvatel. Jednalo se o etnické minority nebo osoby s postižením. Až díky založení organizace se potřebné služby rozšířily po celém Londýně a nastal rychlý rozvoj jejích služeb. Metodika byla přejata i do České republiky. Než se však začala používat, bylo třeba transformovat její podobu do českého prostředí. Její původní název byl *Krátký intervenční program pro závislé na kokainu a cracku*. Proto se změnila cílová skupina, a tudíž i její název na *Krátký intervenční program pro závislé na pervitinu*. Metodika byla upravena pro potřebu léčby uživatelů pervitinu, neboť v našich podmínkách je jeho užívání rozšířeným fenoménem. Vzhledem k časté poptávce po léčbě ze strany uživatelů pervitinu se možnost vyzkoušet nový postup britské metodiky sama nabízí. Klíčová a původní metodika nesla název *Aidan Gray Final draft crack/cocaine Brief intervention programme ©NTA/COCA/Rugby House 2006*. Byla přeložena do češtiny a nastává spolupráce olomouckého P-centra a britské společnosti. Postupně se formuje terapeutická a poradenská činnost v oblasti práce s uživateli drog. Aby se činnost dala do pohybu, bylo třeba důkladně seznámit pracovníky s novou metodikou. Byl to jeden z cílů činnosti projektu. Vyškoleni byli hlavně pracovníci P - centra v Olomouci. Mezi nimi byli také pracovníci sdružení Podané ruce o.s. a Vojenské nemocnice v Olomouci. Školení vedl sám autor metodiky i projektu „*Dokážu to?*“ Aidan Gray. Setkání všechny organizace sblížilo. Pracovníci si mohli vyměňovat informace a zkušenosti potřebné pro pomoc klientům užívajících pervitin (Máchalová, 2011). Pro přehlednější představu jak se postupovalo při transformaci z *Krátkého intervenčního programu pro závislé na kokainu a cracku* do české podoby *Krátkého intervenčního programu pro závislé na pervitinu*, Růžička uvádí následující etapy:

- Jak už bylo uvedeno výše (3.4 Transformace metodiky), dnešní podoba metodiky vychází z publikace od Adiana Graye s názvem *Final draft crack/cocaine Brief intervention*, která byla přeložena do Českého jazyka. Přeložený text však stále obsahoval informace

o cracku a kokainu. Proto tyto pasáže byly nahrazeny informacemi o pervitinu. Pracovní verze se nazývala *Pervitin 1.1.* a byla již používána při práci s klienty. Aby se zjistilo, zda-li metodika plní svůj úkol, byly průběžně tvořeny anamnézy klientů. Anamnézy se získávaly prostřednictvím škály Europe ASI. Celkový počet činil sto anamnéz, které se staly podkladem pro vznik jednotlivých kazuistik. Na projektu se podílelo několik zástupců odborných profesí, mezi které patřili psychologové, speciální pedagogové, terapeuti a sociální pracovníci. Hlavním evaluátorem kazuistik byl Dr. Miroslav Charvát z Katedry psychologie Filosofické fakulty Univerzity Palackého. Pracovníci snímali potřebné informace o svých klientech a každý měsíc se práce společně vyhodnotila. Z tohoto počínání vznikla metodika s názvem *Pervitin 1.2.* Konzultacemi přispěl i sám autor britské metodiky. Vznikla tak finální podoba metodiky *Pervitin 1.3* (Růžička In Růžička et al., 2012).

## 4 Krátký intervenční program pro uživatele pervitinu

V roce 2012 vyšla metodika, která nese název *Krátký intervenční program pro uživatele pervitinu a Terapeuticko-intervenční program pro uživatele pervitinu*. Smysl jejího vzniku je vytvořit odborný materiál, který slouží pracovníkům jako prostředek v léčbě závislých na pervitinu. Jedním z cílů vytvoření této metodiky je obohatit pracovní metody a postupy odborných pracovníků. Dále si klade za cíl představit formu práce, jak postupovat v boji se závislostí na pervitinu. Metodika prošla řadou změn. Její první úprava spočívala v transformaci cílové skupiny uživatelů drog. Jednalo se o skupinu uživatelů cracku a kokainu. V dnešní podobě je využívána jako metodika, která slouží jako nástroj v léčbě závislosti na pervitinu. Primárně je tedy určena pro uživatele závislých na pervitinu a probíhá ambulantní formou léčby. Plné využití metodiky vidíme v oblasti poradenství a terapie pro tuto klientelu. Růžička však uvádí, že metodiku lze využít i při léčbě závislostí na jiných druzích návykových látek. Co se týče délky podstupování léčby v programu, zaměřuje se spíše na individuální potřeby klienta. Lze tedy konstatovat, že délka není pevně stanovena. Po ukončení práce dle této metodiky zařízení buďto nabídne klientovi další služby, nebo mu doporučí jiný typ zařízení. Aktuální podoba metodiky se skládá z pěti částí. V první části se setkáváme s **explorativním rozhovorem**. Metodika je postavena na kognitivně behaviorálním přístupu. Je proto důležité pomocí tohoto rozhovoru zjistit, zda-li je tento přístup pro klienta vyhovující. Druhá část je složena z **Krátkého intervenčního programu pro uživatele pervitinu**. Skládá se z pevných modulů, ve kterých se s klientem probírá funkční analýza klientova problému. Dále je klient poučen, jak pervitin v mozku působí. Třetí část metodiky se nazývá **Terapeuticko-intervenční program pro uživatele pervitinu**. Jedná se o volné pokračování Krátkého intervenčního programu pro uživatele pervitinu. Zde jsou na rozdíl od Krátkého intervenčního programu pro uživatele pervitinu moduly sestaveny volně. To znamená, že podoba výběrových témat vychází z aktuálních potřeb klienta. Terapeut tak může otevřít s klientem problematiku zdravotních důsledků nebo třeba oblast doléčování. Čtvrtou část tvoří **pracovní listy**. Je to soubor vzdělávacích materiálů, které klientovi slouží k získávání informací o dané problematice. Do pracovních listů klienti zaznamenávají průběh své práce, nebo dosažené dílčí výsledky. V příloze nalezneme ukázkou, jak vypadá pracovní list (Příloha č. 4). **Informační listy** tvoří pátou část metodiky. Jejich smysl je v tom, aby si klient získané poznatky o závislosti odnesl s sebou domů k prostudování. Tyto informace jsou zjednodušeny, slouží však k tomu, aby klient pochopil téma, které momentálně řeší (Růžička In Růžička et al., 2012).

Součástí metodiky je téma lapsu a relapsu a smysl harm reduction. Nemají však svůj samostatný modul. Pokud se v průběhu práce objeví problém s lapsem či relapsem, terapeut použije pracovní list s názvem *Práce s relapsem* a postupuje dle doporučených kroků. V metodice se může postupovat až poté, když je tato oblast terapeutem dostatečně zmapována. Terapeut má možnost klienta informovat o zásadách bezpečného užívání pervitinu prostřednictvím informačního listu s názvem *Harm reduction*. Autor se však zmiňuje o tom, že samotné prostudování metodiky nestačí. Je třeba podstoupit příslušné školení daného pracovníka, aby se zamezilo případné nesprávné interpretaci metodických úkolů (Růžička In Růžička et al., 2012).

To, jestli je Krátký intervenční program dostatečně vhodný způsob jak skoncovat s užíváním pervitinu, zjistíme analýzou explorativního rozhovoru. Pak jsou klientovi nabídnuty dvě varianty setkání. První z nich trvá čtyři týdny, druhé je osmitýdenní. Setkání obsahují následující moduly, dle kterých se klientem pracuje. *Cíle programu*, *Cykly užívání*, *Vzorce užívání*, a jako poslední *Jak pervitin působí*. Po dokončení celkové intervence proběhne vyhodnocení dosavadní práce. Terapeut nabídne klientovi další pokračování (Růžička In Růžička et al., 2012).

#### **4.1 Metodika Krátkého intervenčního programu pro uživatele pervitinu**

**Explorativní rozhovor** je prvotní intervence, kterou s klientem terapeut provede před začátkem sezení. Cílem je lokalizovat klientův problém a seznámit se s jeho celkovým fungováním. Rozhovor vychází z KBT, terapeut pracuje se základní osou rozhovoru. Růžička uvádí, že analýza v terapeutickém sezení je velmi podrobná, ale pro naše potřeby se zaměřujeme jen na popis základní analýzy.

Finální podoba současného programu se skládá ze dvou stavebních jednotek. První se nazývá **Krátký intervenční program pro uživatele pervitinu** a pracuje se v nich se čtyřmi moduly. Každý modul je označen číslem. První modul se nazývá *Cíle programu*, druhý *Jak pervitin působí*, třetí *Cykly užívání*, a čtvrtým je *Vzorce užívání*. Každý modul obsahuje cíle a metodickou podporu, což je přesné vodítko pro terapeuta, jaké konkrétní pracovní a informační listy má použít. Pokud terapeut tedy bude s klientem procházet první modul, ví, že se nazývá *Cíle programu*. Jako podpora mu slouží pracovní listy č.1 a č. 2 a informační listy č. 7.5. Terapeut má také předem vyjasněné cíle tohoto modulu a svou práci směřuje k jejich ujasnění. Klienta dále učí dýchací techniky a vysvětluje význam technik progresivní



svalové relaxace. Dalším bodem metodiky je *Průvodce modulem*. Ten se vyskytuje ve všech modulech jako pomocná ruka pro terapeuta. Vzhledem k tomu, že intervenci řídí jen jeden terapeut, může být program náročný na jeho vedení. Průvodce modulem však usnadňuje terapeutovi držet se hlavního smyslu v jednotlivých oblastech. Pro názornost je vždy uváděna *minikazuistika*. Na ni navazuje její rozbor a modul ukončuje část s názvem *Shrnutí modulu* (Růžička, Wittmann, Procházka, Gray, In Růžička et al., 2012).

Druhý modul se nazývá *Jak pervitin působí*. Opírá se o podporu pracovního listu č. 3 a informačního listu č. 7.1 a č. 7.2. Cílem je vysvětlit klientovi, jak pervitin působí v lidském mozku. Vzniká tak předpoklad k proměně klientovy motivace. Cílem tohoto modulu je i vybudování důvěry klienta k terapeutovi a zároveň k organizaci. Průvodce modulem terapeuta navádí k použití informací získaných v explorativním rozhovoru před začátkem sezení. Terapeut by měl také věnovat zvláštní pozornost množství užívaného pervitinu u klienta a způsobu jeho aplikace, dále zjištění skutečností prohlubujících návyk. Terapeut přesně postupuje podle informací obsažených v metodice a vysvětluje klientovi neurobiologický systém odměny. Opět zde nalezneme příklad minikazuistiky, její rozbor a shrnutí modulu. Tyto body se nachází v každém modulu programu (Růžička, Wittmann, Procházka, Gray, In Růžička et al., 2012).

Ve třetím modulu se setkáváme s *Cykly užívání*. Jako podpora nám slouží pracovní listy č. 6 a č. 7. Cílem je pochopit jednotlivé cykly, jejichž vzorec popisuje průvodce modulem. Jedná se o užití drogy, dojezd, následné zotavování a příchod bažení. Terapeut ukazuje, jaký je rozdíl ve způsobu uvažování klienta v jednotlivých cyklech. Součástí je i rozvinutí strategií, které vedou k opuštění cyklů (Růžička, Wittmann, Procházka, Gray, In Růžička et al., 2012).

Čtvrtý modul se nazývá *Vzorce užívání*. Sezení bylo navrženo tak, aby klient chápal vzorce spojené s užíváním pervitinu. Současně společně sestavují plán preventivních opatření při výskytu nebezpečných situací. Podpora se skládá z pracovních listů označených číslem 8,9,10,11 a 12 (Růžička, Wittmann, Procházka, Gray, In Růžička et al., 2012).

## **4.2 Terapeuticko-intervenční program pro uživatele pervitinu**

Druhá stavební jednotka nese název **Terapeuticko-intervenční program pro uživatele pervitinu**. Jedná se o nástavbovou část Krátkého intervenčního programu. Klient jím prochází pouze v případě, že řádně ukončil Krátký intervenční program pro uživatele pervitinu. Ještě před samým začátkem práce na tomto programu použijeme formulář

z pracovních listů. Je to krok zpět, kterým zjistíme nejaktuálnější problémy a reálné cíle terapie. Nově vytvořené cíle poslouží jako měřítko k předchozím cílům klienta. Porovnání těchto cílů slouží jako prostředek k vyzdvižení úspěchů klienta. V tomto programu se klient opět setká s dalšími moduly. Jejich aplikace není pevně stanovena. Terapeut tedy používá ten modul, který vychází z aktuálních potřeb klienta. Rozdíl mezi krátkým programem a terapeuticko-intervenčním programem spočívá v tom, že není třeba procházet všechny moduly, ale jen ty, které jsou pro klienta momentálně stěžejní. Hlavní cílem nástavby je, aby se klient stal samostatným a na terapeutovi nezávislým. Toho dosahujeme pomocí postupného přecházení terapeuta z role experta do role rádce a konzultanta. V rámci terapie se stále klade důraz na práci s lapsem a relapsem. Sezení vede k popisu budoucích obtíží a probíhá také nácvik strategií pro jejich zvládnutí. Možná je i realizace dodatečných podpůrných setkání. Jak již bylo uvedeno, jednotlivé moduly nemají posloupný charakter. Jejich řazení není nutné dodržovat. Následuje výpis všech použitelných modulů pro terapii a dále jejich stručné přiblížení a popsání. Podle Růžičky se jedná o *Zdravotní důsledky užívání, Euphoric recall, Nebezpečné situace, Zavírání dveří k pervitinu, Užívání pervitinu a trestná činnost, Bažení, Doléčování a podpora* (Růžička In Růžička et al., 2012).

Modul, který se zabývá tématem **zdravotních důsledků užívání**, je koncipován tak, aby klient pochopil, jak pervitin ohrožuje jeho zdraví. Bohužel i přes dodržování všech pravidel bezpečnějšího užívání pervitinu jeho užití může být také rozhodujícím faktorem smrti. Témata zdravotních důsledků jsou většinou pro klienta zajímavá. Často se s poskytovanými informacemi rádi seznamují a věnují svému zdravotnímu stavu pozornost. Je nezbytně důležité, aby terapeut uměl klientovi předat informace v takové podobě, která bude srozumitelná, jasná a dostatečně obsáhlá. Terapeut by měl klientovi poskytnout prostor pro konzultaci v konkrétní oblasti jeho zdraví, která ho aktuálně trápí. Jako podpora modulu slouží pracovní list č. 4 a informační list č. 7.3 a č. 7.4. (Růžička In Růžička et al., 2012).

Cílem modulu s názvem **Euphoric recall** je pojmenovat a pochopit mechanismy, které jsou s tímto fenoménem spojeny. Pojmenování klientových pocitů vede k vytvoření postupů obrany, jak se těmto odezvám účinně bránit. Vzhledem k tomu, že klient vzpomíná pouze na pozitivní pocity a na nepříjemné zapomíná, stává se bažení ústředním tématem u uživatelů pervitinu. Modul se zabývá tím, jak klientovi dopomoci při překonávání chuti na pervitin a příjemných pocitů spojených s jeho užitím. Tím, že si klient vzpomene i na špatné zkušenosti spojené s jeho užíváním, vidí situaci mnohem reálněji. V metodice se ukazuje jako velmi přínosná metafora o shlédnutí filmu. Terapeut klientovi nabízí úvahu o tom, že je rozdíl

podívat se na nejlepší části filmu a nebo na celý film. Podpurným materiálem se stává pracovní list č. 16. (Růžička In Růžička et al., 2012).

Modul s názvem **Nebezpečné situace** je vytvořen pro rekapitulaci již získaných informací. Klientovi má pomoci vytvořit obranné strategie, které po skončení programu může využít. Terapeut použije jako podpurný materiál pracovní list č. 19 a č. 20. (Růžička In Růžička et al., 2012).

Modul, který se nazývá **Zavírání dveří k pervitinu**, využívá jako podpurný materiál pracovní list č. 5. Cíle tohoto modulu se zaměřují na vytvoření postupů, které klientovi pomohou skoncovat s obstaráním pervitinu a manipulací s ním. Dále se v modulu zaměřujeme na uvědomění a zmapování všech skutečností, které by klienta v budoucnu mohly v souvislosti s jeho závislostí ohrozit. Pro upevnění života bez užívání pervitinu se zdá být velmi přínosné zviditelnění výhod a ztrát spojených s uzavřením dveří za ním. Postupně by se intervence měla vést směrem k nahrazení těchto ztrát a uvádět tak klienta do vyvážené pozice. Modul si však neklade za cíl uzavřít všechny vchody související s pervitinem. Důležitou roli zde sehrává faktor času. Není totiž reálné, aby za tak krátkou dobu bylo možné uzavření všech dveří k získání pervitinu. Terapeutovi se pravděpodobně nepodaří rozklíčovat všechny potenciálně ohrožující faktory, které by klienta mohly v jeho abstinenci ohrozit (Růžička In Růžička et al., 2012).

**Užívání pervitinu a trestná činnost** je modul, který podporují pracovní listy č. 17 a č. 18. Ve srovnání s ostatními moduly je tento specifický, protože se může stát, že klient trestnou činnost nepáchá. Pokud opravdu klient nemá s trestnou činností zkušenost, pak se toto sezení vynechává. V opačném případě klient dostává od terapeuta informace, které souvisí se vzorcem užívání pervitinu a vzorcem páčání nezákonného jednání. V reálném životě se klienti mohou setkat s oběma variantami vzorce, proto je důležité tyto vzorce správně určit. V souvislosti s páčáním trestné činnosti hraje důležitou roli adrenalin (Růžička In Růžička et al., 2012).

**Bažení** je ústřední téma, které se vždy objevuje v souvislosti s abstinencí. Proto je velmi důležité, aby byl klient schopen pochopit mechanismy s ním spojené a jeho projevy. Zásadním článkem je rozpoznání několika typů bažení a nalezení způsobů jak si s nimi poradit. Modul by měl klienta vést k vytvoření vlastní strategie pro zvládnání těchto stavů. Klient by měl nabýt jistoty, že dokáže kontrolovat vlastní pocity bezmoci (Růžička In Růžička et al., 2012).

Posledním volným modulem je **Doléčování a podpora**. Jako podpora slouží pracovní listy č. 21, 22 a 23. Modul se používá k zakončení a zhodnocení dosažených cílů programu. Cílem je také upevnit vytvořenou podpůrnou síť a způsoby vlastní podpory. Protože se klient bude i po ukončení programu potkávat se spouštěči závislosti, je důležité pojmenovat rizika, která by mohla ohrozit jeho abstinenci. Terapeut s klientem vytvoří krizový plán a měl by také ověřit, jestli je tento plán v praxi opravdu užitečný (Růžička In Růžička et al., 2012).

## 5 Závislost

Závislost na omamných psychotropních látkách je tvořena procesem celkových změn v sociální, psychické a somatické oblasti. Závislost nevzniká náhle, ale většinou tento proces probíhá v několika navazujících fázích. Oproti alkoholové závislosti se závislost na psychotropních omamných látkách rozvíjí v mnohem kratší době. Následuje popis jednotlivých fází vzniku závislosti. Podle Fischera a Škody se jedná o stádium experimentálního užívání, příležitostného užívání a pravidelného užívání.

- Občasné užití drogy, které jedinci přináší příjemné a neznámé prožitky, spadá do prvního stádia. Tuto fázi označujeme jako **experimentální**. K negativním účinkům užívání látky se jedinec zatím staví lhostejně. Droga se stává prostředkem pro únik z reality. Jedinec dokonce může zvládat problémy ve škole, práci nebo doma mnohem lépe než doposud. I okolí může prvotní změny hodnotit k lepšímu. Na mysli máme například snížení hmotnosti jedince. Většinou jedinci nepřechází do další fáze, někteří od drog ustupují. Odrazujícím příkladem jsou ostatní, kteří jsou v dalších stádiích závislosti.

- **Příležitostní užívání** se projevuje tak, že droga jedinci pomáhá v nouzi nebo v prožívání nudy a pro tento cíl ji užívá. O závislost se však ještě nejedná. Jedinec si uvědomuje, že takové chování je nesprávné. Zatím mu záleží na profesní roli a společenském okolí. Rozdíl mezi touto fází a stadiem **pravidelného užívání** je prohlubující se lhostejnost vůči běžnému dennímu chodu. Dochází jak ke ztrátě rodiny a partnerských vztahů, tak i zaměstnání. Změny v oblasti psychické, somatické a sociální jsou natolik závažné, že mění celou strukturu jedince. Protože jediná motivace je směřována k užívání drogy, dochází k poškození zdraví jedince. Poškozené bývají vnitřní orgány a CNS<sup>13</sup>. Dochází ke snížení imunity a výskytu hepatitidy a HIV (Fischer, Škoda, 2009).

### 5.1 Definice závislosti

Syndrom závislosti popisuje Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize<sup>14</sup> jako skupinu „*fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více* (MKN-10. revize, 2006, s. 75).“ Tento syndrom se označuje kódem F1x.2. Na místo x se doplňuje látka, na které závislost vzniká. Pro naše potřeby je důležitý kód F15, kterým se značí „*poruchy vyvolané požíváním jiných stimulancií (včetně kofeinu)* (MKN-10. revize,

---

<sup>13</sup> Centrální nervová soustava

<sup>14</sup> MKN-10.revize

2006, s. 71).“ Ústředním pojmem syndromu závislosti je nutkavá touha látku užít<sup>15</sup>. Pro určení definitivní diagnózy závislosti je důležitý výskyt minimálně tří nebo více jevů, které se objevily během jednoho roku. Jedná se o následující jevy: **nutkavá potřeba látku užít a obtíže v sebeovládání**. Dále se objevuje **tělesný odvykací stav**, kdy úmysl látku užít spočívá v touze snížit příznaky vyvolané dřívějším užitím stejné látky. Může se jednat i o odvykací stav, který je charakteristický pro tuto látku. Avšak pro zmírnění odvykacího stavu se užívá příbuzná látka s obdobnými účinky. **Zvyšování tolerance** vůči účinkům látky je dalším z jevů, které jsou pro syndrom závislosti typické. Jedná se o příklady, kdy uživatel užívá takové množství látky, které by jinak člověka bez závislosti usmrtilo. Postupně dochází k **zanedbávání** a upozadřování **zájmů, kterých si člověk dříve vážil více**. To znamená, že jedinec stráví více času sháněním a užíváním takové látky nebo zotavováním se z jejího účinku. Jako jeden z posledních fenoménů se vyskytuje **pokračování v užívání látky** i přes to, že jedinec ví o negativních důsledcích tohoto abúzu (Nešpor, 2011).

• Definice závislosti dle Americké psychiatrické asociace DSM-IV<sup>16</sup> dle Růžičky zní „Pro diagnózu závislosti by měl pacient vykazovat alespoň tři ze sedmi dále uvedených příznaků ve stejném období 12 měsíců:

1) *Růst tolerance (zvyšování dávek, aby se dosáhlo stejného účinku, nebo pokles účinku návykových látek při stejném dávkování).*

2) *Odvykací příznaky po vysazení látky.*

3) *Přijímání látky ve větším množství nebo delší dobu, než měl člověk v úmyslu.*

4) *Dlouhodobá snaha nebo jeden či více pokusů omezit a ovládat přijímání látky.*

5) *Trávení velkého množství času užíváním a obstaráváním látky nebo zotavováním se z jejich účinků.*

6) *Zanechávání sociálních, pracovních, a rekreačních aktivit v důsledku užívání látky nebo jejich omezení.*

7) *Pokračující užívání látky navzdory dlouhodobým nebo opakujícím se sociálním, psychologickým nebo tělesným problémům, o nichž člověk ví a které jsou působeny nebo zhoršovány užíváním látky (Růžička, Šteflová In Růžička, 2012, s. 47).“*

## 5.2 Psychická a fyzická závislost

I přesto, že se v poslední době opouští od dělení závislosti na psychickou a fyzickou, následuje stručný popis psychické a fyzické závislosti. V praxi se obě níže uvedené závislosti

<sup>15</sup> Tato nutkavá potřeba se také nazývá jako craving, neboli v českém překladu bažení.

<sup>16</sup> Diagnostický statický manuál IV

zahrnují pod jednotný pojem závislost, kterou provází psychické a fyzické změny (Růžička, Šteflová In Růžička et al. 2012).

- Opakované užívání omamné psychotropní látky způsobuje **psychickou závislost**. Postupně dochází ke změně v prožívání jedince. Pro tento stav je charakteristický craving, který se projevuje jako nutková potřeba látku užít. Každé užití drogy zanechá v mozku specifickou stopu přenosu informací. Tyto informace mají podobu líbivých zážitků. Pokud po dráze proudí informace častěji, cesta se tím stává stabilnější. Tělo však touží po dalším přísunu a po dlouhou dobu uchovává v paměti příjemné prožitky. Líbivé zážitky si spojí s místy, lidmi a určitými situacemi. Pokud se chce člověk s drogovou závislostí léčit, měl by s tímto mechanismem mozku počítat. Nejčastější příčinou relapsu je právě psychická závislost. Klientovi je doporučováno vyhýbání se všem potencionálním spouštěčům cravingu, mezi které řadíme jakýkoli kontakt s bývalými spoluživateli a navštěvování míst, kde dříve drogy užívali. Do popředí se dostávají i vlastní emoce, které mohou být klientovi nebezpečné. Důležité je zaměřit se na krizové situace a prožívání, které uživatel předtím řešil užíváním návykové látky. Způsob zdravé prevence v takových situacích spočívá v uvědomění si vlastních pocitů a předcházení jejich vzniku. Napomáhají tomu různé techniky jako meditace a sport. Vždy se však doporučuje vyhledat odbornou péči. K abstinenci dochází v době po vysazení užívané látky. Psychická závislost se v této době projevuje ve své plné síle. Psychický ráz příznaků se objevuje v oblasti emocí jako podrážděnost, apatie nebo úzkost. Tím, že je psychická a fyzická stránka jedince propojena, se tyto složky navzájem ovlivňují. Na tělesné stránce se projeví i psychické strádání zvýšeným pocením, třesem, křečemi a nauzeou (Růžička, Šteflová In Růžička et al. 2012).

