

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Diplomová práce

Bc. Tereza Čechová

Speciálněpedagogické a terapeutické intervence u problémových uživatelů
stimulačních návykových látek

Olomouc 2022

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

Prohlášení

Čestně prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně pod odborným vedením vedoucího práce za použití uvedených pramenů a literatury.

V Olomouci dne 20. dubna 2022

.....

Tereza Čechová

Poděkování

Ráda bych poděkovala doc. Mgr. Michalu Růžičkovi, Ph.D., který mě jakožto vedoucí závěrečných prací provází celým mým studiem na Univerzitě Palackého. Opět mu děkuji za poskytování cenných rad a připomínek a taktéž za veškerý čas, který mi v rámci odborného vedení mé diplomové práce věnoval.

Děkuji všem respondentům, kteří mi věnovali svůj čas pro realizaci výzkumné části mé práce. Děkuji i vedení Psychiatrické léčebny Šternberk za umožnění spolupráce a primáři oddělení léčby závislostí za pomoc při výběru respondentů.

V neposlední řadě děkuji všem svým blízkým, kteří mě podporovali a motivovali nejen v závěru studia, ale po celou jeho dobu.

Obsah

Úvod	6
I. Teoretická část.....	8
1 Návykové látky	8
1.1 Klasifikace návykových látek	9
1.2 Stimulační látky	11
1.2.1 Pervitin.....	12
1.2.2 Kokain.....	13
1.2.3 MDMA – extáze	14
2 Závislost	16
2.1 Fyzická a psychická závislost	17
2.2 Abstinenční příznaky	18
2.3 Intoxikace.....	19
2.4 Odvykací stav	20
3 Psychické poruchy z užívání návykových látek.....	21
3.1 Toxická psychóza	21
3.2 Deprese	23
3.3 Úzkosti	23
4 Speciálněpedagogické a terapeutické intervence	25
4.1 Psychoterapie	25
4.1.1 Individuální psychoterapie.....	27
4.1.2 Skupinová psychoterapie	27
4.2 Arteterapie	28
4.3 Pohybová a taneční terapie	30
4.4 Dramaterapie a psychodrama.....	31
4.5 Muzikoterapie	32
4.6 Pracovní terapie	34

4.7	Deníky.....	34
4.8	Režim a bodovací systém	35
4.9	Relaxační techniky.....	36
4.10	Motivace	37
II.	Praktická část.....	39
5	Charakteristika zařízení.....	39
6	Cíle práce a výzkumné otázky	41
7	Výzkumné šetření.....	43
7.1	Kvalitativní přístup	43
7.2	Design výzkumu	44
7.3	Výběr a charakteristika výzkumného vzorku	44
7.4	Metoda sběru dat.....	47
7.5	Struktura rozhovoru	48
7.6	Časová náročnost výzkumu	50
7.7	Metoda zpracování dat.....	50
7.8	Analýza dat	51
8	Zpracování výzkumných dat.....	52
8.1	Okruh 1 – Rodinná situace a období počátku závislosti.....	52
8.2	Okruh 2 – Užívání stimulačních návykových látek.....	54
8.3	Okruh 3 – Duševní porucha vzniklá v důsledku užívání stimulačních návykových látek	58
8.4	Okruh 4 – Léčba závislosti a terapie.....	61
9	Výsledky a diskuse	67
10	Závěr a vyhodnocení výzkumných otázek	70
	Závěr	73
	Seznam použitých zdrojů	75
	Seznam příloh	81

Úvod

Pro svou závěrečnou práci magisterského studia jsem si zvolila téma Speciálněpedagogické a terapeutické intervence u problémových uživatelů návykových stimulačních látek. Za jeden z hlavních důvodů, proč jsem si dané téma zvolila, považuji svůj osobní zájem o adiktologii jako takovou.

Osobní zkušenosti se závislostmi jsem získala díky dlouholeté, téměř osmileté brigádě v kantýně Psychiatrické léčebny Šternberk. Již na střední škole jsem vypracovala závěrečnou maturitní práci s tématem věnujícím se osobám závislým na alkoholu a psychoaktivních látkách.

V neposlední řadě ovlivnilo můj výběr tématu závěrečné práce i to, že jsem si v rámci bakalářského studia oboru speciální pedagogika – andragogika zvolila jako výběrové pedie etopedii a psychopedii. V rámci mého studia jsem o tyto dvě pedie měla největší zájem ze všech speciálněpedagogických disciplín. V bakalářské práci jsem se věnovala léčbě závislosti na návykových látkách a dalším účinným faktorům, které osobám závislým v léčbě pomáhají. Nyní mi je téma zase o něco bližší.