- K **fyzické závislosti** vede dlouhá cesta pravidelného užívání návykové látky. Avšak jen některé druhy omamných psychotropních látek tuto závislost způsobují. Potřeba těla danou látku doplňovat vzniká tak, že se omamná psychotropní látka postupně adaptuje do systému organismu a stane se součástí systému látkové výměny. Jakmile tělo zaregistruje vysazení nebo snížení užívané dávky, začne reagovat abstinencií příznaky. Ty mohou nabývat různé povahy. Síla abstinencií příznaků vychází z individuálních osobnostních vlastností jedince, délky užívání a druhu omamné psychotropní látky. Abstinencií příznaky nejčastěji bývají na úrovni jednotlivých tělních systémů, kterými jsou kardiovaskulární, gastrointestinální, nervový a respirační systém. Proto je abstinencií syndrom velmi závažný. V některých případech může vést i ke smrti v důsledku ztráty vědomí a utlumení dýchacího centra. Mezi tělesné příznaky abstinence zahrnujeme křeče, třes, nevolnost, bušení srdce,

poruchy srdečního rytmu, poruchy dýchání a vědomí. Za zmínku stojí míra vztahu mezi psychickou a fyzickou závislostí. Fyzická závislost jde ruku v ruce s psychickou závislostí, ale naopak tomu není. I léčba probíhá rozdílně. Odstranění fyzické závislosti probíhá v lékařských, ale i nelékařských zařízeních poměrně rychle, obvykle do několika týdnů. U psychické závislosti toto neplatí, stává se tak celoživotní zátěží. Tuto závislost si jedinec nese po celý zbytek svého života a nikdy se jí nezbaví. Léčba vyžaduje dlouhodobou intervenci a silnou vůli abstinujícího. Odstranit lze alespoň akutní příznaky psychické závislosti (Růžička, Šteflová In Růžička et al. 2012).

### 5.3 Ženy a návykové problémy

Nárůst počtu žen závislých na návykových látkách souvisí s jejich aktivní nabídkou v podobě reklamy. Jde převážně o závislost na alkoholu. V případě závislosti na stimulantech stojí za zmínku následující celospolečenský fakt. Tím je sblížování světů muže a ženy. Konvergence životních stylů mužů i žen má své výhody, ale i rizika. Pokud se žena přizpůsobí zvyklostnímu chování mužů na návykové látky, nachází se v rizikovém poli vzniku závislosti. Užívání návykových látek u žen má svá specifika. Tak třeba Nešpor uvádí, že sice v hazardní hře jsou ženy zdrženlivější, naopak problémy s užíváním návykové látky vznikají výrazně dříve než u mužů. S tímto souvisí i fakt, že ženy mají menší játra. Spolu s nižší aktivitou enzymů a nižší hmotností mohou návykové látky působit silněji než u mužů. I zdravotní důsledky při užívání návykové látky nastávají dříve. V oblasti partnerského vztahu se žena častěji dostane do problémů s užíváním návykových látek kvůli závislému partnerovi. U žen dochází k poruchám osobnosti méně často než u mužů. Zato ženy trpí častěji úzkostí a depresemi. U žen se ale setkáváme se silnějším pudem sebezáchovy než u mužů. Ženy kladou více důraz na požadavky vzhledu. Žena, která je závislá na návykové látce, je častěji fyzicky i sexuálně týrána (Nešpor, 2007). Na závislost na psychoaktivních látkách je zajímavé pohlédnout z hlediska poruchy příjmu potravy. Krch uvádí, že mezi psychické charakteristiky patří oslabení sebekontroly, impulzivita nebo nutkavost. Tyto determinanty se objevují obdobně často v souvislosti s užíváním psychoaktivních látek, jako v souvislosti s určitými formami poruchy příjmu potravy. Jak autor uvádí, je velice častá spojitost užívání alkoholu s poruchou příjmu potravy. Pro naše potřeby je však důležitější oblast spojitosti mezi poruchou příjmu potravy a abúzem psychoaktivních látek, zejména stimulantů. V souvislosti se zjištěním společných znaků mezi jednotlivými syndromy poruchy příjmu potravy a abúzem psychoaktivních látek považujeme za důležité zmínit se o propojenosti těchto poruch.



Výzkumy podle Krcha ukazují, že u bulimiček byla zjištěna významně vyšší převaha užívání psychoaktivních látek než u skupiny anorektiček. Rizikovými faktory jsou nevhodný způsob trávení volného času, ochota riskovat, tendence k nevhodnému stravovacímu návyku, sklon k užívání psychoaktivních látek. Výrazným okruhem klientů jsou mladé bulimičky. Tyto klientky často spojuje zvýšená chuť k jídlu a přejídání se s užíváním marihuany. Později však přejdou na užívání pervitinu a to s odůvodněním, že pervitin má údajně anorektický účinek. Na druhou stranu se mezi léčenými toxikomany objevuje mentální bulimie nebo bulimické chování, ale také mentální anorexie. Potvrdil se i výskyt drogové závislosti u příbuzných klientů s poruchou příjmu potravy. Často se můžeme setkat s tím, že řada bulimiček užívá psychoaktivní látky nebo je v minulosti užívaly. Část z nich se kvůli závislosti na návykových látkách léčí. U bulimiček dochází častěji k abúzu amfetaminů. Vzhled toxikomanek se může stát vzorem krásy pro ženské pohlaví. Proto lze předpokládat, že zájmem o drogu může být posilován dosažením idolu ženské krásy. I média často zmiňují skutečnost, že některé modelky z tohoto důvodu užívají drogy jako anorektika. Často se objevuje souvislost mezi užíváním stimulantů v podobě amfetaminů a poruchami příjmu potravy. Zájem o užívání pervitinu pozorujeme také u osob, které jsou pohlceny dodržováním různých forem diet<sup>17</sup>. Anorektický účinek amfetaminů se tak může stát důvodem rychle se vyvíjející závislosti na látce (Krch In Krch et al., 2005).

I podle Kaliny jsou potvrzeny rozdíly mezi problematikou drog u žen a mužů. Tyto dvě skupiny vyžadují rozdílný přístup. Ženy tvoří specifickou cílovou skupinou. Ženy, které užívají návykové látky, jsou okolím více stigmatizované, což se snaží více skrývat. Kalina rozlišuje bariéry systémového, kulturního a osobního rázu, které zabraňují uživatelkám drog přístup ke službám poskytujícím léčbu. Z tohoto důvodu častěji služby navštěvují muži. Sociologická podstata genderové specifičnosti je vyjádřena termínem dvojí deviace. To znamená, že společnost vnímá ženu jako uživatelku drog dvojitým způsobem. Žena zklamává nejen z podstaty samotného užívání, ale i z roviny ženské role. Zvláštním případem sociálního odsouzení společností jsou pak těhotné ženy a mladé matky, které drogy užívají. Sociální tlak společenského klimatu brání ženám odejmout masku anonymity. Uvádí se, že v posledních letech zažila renesanci společenská tolerance ke konzumaci návykových látek ženami. Odmítavý postoj a kritičnost společnosti vůči závislé ženě se však proměnil jen velmi málo. Specifika u ženské závislosti na drogách tvoří i způsob prožívání traumat fyzického, emočního a sexuálního násilí, které prováděli jejich partneři (Kalina In Kalina et al., 2008).

---

<sup>17</sup> Dieta v tomto kontextu je chápána jako aktivita, při které jedinec cíleně snižuje svoji váhu.

## 5.4 Psychopatologie komplikací

Kalina tuto oblast pojmenovává termínem **akutní exogenní reakce**. Jedná se: o akutní intoxikaci, odvykací stav, psychotickou poruchu, amnestický syndrom, reziduální stavy, psychotickou poruchu s pozdním začátkem a deprese. Tyto klinické obrazy nalezneme i v publikaci MKN-10. revizi. Jsou vypsány pod čtvrtým a pátým znakem.

- **Akutní intoxikace** vyvolaná psychoaktivní látkou udává obraz, který je charakteristický pro jednotlivé látky nebo pro jejich kolektivní skupinu. K porozumění psychopatologie je důležité znát farmakologické účinky látky. V úvahu se berou všechny další projevy, které jsou známé z obecné psychopatologie. Jedná se o poruchy vnímání, vědomí, myšlení a další (Jeřábek In Kalina et al., 2008). Dle MKN-10.revize je akutní intoxikace popsána jako přechodný stav po aplikaci látky, v jejímž důsledku dochází k poruchám na úrovni vědomí, vnímání, chování nebo jiných psychofyzilogických reakcí (MKN-10. revize, 2006).

- Jedním z definičních symptomů syndromu závislosti je **odvykací stav**. Ve svých klinických projevech bývá chápán jako různě signifikantní komplikace a jeho obraz bývá charakteristický pro danou látku nebo jejich skupinu. Příznaky nastupují po vysazení nebo po výraznějším snížení předešlých užívaných vyšších dávek. Samotný projev odvykacího stavu závisí na druhu dané látky a jejím dávkování. Dále pak na jednotlivých charakteristických oblastech, jako je věk a celkový zdravotní stav. Zvláštní formu sehrává protahovaný odvykací syndrom, který trvá půl roku až rok. Nejzávažnější psychickou komplikací je odvykací stav s deliriem (Jeřábek In Kalina et al., 2008).

- **Psychotická porucha** se vyskytuje v několika rovinách. Jedná se o syndromy bludové, schiziformní, halucinatorní, polymorfní, depresivní, smíšené a uniformní. Dynamika průběhu zde sehrává zvlášť důležité hledisko. Pro zařazení jedince do této kategorie se psychotické příznaky musí dostavit v průběhu užívání, nebo do čtrnácti dnů po ukončení aplikace látky. Začátek je náhlý a je ohraničen časovým intervalem do čtyřiceti osmi hodin až dvou týdnů. Trvání poruchy nesmí být delší než půl roku. **Amnestický syndrom** se nejčastěji objevuje u alkoholiků, proto tuto oblast podrobněji popisovat nebudeme. **Reziduální stavy** patří pod heterogenní skupinu. Flashback, neboli psychotické reminiscence, jsou takové návraty prožitků, které mohou mít až charakter halucinací. Jedná se o vizuální a somatické příznaky doplněné ztrátou vlastního sebepojetí. Dochází k návratu silných emocí, které se objevovaly v době užívání látky. Klinická zkušenost ukazuje, že se může jednat jak o látky halucinogenní, tak i o skupinu stimulantů. Psychotické reminiscence trvají v rozmezí vteřin

až hodin a jsou epizodické. Mohou detailně napodobovat takové příznaky, které se vyskytovaly v předchozích epizodách. Spouštěči se stávají stres, únava, užití jiné látky a v neposlední řadě ji může vyvolat i terapeutická zátěž. K vymizení těchto stavů dojde nejdéle do jednoho roku až dvou let. Tato skupina obsahuje také „*poruchy osobnosti nebo chování, reziduální poruchu nálady, demence a jiné přetrvávající narušení kognitivních funkcí*“ (Jeřábek In Kalina, 2008, s. 70). “**Psychotická porucha s pozdním začátkem** začíná později a to o dva až šest týdnů po ukončení aplikaci látky. **Deprese** a úzkost a také jejich kombinace se velice často vyskytují u osob závislých na drogách. Dosud je však komplikované určit, pod kterou klasifikační jednotku spadají (Jeřábek In Kalina et al., 2008).

## 5.5 Faktory podílející se na rozvoji závislosti

Příčiny vzniku závislosti chápeme jako multifaktoriální. K jejímu vzniku mohou vést jak biologické tak sociální faktory. Fischer a Škoda uvádí predispozice genetické, biologické, psychické, dále také sociální faktory.

- **Genetická predispozice** je uváděna jako faktor, který se může podílet na rozvoji závislosti. Doposud není definitivně určeno, že by existovaly specifické genetické informace, které by vedly ke vzniku závislosti. Komplexní porucha se vyvíjí na základě fenotypového výsledku a genetického podkladu. Fenotypový výsledek vzniká na základě vzájemné vazby genetické výbavy a prostředí. Tato problematika je nejvíce prozkoumána ve spojitosti s alkoholem. Byly však zjištěny i souvislosti mezi výskytem určité genetické varianty a drogovou závislostí. Tato porucha má biologického jmenovatele, kterým je hardwarový systém v mozku. Ten původně zajišťoval potěšení z odměny, které se organismu dostává při určitém chování. Pro **biologickou predispozici** se uvádí možnost vzniku závislosti ovlivněním fyziologické reakce. V této oblasti vyniká zejména průběh metabolického zpracování drogy. Větší pravděpodobnost častějšího užívání látky mají ti jedinci, kteří oproti ostatním pocítují po požití látky zvlášť příjemné pocity a s jejím zpracováním nemají viditelné obtíže.

- Mezi **psychické faktory** pro vznik závislosti patří různá míra pravděpodobnosti užívání, která zvyšuje tendence k určitému způsobu prožívání. Pro tento způsob prožívání je charakteristický emocionální náboj, zvýšená úroveň aktivace, labilita a stavy deprese a úzkosti. Dále se vyskytuje zvýšená tendence k určitému způsobu hodnocení, ve kterém jedinec není schopen ohodnotit sebe a ostatní adekvátním způsobem. Objevují se sklony k sebedoceňování. Na druhou stranu se můžeme potkat s jedinci, kteří sebe i okolí naopak

nepřiměřeně přeceňují. Narůstá i tendence k takovému způsobu chování, ve kterém mají jednotlivci sníženou sebekontrolu a nižší míru volných vlastností, a nejsou tak schopni se učit ze zkušeností. Velmi vysokou pravděpodobnost vzniku závislosti mají depresivní jedinci, oplývající vysokou mírou neurotismu. U žen se setkáváme s vyšší mírou extroverze. Jistě se na vzniku závislosti podílejí také osobnostní rysy člověka. Mezi ně patří zvýšená potřeba získávat nové zážitky a sklon k ohrožujícím riskantním strategiím. Dále sem patří nižší míra sociální citlivosti. Vyšší pravděpodobnost výskytu závislosti mají jedinci s poruchami osobnosti a psychickým onemocněním. V takovém případě je však závislost podle Fischera a Škody jevem sekundárním.

- **Sociální faktory** zvyšují sklony k rozvoji závislosti. Tyto faktory působí v určitém kulturním a sociálním prostředí. Mezi sociální faktory patří vliv rodiny a sociální skupiny a vlivy městského prostředí se sníženou společenskou kontrolou a vysokou anonymitou a migrací obyvatel. Mezi rizikové sociální faktory zařadíme i školní neúspěšnost a nízký věk uživatele (Fischer, Škoda, 2009).

## 5.6 Znamky závislosti

Podle Nešpora mezi znamky závislosti řadíme craving, zhoršené sebeovládání, somatický odvykací stav, růst tolerance, upřednostnění drogy před jinými zájmy a stálé užívání návykové látky.

- Nejprve popíšeme **bažení**. Pojem bažení je oficiálně užíván již od roku 1955. Shodla se na něm komise odborníků Světové zdravotnické organizace. Je charakterizováno jako touha cítit účinky psychoaktivní látky ve spojení s předchozí zkušeností. Již v této době se objevil návrh z řad odborníků, že je vhodné odlišovat od sebe tělesné a psychické bažení. Domněnka, že bažení tělesné a psychické se v mozku projevuje odlišně, byla potvrzena až o několik let později. Nešpor uvádí, že fyzické bažení vzniká v době, kdy účinek návykové látky odeznívá. Psychické bažení se vyskytuje i po delší abstinenci. Dále taky uvádí mylnou spojitost mezi cravingem a racionalizací. Mezi cravingem a prostou touhou látku užít je podstatný rozdíl. Objektivní projevy při psychickém bažení dokazují nálezy aktivace v jednotlivých částech mozku. Jedná se především o oblast limbického systému, amygdaly, mozečku a dorsolaterální<sup>18</sup> a prefrontální kůry. Při psychickém cravingu se aktivují mozková centra související s pamětí a emocemi. Proto se další projevy psychického cravingu projevují v oslabení paměti. Zhoršován je i postřeh a prodlužuje se reakční čas. Také se zhoršuje paměť

---

<sup>18</sup> Zadopostranní

a jedinec prožívá denní snění. Denní snění odvádí pozornost od běžného života tím, že se zaměřuje na potřebu návykovou látku užít. Zaznamenávána je i zvýšená tepová frekvence systolického krevního tlaku. Podněty, které aktivují závislost, nazýváme spouštěče. Vystavení spouštěčů provází také vyšší aktivita potních žláz spolu se snížením kožní teploty. V souvislosti s cravingem zaznamenáváme zhoršení kognitivních funkcí a tedy i schopnost správného rozhodování. Riziko recidivy je možné, dojít k ní však nemusí. Může také nastat situace, že za určitých okolností bažení vede k větší opatrnosti jedince. Buďto se závislý v budoucnu rizikovým situacím účelně vyhýbá, nebo se na tyto situace lépe připraví. Tělesné bažení se projevuje v období, kdy intoxikace návykové látky odeznívá nebo již odezněla. U závislosti na stimulacích se po nadměrné aktivitě mozkových center objeví útlum. V praxi se ukazuje, že klient, který si osvojí rozsáhlejší spektrum způsobů jak bažení zvládat, je ve výhodnější pozici. Během léčby se počet strategií k překonávání bažení zvyšuje. Mezi způsoby zvládání cravingu patří strategie odvedení pozornosti a vyhýbání se situacím, které bažení vyvolávají. Kladen je i důraz na uvědomění negativních důsledků recidivy (Nešpor, 2007).

- **Zhoršené sebeovládání** je další znak závislosti, který je evidentně zhoršován bažením. Dle Nešpora však někteří lidé s drogovou závislostí mají i přes silné bažení sebeovládání zachováno. Nedostatečná sebekontrola se bez silného cravingu vyskytuje v několika podobách. Jde o proces uvědomování emocí a uvědomění si sebe sama, který je v terapii závislostí důležitý. Jako užitečné se jeví učení kvalitnějšího vnímání své psychiky, těla a hlavně emocí. K nim má bažení velmi blízko. Potřeba změny životního stylu přichází v době, kdy nadměrná únava a dlouhodobé vyčerpání jedince má souvislost s nedostatečným sebeuvědoměním. K recidivě často dochází ve vysoce rizikovém prostředí. Jedná se o místo, které má klient spojeno s užíváním návykové látky. Proto je důležitý nácvik sociálních dovedností, kde se učí mimo jiné i nácvik odmítnutí. Uvádí se, že vrůstání úzkosti je podmíněno potlačováním a popřením bažení. Úzkost tak může craving ještě zesílit, a tím i ohrozit sebeovládání. Zatímco se sebeovládání týká chování, bažení můžeme označit za subjektivní příznak. Mezi jednotlivými fenomény je jasný vztah. Důkazem toho jsou příklady, které zahrnují reálné situace. Klient s drogovou zkušeností se ve své léčbě potkává se spouštěči neboli s rizikovým prostředím. Tím vyvolá bažení a zároveň se zhorší klientovo sebeovládání. Proto je v léčbě potřeba práce s možnými spouštěči. Může totiž nastat i situace, kdy rizikové prostředí sice bažení vyvolá, ale toto je klientem zvládnuto. Klient je se situací

již seznámen a začne se spouštěčům vědomě vyhýbat. V důsledku takového jednání se zlepšuje i sebeovládání (Nešpor, 2007).

- U **odvykacího (somatického, pozn. autora) stavu** je důležité popsat kritéria, která musí být pro tuto diagnózu splněna. Jsou jimi: „*Nedávné vysazení či redukce látky po opakovaném nebo dlouhodobém užívání. Příznaky jsou v souladu se známými známkami odvykacího syndromu (ty viz dále). Příznaky nejsou vysvětlitelné tělesným onemocněním nezávislým na užívání látky a nejsou lépe vysvětlitelné jinou psychickou či behaviorální poruchou* (Nešpor, 2007, s. 16).“ Diagnostickými kritérii pro odvykací syndrom v souvislosti se stimulací jsou alespoň dva příznaky. Mezi ně patří podivné a nepříjemné sny, zvýšený apetit k jídlu, neklid či zpomalení psychomotoriky, silná touha užít drogu, spavost nebo naopak nespavost a únava. Odvykací stav na pervitinu však život sám o sobě neohrožuje (Nešpor, 2007).

Fischer a Škoda považuje odvykací stav za skupinu různých příznaků s různým stupněm závislosti. K jeho rozvoji dochází při plném nebo částečném odejmutí látky. Každý typ látky s sebou nese různý začátek a průběh odvykacího stavu. Mezi komplikace řadíme somatické a psychické problémy. Často se objevují křeče, deliria, bludy a halucinace. Poruchy, které se vyskytnou v průběhu užívání látky nebo jako jeho následek, nazýváme psychotickými poruchami. Nejedná se však o poruchy spojené s intoxikací nebo abstinencií příznaky. Pro tyto poruchy jsou charakteristické bludy, halucinace emocionální alterace a jiné (Fischer, Škoda, 2009).

- Vznik tolerance není zcela jasný. Víme, že pro dosažení stejného účinku potřebujeme vyšší dávku návykových látek. Zvýšená tolerance může vznikat nižší schopností reakce centrálního nervového systému na určitou návykovou látku, nebo rychlejším odbouráváním návykové látky (Nešpor, 2007).

- **Upřednostnění drogy před ostatními zájmy** je velice častá oblast v životě drogově závislého. Často se opakující známka závislosti je zvýšené množství času věnované ve prospěch návykové látky. Tato pozornost drogově závislého zabere většinu jeho času. V procesu léčby se klade důraz na informování klienta o možných zdravotních následcích užívání návykové látky. Pokud klient pokračuje v užívání drogy i přes informování odborníka, jedná se o znak závislosti. U závislých se tedy často objevuje tendence **pokračovat v užívání drogy i přes jasné důkazy jejích škodlivých následků** (Nešpor, 2007).

## 6 Pervitin

Amfetaminová stimulancia<sup>19</sup> můžeme rozdělit na dvě oblasti. První oblast zahrnuje amfetaminy. Jedná se o amfetamin a **metamfetamin** a další příbuzné látky. Metamfetamin je v porovnání s amfetaminem uváděn jako silnější stimulant centrálního nervového systému. V praxi jsou ale jejich účinky stěží odlišitelné. Faktory podílející se na účinku této drogy závisí na její čistotě. Záleží také na různé kyselosti moči u uživatelů podílející se na rychlosti vstřebání stimulantu do těla. Pod druhou oblast spadají drogy typu extáze. Protože naše pozornost se dotýká syntetických budivých drog, zaměříme se tedy na první oblast (Centrum adiktologie a Sdružení SCAN, 2010).

### 6.1 Metamfetamin

Jedná se o syntetickou látku, která působí jako stimulants<sup>20</sup> na centrální nervový systém. Metamfetaminová báze je ve vodě nerozpustný olej. Charakteristická je pro ni bezbarvost. Podoba nezákonného výrobku není pouze v podobě prášku. Vyskytuje se také jako čistý krystalický hydrochlorid, který je známý jako *ice* (Centrum adiktologie a Sdružení SCAN, 2010).

V českém prostředí je metamfetamin nazýván jako pervitin, piko, perník. Jeho slangové pojmenování můžeme najít i v asijských zemích, kde nese mezi uživateli název *yaba* nebo *shabu*. Nejčastější způsob užívání je šňupání, nitrožilní podání nebývá tak časté. Při takto provedené aplikaci hrozí jednak vysoké riziko tvorby závislosti, ale také přenos virových onemocnění. Protože je metamfetamin hydrochlorid prchavý, užívá se také kouřením. Při tomto způsobu aplikace mnohonásobně vzrůstá závislost a s ní také zdravotní potíže. Nejrozšířenější syntetický stimulant na světě je pravděpodobně metamfetamin. Důvod, proč EMCDDA<sup>21</sup> a Europol<sup>22</sup> vybraly tuto látku jako ústřední téma společných publikací, je poměrně pochopitelný. Kouření metamfetaminu v jeho krystalické podobě jde ruku v ruce s fatálním dopadem na zdraví lidské populace. Monitorovací aktivity EMCDDA a Europolu mohou odhalovat nové trendy, získávání informací je však velmi náročné. Vychází také z informací získaných sledováním léčby, která však trvá poměrně dlouho. Z důvodů

---

<sup>19</sup> V zahraniční literatuře tento pojem nalezneme pod amphetamine – type stimulants, nebo pod zkratkou ATS.

<sup>20</sup> Pojem může být označován také jako budivá látka.

<sup>21</sup> European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Jedná se o evropské monitorovací centrum pro drogy a závislost a je považován za klíčový zdroj informací o drogách v Evropě. Jeho provoz byl zahájen v roce 1995 v Lisabonu a má stočlenný tým, který mimo jiné poskytuje podklady k navrhování zákonů.

<sup>22</sup> Evropský policejní úřad nebo-li organizace Evropské Unie a slouží k prosazování zákonů. Od roku 1999 sídlí v Haagu. S jeho šesti sty zaměstnanci bojuje také proti obchodování s drogami atd.

komplikovanosti celé problematiky není zcela jasné, zda-li je užívání metamfetaminu rostoucím trendem. Zůstaňme u premisy, že metamfetamin je hojně rozšířeným syntetickým stimulantem. Látka původně sloužila jako prostředek k zvyšování výkonu vojáků ve druhé světové válce. Dramatický růst jeho obliby je datován do devadesátých let. S jeho užíváním je v současnosti spojováno mnoho závažných zdravotních a sociálních problémů. Nejvíce je těmito aspekty zasažena Asie a Severní Amerika. Bohužel se problémy rozšiřují i do dalších rozvojových a rozvíjejících se zemí. Pokud se zaměříme na Českou republiku, metamfetamin je druhou nejrozšířenější drogou po konopí. Také Slovensko uvádí značné problémy ve spojitosti s metamfetaminem. Existují obavy, že díky snadné dostupnosti bude jeho šíření problémem několika nastávajících let (Centrum adiktologie a Sdružení SCAN, 2010).

## 6.2 Historie metamfetaminu

První syntézu metamfetaminu z efedrinu provedl v roce 1919 Akira Ogata v Japonsku. Samotný efedrin byl poprvé izolován chemikem Nagayoshi Nagaim z rostliny *Ephedra vulgaris*<sup>23</sup>. Tuto rostlinu používali už čínští léčitelé v prvním století našeho letopočtu k léčbě astmatických onemocnění. K patentování léku došlo v roce 1920 a na trh byl uveden jako Methedrine. Ve dvacátých a třicátých letech v Evropě, ale i v Americe užívání metamfetaminu a amfetaminu v lékařské oblasti zaznamenává růst. Lékaři ve Velké Británii předepisovali amfetamin na psychiatrická onemocnění. Jeho stimulační účinky byly oblíbené i u řady studentů. Konec třicátých let přinesl problémy s vedlejšími účinky užívání. Bez lékařského dohledu aplikace těchto stimulantů vedla k růstu depresí a závislostí. Až do šedesátých let byly tyto návykové látky pokládány laiky i odborníky za bezpečné a prospěšné léky. Temmler byla berlínská farmaceutická společnost, která roku 1938 začala s produkcí metamfetaminu. Jeho obchodní název byl Pervitin. Ve druhé světové válce byl pervitin podáván pro zvýšení koncentrace a výkonu německých vojáků. Proto dobové označení *čokoláda pilotů* si našlo své příznivce také u mnoha německých civilistů (Centrum adiktologie a Sdružení SCAN, 2010).

Transformace názvu prodělala svůj vývoj i v Japonsku. Zde se ve čtyřicátých letech podával japonským pilotům pod názvem *Philopon*. Netrvalo dlouho a také zde se droga objevila mezi japonským obyvatelstvem. Stimulant získal název *shabu*, který se dodnes používá pro metamfetaminové tablety nelegálního původu. Po skončení války zbylo mnoho metamfetaminových tablet, které byly původně distribuované pro armádní zaměstnance.

---

<sup>23</sup> České pojmenování chvojník.



Nechybělo dlouho a tato doha se rozšířila mezi civilní obyvatelstvo (Centrum adiktologie a Sdružení SCAN, 2010).

S rostoucím omezením lékařského využití stimulantů se objevily i ilegální zdroje a to ve třech podobách. V první řadě se jednalo o nelegální distribuci farmaceutických výrobků vyrobených podomácku. Druhou byl ilegální dovoz ze zahraničí a třetí se objevovala v podobě nelegální domácí výroby. Velkou Británii zaplavil v šedesátých letech epidemický trend užívání metamfetaminu. V té době se totiž kapsle Methedrin legálně užívaly při léčbě na kokainu. Poté, co se tato látka dostala na černý trh, způsobila vysoký nárůst nitrožilního užívání. V České republice se v osmdesátých letech objevuje nelegální výroba. Užívání metamfetaminu se stává zásadní částí drogové problematiky. V této době se v Praze objevuje jednoduchý návod na přípravu pervitinu. Byl rychle rozšířen po české části československé federace. Členové malých skupin, kteří pervitin vyráběli, ho zároveň i užívali. Výrobu usnadňovala snadná dostupnost efedrinu. V dnešní době se na rozdíl od nelegálních druhů drog typu kokainu a heroinu metamfetamin pašuje v mezinárodním měřítku jen minimálně. Je to dáno tím, že se droga často vyrábí blízko nebo v centru svého spotřebního trhu. Výroba metamfetaminu není pracná a není k ní zapotřebí tolik ochranných opatření. Metamfetaminové laboratoře lze rychle zařídit k vyřízení objednávky a také je lze rychle odstranit. Tím se pachatelé vyhýbají odhalení. S prekurzory<sup>24</sup> se legálně nepřetržitě obchoduje ve velkém množství. Jejich monitorování je tak velmi obtížné. V současné době se efedrin a pseudoefedrin vyrábí z rostliny chvojníku čínského nebo chemickou cestou (Centrum adiktologie a Sdružení SCAN, 2010).

### **6.3 Pervitin u nás i ve světě**

Některé země východní Evropy dospívají k názoru, že se jeho užívání zvyšuje. Slovensko zaznamenává dramatický růst uživatelů metamfetaminu od roku 2002, což dokazuje také větší poptávka léčby ze strany uživatelů. V České republice se trend užívání přenáší i na skupinu rekreačně užívajících konzumentů drog. Tento vývoj podporuje hojně rozšíření drogy. Evropská unie je na tom velmi podobně. Mladí lidé aplikují drogu hlavně intravenózně. V České republice je nejžádanější drogou právě metamfetamin. V roce 2009 se ze závislosti na ní léčilo 61% klientů. Zarážejícím faktem je, že v České republice si 82% uživatelů aplikuje pervitin nitrožilně, zatímco na Slovensku se pohybujeme kolem 41% injekčního užívání (Centrum adiktologie a Sdružení SCAN, 2010).

---

<sup>24</sup> Výchozí látka

## 6.4 Pohled na pervitinovou kulturu

Pervitinová kultura v ČR<sup>25</sup> funguje následovně. Pro její správné pochopení bychom se měli opírat o subjektivní a objektivní zdroje informací. Zprostředkování informací ze subjektivního pohledu získáváme prostřednictvím optiky samotných uživatelů. Objektivní informace získáváme z institucí, které se zaměřují na profesionální sběr a zpracování dat. Jedná se především o *Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti*. Údaje sbírané krajskými hygienickými stanicemi zpracovává *Hygienická stanice hlavního města Prahy*. Přínosné jsou i informace z *Národní protidrogové centrály*, která monitoruje aktuální dění na pervitinové scéně. O trestnou činnost, která je spojována s užíváním a distribucí pervitinu, se stará *Policie ČR*. Protidrogová politika je realizována na centrální a místní úrovni. *Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky* řídí protidrogovou politiku na národní úrovni. Jednou z činností, kterou provádí, je projednávání a předkládání jednotlivých dokumentů protidrogové politiky vládě. Jedná se o „...*národní strategii protidrogové politiky a akční plán realizace národní strategie protidrogové politiky* (Jakubcová In Růžička et al., 2012, s. 60).“ Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti je důležitým zdrojem informací. Monitoruje situaci ve věcech spojených s užíváním drog, tudíž i pervitinu. Zároveň je součástí Úřadu vlády ČR a českým národním partnerem *Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogovou závislost se sídlem v Lisabonu*. Další instituce, která zpracovává objektivní informace spojené s užíváním pervitinu, je *Hygienická stanice hlavního města Prahy*. Drogová epidemiologie<sup>26</sup> je jednou z oblastí, které se tato instituce věnuje. Informace sbírají v jednotlivých zařízeních pro uživatele drog. Dále mapují potřebné údaje o uživatelích. Podrobné informace o souvislostech spojených s užíváním drog poskytuje Výroční zpráva ČR. Dalším zdrojem objektivních informací je Národní protidrogová centrála SKPV. Prostřednictvím tohoto útvaru Policie ČR jsou vydávány pravidelně výroční zprávy mapující situaci v oblasti drog. Má celostátní působnost. Snaží se o zmapování nových trendů v oblasti výroby a obchodu s omamnými psychotropními látkami na našem území (Jakubcová In Růžička et al., 2012).

---

<sup>25</sup> České republiky

<sup>26</sup> Obor lékařství zabývající se příčinami vzniku a zákonitostmi šíření nemocí hromadného výskytu.

## 7 Škodlivý dopad užívání omamných psychotropních látek na zdraví jedince

I zde je zdraví pojímáno v bio, psycho, sociálně a spirituálním kontextu. Při realizaci Krátkého intervenčního programu pro uživatele pervitinu je důležité, aby terapeut znal jednotlivá zdravotní rizika spojená s jeho užíváním. Měl by mít mnoho informací o této problematice, a to především na začátku programu. Tyto znalosti vhodným způsobem předá klientovi, což by mělo prohloubit jejich vzájemný vztah. Pervitin ohrožuje zdraví a v některých případech může končit smrtí. Aplikace a způsob užití této drogy může ještě rizika zvýšit. Důležitý poznatek je, že neexistuje jeho bezpečné užívání (Havránková, Řeřichová In Růžička et al., 2012).

Mezi nejčastější škodlivé dopady užívání omamných psychotropních látek řadíme **intoxikaci**, při které dochází k akutní nebo krátkodobé změně stavu jedince. Jedná se o intoxikaci, která následuje po užití drogy. Intoxikaci charakterizujeme jako přechodnou změnu psychických, behaviorálních a fyziologických funkcí. Změny jsou podmíněné individuálně, protože i tolerance vůči látce a okolnosti užití a následků jsou u každého jedince různé. Akutní intoxikace může vzniknout dokonce při prvním kontaktu s látkou. Objevují se problémy fyzické koordinace, soustředění a v racionálním myšlení. Patrná je taktéž agresivita, zmatenost a suicidální tendence. V důsledku akutní intoxikace může dojít až ke smrti. Dlouhodobějším užíváním omamné psychotropní látky vznikají **chronická zdravotní poškození**. Jedná se o hepatitidu získanou v důsledku intravenózního užívání látky, jaterní cirhózu nebo AIDS. Mezi **akutní a chronické sociální důsledky** řadíme uvěznění a sociální problémy, které mohou vyústit v nezaměstnanost, páchaní kriminality nebo rozpad rodiny (Fischer, Škoda, 2009). Onemocnění jsou v souvislosti s užíváním drog chápána jako heterogenní skupina. Dle Minaříka a Řeháka se jedná o somatické komorbidní onemocnění. Může se stát, že onemocnění začne být závažnějším problémem než samotná závislost na návykové látce. Jedná se o neléčitelné poruchy, které je možné pouze stabilizovat. Příkladem je HIV/AIDS a různé podoby infekcí. U aktivních uživatelů drog se často nedočkáme optimální spolupráce. Léčebný program dokáže dodržovat pouze hrstka z nich. Závislost často zvítězí nad léčbou nemocí. U abstinujících klientů dochází k obnovení užívání drog z důvodů nežádoucích účinků spojených s léčbou. Somatické komplikace mohou mít podobu fyzikální, chemickou a infekční. U pervitinové klientely se objevují faktory, které často souvisí s životním stylem a chováním uživatelů. Paradoxem se v této problematice stává nedostatek drog. Rizikové modely chování totiž plynou z úzkosti nedostatku drogy a v konečném

výsledku vedou k narušení rovnováhy organismu. Specifikum toxicity látky je považováno za příčinu existence dlouhodobých uživatelů. Hloubku poškození organismu ovlivňuje styl, frekvence a způsob dávkování návykové látky. U dlouhodobých klientů se setkáváme s ovlivněním orgánových systémů, které směřuje k poškození zdraví. Při aplikaci drogy dochází k narušení integrity organismu. Za nejrizikovější aplikaci považujeme intravenózní užití. Injekční aplikace látky s sebou nese riziko přenosu nežádoucích mikroorganismů do krve. V porovnání s intravenózním způsobem aplikace jsou ostatní způsoby užívání látky méně rizikové. U intranazální aplikace<sup>27</sup> se vstupem pro látku do organismu stává nosní sliznice, která je postupem času značně poškozena. Důsledek takového způsobu užívání pervitinu může vést ke ztrátě čichu. Při abúzu pervitinu prostřednictvím inhalace dochází k poškození plic, kde se látka vstřebává, a pochopitelně tak vzrůstá pravděpodobnost vzniku zhoubných nádorů. Perorální užití je sice šetrnější k organismu, ale může při něm dojít k podráždění trávicího traktu. Minařík a Řehák rozdělují uživatele drog podle očekávaných komplikací do tří skupin. První skupinu tvoří „*experimentátoři a neinjekční uživatelé s kratší drogovou kariérou* (Minařík, Řehák In Kalina et al., 2008, s. 89)“. U této skupiny se somatická komorbidita objevuje méně často. Častější je komplikace spojená s nevhodným způsobem aplikace, která se tak stává komplikací akutního rázu. Druhá skupina je tvořena intravenózními uživateli, kteří jsou zatím bez závažných zdravotních problémů. Jedná se o uživatele, kteří zatím dodržují bezpečnou aplikaci drogy, ale ve srovnání s první skupinou se u nich zvyšuje pravděpodobnost budoucí nákazy infekčním onemocněním. Třetí skupinu tvoří dlouhodobí injekční uživatelé s takovým zdravotním poškozením, které je důsledkem několikaletého intravenózního užívání. Jedná se o nevratné narušení organismu a opakují se jak místní, tak celkové infekce. Časté jsou poruchy imunity, podvýživa a závažné poškození cévního systému v souvislosti s poškozením vnitřních orgánů. Objevuje se i chronická hepatitida (Minařík, Řehák In Kalina et al., 2008).

## **7.1 Lokální obtíže při užívání drog**

Intravenózní aplikace bývá nejčastější příčinou lokálního poškození. Ale i dlouhodobá intranazální aplikace nebo inhalace drogy vede k fatálním důsledkům na zdraví jedince. Vpichy jsou viditelné a rozpozná je i neodborník. To vede uživatele pervitinu k aplikaci na taková místa, která nejsou na první pohled viditelná. Místem pro vpich látky tak často může být velmi nebezpečné místo, například třísllo nebo dolní končetina. Ať už se jedná o místo,

---

<sup>27</sup> Používá se též označení sniffing.

keré je na první pohled viditelné či ne, často na něm vzniká zánět. Ten může být způsoben buď nevhodným způsobem aplikace, neočekávanými vlastnostmi látky, anebo přítomností mikroorganismů zanesených do rány. Nejčastěji se jedná o kožní infekce. Při přítomném zarudnutí, otoku, hnisavé sekreci nebo vytvoření zarudlých krust se jedná o povrchové záněty, bez výskytu horečky nebo celkové schvácenosti. Pak existují další formy zánětu, které jsou doprovázeny celkovými příznaky infekce. Mohou jimi být horečky septického charakteru. Jedná se o absces nebo flegmónu, při kterých se objevuje hnisavé roztavení postižené tkáně. Lokální bolestivé zarudnutí bývá přítomno častěji u flegmóny. Rozdíl mezi abscesem a flegmónou je dle Minaříka a Řeháka následující:

- U **abscesu** se jedná o dutinu, která vzniká na základě zkapalnění postižené tkáně. Dutina je vyplněna hnisem, který obsahuje zbytky bakterií a leukocytů. Pokud se absces spontánně projeví navenek, vznikne píštěl s hnisem. Hnis postupně odtéká a vzniká jizva. Uživatel drogy ho pozná tak, že takové místo je zarudlé nebo horké. Po hmatu je cítit tekutinou vyplněný útvar.

- **Flegmóna** na rozdíl od abscesu ohraničená není, infekce se tak šíří do okolí. U rozvinuté flegmóny se vždy objevují celkové komplikace a stav může nemocného ohrozit na životě. Někdy je bohužel nutná amputace postižené končetiny. Projeví se jako šířící se bolestivé zarudnutí na povrchu kůže. Vždy je nutná léčba, jinak může dojít až k úmrtí.

Hnisavá onemocnění mohou být jak místní, tak celková. Zde platí, že u místní komplikace se hnisavý proces může rozšířit i na lymfatickou tkáň a žíly. Z takového postižení může vzniknout potíž celková. Nebezpečí nastává, pokud se lymfatickou cestou dostanou bakterie do krevního oběhu a vyvolají sepsi. Dále se v žíle tvoří infikované tromby, které, když se uvolní, způsobují fatální důsledky, jako je třeba septický infarkt. V takových případech je lékařská pomoc nezbytně nutná. Pokud klient užíval dlouhodobě látku intranazální cestou, dochází k poškození sliznice. Je to v důsledku farmakologických a chemických vlastností látky. V důsledku závažného poškození sliznice dochází k zhoršení čichu a je třeba péče lékaře ORL<sup>28</sup> (Minařík, Řehák In Kalina et al., 2008).

## 7.2 Postižení kardiovaskulárního a dýchacího systému

V důsledku intravenózního užívání drog je poškozen i cévní systém. **Tromboflebidita**<sup>29</sup> je důsledkem aplikace roztoků, které nemají vyhovující fyzikální a chemické vlastnosti. Pokud probíhají záněty opakovaně, dochází ke zvětšení cévní stěny

---

<sup>28</sup> Otorinolaryngologie

<sup>29</sup> Zánět povrchových žil

a zároveň k zúžení cévy. Akutní zánět povrchových žil klient pozná bolestivým ztuhnutím postižené žíly. K **zánětu hlubokých žil** na dolních končetinách dochází při aplikaci látky do cév. Při utržení krevní sraženiny často dochází k těžké plicní embolii a následně k srdečnímu selhání. Pokud je dolní končetina postižena zánětem hlubokého systému, má v porovnání se zdravou nohou masivnější objem a je zamodralá. Takto postižený uživatel drog prožívá tupou bolest v oblasti chodidla či lýtka. Časté jsou u uživatelů pervitinu **infarkty myokardu**. Jejich rozvinutí se objevuje i bez varování předcházející srdeční nedostatečnosti. Obvykle u uživatele dochází k **arytmii** a dalším poruchám srdce. Postižen bývá i dýchací systém. Poškozením plic dochází k hypoxii<sup>30</sup>, v jejímž důsledku dojde k poškození spousty dalších orgánů nebo k úmrtí (Minařík, Řehák In Kalina et al., 2008). Potíže nejsou spojeny pouze s inhalací pervitinu, ale i s injekčním podáním látky. Často se objevuje plicní edém<sup>31</sup>. Dále klienta může postihnout plicní barotrauma<sup>32</sup> v důsledku zadržování kouře v plicích, vnitřní krvácení do plic a v neposlední řadě k plicní embolie. Řasy, které u neuživatelů pervitinu pomáhají k čištění plic, jsou u uživatele značně poškozeny. Proto nemohou svoji funkci vykonávat, a tím jsou uživatelé více náchylní k zápalům plic a bronchitidě. Rizikovou nemocí se také stává tuberkulóza. Mezi další poškození zdraví v důsledku užívání pervitinu jistě patří **poškození ledvin**. Dochází k němu v důsledku dlouhodobého intravenózního užívání spolu s opakovanými infekčními komplikacemi. Objevují se také mrtvice a záchvaty. Tím, že dojde k zúžení cévy a opakovaně se zvýší tlak, vznikne mrtvice. Spolu s vysokou teplotou může zapříčinit výpadky paměti přechodného charakteru nebo záchvaty. V případě užívání stimulantů dochází u uživatele i k epileptickým záchvatům (Havránková, Řeřichová In Růžička et al., 2012).

### 7.3 Specifická onemocnění u intravenózních uživatelů

Jedná se o onemocnění, která vznikají krevní cestou, pohlavním stykem nebo přenosem z matky na dítě. Nemoci vzniklé přenášením krví se řadí k nejzávažnějším a také nejobvyklejším komplikacím v důsledku intravenózní aplikace drogy (Minařík, Řehák In Kalina et al., 2008). Do této kategorie zahrnujeme **HIV/AIDS** a **hepatitidu typu C**. Rizikové chování se u uživatelů pervitinu zvyšuje a pravděpodobnost nakažení tímto onemocněním se tak stává reálnější. Inkubační doba HIV/AIDS je stanovena zhruba na 3 týdny. Pro toto onemocnění je charakteristické dlouhodobě bezpříznakové období. Doba od nákazy do

---

<sup>30</sup> Snížený obsah kyslíku ve tkáních

<sup>31</sup> Nahromadění tekutiny v plicích

<sup>32</sup> Vzduch uniká z plic.

úplného rozvinutí onemocnění u neléčeného klienta trvá deset let. AIDS se projeví těžkou poruchou imunity a postižení se stává přítomné ve většině orgánových systémů (Havránková, Řeřichová In Růžička et al., 2012). Přenos viru hepatitidy C se realizuje hlavně prostřednictvím krve. U intravenózních uživatelů je předmětem přenosu materiál, který uživatel používá k aplikaci pervitinu. Jedná se o injekční stříkačky, lžičky, filtry, vody a jehly. Účinná vakcína zatím nebyla vyvinuta. Dle Minaříka a Řeháka je v České republice výskyt viru hepatitidy C stabilizovaný. Charakteristickým znakem onemocnění je průběh, u kterého nezaznamenáváme příznaky. Často se objevuje tendence přechodu onemocnění do chronického stavu. Jen malý počet nakažených si stěžuje na žloutenkové projevy v akutním období. Obvykle bývají přítomné necharakteristické projevy, jako je únava. Pozdní následky viru jsou rozvíjeny během patnácti až čtyřiceti let. Jedná se o jaterní cirhózu nebo třeba rakovinu. V důsledku současné konzumace alkoholu se u viru hepatitidy C prohlubuje postižení jater. Inkubační doba trvá obvykle padesát dnů, ale může probíhat v pásmu patnácti až sto šedesáti dnů. Infikovaná osoba se tak stává dlouhodobým zdrojem infekce. Vysoce účinná léčba je možná již v akutním stádiu, ale praxe ukazuje na to, že se často neuplatní vzhledem k pozdnímu podchycení onemocnění (Minařík, Řehák In Kalina et al., 2008).

## 7.4 Těhotenství

Kombinace užívání pervitinu a těhotenství se rozhodně nedoporučuje. V důsledku abúzu může pervitin velmi zkomplikovat těhotenství a může dojít až k poškození plodu. S těhotenstvím je spojováno zvýšené množství nutričních nároků. Zde nastává velký problém, protože vypěstovaná závislost na pervitinu s sebou nese i souhrn nevhodných stravovacích návyků. Další ohrožení poškození plodu nastává ve chvíli, kdy ženy začnou mít obavy z postupného přibývání na váze a špatné stravovací návyky se tak začnou ještě více prohlubovat. Zde záleží na stupni závislosti uživatelek. V případě, že se jedná o nepravidelné užívání pervitinu, zvyšuje se i pravděpodobnost abstinence. Těhotná žena si uvědomí reálné důsledky abúzu drogy a zvětšuje se šance nepoškození plodu. Užívání pervitinu v době těhotenství nese i další rizikové zkreslení reality. O pervitinu je známo, že budí dojem zvýšené fyzické a psychické výkonnosti. Psychomotorika ženy se pod vlivem pervitinu zrychluje a hrozí nebezpečí vyčerpání organismu. Žena necítí únavu a nedokáže odhadnout své síly. Přímé působení této látky v těle zvyšuje aktivitu sympatiku a zužují se cévy placenty a dělohy, což sebou nese riziko následku hypoxie plodu. Děloha se stává dráždivější, protože se zvyšuje tepová frekvence a krevní tlak matky i plodu. Tím, že je chronicky u těchto rodiček

snížena hladina kyslíku v krvi plodu, bývá i větší výskyt narozených dětí s nízkou porodní hmotností. Současně je zaznamenán větší počet předčasně zahájených porodů. Dochází i k placentálním změnám a to v podobě častějšího odloučení placenty. V neposlední řadě se objevuje syndrom náhlého úmrtí novorozence. Zvýšený krevní tlak rodičky doprovází bolesti břicha a hlavy a může docházet k poruchám vidění. Další známka nevhodnosti užívání pervitinu v těhotenství je výskyt bílkoviny v moči. Jedná se o nedostatečnou funkci ledvin a k jejímu výskytu dochází i při horečce. U preklampsie<sup>33</sup> může dojít k ukončení těhotenství císařským řezem. Při tomto onemocnění se zvýší krevní tlak matky a dochází k úniku bílkovin do moči. Může se stát, že se dítě narodí s následky. Proto se v důsledku užívání pervitinu rodí děti s nízkou porodní hmotností a jsou patrné známky abstinčního syndromu. U tohoto dítěte lze vysledovat dráždivost, křeče, třes a poruchy spánku. V nemocnici na Bulovce je zřízeno specializované oddělení, kde je pečováno i o HIV pozitivní matky. U těhotných žen závislých na pervitinu se zabýváme tím, jestli se správně vyživují. Zjišťujeme, zda-li je žena schopna sama navštívit lékaře, popřípadě zmapujeme, jakou má podporu ze strany okolí. V rámci Krátkého intervenčního programu bychom těhotné budoucí matce měli poskytnout informace o těhotenství. Snížíme její obavy a zaměříme se na to, co bude dítě potřebovat a jak se o něj starat. Důležitým poznatkem se stává fakt, že pervitin nebývá jedinou látkou, kterou těhotná žena užívá. Častá bývá kombinace s alkoholem a cigaretami (Havránková, Řeřichová In Růžička et al., 2012).

## 7.5 Duševní poruchy

Užívání pervitinu může budít dojem zlepšování duševního stavu u některých již diagnostikovaných duševních poruch. Další duševní poruchy se mohou u člověka vyskytnout teprve při užívání látky. Vždy je důležité zajistit klientům s psychiatrickou poruchou adekvátní péči. Při užívání pervitinu se mohou jednotlivé psychické obtíže komplikovat. Při výskytu poruchy pozornosti s hyperaktivitou může pervitin zastupovat dojem vhodné léčby ze strany uživatele. Při úzkosti a paranoii dochází v kombinaci s užíváním pervitinu ke zhoršení psychického stavu. Pokud se objeví schizofrenie, užívání pervitinu navozuje pocit léčebných účinků. Další psychické potíže jsou: bipolární afektivní porucha, sebevražedné myšlenky, halucinace, toxická psychóza a spousta dalších. Do skupiny ostatních zdravotních problémů zařazujeme problémy se zažíváním a bolesti žaludku, dermatologické obtíže, snížení imunitního systému a celkovou vyčerpanost organismu. S užíváním pervitinu jsou spojeny

---

<sup>33</sup> Onemocnění placenty



obtíže s nesprávným stravováním a podvýživou. Poruchy příjmu potravy jsou řazeny do kategorie psychických obtíží. V souvislosti s užíváním pervitinu mohou nastat vážné komplikace (Havránková, Řeřichová In Růžička et al., 2012).