Následně jsem kontaktovala paní ředitelku Psychiatrické léčebny Šternberk, zda bych v zařízení mohla uskutečnit rozhovory s klienty pro moji praktickou část diplomové práce. Žádost prošla etickou komisí a bylo jí vyhověno. Ještě jednou všem v komisi děkuji za umožnění spolupráce.

Cílem mé diplomové práce je zjistit, jaké intervence jsou v rámci léčby pro respondenty přínosné a napomáhají jim k abstinenci. Za důležité považuji popsat i vlastní zkušenosti respondentů s užíváním drog a léčbou závislosti na stimulačních návykových látkách.

Již samotný název práce napovídá, že se budeme věnovat problémovým uživatelům. Problémovým uživatelem rozumíme osobu závislou na stimulační látce, která užívala drogu více než pět let a v důsledku užívání se u ní objevila alespoň jedna další psychická porucha. Dalším faktorem může být společensky nepřijatelné chování. Společensky nepřijatelným chováním myslíme krádeže, výtržnictví, rvačky, prodej drog a další patologické jevy.

Diplomová práce je rozdělena do dvou částí. Na teoretickou a praktickou část. Teoretická část je vypracována na základě prostudování odborné literatury. První kapitola obsahuje základní informace o návykových látkách. Uvedu i jejich klasifikaci. Dále charakterizují stimulační látky a jejich hlavní zástupce – pervitin, kokain a extáze. Druhá kapitola je zaměřena na představení závislosti a jejího rozdělení. Zmíním i abstinenci příznaky, intoxikaci a odvykací stav. Třetí kapitola je věnovaná psychickým poruchám, které u respondentů vznikly v důsledku užívání drog. Poslední, čtvrtá kapitola se věnuje speciálněpedagogickým a terapeutickým intervencím, které jsou osobám závislým na návykových látkách poskytovány.

V praktické části představím Psychiatrickou léčebnu Šternberk, konkrétně oddělení léčby závislostí, kde proběhly rozhovory s respondenty. Dále stanovím cíl diplomové práce, výzkumné otázky a představím metodologii výzkumu. Zpracováním výzkumných dat se budu zabývat v samostatné kapitole. Výzkumnou metodu pro získání dat jsem zvolila polostrukturovaný rozhovor. Na závěr vyhodnotím vyzkoumaná data.

Věřím, že bude moje diplomová práce přínosem pro ty, kteří se chtějí dozvědět více o závislosti na stimulačních návykových látkách a jejím vlivu na psychiku a chování jedince. Také doufám, že by mohla být přínosem i pro ty, kteří se již léčbě závislostí věnují především pro jejich osobní zkušenost a pozitivní ohlasy na jednotlivé terapie.

I. Teoretická část

1 Návykové látky

V úvodu teoretické části je nezbytné blíže definovat návykové látky. V odborné literatuře se můžeme setkat s různými pojmy, např.: návyková látka, droga, psychoaktivní nebo psychotropní látka. Již v trestním zákoníku definice pro návykovou látku obsahuje pojem psychotropní látka. Proto si níže v textu dané pojmy zmíníme, abychom pochopili jejich spojitost. V následující podkapitole bude provedena klasifikace návykových látek a posléze podrobněji popsána oblast stimulačních drog vzhledem k zaměření naší praktické části.

První definici návykové látky, kterou zmíníme, nalezneme pod § 130 v zákoně č. 40/2009 Sb. trestního zákoníku. V zákoně je návyková látka definována následovně: „*Návykovou látkou se rozumí alkohol, omamné látky, psychotropní látky a ostatní látky způsobilé nepříznivě ovlivnit psychiku člověka nebo jeho ovládací nebo rozpoznávací schopnosti nebo sociální chování.*“ (Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-40>)

Presl (1995), Kalina a kol. (2015) ve své publikaci definují drogu jako látku (ať už syntetickou nebo přírodní), která splňuje dva základní požadavky:

- 1) látka nějakým způsobem ovlivňuje a mění to, jak svět prožíváme a vidíme, má tzv. „psychotropní účinek“,
- 2) látka může vyvolat závislost a vést ke ztrátě kontroly nad jejím užíváním, tzv. „potenciál závislosti“.