## 7.6 Kombinování abúzu omamných a psychotropních látek

Pervitin mnohdy není jedinou omamnou psychotropní látkou, kterou si uživatel záměrně mění prožívání. Často se objevují uživatelé pervitinu, kteří svou závislost kombinují s jinými látkami. V takovém případě se mění i psychické procesy uživatele. Kombinace látek má výrazný vliv i na jeho organismus. Popíšeme si tedy jak oblast akutní intoxikace, tak i odvykacího stavu. Abychom pochopili vlastnosti jednotlivých návykových látek, je třeba si je nejprve stručně popsat. Poté se zaměříme na výsledek účinků v jejich kombinaci. Budeme se zabývat omamnými a psychotropními látkami, které uvádí Prachařová: alkoholem, opiáty, marihuanou, extází, benzodiazepiny a barbituráty (Prachařová In Růžička et al., 2012).

- Mezi nejrozšířenější návykovou látku patří bezpochybně **alkohol**. Jeho účinky závisí na množství požití této látky. Proto si uvedeme jednotlivé fáze a stadia, která vznikají při požití alkoholu. O první fázi opilosti se mluví jako o excitační nebo-li euforické. Projevuje se odstraněním překážek, veselou náladou, hovorností a zvýšeným sebevědomím. Je to stadium, které se pojí s půl až jedním promile alkoholu v krvi. Hypnotické stadium, které pokračuje po euforické fázi, se projevuje narušenou koordinací, až ztrátou sebekontroly. Jedinec má požití takové množství alkoholu, které se pohybuje mezi jedním až dvěma promile. Postupně může následovat narkotické stádium, při kterém se objeví vážná porucha v koordinaci a zmatenost. Projevuje se také zpomalení činnosti srdce a dýchacího systému. Snižuje se krevní tlak a stav opilosti přechází do hlubokého spánku. Jedinec má dvě až tři promile alkoholu. Asfyktické stádium se objevuje u jedince s 3,5 až 5 promile. Jedná se o poslední stádium doprovázené hlubokým komatem, které může končit i smrtí. Ta nastává v důsledku selhání dýchacího systému a činnosti srdce (Prachařová In Růžička et al., 2012).

Součástí odvykacího stavu jsou následující symptomy: nevolnost až zvracení, třes, pocení, slabost a psychomotorický neklid. Tento stav přichází nejčastěji v plné síle druhý den abstinence, ale objevuje se už i po několika hodinách po užití. Nejzávažnější stav se nazývá delirium tremens. Vzniká po odnětí alkoholu. Smrtelně nebezpečný stav je doprovázen halucinacemi a bludy a na tělesné úrovni se objevuje třes. Pokud je odvykací stav obzvláště těžký, podávají se uživateli benzodiazepiny (Prachařová In Růžička et al., 2012).

Alkohol v kombinaci s pervitinem vytváří nebezpečnou dvojici látek pro uživatele. Uživatel pervitinu totiž v této kombinaci snese vysoké množství alkoholu a tak snadno může dojít k otravě alkoholem. I přes velké množství alkoholu se stav opilosti nedostavuje. Pervitin totiž zastíní jeho účinky. Takový uživatel může vypít opravdu vysoké množství alkoholických nápojů, a přesto působí střízlivým dojmem. Je to z toho důvodu, že stále trvá stimulační efekt pervitinu. Může však nastat i situace, kdy pervitin napomůže rychlejšímu vystřízlivění jedince z předešlého opíjení. Taková varianta však s sebou nese vysoké riziko vzniku závislosti na obou látkách. Praxe však poukazuje na to, že uživatel pervitinu nekombinuje pouze tyto dvě látky. Pokud jedinec zkombinuje více látek, účinky nelze s jistotou předvídat. Reálné nebezpečí utlumení dýchacího centra vzniká při kombinaci s další tlumivou látkou. V takovém případě dochází ke smrti (Prachařová In Růžička et al., 2012).

- **Opiáty** jsou známy pro své výrazné tlumivé a euforické účinky. Uživatelé této látky se chovají zpomaleně a chybí jim zájem o okolí. Dostavují se pocity otupělosti, ospalosti a neschopnosti soustředění. Kombinace účinku se projevuje útlumem CNS a dechového systému. Opiáty patří do skupiny návykových látek, na které vzniká fyzická i psychická závislost. Předávkování je velkou reálnou hrozbou pro uživatele. Nejznámějším zástupcem skupiny opiátů je heroin. Jako chemický název se používá diacetylmorfin. Opium je získáváno z nezralých makovic. Jedná se o lepkavou tekutinu, která v kombinaci se vzduchem rychle tuhne. Aplikuje se intravenózně, požitím nebo inhalací. Do této skupiny také řadíme účinnou látku buprenorfin, kterou označujeme jako Subutex. Jde o substituci, ve které jsou účinky slabší než při aplikaci heroinu. Na rozdíl od heroinu se jedná o lék, takže neobsahuje jiné škodlivé látky. Užívá se však pouze perorálně. Kdyby se podával intravenózně, byl by stejně nebezpečný jako heroin. Pokud se užívá přesně podle doporučení lékaře, riziko předávkování nehrozí. K potlačení bolesti se užívají i léky, které se nazývají opioidní analgetika, používaná při nádorových onemocněních nebo pooperačních stavech. Bývají často zneužívána. Odvykací stav u opiátů je opravdu velmi závažný. Projevuje se bolestmi celého těla, zvracením a průjmem (Prachařová In Růžička et al., 2012).

Ačkoli se může zdát, že uživatel pervitinu nemá potřebu zažívat účinky opioidů, praxe ukazuje na kombinaci užívání obou látek. Dochází k nižší stimulaci organismu, avšak euforie je na svém vrcholu. Pro optimální účinek se návykové látky různě míchají. Při kombinaci těchto protichůdných látek se zvyšuje pravděpodobnost předávkování i vzniku závislosti (Prachařová In Růžička et al., 2012).

- Velmi rozšířenou drogou je **marhuana**. Jedná se o přírodní drogu získávanou z konopí. Patří do skupiny kanabinoidů. Po její aplikaci dochází ke změně psychických procesů jedince. Záleží na aktuálním psychickém prožívání uživatele a na kvalitě a množství podnětů z okolí. Mohou se dostavovat pocity euforie a klidu. Při užívání marihuany však nedochází vždy jen k příjemným pocitům. Při vyšších dávkách se objevují pocity úzkosti a panických reakcí, mohou se dostavit také halucinace a pocity odcizení. Účinky se popisují jako tlumivé, budivé a halucinogenní. Při dlouhodobém užívání se mohou dostavovat nežádoucí účinky. Jedná se o poruchy paměti, snížení motivace a zvýšení tělesné váhy. Důsledky užívání této látky se po delší době projeví i na tempu a způsobu řešení každodenních záležitostí. Jedinec je lhostejný, líný a oddaluje záležitosti, které by za jiných okolností řešil. Pervitin v kombinaci s marihuanou má také své specifické účinky. V případě, že se uživatel pervitinu nachází ve fázi tzv. dojezdu, užívá marihuanu pro uklidnění a zmírnění nepříjemných stavů. Po jejím užití se dostává pocit uklidnění a potřeba spánku (Prachařová In Růžička et al., 2012).

- Další hojně užívanou drogou je **extáze**. Při jejím účinku se dostavuje pocit empatie a sounáležitosti s ostatními lidmi. Při vyšších dávkách se objevuje stimulační efekt. Jedinec nepocítuje únavu a zároveň nemá potřebu doplnit tekutiny. Proto se často v její souvislosti mluví o dehydrataci organismu. I extáze působí na uvolňování dopaminu a serotoninu. Při kombinaci těchto látek dochází ke znásobování stimulačních účinků. Tím se zvyšuje riziko zdravotních komplikací. Jedná se o poruchy srdce, cévní a mozkové příhody a celkové vyčerpání organismu (Prachařová In Růžička et al., 2012).

- Dále se za velmi riskantní kombinaci považuje užívání pervitinu s antidepresivy. Antidepresiva se užívají při patologicky pokleslé náladě. Užívání těchto dvou látek vede k serotoninovému syndromu, což je život ohrožující stav. Jejím příznakem je zvýšené pocení a vyšší tělesná teplota až koma. Je důležité zdůraznit, že ke smrti stačí pouze malé společné dávky těchto látek. Proto je doporučováno dodržet několikátýdenní odstup mezi jednotlivými aplikacemi (Prachařová In Růžička et al., 2012).

- Dalšími látkami, které jsou užívány v kombinaci s pervitinem, jsou barbituráty a benzodiazepiny. Tyto léky slouží ke zklidnění a navození spánku. Mezi uživateli návykových látek se užívají jako doplňující droga. Intoxikace připomíná stav opilosti. Objevuje se útlum, poruchy vědomí a špatně srozumitelná řeč. Pro jedince je ohrožující společný účinek látek, který vede k útlumu dechového centra. Smrtná kombinace nastává v situaci, kdy se užívá více látek, které ovlivňují životně důležité funkce. Kombinace užití

pervitinu s těmito látkami se nejčastěji vyskytuje ve stejných případech jako u marihuany. Pomocí benzodiazepinů uživatelé snadněji překlenou nepříjemné stavy, které se vyskytují v době ústupu účinku pervitinu. Zpravidla se jedná o Rohypnol nebo Diazepam. Tyto léky jsou však spojovány s vysokou pravděpodobností vzniku závislosti (Prachařová In Růžička et al., 2012).

Důvodem, proč uživatelé pervitinu kombinují návykové látky, je často potlačení negativních účinků látky již užití. Dalším cílem je zvýšení pozitivních účinků aplikovaných látek. Při jejich kombinování dochází k nepředvídatelnosti jednotlivých chemických reakcí. Nezáleží jen na chemickém složení drog a léků, ale i na psychickém a fyzickém stavu jedince. Lze tedy konstatovat, že jakékoli kombinace návykových látek vedou ke zvýšené zátěži organismu. Zároveň se i stupňuje vznik kombinované závislosti (Prachařová In Růžička et al., 2012).

## 8 Poruchy příjmu potravy

Potřeba nasycit se je stejně důležitá jako potřeba reprodukce a seberealizace. Potrava je podmínkou pro somatické a psychické zdraví. Stává se nenahraditelným zdrojem základních živin, jejichž nedostatkem mohou vznikat závažné poruchy organismu. Také změna chuti k jídlu signalizuje vznik duševních poruch. Jídlo v průběhu života získává jiný psychický a sociální význam. Může se stát nástrojem k odměně pro jedince, ale i únikem před samotou. Stanovit jasnou hranici mezi normou a patologií je však poměrně složité (Krch In Krch et al., 2005).

### 8.1 Syndromy poruch příjmu potravy

V rámci poruch příjmu potravy<sup>34</sup> se stanovily dva syndromy. Jde o **mentální anorexii** a **mentální bulimii**. Tyto syndromy pod kategorií PPP zahrnuje jak Mezinárodní klasifikace nemocí<sup>35</sup> tak i Diagnostický statický manuál Americké psychiatrické asociace<sup>36</sup>. Podle MKN-10 se PPP řadí mezi „*Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory* (Duševní poruchy a poruchy chování, 2006, s. 142).“ Nalezneme je pod kódem F50 s názvem „*Poruchy příjmu jídla* (Duševní poruchy a poruchy chování, 2006, s. 142).“ Obě publikace se věnují i dalším PPP, protože se často vyskytují osoby s odlišnými nebo nenaplněnými diagnostickými kritérii. Jedná se o vymezení atypických, parciálních nebo jinak nespecifikovaných poruch příjmu potravy. Mentální anorexie a mentální bulimie si jsou velmi blízké. Jednotlivé příznaky jsou rozlišovány dle závažnosti podvýživy. Spojující oblastí pro oba syndromy je obava z nabírání na váze. Lidé, kteří trpí touto nemocí, věnují nadměrnou pozornost tomu, jak vypadají a kolik váží. Pozornost se zaměřuje na vzhled a tělesnou hmotnost. Snaha nemocného jedince je vynakládána k tomu, aby zabránil nárůstu tělesné váhy. Podle Krcha jsou tyto příznaky označovány jako fobie z nadváhy. Obě poruchy jsou charakteristické pro obecnou psychopatologii, kam řadíme snížené sebevědomí, problémy v sociální oblasti nebo somatické problémy, které jsou závislé na způsobu hlídání tělesné váhy. U části případů mentální anorexie se rozvine mentální bulimie s takovou tělesnou hmotností, která je v normě (Krch In Krch et al., 2005).

- **Mentální anorexie** je popisována jako porucha, při které jedinec záměrně snižuje svoji tělesnou váhu. Termín však může být zavádějící z toho důvodu, že výskyt snížení chuti k jídlu je až druhotný důsledek dlouhodobého hladovění. Proto se nemusí se objevovat

---

<sup>34</sup> Označení PPP

<sup>35</sup> MKN-10

<sup>36</sup> DSM-IV

u všech nemocných. U některých nemocných se naopak vyskytuje větší zájem o jídlo. Tito lidé rádi sbírají recepty a se zálibou vaří. Lidé trpící anorexií nechtějí jíst z různých a někdy i velmi pochopitelných důvodů, jako je narušení postoje k tloušťce, tělesné hmotnosti a proporcím. Mezi diagnostická kritéria dle MKN-10 řadíme následujících pět oblastí. Jedinci si záměrně zachovávají tělesnou váhu nejméně 15 % pod normou a BMI<sup>37</sup> je nižší než 17,5. Snížená hmotnost je důsledkem záměrného vyhýbání se jídlu. Jedná se tedy o regulaci hmotnosti, kterou si nemocný způsobuje sám. Vyhýbá se stravě, v jejímž důsledku by nabíral na váze, a užívá laxativa<sup>38</sup>, anorektika<sup>39</sup> a diuretika<sup>40</sup>. Často také nadměrně cvičí a vyprovokovává zvracení. Strach z možné tloušťky se projevuje jako vtíravá obava. Charakteristická je i nepřesná představa o vlastním těle, doprovázená velmi nízkou hmotností jedince. Dalším kritériem je endokrinní porucha. U žen se projevuje absencí menstruace, u mužů jako ztráta sexuálního zájmu a potence. V různé míře se vyskytuje zvýšená hladina některých hormonů. Pokud se začátek onemocnění objeví před nástupem puberty, její projevy jsou opožděny nebo zastaveny. U dívek se nevyvíjejí ňadra, nedostavuje se menstruace a u chlapců se nevyvíjí mužské genitálie. K normálnímu dokončení puberty dochází až po uzdravení, avšak s možnými důsledky (Krch In Krch et al., 2005).

Krch uvádí čtyři diagnostická kritéria dle DSM-IV. Mezi první se řadí záměrné odmítání zvýšení tělesné hmotnosti a její udržení. Jedná se však opět o váhu, která je nižší o 15 % než je norma. Druhým je přítomnost neustálé obavy z přibírání na váze a možného tloustnutí a to i v případě, že pacientky jsou velmi hubené. Třetí kritérium je zkreslené vnímání tělesné hmotnosti a proporcí postavy pacientkou. Vnímání vlastního těla je tím narušeno a mění se její sebehodnocení. Zároveň popírá závažnost takto nízké váhy. Posledním kritériem je absence tří po sobě jdoucích menstruačních cyklů (Krch In Krch et al., 2005).

Mezi tzv. specifické typy řadíme „ **nebulimický (restriktivní) typ** a **bulimický (purgativní) typ** (Krch In Krch et al., 2005, s. 17).“ V prvním případě se jedná o výskyt epizod mentální anorexie, kdy u pacienta chybí opakované záchvaty přejídání. U druhého typu k opakovaným záchvatům přejídání dochází. Je těžké rozhodnout, jestli pacient splňuje kritérium obavy z nabírání na váze, neboť některými pacienty je tato obava popírána a její příznaky racionalizovány. Zájem odborníků se tedy zaměřuje na behaviorální a kognitivní složku takového kritéria. Pacient hodnotí množství a složení jídla a proměny svého těla. Za

---

<sup>37</sup> Body mass index, nebo-li index tělesné hmotnosti

<sup>38</sup> Projímadlo

<sup>39</sup> Látky snižující pocit hladu

<sup>40</sup> Léky na odvodnění

přínosné se považuje i pozorování klienta během jídla. U anorektiček bulimického typu se více objevuje závislost na drogách spolu se sebepoškozováním a emoční labilitou. Ke stanovení diagnózy mentální anorexie je nutné vyloučit somatickou nebo duševní poruchu, z důvodu možnosti, že by nechutenství nebo nízkou tělesnou váhu způsobovaly právě tyto dvě skutečnosti. Ke ztrátě hmotnosti v těchto případech dochází u nádorových onemocnění nebo při depresivních poruchách. S rysy anorexie se můžeme setkat i u závislých na drogách. Často totiž trpí sníženou potřebou se stravovat a objevuje se u nich nechutenství. Jejich tělesná hmotnost je velmi nízká a tato podváha je může velmi uspokojovat. Mentální anorexii v MKN-10 nalezneme pod kódem F 50.0 (Krch In Krch et al., 2005).

• **Mentální bulimie** se definuje jako výskyt opakovaných záchvatů přejídání spojených s nadměrnou kontrolou tělesné hmotnosti. Podle Krcha musí být pro určení diagnózy splněna diagnostická kritéria, která vymezuje MKN-10 (Krch In Krch et al., 2005):

1. Epizody přejídání jsou opakované a to nejméně dvakrát za týden po dobu třech měsíců. V krátkém čase je jedincem zkonsumováno obrovské množství jídla.

2. Zabývání se jídlem je neustálé a silné.

3. Nemocní se vyprovokovaným zvracením a nadužíváním projímadel a anorektik snaží potlačovat účinek jídla. Střídá se i období hladovění se záchvatovitým přejídáním.

4. Současně je přítomný strach z přibývání na váze a z enormní tloušťky. V anamnéze se může objevovat epizoda mentální anorexie nebo období většího omezování v jídle (Krch In Krch et al., 2005).

I mentální bulimii Krch definuje podle diagnostických kritérií DSM-IV. Přítomny jsou epizody záchvatovitého přejídání<sup>41</sup> opakujícího se charakteru. Přejídání je charakterizováno příjmem takového množství jídla v časovém úseku, které by většina lidí zkonsumovat nedokázala. Jedinec tak ztrácí kontrolu nad množstvím jídla. Tento pocit se popisuje jako ztráta možnosti rozhodovat o množství snědeného jídla. Jedinec provádí neadekvátní kompenzace chování. Cílem je zabránit zvýšení váhy prostřednictvím vynuceného zvracení, používání projímadel, držení hladovky. Nemocný věnuje nadměru času cvičení. Časovým vymezením pro stanovení diagnózy je přejídání ve dvou epizodách týdně po dobu minimálně tří měsíců. Sebehodnocení je nepřiměřené vzhledem k typu postavy a tělesné váhy. Tato porucha se neobjevuje pouze v epizodách mentální anorexie (Krch In Krch et al., 2005).

Podle Krcha existují dva specifické typy mentální bulimie. První se nazývá **purgativní typ**. U pacienta je charakteristické, že užívá nadměrně laxativa. Jako nástroj pro pocit

---

<sup>41</sup> Binge eating

zabránění zvýšení hmotnosti používá zvracení. Druhým je **nepurgativní typ**, u kterého nejsou pravidelné purgativní metody. Docílení svého požadavku nemocný dosahuje prostřednictvím striktních diet a hladovek. Taktéž intenzivně cvičí (Krch In Krch et al., 2005).

### **Atypické a nespecifické poruchy příjmu potravy**

Stále přibývá pacientů, kteří nespĺňují všechna kritéria k potvrzení diagnózy poruchy příjmu potravy. Roste i incidence<sup>42</sup> u poruch příjmu potravy a jejich výskyt se stává ohrožujícím pro populaci lidstva. Jedná se o pacienty, u kterých se postupem času rozvinou všechny příznaky, které toto onemocnění určují. Jedná se o **atypickou mentální anorexii**, která se kóduje jako F 50.1 a **atypickou mentální bulimii**, která nese kód F 50.3. Jako příklad uvádí Krch pacientky, které mají velmi nízkou hmotnost, ale mají pravidelnou menstruaci (Krch In Krch et al., 2005).

Porucha příjmu potravy se ve velké míře podílí na změně kvality života. Čím déle nemoc trvá, tím dříve získává adaptační funkci a zároveň se utváří vhodné podmínky pro další nepřijemné prožitky jedince. Zejména pro pacienty s mentální bulimií představují obrovské nebezpečí drogy a alkohol (Krch In Krch et al., 2005).

## **8.2 Rozšíření poruch příjmů potravy v České republice**

V roce 2000 bylo v České republice hospitalizováno 577 pacientů s mentální anorexií a 232 s mentální bulimií. Skoro 46% pacientů se nacházelo ve věku 15 až 19 let. Krch uvádí, že v tomto výzkumu byly i tři anorektičky mladší deseti let. Další výzkum, který Krch provedl, měl podat informace o tom, jak jsou poruchy příjmu potravy v České republice rozšířeny. Vyplývá z něj, že výskyt poruch příjmu potravy je porovnatelný se západní Evropou a že v poslední době byla zaznamenána jeho vzrůstající tendence. Mentální anorexie se objevuje u půl procenta mladých dívek a žen. Mentální bulimie se vyskytuje u 2 až 5% (Krch et al, 2005). Novější studie ale ukazují, že mentální anorexií si prošlo 4,5% žen. U 6 % dívek se dokonce mohou na konci puberty vyskytovat příznaky, které se k mentální anorexií vztahují (Krch, 2010). Zarážející jsou narušené stravovací postoje u dívek a žen. Jedná se různé zdraví ohrožující postupy kontroly tělesné váhy a příjmu potravy, které se vyskytují u 7 až 11% žen. 10% čtrnáctiletých dívek se pokusilo ovlivnit svou váhu prostřednictvím zvracení. Většina dívek ani přesně neví, jaká by měla být jejich váha. Se svou vyhublostí jsou spokojeny a redukční dietu používají jako způsob běžné stravy. Ovšem nejen dívky jsou ohroženou skupinou. Také dospělé ženy zařazují obavu z nadváhy jako jedno z kritérií

---

<sup>42</sup> Nemocnost



k hodnocení celkové životní spokojenosti (Krch In Krch et al., 2005). Ostatně tato fakta nejsou nijak překvapivá. Současný svět je masírován médii a spolu se zjednodušenou představou o kráse vzniká prostor pro vyšší počet nemocných klientů. Dietu ženy v tomto kontextu nepovažují za nástroj pro upravení váhy, ale jako způsob normálního stravování. V novější studii Krch zjistil, že až 60% středoškolaček by chtělo snížit svoji váhu. V období mezi 13. a 16. rokem věku života se vyskytují první příznaky mentální anorexie. U některých dospívajících v období puberty bývají přítomny změny životního stylu nebo různé diety. V posledních letech se častěji v souvislosti s poruchou příjmu potravy objevují i dospělé ženy, u kterých je zjištěn počátek nemoci. Bohužel této nemoci podléhají i dívky mladší 13 let (Krch, 2010).

## II PRAKTICKÁ ČÁST

V důsledku užívání pervitinu dochází nejen k vytvoření závislosti, ale i ke vzniku mnoha zdravotních komplikací. Riziko poškození zdraví se zvyšuje podle způsobu aplikace drogy. Bohužel nebývá výjimkou, že v důsledku užívání pervitinu zůstává řada zdravotních obtíží maskována. Pokud není lékař klientem informován o jeho užívání, nemusí dojít ke správné diagnóze. Častou zkušeností je fakt, že uživatelé pervitinu mnoho informací o možném poškození zdraví vůbec nevědí. Proto sledujeme za velmi přínosné podat klientům dostatečné množství informací o zdravotních rizicích. Jedním z cílů modulu, ve kterém se rozebírá téma zdravotních důsledků užívání, je, aby byl klient schopen zavčas rozpoznat své zdravotní komplikace. Cílem je také snadněji odhadnout rizika, která klient v důsledku užívání pervitinu podstupuje (Havránková, Řeřichová In Růžička et al., 2012).

## 9 Genderový pohled na uživatele drog a poruch příjmu potravy

Nejen ženy jsou chápány jako specifická klientela při léčbě drogových závislostí. Existují i genderová specifika mužů jakožto uživatelů drog. Zatímco je u žen shledávána souvislost mezi některými formami poruch příjmu potravy a užíváním návykové látky, mužům se připisuje následující psychologický profil. Kalina uvádí, že se u závislých mužů neobjevuje pozitivní mužský vzor, který by mu usnadnil přípravu na otcovský vztah a zdravý vztah k opačnému pohlaví. Také se uvádí, že muži mají tendence zakrývat nejistotu z intimity. Pokud se muž dostane do situace, ve které byl sexuálně zneužit, není ochoten o této problematice hovořit. Zatímco ženy trpí depresemi a úzkostí, pro muže je typické, že jsou agresivní a soupeřiví. Často se staví do nezměnitelné pozice dominantního vůdce. S tím jde ruku v ruce ztížená schopnost emočně se vyjádřit a odkrýt osobní zranitelnost (Kalina In Kalina et al., 2008).

Ženy jsou vznikem poruch příjmu potravy ohroženy bez rozdílu věku, společenského postavení nebo rasy. Na počátku vzniku nemoci stojí dodržování redukčních diet. Přípravky na hubnutí se běžně podávají v lékárnách a vyzkoušely je nejméně tři čtvrtiny žen. Krch uvádí, že tyto diety významně zvyšují riziko vzniku poruch příjmu potravy. Během jednoho roku až dvou let se dodržování redukční diety přeměňuje do patologické diety. U 20% až 30% žen dojde k rozvoji poruch příjmu potravy. Redukční dieta je dodržována asi 20 % šestnáctiletých dívek a až 60% žen se o držení takových diet pokusilo. V souvislosti s dietami je v dnešní době častá spojitost s racionální výživou. Krch se ke slovu racionalita v souvislosti s výživou a dietami staví skepticky. Reklama a móda často užívají těchto nešťastných termínů s cílem prodat co nejvíce výrobků. Dnešní doba upřednostňuje diety, biopotraviny a zdravou výživu. Co se týče žen a poruch příjmu potravy, riziko vzniku tohoto onemocnění je mnohem častější. Studie podle Krcha ukazují, že u mužů se nemoc vyskytuje v rozmezí mezi 0% až 15%. Je to z toho důvodu, že mužům tolik nezáleží na tom, kolik váží a nedrží tak často různé diety. V průběhu dospívání dívky přibírají na váze z důvodu zvyšování objemu tělesného tuku a chlapcům se zase tvoří svalová hmota. Tím se chlapci více přibližují ideálu krásy, zatímco dívky se mu vzdalují. Rozdíly mezi pohlavími shledáváme i po psychické stránce. Dívky jsou oproti chlapcům více nejisté a zároveň se zabývají tím, jestli jsou oblíbené či nikoli. Chovají také nižší úctu k sobě samým a mají nižší sebevědomí. V souvislosti s mentální anorexií se potkáváme i s termínem **ortorexie**, při níž Krch upozorňuje na to, že se z rozumné snahy snižovat váhu může vyvinout posedlost. Přitom hlídání energetického příjmu nemuselo být zpočátku primárním cílem. Poseidlost hlídat příjem potravy začne ovládat jedince natolik, že

tomuto tlaku podlehne. V této souvislosti striktní dodržování zdravého životního stylu může vést k vážným obtížím, obzvlášť v určitém věkovém období a životní situaci. Zde platí pravidlo, že se nic nemá přehánět. Jedinec by neměl být otrokem představy zdravého stravování pouze prostřednictvím biopotravin. Stejně tak by si neměl utvářet odpor vůči konzervačním látkám v potravinách. Podle Krcha mají lidé s poruchou příjmu potravy blíže k závislosti na návykových látkách. Drogy jsou v této souvislosti chápány jako únikový prostředek. Nebývá výjimkou, že klientky, které léčí svou poruchu příjmu potravy, se stávají otroky závislosti na návykových látkách. Takto se dostávají z jedné závislosti do druhé (Krch, 2010).

## 10 Přenesení teorie do praxe

V teoretické části jsme se zabývali tím, jak se postupně tvořila dnešní podoba metodiky. Tato kapitola se zaměřuje na zkoumání souvislostí mezi přibíráním na váze a skončováním užívání pervitinu. I po úspěšně dokončené léčbě se klientky budou potkávat se situacemi, které by mohly být spouštěči drogu znovu užít. Naším záměrem bude zjistit, jestli by se chtěly tématem vlastního vzhledu v souvislosti s abstinencí blíže zabývat. Budeme vycházet ze zkušeností klientek léčících se ze závislosti na pervitinu, které mají zkušenosti s problematikou užívání pervitinu spolu s nadbytečnou obavou přibírání na váze. Hlavním cílem bude zjistit, jaký způsob vedení sezení by klientkám pomohl řešit obavy z tloustnutí při jejich abstinenci. Budeme tedy analyzovat společnou interakci, ve které se klientky vyjadřují k dané problematice. Jejich názory a zkušenosti budou návrhem pro vytvoření modulu metodiky.

Výzkumné části předcházela polostrukturovaný rozhovor s terapeutem, který pracuje s klientkami podle Krátkého intervenčního programu pro uživatele pervitinu. Cílem bylo zjistit, jak se mu s touto metodikou pracuje a zda-li sledává potřebu se blíže s klientkami zabývat problematikou atraktivity a nabíráním tělesné váhy. Tento rozhovor byl zapsán a nalezneme ho v příloze č. 1.

### 10.1 Cíle šetření

#### **Primární cíle práce**

Cílem práce je zjistit, jakým způsobem se chtějí klientky v léčbě zabývat tématem atraktivity a tělesné váhy.

#### **Jednotlivé cíle**

Jaký způsob vedení terapie by klientkám pomohl při řešení této problematiky?

Jak jsou klientky spokojené se svou abstinencí a se svým tělem?

S jakými reakcemi se klientky setkávají ve svém prostředí? Ovlivňují je tato hodnocení?

Jaké způsoby řešení při nabírání váhy klientky volily?

#### **Sekundární cíl práce**

Z analýzy informací, které získáme naplněním primárních cílů, se pokusíme sestavit modul týkající se zkoumaného tématu, který by doplnil stávající metodiku.

## 10.2 Metoda výběru vzorku

K získání informací jsme použili záměrný výběr. Kritériem pro tento výběr byli klienti procházející Krátkým intervenčním programem pro uživatele pervitinu. V praxi se jednalo pouze o ženy. Důležitým předpokladem bylo, aby se ve zkoumaném vzorku objevila zkušenost s nabíráním váhy v průběhu terapie a ochota o svém problému společně hovořit.

## 10.3 Metody získávání kvalitativních dat

Výhradní metody pro sběr dat byly techniky rozhovoru, ohniskové skupiny a pozorování. Protože jsme tyto metody kombinovali, provedli jsme triangulaci, která se běžně v kvalitativním výzkumu používá při zkoumání určitého jevu (Hendl, 2005).

**Rozhovor** byl zvolen proto, že se prostřednictvím otevřených otázek zjišťoval terapeutův názor na současný stav nové metodiky Krátkého intervenčního programu pro uživatele pervitinu. Cílem bylo zjistit, na jaké oblasti je třeba se v sezeních s klienty zaměřit. Záměrně byl zvolen částečně standardizovaný rozhovor. Vycházeli jsme také z výsledků kazuistických spisů Krátkého intervenčního programu pro závislé na pervitinu provedených v roce 2011. Dotazovali jsme se, jaké by měl klient návrhy ke změně či pro doplnění metodiky. Dozvěděli jsme se, že by klienti oceňovali doplnění metodiky v modulu Zdravotních důsledků. Jedna z klientek v té době řešila otázku jak snížit svoji váhu. Při abstinenci totiž výrazně nabrala na váze. Naším záměrem bylo zjistit, jestli terapeut shledává potřebu se s klienty zaměřit na téma obavy z tloušťky v souvislosti s abstinencí pervitinu.

**Ohnisková skupina** byla ve výzkumné části použita z toho důvodu, že se označuje za jednu z nejpokrokovějších kvalitativních metod k získávání dat. Díky ní můžeme získávat data prostřednictvím skupinové interakce, která probíhá v diskusi. Na rozdíl od pozorování v přirozeném prostředí je ohnisková skupina řízena výzkumníkem, který moderuje obsah diskuse určeným ohniskem. Získávání informací nemá tak široký záběr a nabízí účastníkům prostor k verbálnímu projevu (Mioviský, 2006). Naše tematická oblast se zaměřovala na fenomén přibírání tělesné váhy v průběhu léčby. Jednalo se o skupinu bývalých uživatelů pervitinu, které prošly Krátkým intervenčním programem. Proto byla tato metoda vybrána jako nejvhodnější. Ohnisková skupina se tak stala nástrojem ke zmapování zkušeností respondentů a zároveň přispěla k tvorbě doplňujícího modulu, který pracuje s problematikou strachu z přibírání na váze.

Technika **pozorování** byla použita k získání dat proto, že „*Bez pozorování nemůže proběhnout žádný vědecký experiment* (Plevová, 2006).“ Jelikož jsme diskusi zaznamenávali

na audio zařízení, mohli jsme z nahrávky zjistit informace, které bychom jinak neuchovali. Prostřednictvím této techniky jsme mohli zachytit situace, které mohou pomoci při sestavování nového modulu. Konkrétně se jedná o míru angažovanosti na tématu, práci s hlasem a další (Plevová, 2006).

### 10.3.1 Rozhovor

**Rozhovor** byl použit jako psychologická metoda, která zjišťuje názory, pocity a fakta. Odlišuje se od běžné konverzace. Plevová uvádí, že je poměrně náročná na komunikační dovednosti a porozumění. *Výzkumným rozhovorem* se snažíme zjistit informace, které potřebujeme pro získání cílů výzkumu. Je to záměrný proces interakce mezi badatelem a respondentem. *Částečně standardizovaný rozhovor* je přechodem mezi standardizovaným a nestandardizovaným rozhovorem. Při této podobě rozhovoru jsou některé otázky již předem připraveny. Rozhovor má nějaké téma a jeho ohraničení je jasně stanoveno. Avšak taktika vedení má být uvolněná. Při průběhu rozhovoru se doporučuje dodržovat tři fáze. V *první fázi* bychom se měli představit, navázat kontakt a ujasnit účel rozhovoru. V *druhé fázi* zjišťujeme potřebné informace. *Třetí fáze* je také nazývána jako závěrečná, při které rekapitulujeme získané informace a činnost pomalu ukončíme. Způsob pokládání otázek má v rozhovoru důležitý význam. Podle Plevové bychom měli být schopni vystihnout vhodný okamžik k položení otázky. Dbát bychom měli i na výraz tváře při pokládání otázek a používat modulaci hlasu. *Otevřené otázky* dávají větší prostor k odpovědi, protože podněcují k mluvení a působí uvolněným dojmem. Výhodou je, že dotazovaný má možnost odpovědět více větami a může tak lépe vysvětlit své myšlenky (Plevová, 2006).

### 10.3.2 Ohnisková skupina

**Ohniskové skupiny** se člení podle intenzity strukturace, se kterou souvisí způsob jejich moderování. Ohnisko je podle Miovského tematická oblast nebo fenomén, o který se zajímáme. To musí být jasně srozumitelné a ohraničené pro všechny účastníky diskuse. Tato metoda aktivuje spontaneitu a skupinovou interakci, prostřednictvím které můžeme pozorovat reakce na dané téma mezi jejími účastníky. Uvádí se, že je to vhodná metoda k řešení témat mladých lidí. Protože vrstevníci často nazírání na téma sami ovlivňují. Osoba, která nese odpovědnost za řízení a průběh ohniskové skupiny, se nazývá moderátor. Je osobou, která s účastníky obvykle komunikuje nejčastěji. Jeho úkolem je účastníky povzbuzovat, zapojovat do diskuse a pomáhat s formulacemi jejich pocitů. Zároveň dohlíží na bezpečné vedení

diskuse. Důležitá je jeho osobnost, musí být schopen účastníky zaujmout. Měl by umět pracovat s atmosférou. *Nestrukturovaná ohnisková skupina* nemá předem vytvořenou závaznou strukturu, podle které by se měl průběh skupiny řídit. Účastníkům je předloženo základní ohnisko a časové omezení diskuse. Moderátor podněcuje skupinovou dynamiku a sleduje, jak účastníci navzájem na sebe reagují. Během ohniskové skupiny dochází k mnoha interakcím mezi účastníky, které máme možnost sledovat. Moderování přináší materiál, který by měl obsahovat jak individuální názory účastníků, tak i odraz skupinového procesu (Miovský, 2006).

### 10.3.3 Pozorování

Tato metoda je Miovským pojmenována jako nejstarší. Prostřednictvím pozorování získáváme psychologické poznatky. Vědecké pozorování se od běžného odlišuje tím, že si dopředu formuluje, co a jakým způsobem bude pozorovat. Miovský ale tuto optiku považuje za zužující, a proto nemusíme mít striktně definováno přesné vytyčení pozorovaného. Při pozorování sledujeme vnější projevy osoby a pro tento proces používáme *extrospekci*. Standardní aplikace metody pozorování je *otevřené zúčastněné pozorování*. Při takovém pozorování se pohybujeme přímo v terénu. Účastníci jsou seznámeni s tím, že provádíme výzkum s cílem pozorování a že se získanými daty budeme operovat ve prospěch daného výzkumu. Tím, že účastníci vědí o našem záměru, snaží se přesněji popsat své pocity a své myšlenky (Miovský, 2006).

## 10.4 Metoda analýzy dokumentu

Při každém výzkumném šetření bychom měli správně analyzovat výsledky. Jedná se o výzkumnou strategii, která se zakládá na analýze materiálu. Materiál vznikl na základě interakce mezi výzkumníkem a účastníky výzkumu (Miovský, 2006). Důležité bylo vyjmout ze stanoveného cíle aktuální pohled míry spokojenosti s vlastním tělem.

### Metoda zpracování kvalitativních dat

Abychom mohli vyhodnotit výsledky výzkumu, potřebovali jsme data kvalitativního výzkumu zaznamenat. Tento proces se nazývá **fixace**. Důležité je před zahájením výzkumu zvážit, jakým způsobem budeme data zaznamenávat. To proto, že se chceme vyhnout chybnému postupu, který by znemožnil plánovanou analýzu. Z ohniskové skupiny jsme tedy získali zvukový záznam. Následně jsme provedli transkripci tohoto zvukového záznamu



(Miovský, 2006). Protože zachováváme anonymitu účastníků, klientky označujeme jako K1, K2 a K3. Přepis diskuse ohniskové skupiny nalezneme v příloze č. 2.

### **Audiozáznam**

Tuto metodu fixace jsme použili z toho důvodu, že zachytí záznam komplexně a nechybí mu autentičnost. Výzkumník není nucen zaznamenávat si obsahové poznámky a může se tak plně soustředit na interakci v diskusi. Metoda byla vybrána také proto, že jsme mohli zachytit kvalitu mluveného slova, sílu hlasu a doprovodných zvuků při verbálním projevu. Tyto kvality by metoda tužka - papír neposkytla. Snažili jsme se zaznamenat co nejkvalitnější zvukový materiál. Získali jsme tedy záznam, který zachycuje vše, co se během 40 minut v ohniskové skupině odehrálo.

## **10.5 Šetření ve výzkumu**

Jako hlavní metodu pro tento výzkum jsme zvolili analýzu kvalitativních dat. Jednotlivé názory, které vyšly z ohniskové skupiny, jsme nahráli na nahrávací zvukové zařízení a provedli transkripci zvukového záznamu. Poté jsme názory klientek zpracovali prostřednictvím metody trsů.

Metoda trsů se používá k seskupení výroků do skupin nesoucích společně souhrnné znaky. Vzniklé skupiny nazýváme trsy, které vznikají na základě podobnosti mezi identifikovanými jednotkami (Miovský, 2006). Vytvořili jsme hlediska, která nám pomohou při práci s trsy. Mezi hlediska řadíme zájem o téma, důvody k užívání pervitinu, momenty ke skoncování užívání pervitinu a vynuceného zvracení, jak okolí vnímá fyzickou změnu klientek a jak se tyto reakce klientek dotýkají, vyrovnávání se s vyšší tělesnou váhou a myšlenky na štíhlost jako spouštěče chuti na pervitin.

## **10.6 Analýza dokumentů**

Provedli jsme transkripci zvukového záznamu a také jsme analyzovali rozhovor s terapeutem. Rozhovor i přepis nalezneme v příloze č. 1 a č. 2.

## **10.7 Zhodnocení jednotlivých trsů**

### **10.7.1 Trs č. 1 Zájem klientek o téma a způsob práce na něm**

Zajímalo nás, jak je téma tloušťky v léčbě pro klientky zajímavé. První trs obsahuje všechny zachycené informace, které se pojí k míře jejich zájmu se tématem v sezeních

zabývat. Současně jsme se od klientek snažili získat informace, jakým způsobem by terapeut měl předávat informace.

K3: „Tak to je jakože moje téma, ne.“ „Takže to je moje velké téma a i holky, co to v komunitě jako řešily, tak jsem byla jediná, která nechodí schválně zvracet, takže to je pro mě velká téma toto“. K2: „přestala jsem to řešit, ale jako vadí mi to, jo a cítím se miň atraktivní.“ „... ale...a nechci to na tom stavět, tu abstinenci, ale je to tam, trochu určitě tam něco je. Týká se to té atraktivnosti.“ K3: „no, je to velký téma, tos trefila docela.“ K2: „já musím říct, že o tom, ani nějak moc nemluví. Ani na těch garantech jako. A já chcu dělat takový ten dojem, že su se sebou spokojená a nechci se v tom moc patlat, jo. A vono i na jednu stranu to tak i je a já tohle nechcu moc řešit jako. No, jo. Je mi to asi nepříjemný.“ „Ale já vím, co to je, když jsem toho otrok, a já už to takhle nechcu prostě. Nechci na to stavět, všeko. Pro mě je asi důležitý, že můžu být tak nějak svobodná v tom, že do toho fitka nemusím, nebo že si můžu sníst tak nějak co chci, no.“

Já: „tak mě ještě napadlo, v rámci té léčby. Protože ty si ted' řekla, že v rámci té léčby se o tom nebavíš, tak jestli jste se v nějakým tom modulu, v nějaké části té léčby jste měly zájem třeba o tom mluvit. Ale něco tam tomu brzdilo, nebo jste nechtěly, bály jste se. Napadá mě použít slova, které tady dnes zazněla, a to je, že je vám to nepříjemné, bavit se o tom.“

K3: „U mě určitě. Protože jednu dobu, ted' mluvím o komunitě, že jednu dobu se to tam hodně řešilo. A pak už těm klukům to začalo lézt na nervy. Jako my jsme měli rozdělené skupiny, jakože holky a kluci, ale už to těm klukům začalo pak lézt na nervy, takže už jako se to pak přestalo nějak řešit. A tady jsem už šla rovnou s tím, jakožto na skupinách určitě nebudu řešit, protože už jsem viděla to, jak to začne, už z té předešlé léčby jako štvát. „No ze začátku mi to nešlo řešit ani na garantech...no, a pak nějak to už jako šlo<sup>43</sup> ...ale na skupině ně, vůbec. To jsem se i bála vyslovit vůbec to téma, protože už jsem viděla oči všech těch chlapů.“

Já: „A pomohlo by vám, kdyby jste se o tom pobavily?“

K1: „Mně pomohlo tohle setkání. Já jsem nebyla schopná o tom mluvit na skupině. Tam by mi to bylo nepříjemný a já bych se za to styděla, že třeba zvracím. Tam (v komunitě) jsem to řešila s mým psychologem a tady jsme to nějak jako našukli třeba.“ K2: „Mně by to možná pomohlo, bud ve skupině, nebo s člověkem, ke kterému mám důvěru a musela bych na to být nějak správně naladěná. Asi jo, dostat to nějak ven ze sebe.“ K3: „No, já přemýšlím, že možná jako by i na tom doléčováku nebyly špatné ty oddělené skupiny. Jakože to je takový

---

<sup>43</sup> Zelenou barvou se označují tiché vyjádření klientek.

*přelom, z té komunity na venek a ty věci se vrací, že jo. Jako že by mi to možná pomohlo.“* Dále navrhuje, aby se takové téma řešilo bez mužů „*protože je o ničem to řešit před těma chlapama, protože ty chlapy to nudí, že jo, protože jejich problém to není a holky se před chlapama stydí, že jo.“*

*K3: „Tak já jsem si po nějaké chvíli uvědomila, že jsem po dlouhé době zažila takovou holčičí chvílku. Že to bylo strašně fajn pro mě. Že já vůbec tady ty věci s nikým vůbec neřeším. A teď, že jsem se shodla na některých věcech, tak pro mě to bylo super. Že jsem nadšená.“*

Ze zjištěných informací vyplývá, že klientky se zajímají o to, jak vypadají. Od jedné klientky několikrát zaznělo, že se tímto tématem neustále zabývá. Získané informace nám pomohly zjistit, že i přes to, že klientky trápí jejich vzhled, se tímto tématem v sezeních s terapeutem nezabývají. Klientky budí dojem, že jsou se sebou spokojené, nebo mají zkušenost s bagatelizováním a nezájmem ostatních klientů při řešení tohoto tématu z minulých léčebných zařízení. V diskusi se objevil názor, že se klientka nechce svojí váhou moc zabývat. Ke konci setkání však uvedla, že by se možná o tomto problému s někým pobavila. Podle získaných informací můžeme konstatovat, že by klientky uvítaly, kdyby se na sezeních tímto tématem mohly zabývat. Vzhledem k tomu, že je tloušťka pro klientky citlivé téma, je důležité sezení koncipovat tak, aby se nestyděly o svých obavách mluvit. Klientky by upřednostňovaly rozhovor s člověkem, kterému důvěřují a za důležitý faktor považují vhodné naladění na téma. Rozhodně by nechtěly o tématu diskutovat v přítomnosti několika mužů (terapeutů ano, ale klientů ne). Jedna z klientek v diskusi potichu uvedla, že o svém problému s váhou s terapeutem mluvila. Pozorováním jsme mohli zjistit, že klientka pravděpodobně nebyla s průběhem probírání tohoto tématu na terapii úplně spokojena. Do této kategorie zařadíme také názor terapeuta, který by uvítal vytvoření modulu zabývajícího se obavami z tloušťky. Z těchto informací můžeme předpokládat, že vytvořením nového modulu by klientky získaly odvahu o tématu s terapeutem mluvit.

### **10.7.2 Trs č. 2 Důvody užívání pervitinu**

Snažili jsme se zjistit, z jakých důvodů klientky pervitin užívaly.

*K3: „Já jsem jakože i brala, protože se mi líbilo, že jsem měla jako fakt těžkou podváhu, takže na tom jsem si vlastně dost ujížděla...“* *K1: „No a taky mi potom přišlo sympatický, že hubnu.“* *K1: „Je pravda, že jak jsem měla ten laps, tak přesto, že jsem věděla, že nechci, že jsem nasraná sama na sebe, tak tohle byla jediná pozitivní věc (znovu užila pervitin), jako, že jen pocitově.“* A pokračuje, že... „*tak jsem zas prostě nejedla ty dva dny,*

*tak člověk prostě, jak nepije, tak prostě splaskne, no...A když jsem věděla, že je to prostě úplná hovadina, tak tam bylo zase jako nějaké uspokojení. Prostě v tomhle to funguje, no. Je to blbý takhle to říct, ale je to tak.“ K2: „...no, jakoby já jsem dost řešila tu váhu, hodně, a byla jsem, když jsem brala perník, hubená, hodně jako moc, ale když jsem nebrala, tak jsem měla ten kompenzační mechanismus, že jsem zvracela, takže u mě to šlo tak od té puberty, že jsem prostě zvracela a brala tak i ty drogy.“*

Z výše vedeného se můžeme domnívat, že klientky stimulancia užívaly mimo jiné proto, že si jimi snižovaly váhu. Ve chvíli, kdy jedna klientka mluvila o svém lapsu, který nedávno zažila, ostatní klientky příkyvovaly na její myšlenku, že pervitin bohužel velmi dobře funguje jako nástroj ke snížení váhy. Z diskuse vyplývalo, že i přesto, že jsou si klientky vědomy nevhodnosti způsobu řešení situace (užití pervitinu), pervitin ke snížení své váhy užívají.

### **10.7.3 Trs č. 3 Některé skutečnosti vedoucí k definitivnímu skoncování užívání pervitinu a vynuceného zvracení**

Zajímalo nás, v jakém okamžiku se klientky rozhodly ukončit svůj způsob řešení redukce váhy. Zároveň jsme zjišťovali, jak jsou klientky spokojené se svou tělesnou váhou.

K3: „...v první léčbě, když jsem přibrala já nevím, 10, 5 kilo, tak zhruba třeba těch 8 nebo tak, tak jsem si úplně jako řekla a dost jako a šla jsem prostě zhubnout (svému příspěvku se klientka sama zasmála).“ „Že jsem prostě šla, vyloženě jako než přibrat, tak radši budu brát dál. Pak klientka pokračuje „A v té druhé léčbě jsem se s tím, jakože už smířila, protože to bylo pak už dost vyhocené a to jsem pak přibrala, jako 30 kilo. 30 a z toho jsem pak nějakých 15 shodila tak jako už zdravě.“ K1: „Já jsem to taky jako řešila třeba v šestnácti a trvalo mi dlouho, než jsem si to v té hlavě nějak přehodila, že takhle jsem prostě zdravá.“ Následně dodává, že „ted' si připadám, že to mám tak zase nějak normálně, ale až v podstatě po roce se mi to povedlo. Že je to prostě normální, že prostě jako jím. A že nejsem jako rachytlická.“ K2: „...já jsem se nějak prostě zasekla, a řekla jsem si, že prostě ne, že chcu přestat fetovat a že nebudu dělat ani tady todlencto. Takže jsem už v té léčbě nezvracela a od té doby prostě už nezvracím vůbec jo, ale věděla jsem, že prostě nabírám, a kolik jím, nejím, co jím.“ K1: „A pak až úplně extrémně si myslím, že to souvisí i s tím, si to jídlo nějak jakože užít, jo. Že udělat si k tomu ten postoj, že ted' to dělám, protože to moje tělo potřebuje energii.“ K2: Klientka uvedla, že znovu začala pervitin užívat, protože to byl efektivní způsob, jak docílit nízké váhy. „No, ale ve finále jsem zase znovu začala brát, jo, a pak už

*jsem se rozhodla, že už to chci brát vážně, s tou léčbou a začít žít zdravě.“ K3 uvádí, že se občas setkává se svojí kamarádkou, se kterou také užívala: „...a občas se prostě potkáme a vždycky na to myslím jako. Si říkám, ty jo, ona je furt stejná, já jsem od té doby přibrala nějakých 20 kg...a tak.“*

Z výše zjištěných informací vyplývá, že klientkám v průběhu léčby nějakou dobu trvalo, než zjistily, že vyšší tělesnou váhu není vhodné řešit užitím pervitinu. Z výsledků vyplývá, že klientky zjistily, že jejich aktuální vzhled je normální. Klientky postupně došly k závěru, že jídlo je k životu primárně důležité a chtějí proto přestat s užíváním pervitinu a se záměrným zvracením. U dvou klientek okamžik ke skoncování naučeného vzorce nastal při jiné léčbě, kde se setkaly s pacientkami, které svůj problém s váhou řešily zvracením. Bylo vyzorováno, že klientka K3 mluvila velmi potichu. Tato snížená dynamika hlasu byla výrazná hlavně při hodnocení, kdy uváděla, že její kamarádka vypadá pořád stejně (štíhle), zatímco ona přibrala 20 kg.