Webový server (Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/323-navykove-latky-drogy>) hovoří o tom, že přírodní nebo syntetické (uměle vyrobené) drogy jsou schopné v jedinci vyvolat závislost a způsobit trvalé poškození či selhání tělesných orgánů. Dále působí na psychiku a mění myšlení, jednání, cítění, vnímání sebe sama a prožívání okolní reality.

Kalina a kol. (2001) charakterizuje psychotropní látky jako chemické látky, které působí na centrální nervovou soustavu a zároveň způsobují změny ve vnímání, náladě a chování. Pojem psychotropní látky autoři vztahují na ty konkrétní, které mají kvůli svým účinkům na psychiku vysoké riziko návyku či závislosti, např.: stimulanty, halucinogeny,

opiáty a sedativa/hypnotika (včetně alkoholu). Dle prostudované literatury od Skály (1986) doplňujeme, že vliv psychotropních drog je žádoucí pro uživatele kvůli svým účinkům na náladu a vnímání, ale zároveň se dostávají i nežádoucí účinky v podobě změny chování a vědomí.

Návykové látky dělíme na legální a nelegální. My se budeme věnovat primárně nelegálním návykovým látkám, protože právě praktická část je zaměřena na uživatele nelegálních návykových látek. Za nelegální návykové látky považujeme ty látky, které nejsou ve společnosti tolerovány. Jejich uchovávání, prodej a výroba je v rozporu se zákonem. Zmíníme konkrétní nelegální návykové látky, kterých se to týká. Jedná se např. o marihuanu, heroin, pervitin, kokain. (Dostupné z: <https://www.nzip.cz/kategorie/127-nelegalni-navykovelatky>)

V předchozích odstavcích se autorka práce zabývala charakteristikou návykových látek. Čtenáře seznámila s danými pojmy, které se prolínají v odborné literatuře autorů, kteří se problematikou návykových látek zabývají.

1.1 Klasifikace návykových látek

V následující podkapitole si dále návykové látky rozdělíme. Pojem návykové látky autorka popsala v textu výše, proto se můžeme nyní zabývat již jejich samotnou klasifikací.

Za důležitou klasifikaci návykových látek autorka práce považuje rozdělení dle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (dále jen „MKN-10“). V katalogu MKN-10 (Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F10-F19>) pod označením kódu F10 – F19 nalezneme poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek takto:

- F10 – poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu,
- F11 – poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním opioidů,
- F12 – poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním kanaboidů,
- F13 – poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním sedativ nebo hypnotik,
- F14 – poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním kokainu,

- F15 – poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním jiných stimulantů (včetně kofeinu),
- F16 – poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním halucinogenů,
- F17 – poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním tabáku,
- F18 – poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním prehavých rozpouštědel,
- F19 – poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním více drog a jiných psychoaktivních látek.

Kalina a kol. (2015) ve své publikaci dělí drogy dle účinku na psychiku a dle míry zdravotního rizika. Rozdělení dle účinku na psychiku bere v úvahu hlavní účinek látky. Jako příklad uvádí pervitin, který je řazen mezi stimulační drogy kvůli jeho hlavnímu důvodu užívání, přestože pravidelné užívání vysokých dávek vede k halucinacím.

Na základě prostudování odborné literatury od Kaliny a kol. (2015), Marhounové a Nešpora (1995) provedeme rozdělení psychoaktivních látek dle účinku na psychiku.

- 1) Tlumivé látky – zpomalují psychomotorické tempo. Dávky malého množství zklidňují, vyšší množství navozuje spánek až zástavu životních funkcí. Mezi tlumivé látky autoři publikace řadí benzodiazepiny, barbituráty, alkohol, opiáty a těkavé látky.
- 2) Psychomotorická stimulancia – svým účinkem na psychiku zbavují člověka únavy, urychlují myšlenkové tempo, vyvolávají stavy euforie a aktivují motoriku. Do psychomotorických stimulantů řadíme pervitin a kokain.
- 3) Halucinogeny – látky, které svým účinkem vyvolávají změny vnímání od pouhého zostření až po stavy podobné schizofrenii. Vyvolávají iluze a halucinace. Za halucinogeny považujeme kanabinoidy, LSD, psilocibin.