#### **10.7.4 Trs č. 4 Vnímání reakce okolí na jejich aktuální vzhled**

Chtěly jsme zjistit, jak okolí reaguje na proměnu klientek. Důležité bylo zmapovat, jak klientky tyto reakce vnímají.

K1: *„Já nevím prostě já pořád citlivě reaguju na to, když mě vidí to okolí. A někdo začne rýpat, že jsem se zakulatila, že mám jako tvářičky (štípně se do tváře) a tak a mě to prostě jako naštvě.“* A pokračuje, že *„Někdy to vezmu, v pohodě, ale stejně je to ještě...jako zpracovávám to furt. Jakože oni mi řeknou, že mě jako rádi vidí, ale já už si to předám (znamená to, že to klientka pochopí dle svého pohledu) jako už jinak.“* K3: *„Pro mě bylo těžký třeba, když mě viděli lidi naposled před léčbou a potom třeba až po roce a půl jakoby v tom, když jsem byla jako nejsilnější, tak to byly jako šílené reakce. Jako že: Ježíš marjá, co se ti stalo? Tak to bylo hodně těžké se tím jako vyrovnat.“* Na otázku, jestli se v jejich okolí nachází někdo, od koho by reakci na jejich vzhled neunesly, K1 odpověděla *„Tak jako mě to doma třeba neříkali, protože byli všichni rádi, že nejsem kostra, ale to spíš to okolí, no, nějaká kámoška, nebo tak. Se kterou jsem třeba i brala předtím.“* S ní souhlasí i K3, která říká, že *„Já mám úplně stejnou zkušenost, jako. Že všichni naopak říkají, jako že ty vypadáš dobře, kromě těch lidí, co teda brali.“* smích

K2: *„Mně to jako nikdo neříká, ale...mně to nikdo jako neříká, jo, ale kdybych někoho zase potkala, tak to jako nechci. Tohle je prostě normálně blok. Prostě nechcu, aby mě viděli. Určitě by si to mysleli, neřekli by mě nic, že jsem jako přibrala.“*

Z výsledků je zřejmé, že klientkám není reakce okolí na jejich tělesnou proměnu lhostejná. Často se u klientek objevuje zpochybňování hodnocení od okolí a dotváření jeho smyslu. Zjistili jsme, že rodina si cenila nárůstu tělesné hmotnosti, za to přátelé tento přírůstek hodnotili negativně. Klientky mají obavu setkat se se svými přáteli, protože se bojí jejich reakce. Ze získaných dat můžeme konstatovat, že se klientky domnívají, že by přátelé jejich vzhled nijak nekomentovali, ale mají strach, že by je tak v duchu hodnotili.

### 10.7.5 Trs č. 5 Způsob vyrovnávání se s změnou tělesné váhy

Zajímalo nás, jaké prostředky ke snížení váhy klientky volily. Zmapování způsobů řešení jejich situace by také mělo být podkladem pro tvorbu modulu Obavy z tloušťky.

K2: „*A tak jsem cvičila a byla jsem ráda, že tu váhu dokážu nějak korigovat, ale pak už jsem prostě nevečeřela a musela jsem každý den cvičit, abych prostě byla spokojena sama se sebou.*“ K3: „*...tak jsem začala mít takové sklony k tomu, že jsem přestala jíst a začala jsem pak cvičit několikrát denně v té třetí fázi, jako úplně magor a tady (klientka má na mysli současnou terapii) se mi to rozjelo taky.*“ K1: „*Já jsem třeba udělala to, jako, že jsem vyčistila skříň, protože jsem si vždycky nechávala ty věci, který mi byly jako malý.*“ A dodává, že „*...pak jsem prostě vzala pytel a říkala jsem si, že to prostě musím dát prostě pryč.*“ K2 uvádí, že nechce být otrokem módy, jako byla dřív. Uvědomuje si, že některé oblečení si na sebe už neobleče. K tomu dodává „*A prostě tak to je, a tak to asi souvisí kompletně s tou změnou. Takhle si to říkám, ale fakt je, že občas kdybych měla někoho potkat, tak já bych se normálně styděla. Jakože normálně stud, jakože jsem přibrála.*“ K1: „*Ale stejně pak si ale dát i postoj k tomu sportu. Nedělat to proto, že musím, že potřebuju něco jako rychle vyběhat, ale jdu si to užít, protože mám ráda taky ten pohyb. I já jsem si to říkala, prostě jako nahlas, jo, s tím, že mi nevydrželo moc dlouho, ale měla jsem takovou chvíli, jako by že otáčet si to a říkala jsme si, že ty tváře mám ráda, že je to jako moje. A tohle mi docela jako pomohlo.*“ K2 ještě uvádí, že se pokusila svůj problém řešit s přáteli „*Tak jsem to řekla pár lidem kolem mě, a oni už jako věděli, že chci jít (zvracet), tak tam počkali se mnou a já jsem nešla. Ale jako neřešila jsem to se všema, bylo mi to trapný, no.*“ K2: „*Ale tak jo, já se to snažím nějak jako ne zamaskovat, ale jako jo, zamaskovat.*“ K3: „*...vždycky, když mám pocit, že jsem přibrála aspoň 5 kg, tak se zvažím, a vidím, že vážím furt stejně. Takže já věřím té váze. Dřív jsem si říkala, že je zase pokažená, ale teď už věřím té váze a říkám si, jo, je to v klidu. Jako že mě drží ta realita, trochu.*“ Zároveň dodává, že „*...já jak jsem se tady začala vážit, dala jsem si to do kontraktu, tak jsem to vždycky strašně prožívala a nikdy jsem nechtěla vidět to*

číslo... ale pak jsem si už na to zvykla a už jsem přijala, že teď jak jsem takhle, tak je to prostě v pohodě. Ale taky to trvalo. *Taky to byl strašák. Ještě když tam byla ta 83.*“ Klientka K2 odmítá váhu, jako způsob kontroly tělesné váhy. Na otázku, co by jí pomohlo, odpověděla „*Jedině sport. Já když sportuju, tak jsem úplně v pohodě.*“

Zjistili jsme, že si klientky snažily vytvořit nástroje, kterými by řešily svůj problém s váhou. Uvedly spoustu způsobů, jak situaci tenkrát řešily. Jedna používá váhu ke kontrolování hmotnosti, jiná vidí smysl ve sportu. Při skoncování se závislostí na pervitinu jedna z klientek měla potřebu se zbavit i oblečení, které jí připomínalo dobu, ve které pervitin užívala (oblečení jí bylo malé). Další klientka uvádí, že pro ni bylo velice těžké přijmout, když vážila přes 80 kg. Tuto větu sdělovala velmi potichu, jakoby se za to styděla. Další způsob, jakým se klientky vypořádávaly se svojí váhou, bylo ujišťování se o tom, že jejich aktuální vzhled je zdravý, a že se mají rády takové, jaké jsou.

### **10.7.6 Trs č. 6 Hlídání váhy jako spouštěče chuti na pervitin**

Snažíme se zjistit, v jaké chvíli se klientky svou tělesnou váhou nejvíce zabývají. Zároveň se pokusíme hledat spojitost mezi nespokojeností s vlastním vzhledem a chutí na drogy.

K1: „*A občas to mám i spojený s tím, že já mám tohle jako ukazatel, před tím, než mě právě začne napadat nespokojenost a začnu to zkoumat, jako že po tom teprve začnu mít chuť na ty drogy. Já mám teď za sebou laps, právě....*“ K3: „*Já to mám stejně, jakože když mi není nějak úplně nejlíp jako psychicky, tak začnu řešit, jako jestli jsem nepřibrála zase.*“ K2 reaguje na to, jak jí musel bratr pomoci při vyklízení skříně, kde bylo staré oblečení. „*...já jsem nebyla schopná sama ty skříně otevřít a vytrítit. Já jsem z toho byla úplně hotová. Mě to rozjždělo, já jsem u toho dělala i scénu, já jsem u toho i brečela. Prostě, mě se všechno nějak vrátilo, a že už taková prostě nikdy nebudu a že už nebudu hubená a já jsem za tím viděla strašně moc věcí. Jako na té své ženskosti, no, prostě jsem se cítila blbě, no.*“ K3 uvádí, že „*...když se cítím dobře, mám dobré dny, nebo tak, tak mě to nenapadne. Dám si čokoládku a dobré, ale když jsem na tom blbě, tak neřeším nic jiného, než tůčky....*“ Na otázku, jestli vědí, jaká situace by jim mohla abstinenci ohrozit K3 odpověděla „*...tak určitě, já jsem to měla teďka hodně, protože беру nějaké léky, jako na hlavu a zkoušeli jsme je vysadit u psychiatra a to jsem měla jako že tři měsíce jako peklíčko, než jsme je nasadili jako zpátky a to jsem teda řešila hodně, no. Jakože fakt, když jsem na to m hodně blbě psychicky, tak to vždycky řeším.*“ K2: „*Zároveň k tomu se může přidružit nějaký chlápek a tam už je to tenkej*

*led...Ted' jsem zažila takovou negativní odezvu. Jakože to ten kluk neopětoval a jo, najednou úplně v té chvíli (tleskla rukama) a když jsem fetovala, tak to bylo fajn a s téma chlapíkama, jak jsem se jim líbila, jo, víš a začala jsem mít blbý pocity.“*

Ze získaných dat vyplývá, že klientky považují myšlenky na svůj vzhled za možné spouštěče chuti na drogu. Z diskuse je patrné, že pokud jsou psychicky v pohodě, tak svůj zevnějšek neřeší. Normálně se stravují a svoji dobrou náladu podpoří něčím dobrým k jídlu. Dozvěděli jsme se, že jedna klientka navštěvovala také psychiatra, který jí předepsal léky, po jejichž vysazení se opět zabývala tím, jak vypadá. Zjistili jsme, že vzpomínka na štíhlost v souvislosti s neopětovanou náklonností muže ke klientce, může být jedna ze spouštěčů chuti na pervitin. Jedna z klientek uvádí, že se musela zbavit oblečení, které nosila v době užívání pervitinu. Připomínalo jí to dobré vzpomínky na dobu, kdy užívala pervitin.

## **10.8 Diskuse**

Ze zkoumaného vzorku vyplývá, že klientky se zabývají svojí atraktivitou a váhou. I přesto, že klientky se sami zabývají obtížemi se svým zevnějškem, se svým terapeutem toto téma aktivně neprobíraly. Klientky se v předchozí léčbě setkaly s negativními reakcemi ostatních klientů při řešení oblasti atraktivity a vzhledu. Po této zkušenosti se raději tématem ani zabývat nechtěly. Jedna klientka uvedla, že se snažila u terapeuta vzbudit dojem, že takový problém nemá. Byl to její způsob řešení problému. Naším cílem bylo zjistit, jestli by se klientky chtěly zabývat tématem tloušťky v terapii a jaký způsob předávání informací by jim vyhovoval. Ze získaných informací můžeme usuzovat, že klientky by se touto problematikou v sezení chtěly zabývat, avšak pro efektivní sezení je podle nich třeba vhodná atmosféra a důvěra v terapeuta. Nevadilo by jim, pokud by téma řešily s terapeutem. Vadilo by jim však, kdyby se sezení účastnili i jiní klienti (muži). I přesto, že si klientky byly vědomy nevhodnosti užívání pervitinu jako prostředku ke snížení váhy, užívaly ho také z těchto důvodů. Klientka, která před nedávnou dobou zažila laps, konstatovala, že si byla vědoma nevhodnosti svého jednání. Ostatní klientky daly najevo, že pervitin opravdu dobře funguje jako nástroj k upravení požadované váhy. Dalším cílem bylo zjistit, jak jsou klientky spokojené se svým tělem v době abstinence (máme na mysli období, ve kterém probíhá léčba). Ze vzorku vyplývá, že klientkám nějakou dobu trvalo, než došly k závěru, že je jejich aktuální vzhled normální. Také jsme se dozvěděli, že klientky konečně začaly považovat příjem potravy za základní životní potřebu, nikoli za nepřítele, kvůli kterému nabírají na váze. Zaznamenali jsme však nepříjemné vzpomínky při prvních pokusech o léčbu, kdy klientky



přibraly několik kilogramů. Ze vzorku můžeme vyčíst, že klientkám není lhostejná reakce okolí na jejich fyzickou proměnu. Zde jsme měli zjistit, s jakými reakcemi se klientky od okolí setkávají a jak moc je tyto názory ovlivňují. Dozvěděli jsme se, že rodina reaguje na zvýšenou váhu pozitivně, zato někteří přátelé si neodpustí nepříjemnou reakci, která se klientek velmi dotýká. V tomto případě bychom mohli rozdělit přátele na dvě skupiny. Do první skupiny bychom zařadili přátele, se kterými klientky dříve pervitin užívaly. Ti se ke zvýšené váze vyjadřují negativně. Druhá skupina přátel změnu klientek nepatříčně nekomentuje. Získané informace poukazují na to, že právě rodina byla s nárůstem kilogramů klientky spokojena. Klientky by se rády viděly s přáteli, se kterými dříve užívaly. Bojí se však, že by se setkaly s negativním ohodnocením svého aktuálního vzhledu. Zároveň lze dodat, že klientky mají nejvíce strach z toho, že je přátelé budou v duchu hodnotit. Posledním primárním cílem bylo zjistit, jaké způsoby řešení proti nabírání váhy klientky zvolily. Ze zkoumaného vzorku je patrné, že klientky měly několik způsobů řešení obtíží s vyšší váhou. Šlo například o používání osobní váhy jako prostředku kontroly nad svou hmotností, zařazování sportovních aktivit nebo o vynechávání jídla. Objevila se i zkušenost s vyřazením oblečení, které klientky v době užívání pervitinu nosily. Vzbuzovalo v nich úzkost, že už nejsou tak štíhlé a měly pak chuť na drogy. Mezi způsoby jak řešit obavu z přibývajících kilogramů patřilo zabezpečování se, že jejich aktuální vzhled je zdravý a normální. Dále ze vzorku můžeme vyčíst, že klientky spojují myšlenky na štíhlost a chuť užít pervitin. Tento fakt si samy označily jako spouštěč. Pokud jsou klientky celkově spokojené, nemyslí na to, jak vypadají. Pokud však prožívají náročné životní situace, jejich myšlenky se ubírají směrem k řešení svého vzhledu. Za možný spouštěč můžeme také považovat i neúspěch v navazování partnerských vztahů. Jak jsme mohli zjistit, absence náklonnosti muže ke klientce v ní vyvolá pocit neatraktivnosti a klientka začne myslet na dobu, kdy byla štíhlá a muži o ni jevili zájem.

## **10.9 Závěr k praktické části**

Na základě praktické části můžeme dojít k těmto závěrům. Klientky zajímá téma spojené s nabíráním váhy a atraktivity. V minulosti se v léčbě setkaly s bagatelizováním jejich problému, a proto se obávaly o tématu hovořit v Krátkém intervenčním programu. Klientky by se s terapeutem pobavily o obavách z tloušťky v rámci programu, ale vyžadují k tomu vhodnou atmosféru a terapeuta, kterému důvěřují. Toto téma je pro ně citlivé. Terapeut by vytvoření modulu zabývající se touto problematikou rád uvítal. Dále jsme došli k závěru, že klientky užívaly pervitin mimo jiné proto, aby snížily svoji tělesnou váhu. Klientky se shodují

na tom, že pervitin je bohužel účinný prostředek jak docílit své vytoužené tělesné váhy. Klientky po nějaké době došly k závěru, že chtějí přestat s užíváním pervitinu a se záměrným zvracením. K tomuto poznatku došly proto, že už definitivně ztrácely kontrolu nad závislostí na pervitinu. Okolí klientky hraje důležitou roli v jejím sebevědomí. Klientky se setkávají jak s pozitivním hodnocením jejich aktuálního vzhledu, tak i s negativními reakcemi. Často si však tyto reakce sami interpretují. Nejvíce se obávají toho, že okolí si o nich bude v duchu myslet, že přibraly hodně kilogramů. Klientky si vytvořily prostředky, které jim pomáhaly si tělesnou váhu hlídat. Jednalo se jak o vážení na osobní váze, sportování, tak i třeba vyhození oblečení, které jim připomínalo dobu, kdy byly závislé na pervitinu a v důsledku užívání byly velmi štíhlé. Klientky považují myšlenky týkající se jejich vzhledu jako spouštěče chuti na pervitin. Pokud jsou psychicky spokojené, těmito myšlenkami se nezabývají. Pokud se však nachází v náročné životní situaci, myšlenky se objeví.

## 11 Tvorba modulu Obavy z tloušťky

Realizace modulu vznikla na základě získaných vzorků z praktické části. Tento modul je chápán jako výběrové téma, které mohou terapeuti použít v případě, že se klientka v sezení chce zabývat tímto tématem.

### **Modul : Obavy z tloušťky**

*„No, ale já už jsem byla z toho tolikrát unavená, že jsem seděla na té posteli a říkám si, že jsem vlastně hubená, ale já si to vůbec nemůžu užít, protože mi je všechno velké a připadám si stejně ošklivá...Sice jsem byla hubená, ale zároveň strašně unavená. Tak jsem si lehla do postele a spala jsem.“*

**Podpora:** pracovní list č.11, pracovní list Vnímání reakce okolí na můj aktuální vzhled (příloha č.3)

### **I. Cíle modulu**

- uvědomit si souvislosti mezi užíváním pervitinu a nespokojeností s vlastním tělem
- seznámit se s jinou podobou závislosti (ortorexie)
- vyzkoušet techniky, které se zaměřují na realistické vnímání vlastního těla

### **II. Průvodce modulem**

Tento modul byl navržen tak, aby pomohl terapeutům v práci s klientkami, které mají obavy z přibírání tělesné váhy. Modul je sestaven na základě zkušeností jiných uživatelů pervitinu, které zároveň procházely Krátkým intervenčním programem pro uživatele pervitinu. Tento fakt můžeme vnímat jako výhodu, protože mluvíme o reálných případech a pocitech bývalých klientek. Vzhledem k citlivosti tématu by bylo nejpříznivější, kdyby klientky do pracovního listu č.11 *Tabulky spouštěčů* uvedly, že jeden z jejich spouštěčů by mohla být obava z tloušťky. Vycházíme tak z výzkumné části, ve které jsme se dozvěděli, že téma atraktivnosti a tělesné váhy je pro klientky aktuální, ale obávají se tento problém otevřít. Je tomu tak proto, že se za své obavy stydí. Klientky se také setkaly s negativní reakcí od jiných klientů v předešlé léčbě. O této oblasti se chtěly na skupinové terapii pobavit, ale ostatní klienty téma nezajímalo. Bagatelizovali ho a měli jednoduchá řešení.

Sezení začneme tím, že klientku podpoříme. Řekneme jí, že na sobě v terapii udělala hodně práce, ale aby si i nadále v sezeních vedla dobře, je důležité zmapovat možné spouštěče chuti na pervitin. Pokud jsme již s klientkou téma spouštěčů chuti na drogy probrali, vrátíme se k vypracovanému pracovnímu listu č.11. Pokud klientka tehdy do tabulky neuvedla obavu z přibírání na váze, tento spouštěč může zpětně doplnit.

Zjišťujeme, jestli je téma pro ni aktuální. Jako příklad uvedeme zkušenost, že jsme se při léčbě setkali s klientkami, které měly obtíže s tím, že přibírají na váze. Styděly se však o tomto tématu mluvit. Pokračujeme dál a mluvíme o tom, že to také byly bývalé uživatelky pervitinu, které ho užívaly mimo jiné proto, že byl nástrojem pro rychlé snížení tělesné váhy, v důsledku čehož si připadaly více atraktivní. Klientce ještě nedáváme prostor k vyjádření a pokračujeme dál. Domníváme se, že pokud klientce nabídneme širokou paletu velmi podobných obav jiných klientek, naše klientka bude cítit menší stud při řešení svého problému. Uvedeme, že se klientky v době své abstinence cítily méně atraktivní a hodně jim to vadilo. Přiznávaly, že svoji tělesnou váhu hodně řešily. Když užívaly pervitin, tak byly opravdu velmi hubené. Klientky pro tento stav používaly slovo „rachitická.“ Když však pervitin neužívaly, používaly kompenzační mechanismus zvracení. Tento návyk se zautomatizoval a klientky pak zvracely a zároveň užívaly pervitin. Jakmile zjistíme, že klientku toto téma zajímá, pokračujeme dál.

Klientky se také v době léčby potkaly s lapsem. Uvedeme zkušenost jedné z nich, která uvedla, že si byla vědoma nevhodnosti svého jednání (užila pervitin), ale byla to pro ni jediná pozitivní věc, o které věděla, že po ní zhubne. Je důležité zdůraznit, že klientka sama přiznává, že už v tu chvíli věděla, že to není správné. V důsledku lapsu dva dny nejedla a zase cítila nějaké uspokojení. I ostatní klientky uváděly, že pervitin velmi dobře funguje ke snížení váhy.

Další oblastí, o které se s klientkou můžeme pobavit, je řešení stylu oblékání. Opět se odkážeme na zkušenosti bývalých klientek, které svoji nespokojenost s tělesnou váhou vyřešily tím, že se zbavily oblečení, které nosily v době své závislosti na pervitinu. Jednalo se totiž o několik čísel menší oblečení, do kterého se už nikdy nevejdou (klientky používaly termíny jako hadříky, gatě, šatičky). Zároveň řekneme, že klientky přemýšlí nad tím, jak se teď oblékat, protože v drogové minulosti se oblékaly zcela odlišně, než nyní. Dodávají, že často si připadají, že působí až moc slušným dojmem a proto si hledají nový styl. Zároveň říkají, že to nejspíš souvisí s celkovou změnou.

Pokud klientka začne mluvit o tom, že si vždy připadala silnější než ostatní ženy, můžeme použít další zkušenost bývalých klientek. Řekneme, že jsme se v léčbě také setkali s klientkami, kterým se vždy ostatní ženy (používaly slovo holky) zdály mnohem štíhlejší, než ony. Nemuselo se jednat pouze o uživatelky v jejich okolí. V reálné situaci tato žena mohla být i silnější než bývalé klientky, ale přesto si klientky říkaly, že by taky tak chtěly vypadat. Dodávaly, že u sebe řeší každé další kilo, ale ostatní ženy takto nehodnotí.

Klientky vypracují pracovní list **Vnímání reakce okolí na můj aktuální vzhled** (nalezneme ho v příloze č. 3). Na základě vypracování tohoto listu se s klientkami pobavíme o tom, jaký je rozdíl mezi reálnými reakcemi a jejich domněnkami. Zároveň se snažíme hledat možnosti, které by klientkám pomohly odpoutat se od jejich nevhodných interpretací. Snažíme se s klientkami nacvičit situace, které by mohly být pro klientku nebezpečné (nacvičíme odpovědi, které klientkám pomohou nepřipouštět si reakci okolí k tělu).

Dále klientkám nabídneme možnost zabývat se oblastí zdravé stravy. Klientky si často slibují, že konečně se sebou něco udělají, budou pravidelně cvičit, budou se zdravě stravovat apod. Avšak i zdravý životní styl může vést k vážným problémům. Platí zde pravidlo: všeho s mírou. To platí i pro upřednostňování biopotravin a vytvoření odporu ke konzervačním látkám. Seznámíme klientky s pojmem **ortorexie**. V této souvislosti se striktní dodržování zdravého životního stylu stane posedlostí. Klientka by se tedy neměla stát otrokem představy zdravého stravování prostřednictvím reklamou doporučených bioproduktů (Krch, 2010). Pokusíme se klientkám vysvětlit, že jedné závislosti se úspěšně zbavují. Je tedy třeba si uvědomit, že v případě snižování váhy musí být obezřetné. Snažíme se zabránit tomu, aby pak klientka nepropadla závislosti na dodržování přísného zdravého stravování. Jako příklad můžeme použít příběh, který uvádí Krch. Jedná se o jeho pacientku. *„Poprvé ji do ambulance přivedli její rodiče. Nepustila mě ke slovu a udělala mi hodinovou přednášku o zdravé výživě. Hospitalizaci odmítla s tím, že v její výživě nechybí žádné důležité látky. Měla to nastudované a zvažené. Podruhé už nepřišla, rodiče volali, že tři dny před dalším termínem zemřela na selhání srdce* (Krch, 2010, s. 123).“

### **Techniky při práci s klientkami v modulu Obavy z tloušťky**

Vycházíme z Krcha, který používá při práci s pacientkami s poruchami příjmu potravy terapii orientovanou na tělo. Dále použijeme některé běžně používané terapeutické techniky. Ze strachu nabírání na tělesné váze klientky nuceně zvrací nebo užijí pervitin. Uvedeme několik návrhů, které můžeme v sezení s klientkou použít. Cílem je, aby se klientky postupně vyrovnaly se svým nynějším vzhledem a byly se sebou spokojené.

#### **• Znovuvytvoření realistického obrazu sebe sama**

Tato technika spočívá v uvědomování si svých nerealistických požadavků. Podmínkou pro uzdravení je realistické a pozitivní vnímání vlastního těla. Klientka by měla být během obnovování tělesné hmotnosti připravena na proměnu svého těla. Cílem je přijmout tyto změny. Chceme, aby klientka došla k pozitivnímu vnímání vlastního těla. Touto technikou se

snažíme změnit stravovací návyky a zkreslené hodnocení tělesné hmotnosti (Probst In Krch et al., 2005).

- **Utlumení vnitřního napětí spolu s hyperaktivitou**

Zde se snažíme utlumit hyperaktivitu a neposednost a přeměnit ji na kontrolovanější formu pohybu. Cílem je naučit klientku omezit fyzickou aktivitu a vyrovnat ji relaxací a odpočinkem. V důsledku takového jednání by mělo dojít k dobré fyzické kondici (Probst In Krch et al., 2005).

- **Hraní role**

Vzhledem k tomu, že se sezení účastní pouze klientka a terapeut, je značně omezena jakákoli dramatická technika. Přesto můžeme použít techniku výměny rolí. Klientka se vcitňuje do předem určené osoby. Cílem je otestovat vnímání sebe a druhých (klientka se cítí jako tlustá, ale všechny ženy kolem jsou podle ní štíhlé), zjistit svoje hranice a nacvičit si chování v bezpečném prostředí. Tento výsledek můžeme doplnit o živou sochu (Probst In Krch et al., 2005).

- **Řízené představy**

Klientka je terapeutem vybízena, aby si představila cílenou situaci k vyvolání citových a smyslových skutečností. Tím objevíme ty části těla, o kterých klientky přemýšlí negativně. Odpor vůči nějaké části těla odhalíme tak, že požádáme klientku, aby napsala svému tělu (nebo jeho části) dopis. V dopise musí být i odpovědi na pociťované negativní hodnocení (Probst In Krch et al., 2005).

### **III. Příklad minikazuistiky**

Klientka 25 let, pervitin užívá od 16 let. Momentálně už rok a půl abstinuje. Uvádí, že měla problémy s vynuceným zvracením už v době, kdy užívala pervitin. Vždy se velmi zajímala o to, jak vypadá. Při poslední léčbě na detoxikační jednotce se potkala s pacientkami, které svou váhu také korigovaly zvracením. Za sebou má terapeutickou komunitu, kterou úspěšně dokončila. Momentálně využívá služby doléčovacího centra a má zaměstnání. V sezeních s terapeutem by se ráda zabývala tématem obav z tloušťky, ale stydí se za to.

### **IV. Rozbor minikazuistiky**

Mapujeme, jakou souvislost klientka shledává v užívání pervitinu a nadměrným zájmem o svou tělesnou váhu. Klientka se rozhodla pro abstinenci, avšak pravděpodobně nepočítala s takovým nárůstem kilogramů. První léčbu skončila s tím, že než být tlustá, tak raději bude užívat pervitin. V důsledku nespokojenosti se svou tělesnou váhou se opět dostala do kolotoče závislosti na pervitinu. V další léčbě se setkala s pacientkami, které také zvracely,

aby se cítily hubenější. Klientka se v té době rozhodla, že už takový vzorec nechce dodržovat, a proto už záměrně nezvracela.

Použijeme techniku *Znovuvytvoření realistického obrazu sebe sama*. Klientku vedeme k tomu, aby si uvědomovala své nereálné požadavky (chci být stejně hubená, jako když jsem brala pervitin, ale znovu kvůli tomu brát nezačnu). Zároveň se snažíme, aby své tělo hodnotila realisticky a pozitivně. Seznámíme klientku s tím, že v důsledku abstinence nabere na váze. Cílem tedy je, aby přijala tyto změny.

#### **V. Shrnutí**

Cílem modulu je klientce nabídnout prostor k řešení jejích obav z tloušťky. Klientce sdělíme, že informace, které ji předáme, pochází od klientek, které také užívaly pervitin a procházely Krátkým intervenčním programem pro uživatele pervitinu. Společně zmapujeme, jak klientku vnímá její okolí a jakých reakcí se nejvíce obává. Dáme klientce prostor k vyjádření svých obav a oceníme ji, že je ochotná o tomto tématu s terapeutem mluvit.

#### **VI. Úkoly pro klienty a pojmy k zapamatování**

Orientovat se v tom, jaký je rozdíl mezi reakcí okolí na to, jak vypadá a jejími interpretacemi. Pokud se bude zaměřovat na redukci své tělesné váhy, tak by měla pamatovat na pravidlo: Všeho s mírou!

## Závěr

V teoretické části jsme popisovali termíny prevence, psychoterapie a poradenství. U psychoterapie jsme uvedli historický nástin a podoby současné psychoterapie. Protože jádrem naší práce bylo popsat zkušenosti s Krátkým intervenčním programem pro uživatele pervitinu, stručně jsme popsali psychoterapeutické směry a druhy psychoterapie. Aby terapie byla efektivní, je třeba vycházet z účinných faktorů při léčbě na návykových látkách. V kapitole Psychoterapie a vymezení kognitivně-behaviorální terapie jsme se zabývali nejen popisem tohoto psychoterapeutického směru, ale i charakteristikou ambulantní formy terapie. To proto, že Krátký intervenční program je realizován právě touto formou terapie. Popisujeme, jak probíhá léčba v tomto zařízení a jaký tým ho tvoří. Poté přichází dvě stěžejní kapitoly, ve kterých popisujeme zrod intervenčního programu od svého začátku. Uvádíme, jakou podobu program nesl ve verzi pro Velkou Británii. Jednalo se o uživatele kokainu a cracku. Abychom mohli program aplikovat na české uživatele pervitinu, bylo třeba provést jeho transformaci do českého prostředí. Zde tedy popisujeme, jak byla metodika upravována. Protože každou novinku lze upravovat, i Krátký intervenční program zažil období svého vývoje. Výsledkem jsou dvě stavební jednotky. První se nazývá Krátký intervenční program pro uživatele pervitinu a druhá je Terapeuticko-intervenční program pro uživatele pervitinu. V kapitole vysvětlujeme, že Krátký intervenční program pro uživatele pervitinu se skládá z pevných modulů, ve kterém se klient s terapeutem zabývají funkční analýzou klientova problému a také se klient snaží porozumět tomu, jak pervitin v mozku působí. Terapeuticko-intervenční program pro uživatele pervitinu volně navazuje na Krátký intervenční program. Skládá se z volných modulů obsahujících výběrová témata, která jsou použita dle potřeb klienta. Aktuální podoba Intervenčního programu vznikla proto, že původní verze programu obsahovala dvanáct modulů, kterými klient procházel a paralelně probíhala i běžná terapie. Praxe však ukázala, že taková práce je pro klienta velmi náročná.

V další kapitole se věnujeme závislosti a mimo jiné zaměřujeme pozornost na oblast žen a návykových poruch. To proto, že v praktické části jsme se zabývali obavou z tloušťky v souvislosti s abstinencí pervitinu u žen. Protože se zaměřujeme na zkušenosti s Krátkým intervenčním programem, v kapitole o pervitinu se zabýváme jeho specifikací. V souvislosti s užíváním pervitinu dochází k mnoha zdravotním důsledkům, které popisujeme v teoretické části. V kapitole zabývající se poruchami příjmu potravy popisujeme její syndromy a uvádíme, jak jsou tyto poruchy v České republice rozšířeny.



V praktické části pohlížíme na uživatele drog a osoby s poruchami příjmu potravy z optiky genderového pohledu. Uvádíme, že ženy jsou chápány jako specifická klientela při léčbě drogových závislostí. V této souvislosti se snažíme zjistit, jestli pervitin užívaly jako nástroj ke snížení tělesné váhy. Ze získaného vzorku jsme došli k poznání, že klientky mají zkušenost s užíváním pervitinu společně s vynuceným zvracením. V praktické části jsme získali informace, které jsme použili pro tvorbu modulu Obavy z tloušťky. Jednalo se tedy o naplnění sekundárního cíle. Vytvořený modul bude terapeutům sloužit jako metodický materiál při sezení.

Tak jako se postupně brousila metodika Intervenčního programu, tak i vytvořený modul Obavy z tloušťky nemusíme považovat za definitivní. Snažili jsme se vytvořit modul, který by mohl být inspirací k vytvoření dalších modulů, které by se zabývaly mužsko - ženskými tématy. Věříme však, že naše výběrové téma klientkám dostatečně pomůže při řešení jejich obav, a že naleznou odvahu o svých problémech s terapeutem hovořit.

## Seznam použité literatury

1. ANDRLOVÁ, M., Současné směry v České psychoterapii: Rozhovory s významnými psychoterapeuty. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-603-1.
2. DRYDEN, W., Poradenství: Stručný přehled. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 978-80-7367-371-0.
3. FISCHER, S., a ŠKODA J., Sociální patologie: Analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2781-3.
4. HENDL, J., Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.
5. HUTYROVÁ, M., RŮŽIČKA, M., SPĚVÁČEK, J. Úvod do speciální pedagogiky osob s psychosociálním ohrožením a narušením. Olomouc: VUP, 2011.
6. JURÁŠOVÁ, J., Primární prevence propadák nebo užitečný fenomén dnešní doby?. In: "Dokážu to?": Teorie a praxe léčby závislostí. 1. vyd. Olomouc: P-centrum, 2012, s. 7. ISBN 978-80-260-2137-7.
7. KALINA K. et al., Obecná psychoterapie: 2., rozšířené a přepracované vydání. 2. vyd. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-0723-5.
8. KALINA, K. et al., Základy klinické adiktologie. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2008. 388 s. ISBN 978-80-247-1411-0.
9. KRCH, F., et al. Poruchy příjmu potravy. 2. vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0840-X.
10. KRCH, F., Mentální anorexie. 2. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-807-4.
11. MÁCHALOVÁ, V., Krátký intervenční program pro závislé na pervitinu. Olomouc, 2011. bakalářská práce (Bc.). UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI. Pedagogická fakulta
12. Metamfetamin (pervitin): situace v EU a její globální kontext. 1. vyd. Praha: Centrum adiktologie a Sdružení SCAN, 2010. ISBN 978-80-86620-24-4.
13. Mezinárodní klasifikace nemocí - 10.revize Duševní poruchy a poruchy chování: Popis klinických příznaků a diagnostická vodítka. 3. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2006. ISBN 80-85121-11-5.
14. MIOVSKÝ, M., Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4.
15. NEŠPOR, K., Návykové chování a závislost: Současné poznatky a perspektivy léčby. 3. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-267-6.
16. NEŠPOR, K., Návykové chování a závislost: Současné poznatky a perspektivy léčby. 4. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-908-8.

17. PLEVOVÁ, I., Kapitoly z obecné psychologie II. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-0963-1.
18. PRAŠKO, J., MOŽNÝ P., ŠLEPECKÝ M., Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch. 1. vyd. Praha: Triton, 2007. ISBN 978-70-7254-865-1.
19. RŮŽIČKA, M. et al., "Dokážu to?": Pervitin - koncepce školení pro terapeuty. 1. vyd. Olomouc: P-centrum, 2012. ISBN 978-80-905377-0-5.
20. RŮŽIČKA, M. et al., Krátký intervenční program pro uživatele pervitinu a terapeuticko-intervenční program pro uživatele pervitinu. 1. vyd. Olomouc: P-centrum, 2012. ISBN 978-80-260-2149-0.
21. VYMĚTAL, J. et al., Obecná psychoterapie. 2. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 978-80-247-0723-5.
22. ZÁBRANSKÝ, T., *Drogová epidemiologie*. 1. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2003. 95 s. ISBN 80-244-0709-4.

#### INTERNETOVÉ ZDROJE

23. Ambulantní léčba: Definice pojmů. [Www.prevcentrum.cz](http://www.prevcentrum.cz) [online]. [cit. 2012-10-13]. Dostupné z: <http://prevcentrum.cz/Ambulantni-lecba/Slovnicek-pojmu>.
24. Prevence. [Drogy-info.cz](http://www.drogy-info.cz) [online]. 2010, 9.12.2010 [cit. 2012-10-13]. Dostupné z: [http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar\\_pojmu/p/prevence](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/p/prevence).
25. VÁCHA, Pavel. Efektivní prevence drogových závislostí. In: Efektivní prevence drogových závislostí [online]. 2007 [cit. 2012-10-14]. Dostupné z: [www.prevence.net/Science/vacha\\_03.pdf](http://www.prevence.net/Science/vacha_03.pdf)

## **Seznam příloh**

Příloha č. 1 : Záznam rozhovoru s terapeutem P-centra

Příloha č. 2 : Přepis zvukového záznamu

Příloha č. 3 : Pracovní list: Vnímání reakce okolí na můj aktuální vzhled

Příloha č. 4 : Pracovní list 11: Tabulka spouštěčů

## **Příloha č.1**

### **Záznam rozhovoru s terapeutem P-centra**

Na otázku, jak je spokojený s metodikou při své terapeutické práci odpověděl, že vzhledem k tomu, že metodiku sám vytvářel a byl v ní proškolen, tak v ní shledává úspěchy. Uvědomuje si, že kdyby s touto metodikou pracoval bez proškolení, tak by se v ní neorientoval. Upozorňuje tedy na důležitost proškolení pracovníků, kteří by jinak s metodikou nemuseli pracovat správně. Uvádí, že se metodika v praxi nemusí používat od začátku do konce, ale terapeut může použít jen její prvky v léčbě klientů se závislostí na pervitinu. Na otázku, v jaké léčbě metodiku používá, odpověděl, že moduly jsou využívány jak v ambulantní formě léčby, tak v doléčovacím centru. Z jeho slov vyplývá, že se pevně dodržuje filosofie metodiky nikoli její postup. Klientovi je tak nabízena léčba, která odpovídá jeho potřebám. Konkrétní postup metodiky je vhodný pro ambulantní klienty, kteří s ní byli seznámeni. Na otázku, zda-li terapeut shledává potřebu rozšířit oblast některých modulů odpověděl následující. Moduly, se kterými se v metodice pracuje, vychází z původní metodiky od Aidyana Graye, zakladatele Krátkého intervenčního programu pro uživatele cracku a kokainu. Samotný autor metodiky si uvědomuje důležitost její obohacení o další moduly. České terapeutky tedy vybídl, aby se zabývaly jejich rozšířením. Obsah musí vycházet z českých podmínek. První modul, který se k tomu vybízí, by se zabýval mužsko-ženskou problematikou. U mužů je to téma sexuality a u žen je velké téma obtíže s váhou. Dále se zmiňuje o tom, že v budoucnosti by mohly vzniknout i další moduly. Na otázku, řeší-li klientky téma obavy z tloustnutí a atraktivnosti odpověděl, že klientky v této oblasti uvádí problém. A dodává, že kdyby byl zpracovaný metodický list zabývající se tématem atraktivnosti, hodnotil by to za vhodné. K tomu se také ještě vyjadřuje, že se jednou do roka v zařízení pořádají heterogenní skupiny. Jedná se o vedení skupin žen a mužů zvlášť. Vzniká tak prostor pro klienty/tky, ve kterém mohou sdílet své problémy bez účasti druhého pohlaví. Terapeut říká, že pochopitelně všechny klientky toto sezení v rámci léčby nezažily.

## Příloha č.2 Přepis zvukového záznamu

Ještě jednou dobrý den. Jmenuji se Veronika Máchalová, studuju na Univerzitě Palackého. Momentálně končím pátý ročník a jako téma k diplomové práci jsem si vybrala Zkušenosti s krátkým intervenčním programem pro uživatele pervitinu. Tato metodika je novinkou v léčbě závislosti na návykových látkách. No, ale vždy je něco, co se dá vylepšit, co se dá obohatit. A to je jeden z důvodů tohoto setkání tady s vámi. A vy sami tuto metodiku můžete obohatit tím, že se tady dneska spolu pobavíme o dalších možných oblastech a tématech, které by mohly vzniknout v procesu léčby. Na skupinách probíráte jednotlivá témata.

K0: ano

Já: A v souvislosti s těmi tématy mě napadlo, jak to vlastně je s tou problematikou, se kterou já dnes přicházím. Ještě je důležité říci, že se nejedná totiž o terapii, ale jedná se jakoby o sběr informací, co kde jste někdo slyšel. Než ještě začneme, tak vám vysvětlím, co se bude dít s informacemi, které si dnes v diskusi probereme. Cílem tohoto setkání je obohatit tuto metodiku o oblast, která by byla jádrem diskuse.

Když člověk drogu bere, tak ubírá na váze. Nejí, nespí... napadlo mě, jestli jste se v procesu léčby setkaly s tím, že třeba nabíráte. Nebo ne přímo vy, ale nějaké vaše kamarádky, nebo známé. S tím vzniká i otazník, jestli se holky bojí přestat brát, aby nepřibraly. No, a to by byla oblast, dnešní jádro, o čem bychom se dnes mohly pobavit. A teď už nechám mluvit vás.

K3: Tak to je jakože moje téma, ne. Já jsem jakože i brala, protože se mi líbilo, že jsem měla jako fakt těžkou podváhu, takže na tom jsem si vlastně dost ujížděla a v první léčbě, když jsem přibrala já nevím, 10, 5 kilo, tak zhruba třeba těch 8 nebo tak, tak jsem si úplně jako řekla a dost jako a šla jsem prostě zhubnout *smích*<sup>44</sup>, jakože takhle, no. Že jsem prostě šla, vyloženě jako než přibrat, tak radši budu brát dál. A v té druhé léčbě jsem se s tím jakože už smířila, protože to bylo pak už dost vyhocené a to jsem pak přibrala, jako 30 kilo. 30 a z toho jsem pak nějakých 15 shodila tak jako už zdravě. Takže to je moje velké téma a i holky, co to v komunitě jako řešily, tak jsem byla jediná, která nechodí schválně zvracet, takže to je pro mě velká téma toto.

Já: Hm, *kývám hlavou*.

K1: *Pokašle si* Já jsem to taky jako řešila třeba v šestnácti a trvalo mi dlouho, než jsem si to v té hlavě nějak přehodila, že takhle jsem prostě zdravá. Ale zase jsem taky měla

---

<sup>44</sup> Kurzíva označuje neverbální chování.

problém s tím zvracením, ale já už jsem to měla jakoby předtím. Jako dřív. No a taky mi potom přišlo sympatický, že hubnu. Teď ale jak jsem byla v tý léčebně, tak jsem každé den musela běhat 7 km. Jako potřebovala jsem to nějak vykompenzovat a hlídala jsem si prostě jídlo, jo ale...teď si připadám, že to mám tak zase nějak normálně, ale až v podstatě po roce se mi to povedlo. Že je to prostě normální, že prostě jako jím. A že nejsem jako rachytlická.

Já: *kývám hlavou*

K1: A občas to mám i spojený s tím, že já mám tohle jako ukazatel, před tím, než mě právě začne napadat nespokojenost a začnu to zkoumat, jako že po tom teprve začnu mít chuť na ty drogy. Já mám teď za sebou laps, právě...

K3: Já to mám stejně, jakože když mi není nějak úplně nejlíp jako psychicky, tak začnu řešit jako jestli jsem nepřibrala zase

Všechny: no, jo, to no, přesně

K3: ...a pak si řeknu bacha, jako už to přichází

K1: no, já nevím prostě já pořád citlivě reaguju na to, když mě vidí to okolí. A někdo začne rýpat, že jsem se zakulatila, že mám jako tvářičky *štípne se do tváře* a tak a mě to prostě jako našťve. Někdy to vezmu, v pohodě, ale stejně je to ještě...jako zpracovávám to furt. Jakože oni mi řeknou, že mě jako rádi vidí, ale já už si to předám (znamená to, že to klientka pochopí dle svého pohledu) jako už jinak.

K3: Pro mě bylo těžký třeba, když mě viděli lidi naposled před léčbou a potom třeba až po roce a půl jakoby v tom, když jsem byla jako nejsilnější, tak to byly jako šílené reakce. Jako že: Ježíš marjá, co se ti stalo? tak to bylo hodně těžké se tím jako vyrovnat.

Já: Jako že jsi přibrala?

K3: no, no.

Já: Mě tak napadlo, v rámci toho okolí, od koho ta slova nejvíc bolí. Nebo jinak, je ve vašem okolí někdo, kdo kdyby to o vás řekl, tak to má mnohem větší hodnotu, než někdo jiný?

K3: jo. Táta, bývalý partner, takový ty, no...

K3: Tak jako mě to doma třeba neříkali, protože byli všichni rádi, že nejsem kostra, ale to spíš to okolí, no, nějaká kámoška, nebo tak. Se kterou jsem třeba i brala předtím. A pak jsme se potkaly, tak to jsem si říkala, ty jo, ta se má, ta je furt hubená.

K2: Mně to jako nikdo neříká, ale...mně to nikdo jako neříká, jo, ale kdybych někoho zase potkala, tak to jako nechci. Tohle je prostě normálně blok. Prostě nechcu, aby mě viděli. Určitě by si to mysleli, neřekli by mě nic, že jsem jako přibrala. A no, jakoby já jsem dost

řešila tu váhu, hodně, a byla jsem, když jsem brala perník, hubená, hodně jako moc, ale když jsem nebrala, tak jsem měla ten kompenzační mechanismus, že jsem zvracela, takže u mě to šlo tak od té puberty, že jsem prostě zvracela a brala tak i ty drogy.

K2: zvonil telefon, dívá se, jestli to má vzít, nebo ne

Já: klidně si to vezmi

K2: to mi teď přerušilo řeč, ne, *smích*

Ticho

Smích

K2: ...já jsem prostě chtěla říct, že v té první léčbě jako...tam bylo spoustu holek, co tam zvracelo. Já jsem teda byla v Bohnicích a tam se s tím jako hodně lidí potkávalo. A já jsem se nějak prostě zasekla, a řekla jsem si, že prostě ne, že chcu přestat fetovat a že nebudu dělat ani tady todlencto. Takže jsem už v té léčbě nezvracela a od té doby prostě už nezvracím vůbec jo, ale věděla jsem, že prostě nabírám, a kolik jím, nejím, co jím. A když jsem vyšla z léčby, tak jsem začala hodně cvičit, jak si říkala právě ty...(na K1). A tak jsem cvičila a byla jsem ráda, že tu váhu dokážu nějak korigovat, ale pak už jsem prostě nevečeřela a musela jsem každý den cvičit, abych prostě byla spokojena sama se sebou. No, ale ve finále jsem zase znovu začala brát, jo, a pak už jsem se rozhodla, že už to chci brát vážně, s tou léčbou a začít žít zdravě a jako přestala jsem to řešit, ale jako vadí mi to, jo a cítím se míň atraktivní. Občas vzpomínám na tu dobu, kdy jsem byla hubená a šťve mě to. Cítím se míň atraktivní a úplně mi to vadí. Říkám si, kdybych byla štíhlá, jo jako, *ironický smích*. Takže může to být v té léčbě jako...protože já si to zdůvodním, ale...a nechci to na tom stavět, tu abstinenci, ale je to tam, trochu určitě tam něco je. Týká se to té atraktivnosti.

K1: Je pravda, že jak jsem měla ten laps, tak přesto, že jsem věděla, že nechci, že jsem nasraná sama na sebe, tak tohle byla jediná pozitivní věc, jako, že jen pocitově...*souhlas ostatních, není jim moc rozumět...*ale věděla jsem, že je to blbost jo, tak jsem zas prostě nejedla ty dva dny, tak člověk prostě, jak nepije, tak prostě splaskne, no...A když jsem věděla, že je to prostě úplná hovadina, tak tam bylo zase jako nějaké uspokojení. Prostě v tomhle to funguje, no. Je to blbý takhle to říct, ale je to tak.

K2: No, ale já už jsem z toho byla tolikrát tak unavená, že jsem seděla na té posteli a jsem vlastně hubená, ale já si to nemůžu vůbec jako užít, protože všechno je mi velký, připadám si stejně ošklivá, necítila jsem se dobře. Sice jsem byla hubená, ale jako byla jsem unavená, takže jsem lehla do postele a spala jsem a říkám tak co, k čemu to je. Je to takový jako, oboje to tam je.



K3: Já jsem s tím vlastně naposledy měla problém tady na doléčováku. A než jsme skončila v komunitě, tak jsem začala mít takové sklony k tomu, že jsem přestala jíst a začala jsem pak cvičit několikrát denně v té třetí fázi, jako úplně magor a tady se mi to rozjelo taky. Jak už mi tady nikdo nepodsouval to jídlo, jako že režim nějaký, tak tady jsem najednou v deset hodin zjistila, že jsem vlastně ještě nesnídala jako a tak a na tom jsem si teda ujela a musela jsem to řešit, jako že jsem si...*nebylo rozumět* a v té komunitě jsem jako hodně přibrala. Tomu se nedá říct, jakože jíst ne, já jsem vážila nějakých 86 kg a úplně, to bylo prostě jako úplně šílené. Já jsem každé jídlo měla jako by 2 porce. Mazec jako.

K1: Já jsem třeba udělala to, jako, že jsem vyčistila skříň, protože jsem si vždycky nechávala ty věci, který mi byly jako malý.

Všechny: jóóó, ježiš, ajo

K1:...pak jsem prostě vzala pytel a říkala jsem si, že to prostě musím dát prostě pryč.

K2:... že jsi se na to nemohla dívat vůbec

*Smích a souhlas*

K2: jako že jak se to prostě snažíš dopnout, ale nejde to. Tak ty tři čísla, že...

K1:...takže šlo strašně moc věcí pryč, radši

K3: já jsem teď o víkendu vytrídila strašně moc věcí. Úplně jsem se dívala na ty gatě a říkám si...

K2: ..jo, jasně, takové krásné věci...

K2: Normálně mě u toho musel asistovat brácha, já jsem nebyla schopná sama ty skříň otevřít a vytrídít. Já jsem z toho byla úplně hotová. Mě to rozjíždělo, já jsem u toho dělala i scénu, já jsem u toho i brečela. Prostě, mě se všechno nějak vrátilo a že už taková prostě nikdy nebudu a že už nebudu hubená a já jsem za tím viděla strašně moc věcí. Jako na té své ženskosti, no, prostě jsem se cítila blbě, no. Je to o tom sebevědomí, no.