Druhé rozdělení dle míry zdravotního rizika je zřejmě mediálně nepoužívanější a neznámější. Jedná se o dělení na „tvrdé“ a „měkké“ drogy. (srov. Kalina a kol., 2015; Křížová, 2021) Používá se i označení těžké a lehké. Jedná se tedy o míru rizika vzniku závislosti. Za hlavní riziko považujeme ztrátu kontroly nad užíváním látky a postupný vznik závislosti. Mezi lehké drogy řadíme kávu, tabákové výrobky, konopné produkty a alkohol. (Presl, 1995)

Presl (1995) rozděluje drogy do pěti skupin:

1. stimulační drogy (pervitin, kokain, extáze),
2. opioidy a opiáty (heroin, metadon),
3. konopné drogy (marihuana, hašiš),
4. halucinogenní drogy (LSD, psilocybin – lysohlávky),
5. těkavé látky (toluen, rozpouštědla).

Kalina a kol. (2003, 2015) přidává ve své publikaci ještě jednu skupinu:

6. zneužívaná farmaka s psychotropním účinkem.

Typickými zneužívanými látkami v této skupině jsou opioidní analgetika, sedativa, hypnotika a anxiolytika.

1.2 Stimulační látky

V textu následující podkapitoly budeme charakterizovat stimulační návykové látky. Vzhledem k zaměření praktické části se budeme věnovat konkrétně pervitinu, kokainu a extázi. Popíšeme jednotlivé drogy a jejich účinek na psychiku jedince.

Když hovoříme o stimulačních látkách, znamená to, že se bavíme o drogách, jejichž základním efektem je celková stimulace a povzbuzení. Právě z toho důvodu jsou stimulanty po celém světě velmi oblíbené a hojně zastoupené. Do skupiny stimulačních látek řadíme látky amfetaminového a kokainového typu. Na hranici mezi stimulancií a halucinogeny jsou MDMA – extáze. (Radimecký, Janíková, Piskáčková, 2007)

Nešpor a Csémy (1996) uvádějí, že za nejčastěji užívanou psychostimulační látku se považuje metamfetamin neboli pervitin. Stejně poznatky jsme získali i po prostudování další odborné literatury (srov. Kalina a kol., 2015; Illes, 2002; Radimecký, Janíková, Piskáčková, 2007). Na základě získaných poznatků tedy můžeme shrnout, že ze skupiny stimulačních látek je v největší míře užíván právě pervitin, kdežto užívání kokainu je méně časté. Dle Krauhulcové (2017) doplňujeme, že za popularitu pervitinu může jeho snadná dostupnost a relativně nízká cena.

Psychostimulancia svým užitím způsobují povzbuzení organismu. Duševní i tělesný výkon jedince se zvyšuje. Po užití vyšší dávky drogy nebo po častém užívání může nastat halucinogenní efekt. (Kalina a kol., 2015)

Podle Arterburna a Burnse (1995) se u dlouhodobých uživatelů stimulačních drog (konkrétně amfetamin a metamfetamin) objevuje toxická psychóza, která bývá doprovázena halucinacemi, bludy, paranoidními stavy a může vést k déletrvající paranoidní psychóze.

Způsoby aplikace psychostimulačních látek jsou různé. Převažující způsob aplikace stimulačních drog je injekční, převážně intravenózní (nitrožilní), ale také intranazální (vdechnutím nosu). Dalším způsobem aplikace je inhalace po zahřátí látky nebo perorální (ústní) užití. (srov. Kalina a kol., 2015; Křížová, 2021)

Psychostimulační drogy snižují únavu, urychlují myšlení, zvyšují hovornost, způsobují nechutenství a snižují chuť k jídlu. Způsobují nával energie a pocit síly kvůli aktivaci osy sympatiku. Mechanismus účinku drogy spočívá v tom, že se v centrální nervové soustavě zvýší hladina dopaminu, noradrenalinu a serotoninu. (Kalina a kol., 2015) Znamky dlouhodobého užívání stimulačních drog jsou dle Marhounové a Nešpora (1995) nespavost, pocení, sluchové halucinace, pocity pronásledování, vyrážky, poškození jater a srdce, bolesti hlavy a agrese vůči druhým lidem.