K3: Jo, hodně no. Jako že když se cítím dobře, mám dobré dny, nebo tak, tak mě to nenapadne. Dám si čokoládku a dobré, ale když jsem na tom blbě, tak neřeším nic jiného, než tůčky...

Já: Z toho, co poslouchám, tak mě napadá, jestli si i přes to všechno, řešíte, co si vezmete na sebe..

K1: Já mám i spíš problém, jakože jsem chodila jako úplně jinak oblíkaná. Třeba v té drogové minulosti. Jako a někdy si přijdu jako moc slušně. A už si na sebe nemůžu oblíct ty věci. A já se nějak obleču a jdu do společnosti lidí, známejch a najednou chytanu, ale až tam ten amok, že se cítím divně, prostě. Prostě, že je něco špatně. A přitom je to blbost. Asi to

mám spojený spíš s tím stylem. Jakože tím, že už nefetuju, tak si i v tomhle hledám jako jiné styl.

*Ostatní přitakávají*

K2: No, i já jsem to takhle vyřešila, že už to není jako dřív, že jestli se ta mikina k tomu hodí... nechcu být tím otrokem, jako jsem byla dřív. A některý prvky asi zůstaly, ale věděla jsem, že jako v tom stylu, že si ani nemůžu dovolit takový hadříky jako dřív. A prostě tak to je, a tak to asi souvisí kompletně s tou změnou. Takhle si to říkám, ale fakt je, že občas kdybych měla někoho potkat, tak já bych se normálně styděla. Jakože normálně stud, jakože jsem přibrala. Tohle mám hodně před chlapama, já prostě nevím...*pauza, zamýšlí se*. Mně to i brání, když mám občas chuť ozvat se těm starým známým, mě to normálně zasekne. Ale já si říkám...*pauza...ne. Smích*

K3: Jo, ale já na to taky hodně myslím. Mám teda jednu kámošku, se kterou se občas vídávám, a když jsme spolu tak ona tvrdí, že jako přestala...a občas se prostě potkáme a vždycky na to myslím jako. Si říkám, *ty jo, ona je furt stejná, já jsem od té doby přibrala nějakých 20 kg...a tak<sup>45</sup>*. Taky mě to jako napadne, ale ne že bych to nějak hrotila už, už je to čím dál slabší...*musím říct, jako že...* A s tím stylem jako dneska zrovna...*jsme chytla nějaký záchvěv*, jsem se vrátila trošku *smích*. Ale taky no, už trošku jiným směrem s tím oblékáním, ale občas si tak *vezmu jako to, něco na sebe...ticho*

Já: Napadá mě v souvislosti i s jinýma holkama, které zmiňujete...Setkaly jste se ve vaší drogové minulosti s holkama, se kterýma jste tu krásu řešili?

K1: Jako když jsme fetovaly?

K2: tam bylo málo ženskejch, tam byli samí chlapi

Ostatní s K2 souhlasily.

K3: Já nad tím přemýšlím a mně se vždycky všechny holky zdály mnohem hubenější, než jsem byla já jako. Takže já jsem úplně, to nemuselo být z drogového okolí a prostě ta holka mohla mít mnohem víc kilo než já a jsem si stejně říkala, ty jo, takhle bych taky chtěla vypadat. Jo, a pak třeba i nějakých pár fotek, kde jsem si dřív říkala, fuj, takový tlust'och a teď, když se na to dívám, tak si říkám, ty brdo, to byla doba, jako. Takže úplně jiný pohled, teďka. Ale já jsem moc s holkama taky moc nebyvala, a když jsem byla, tak jsem to asi moc neřešila, nebo se mi zdály jako hubenější.

K1: A vono celkově mi přijde zvláštní, že tohle řeším u sebe, ale když se podívám na ostatní holky, tak to vůbec neřeším. Mně se líbí holky, které jsou normální, že to neřeším...že

---

<sup>45</sup> Zelenou barvou je označována ta část verbálního projevu, při které klientka mluví velmi potichu.

by tohle třeba...je to divný, no, že u sebe řeším každý kilo, v podstatě, nebo něco. Ale podívám se na tu druhou a řeknu si, ta je hezká a je mi úplně jedno, jestli má boky

K3: Tak to já řeším furt. Já jsem si všimla i tebe, ne, a říkám, hm, dobrá nohy jako. *Smích všechny*. Ale já to fakt řeším furt no, jakože ve škole jsou hubené holky a já si říkám **no, dobrý no, tak jako co už. smích tak tak, no.**

*Ticho*

K3: no, je to velký téma, tos trefila docela

K2: Ale nemluvíme o tom jako, já musím říct, že o tom, ani nějak moc nemluvíme. Ani na těch garantech jako. A já chcu dělat takový ten dojem, že su se sebou spokojená a nechci se v tom moc patlat, jo. A vono i na jednu stranu to tak i je a já tohle nechcu moc řešit jako. No, jo. Je mi to asi nepříjemný. A říkám si, že to, že až nazraje čas, že se sebou něco udělám. Že budu víc cvičit a dbát na tu životosprávu. Ale já vím, co to je, když jsem toho otrok, a já už to takhle nechcu prostě. Nechci na to stavět, všechno. Pro mě je asi důležitý, že můžu být tak nějak svobodná v tom, že do toho fitka nemusím, nebo e si můžu sníst tak nějak co chci, no. Ale mít tak nějakou míru, no, prostě. Já myslím, že to nepřeháním, že bych nějak baštila, nebo tohle, ale je fakt, že kdybych nefetovala a neměla tu dobu, kdy jsem byla fakt takhle *znázornila rukama to, že byla velmi hubená*, tak se teď necítím tak blbě. A myslím si, že bych ani neměla bych ty kila, co teď mám navíc. A myslím si, že je to tím, co jsem si jako prožila, že to tělo na to nějak reaguje. Protože ta moje normální váha tohle není, no.

*Ticho*

Já: tak mě ještě napadlo, v rámci té léčby. Protože ty si teď řekla, že v rámci té léčby se o tom nebavíš, tak jestli jste se v nějakým tom modulu, v nějaké části té léčby jste měly zájem třeba o tom mluvit. Ale něco tam tomu brzdilo, nebo jste nechtěly, bály jste se. Napadá mě použít slova, které tady dnes zazněla, a to je, že je vám to nepříjemné, bavit se o tom

K3: U mě určitě. Protože jednu dobu, teď mluvím o komunitě, že jednu dobu se to tam hodně řešilo. A pak už těm klukům to začalo lézt na nervy. Jako my jsme měli rozdělené skupiny, jakože holky a kluci, ale už to těm klukům začalo pak lézt na nervy, takže už jako se to pak přestalo nějak řešit. A tady jsem už šla rovnou s tím, jakožto na skupinách určitě nebudu řešit, protože už jsem viděla to, jak to začne, už z té předešlé léčby jako štvát. A ani, myslím si, že...no ze začátku mi to nešlo řešit ani na garantech...**no, a pak nějak to už jako šlo...**,ale na skupině ně, vůbec. To jsem se i bála vyslovit vůbec to téma, protože už jsem viděla oči všech těch chlapů

K2: I kdyby jim to bylo nepříjemný, nebo u nás tam v té komunitě se to netýkalo mě, týkalo se to jiných holek a spíš už měli nervy a jednoduchá řešení, jako by (ti muži) pro to neměli pochopení, cit. Neviděli v tom až takový problém podle mě. Jo, a že to bylo furt na dlouhý lokte a je to furt dokola. A když člověk chodí zvracet, tak je to furt dokola a na dlouho. Tam si nějak poručit asi nejde... *ticho* Trošku jsme to řešili ale nějak, ne nějak jako moc.

Já: A pomohlo by vám, kdyby jste se o tom pobavili?

K1: Mně pomohlo tohle setkání. Já jsem nebyla schopná o tom mluvit na skupině. Tam by mi to bylo nepříjemný a já bych se za to styděla, že třeba zvracím. Tam (v komunitě) jsem to řešila s mým psychologem a tady jsme to nějak jako našli třeba. Ale mně pomohlo to, že já jsem si to přehodila do toho, že je to jeden z mých dalších projevů sebepoškozování. A že se to budu snažit nedělat. A pak až úplně extrémně si myslím, že to souvisí i s tím, si to jídlo nějak jakože užít, jo. Že udělat si k tomu ten postoj, že teď to dělám, protože to moje tělo potřebuje energii. Ale stejně pak si ale dát i postoj k tomu sportu. Nedělat to proto, že musím, že potřebuju něco jako rychle vyběhat, ale jdu si to užít, protože mám ráda taky ten pohyb. I já jsem si to říkala, prostě jako nahlas, jo, s tím, že mi nevydrželo moc dlouho, ale měla jsem takovou chvilku, jako by že otáčet si to a říkala jsme si, že ty tváře mám ráda, že je to jako moje. A tohle mi docela jako pomohlo. Ale že ze začátku to bylo jako na sílu a já jsem se třeba najedla a měla jsem fyzický pocit, že mi ty tváře prostě rostou. A že musím jako okamžitě jít a prostě... Tak jsem to řekla pár lidem kolem mě, a oni už jako věděli, že chci jít (zvracet), tak tam počkali se mnou a já jsem nešla. Ale jako neřešila jsem to se všema, bylo mi to trapný, no.

K2: Mně by to možná pomohlo, buď ve skupině, nebo s člověkem, ke kterému mám důvěru a musela bych na to být nějak správně naladěná. Asi jo, dostat to nějak ven ze sebe.

K3: No, já přemýšlím, že možná jako by i na tom doléčováků nebyly špatné ty oddělené skupiny. Jakože to je takový přelom, z té komunity na venek a ty věci se vrací, že jo. Jako že by mi to možná pomohlo. Protože je o ničem to řešit před těma chlapama, protože ty chlapy to nudí, že jo, protože jejich problém to není a holky se před chlapama stydí, že jo. Taková bezvýchodná situace.

K1: Mně přijde, že když vyleze ven člověk, že nastává taková ta další fáze porovnávání se s tím okolím, protože tam v tom uzavřeném prostředí už jsme na sebe nějak zvykli, jo, tam je to jako doma, prostě. Že se to tam moc nějak neřeší. Ale když člověk vyjde ven, tak vidí, jak jsou ty lidi jako oblíkaní.

K2: ale zase máš jako víc možností, jo, protože ti dá i to porovnávání...

K1: ale ze začátku to porovnání nemáš...vylezeš, nemáš peníze

Všechny mluvily na jednu, vzpomínaly, jak to bylo těžké

K2: No, ze začátku moc ne, ty začátky byly drsný, no, to by mě nikdy nenapadlo, že takhle půjdu třeba ven. Mně už ten vzhled pak nějak, to šlo z jednoho extrému do toho, že mě to pak už bylo jedno. Třeba vlasy...*smích* ale pak jsem si to zase nějak srovnala...

*Pauza*

K1: A je to i vlastně trochu o prostředí. Protože já jsem předtím bydlela v Praze a tam je to taky jiný, jako by a třeba, když jsem měla jet za těma kamarádama mejma, tak já jsem prostě vymýšlela rok dopředu, co si jako vezmu, jo a ...

K2: Hele, a jak jsi se tam vlastně cítila v tom prostředí, když jsi oblékla ty šatičky, sukýnku..cítila jsi se zase jako...*pauza*

K1: Hele, no jako, já nevím

K2: Líbila jsi se sobě, ne?

K1: Jo, jo, ..ale vím třeba, jak jsem tam byla v tom létě na vycházku, tak jsem běhala dvakrát tolik, ten týden předtím. Jak mi to úplně přešvihlo, že se uvidím zase s někým . Že najednou začnu makat, prostě a teď mě musí vidět prostře, jak mi to sluší...*smích*. A že jsem jako zdravá a že v pohodě. Vždyť my jsme se radily, co si vezmu na sebe..hrozný

K2: Ale tak jo, já se to snažím nějak jako ne zamaskovat, ale jako jo, zamaskovat. Když vím, že potkám jako holky ze střední, které mě dlouho neviděly a zažily mě jako štíhlejší, Tak jako jo, řeknu si, že to jsem jako já, ale udělám něco, aby mi t slušelo a abych se cítila dobře. A to, že jsem nějak přibrála, to mi jako nikdo asi neřekne. Třeba si to myslej. Když už mám pak jako nějakou důvěrnější chvílku, tak třeba se o tom zmíním, nebo takhle, že mě to trošku trápí. Překvapivě jsem se potkala s pár reakcemi, protože jinak o tom fakt nemluvím, které byly pozitivní. Jo takhle jsi v pohodě, mě se takto líbíš. Že jseš taková veselá, taková živá. Je v tobě nějaký život. To mě jako potěší

K3: Já mám úplně stejnou zkušenost, jako. Že všichni naopak říkají, jako že ty vypadáš dobře, kromě těch lidí, co teda brali. *smích*

K2: no, to je jasné...*smích*

K3: ale jako rodina říká, tobě to tak sluší..

Já: takže to nejbližší okolí, které vás má rádo, podporuje vás, tak to vidí v tom dobrém slova smyslu a vidí vás, jak jste řekly živě, že z vás číší nějaká energie, ale že vidím ten problém jakoby ve vás...

K2: jo

Já: a víte, co by tyto pocity mohlo znovu spustit? Je tam nějaká situace, která by mohla abstinenci ohrozit?

K3: tak určitě, já jsem to měla teďka hodně, protože beru nějaké léky, jako na hlavu a zkoušeli jsme je vysadit u psychiatra a to jsem měla jako že tři měsíce jako peklíčko, než jsme je nasadili jako zpátky a to jsem teda řešila hodně, no. Jakože fakt, když jsem na to m hodně blbě psychicky, tak to vždycky řeším a jako, teď mě vlastně drží ta váha a jakože vždycky, když mám pocit, že jsem přibrala aspoň 5 kg, tak se zvážím, a vidím že vážím furt stejně. Takže já věřím té váze. Dřív jsem si říkala, že je zase pokažená, ale teď už věřím té váze a říkám si, jo, je to v klidu. Jako že mě drží ta realita, trochu.

Já: Takže to potřebuješ vidět černý na bílým

K3: jo, to mě ujistí a jsem v klidu. Pak se to třeba zase zhorší, ale až se zvážím, nebo mi někdo řekne, že je to v klidu, tomu ještě moc nevěřím, ale když se zvážím a vidím to číslo, tak si řeknu jo, je to dobrý.

K2: Já od toho utíkám já se nevážím, odmítám to, a úplně mi přijde, že je to kravina a vůbec se tím nechci zabývat. Je to sice trochu útěk. Ale asi mám hrůzu z toho, že bych se měla zvážít. Byla jsem na prohlídce u doktora a říká mi, zvážíte sem nebo mi to řeknete? Tak jsem to nějak odhadla a nechtěla bych to vidět černý na bílým, protože si myslím, že by mě to nějakým způsobem jako...a nechcu prostě.

K3: Já jak jsem se tady začala vážit, dala jsem si to do kontraktu, tak jsem to vždycky strašně prožívala a nikdy jsem nechtěla vidět to číslo, přesně jak říkáš. Já jsem se tak strašně styděla před tím Edou, nebo před kým, a říkala jsem, hej Edo, vůbec se na to číslo nedívej. Ale pak jsem si už na to zvykla a už jsem přijala, že teď jak jsem takhle, tak je to prostě v pohodě. Ale taky to trvalo. **Taky to byl strašák. Ještě když tam byla ta 83.**

Já: Takže tebe ubezpečuje po nějakou dobu to, že vidíš to číslo (ke K3)

K3: Jo

Já: A tebe ne. (K2) a víš, co by ti tam pomohlo?

K2: Jedině sport. Já když sportuju, tak jsem úplně v pohodě. Já se cítím prostě dobře. A mám pocit, že pro sebe něco dělám a jím vyváženě, rovnoměrně. Jakoby poznám na sobě, jestli přibírám, nebo jestli jsem na stejno, to samozřejmě tak nějak pozoruju a já to nepotřebuju vidět na té váze, mě to vytáčí *smích*. Já to poznám podle oblečení.

Já: takže tě ujišťuje, že si jdeš zaběhat, nebo to dáš ze sebe nějak fyzicky ven...

K2: určitě, ale mám i období, kdy jako nemůžu, jo, a nebo mám hodně práce. A říkám si, že i tohle musím nějak prostě skousnout a že se z toho nezblázním a že zase začnu cvičit a jako být nějak v pohodě. No rozhodně si nemyslím, že by mě toto dovedlo znovu k drogám. To by bylo teda hodně smutný.

*Všechny se smějí*

K2: Ale zároveň k tomu se může přidružit nějaký chlápek a tam už je to tenkej led. To už by bylo asi horší, no. Ted jsem zažila takovou negativní odezvu. Jakože to ten kluk neopětoval a jo, najednou úplně v té chvíli *tleskla rukama* a když jsem fetovala, tak to bylo fajn a s těma chlapíkama, jak jsem se jim líbila, jo, víš a začala jsem mít blbý pocity a říkala jsem si, no to snad ne.

*Ticho*

K3: Je pravda, že teď moc nemám čas a když už mám čas, tak se mi nechce moc cvičit. A víc nad tím teďka přemýšlím. Jakože si říkám no, to bych asi neměla, nějakou čokoládu, ale takové ty věci, ale že to víc řeším. Je pravda, že jsem si zvykla 2x 3x týdně zajet na brusle, nebo tak a to jsem se cítila fakt jakože dobře a teď jak není to počasí a tak a moc se mi nechce, tak je to trošku horší. Takže i já mám trochu ten pohyb. Ale spíš to číslo musím vidět. I když se to liší o jedno čísílko, nebo o ½ kg, tak už se hned začnu víc hlídat.

K2: Ale zase máš výhodu, že ti to zase nikdy neujede. Rozumíš, jo, já mám období, kdy se jako hlídám, a pak najednou to pustím a pak jsem schopná dobrý jako, necvičím, tak si i dám tu čokoládu a už mě to pak vede někam, kam už nechcu, jo a kdy už mám tu tendenci to pouštět někam, že už to nekontroluju vůbec a to už je špatně. To je jako moje kontrolka. Kdež to, když ty to vidíš na tom čísle, jo, tak už vidíš aha...

K3: asi jo...

K2: aby se ti to nerozjelo jedním nebo druhým směrem.

K3: No, to jo, ale já si myslím, že jsem pořád ještě na tom tak, že kdyby se mi to rozjelo stylem dolů, tak si říkám *nerozuměla jsem, K2 začala záměrně kašlat*

*Smích*

K2: Já z toho mám normálně trošičku jako úzkost. Já si představím, že bych byla takhle jako hubená a řekla bych si, ty jo, já nevím jestli je to úplně ono. Už se nějak v tom necítím. Kdyby mi to šlo dolů, jako samovolně, tak bych asi byla ráda, ale zároveň je v tom pro mě něco jako nepříjemného. Nějaká úzkost, strach.

K3: Já jsem teď shodou okolností jako, jsem stěhovala, no to je jedno a prostě jsem našla básničky a verše, co jsem psala zrovna v tom vychrtlém, období a to mi probíhal mráz

po zádech, to strašné neštěstí . Úplně beznaděj, úplně prostě hrůza. No a tak jsem si řekla, jak se teď mám dobře. Že jako nějaká váha, nějaké kilo **že to jsou takové malichernosti.**

Já: Tak já vám děkuju a dovolím si to pomalu ukončit. Strávili jsme tu spolu 45 minut. Cítím, že to jde pomalu dolů, což je ale příjemné...

*Smích*

Klientky: Pecka, otevřeme dveře a nepoznají nás

Já: Já Vám chci moc poděkovat a napadá mě, že bych vás požádala o zpětnou vazbu, co vám bylo nebylo příjemné a jestli třeba ještě něco vyvstalo a máte potřebu to sdělit. A co může být tématem ve vaší terapii...

K3: Tak já jsem si po nějaké chvíli uvědomila, že jsem po dlouhé době zažila takovou holčičí chvíli. Že to bylo strašně fajn pro mě. Že já vůbec tady ty věci s nikým vůbec neřeším. A teď, že jsem se shodla na některých věcech, tak pro mě to bylo super. Že jsem nadšená

K1: No, pro mě to bylo příjemný a úplně si říkám, že když se podívám na vás, ne, tak jsme krásné holky, jo.

K2: taky jsem si to říkala

K1:...a co pak řeší jiní, no nebo nevím, jak to říct, aby to nevyznělo blbě, jo,

K3: To jsem si taky říkala, když jsem se na vás dívala, co to jako řešíme, jo, že jsme asi fakt jako hezké, nebo já nevím.

*Smích*

K2: pro mě to bylo fajn, bylo to pro mě příjemný.

Já: tak já vám děkuju, myslím, že to bylo přínosné. A je fajn, že jsme se tak hezky pochválily, a vypadá to, jakože nemáme co řešit. Nic méně jsou to témata, obavy a strachy, které opravdu asi máme každá z nás. Já bych byla ráda, kdyby se tyto vaše poznatky daly dohromady, spojilo se to a opravdu by to mohlo pomoci jiným holkám v léčbě. Protože si myslím, to jak říkal Michal, aby nám to nekazil tím, že je chlap...

K3: *jo. smích*

Já: ...tak asi v tom něco bude. Že prostě si to ty holky potřebujou říct nějak jinak, nějakým jiným způsobem to sdílet. Ale třeba takový sdílný terapeut, to možná dokáže s tou holkou řešit tak, aby jí to pomohlo

Všechny: *jo, určitě, souhlasím*

Já: Že je to o nastavení těch dvou, jak si důvěřují a podobně.



### Příloha č.3

#### Pracovní list: Vnímání reakce okolí na můj aktuální vzhled

<b>Jak reaguje na můj vzhled rodina</b>	<b>Jak si jejich reakce interpretuji</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>•</li><li>•</li><li>•</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>•</li><li>•</li><li>•</li></ul>

<b>Jak reagují na můj vzhled přátelé</b>	<b>Jak si jejich reakce interpretuji</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>•</li><li>•</li><li>•</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>•</li><li>•</li><li>•</li></ul>

## Příloha č. 4

### Pracovní list 11: Tabulka spouštěčů

Každý člověk je ojedinělý a stejně tak i jeho užívání je **individuální**. Abyste zvýšili vaše šance na abstinenci pervitinu, je pro vás nezbytné pochopit vaše hlavní spouštěče. Poté můžete začít vytvářet postupy (strategie), které vám pomohou se spouštěčům vyhnout. Neboje se je zvládnout.

Popřemýšlejte krátce o událostech, které vás vedou k užití. Sledujte krok za krokem, chod událostí a pokuste se určit **první věc / událost**, která vás svedla na cestu k užití. Zapište tyto události do prvního sloupečku. Poté se na jednotlivé spouštěče podívejte znovu a zamyslete se nad způsoby, jak se jim můžete vyhnout neboje zvládnout.

**Jméno klienta:**

**Datum narození:**

Spouštěč	Činnost
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	

Pokud si myslíte, že činnost, která by vám umožnila se spouštěčům vyhnout, je příliš těžká, vyhledejte podporu a prodiskutujte s někým jiným další možné alternativy. Pokud se vám podaří najít pro vás přijatelné činnosti, držte se jich a nenechte se zlákat a uvést v nebezpečí, jen abyste něco vyzkoušeli!

## ANOTACE

<b>Jméno a příjmení:</b>	Veronika Máchalová
<b>Katedra:</b>	Ústav speciálněpedagogických studií
<b>Vedoucí práce:</b>	Mgr. Michal Růžička, Ph.D
<b>Rok obhajoby:</b>	2013

<b>Název práce:</b>	Zkušenosti s Krátkým intervenčním programem pro závislé na pervitinu
<b>Název v angličtině:</b>	Knowledges of the Brief Intervention Program for the Users of Pervitin
<b>Anotace práce:</b>	<p>Diplomová práce seznamuje s Krátkým intervenčním programem, který se používá jako nástroj při léčbě závislosti na pervitinu. Zabývá se popisem transformace programu a zdůvodňuje, proč došlo k nové podobě metodiky. Dále se zabývá dopadem škodlivého užívání drogy na zdraví jedince. Také popisuje pohled na užívání drog v souvislosti s poruchami příjmu potravy.</p> <p>Z ohniskové skupiny zjišťujeme, jestli je téma obav z tloušťky pro klientky zajímavé. Na základě zjištěných informací sestavujeme volný terapeutický modul. Ten slouží terapeutům jako návrh postupu práce u klientek, které se s touto problematikou zabývají.</p>
<b>Klíčová slova:</b>	Intervenční program, závislost, pervitin, obavy z tloušťky.
<b>Anotace v angličtině:</b>	This Diploma Thesis Introduces the Brief Intervention Program, which is Used as a Tool in the Treatment of Addiction to Methamphetamine. It deals with the Description of the Transformation of the Program and Explains why the Methodology has Changed. It also deals with the Harmful Impact of Drug Use on the Health of Individuals. It also Describes the View of Drug use in Relation to Eating Disorders. Based on the Focus Group we try to find out whether the Topic of Fear of Fatness for Clients. We Sum up all the Informations and Form free therapeutic Module. It Serves as a Proposal for the Therapists Work with Clients who deal with this Issue.
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	Brief Intervention Program; Pervitin, Addiction, Fear of Fatness
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	<p>Příloha č. 1 : Záznam rozhovoru s terapeutem P-centra</p> <p>Příloha č. 2 : Přepis zvukového záznamu</p> <p>Příloha č. 3 : Pracovní list: Vnímání reakce okolí na můj aktuální vzhled</p> <p>Příloha č. 4 : Pracovní list 11: Tabulka spouštěčů</p>
<b>Rozsah práce:</b>	100
<b>Jazyk práce:</b>	Český jazyk