Tělesné následky způsobené užíváním stimulačních drog sahají od poškození mozku až k psychózám. Pokud u jedince dojde k předávkování, často dochází až k smrti. Po vysazení drogy přicházejí silné abstinenční příznaky, které mají podobu depresivních nálad a velké únavy spojené s neklidem. (Rohr, 2015)

1.2.1 Pervitin

„Pervitin je zástupcem širší skupiny amfetaminových drog, resp. derivátů základní stimulační látky – amfetaminu.“ Základní složkou je pro jeho výrobu efedrin, který lze získat z různých léků. Při tzv. domácí přípravě hrozí, že se výroba nezdaří a droga tak není čistým produktem. V tom případě se tedy nejedná o pervitin, ale o pouhý „mezistupeň“ drogy. (Presl, 1995, s. 15)

Pervitin je ve společnosti považován za jednu z neznámějších domácích drog. Jedná se o prášek, který může mít různou barvu v závislosti na způsobu výroby. Výrobou z čistého efedrinu získává pervitin bílou barvu. Pokud je zbarvený do hněda, na výrobu se použil efedrin z léku, který jej obsahuje. (Illes, 2002)

Krahulcová (2017) uvádí, že mezi hlavní žádoucí účinky po užití pervitinu patří zrychlené myšlení a hovornost, odstranění únavy, pocity návalu energie společně s pocitem sebejistoty. Naopak za nežádoucí účinky považuje sucho v ústech, zvýšené pocení, bolesti na hrudi, nechutenství a stav vyčerpání po odeznění účinku drogy.

Dlouhodobé užívání pervitinu vede k vážným psychickým poruchám, které se projevují jako silná paranoia a nedůvěra k okolí. U jedince se objevují pocity strachu, úzkosti a pocit, že je sledován. Tento stav se velice podobá schizofrenii. (Illes, 2002)

Téměř každá droga má svá rizika při různě dlouhém užívání. Prakticky u každého uživatele pervitinu dochází k zásadním změnám v psychice. Dostavuje se stav, který je v kruzích osob se závislostí slangově nazýván jako „stíha“. Jedná se o rozvoj závažné duševní poruchy – paranoidního či paranoidně-halucinatorního syndromu v rámci vznikající toxické psychózy. Tento stav se vyznačuje tím, že se jedinec stává nedůvěřivý až ostražitý ve své partě. Získává pocit, že se v jeho okolí něco děje a ostatní se k němu chovají jinak. Postupně se mohou objevovat sluchové i zrakové halucinace. Jedinec má pocit, že si o něm ostatní povídají, pomlouvají ho a jsou k němu nepřátelsky ladění. (Presl, 1995)

Pervitin se nejčastěji aplikuje injekčně, kdy se účinek drogy dostaví ihned. Intranazálně se účinek dostaví do pěti až deseti minut. Jedna dávka drogy se pohybuje v rozmezí od 50–250 mg. (Kalina a kol., 2015) Dle Nešpora a Müllerové (1997) má pervitin mnohem delší proces vylučování než kokain. Účinky drogy trvají v rozmezí 8–24 hodin.

1.2.2 Kokain

Kokain je známý již od dávných dob, kdy ho jihoameričtí indiáni používali jako prostředek pro zvýšení výkonu, snížení pocitu hladu a žízně. Droga se v historii používala jako lokální anestetikum při operacích. Jedná se o přírodní drogu, která v původní podobě

(žvýkání listů obsahujících kokain) byla společensky tolerovanou drogou spjatou s určitou kulturou. (srov. Gohlertra a Kuhna, 2001; Presl, 1995)

Ve společnosti má kokain své slangové termíny jako koks, sníh, snow, crack, cukr nebo kokeš. (Gohlertra a Kuhna, 2001)

Čistý kokain má podobu bezbarvých krystalů nebo bílého prášku. Vyznačuje se nahořklou chutí, znecitlivuje jazyk a je téměř bez zápachu. (Šedivý, Válková, 1988) Mezi nejčastější způsoby užití kokainu patří šňupání a vtírání do dásní. Při smíchání kokainu se zásaditou látkou (např. prášek do pečiva) vzniká tzv. crack, který se kouřením dostane plícemi během pár vteřin do mozku. (Illes, 2002)

Účinky kokainu trvají poněkud kratší dobu než jiné stimulační látky, a to v rozmezí deseti minut až hodiny. Droga svými účinky napomáhá zbavovat jedince úzkostí, usnadňuje mu lépe navazovat kontakty, urychluje myšlenkové pochody, stupňuje sexualitu a tlumí pocit hladu. (Gohlertra a Kuhna, 2001) Droga působí na nervový systém a proměňuje chemické procesy v mozku. Vyvolává příjemný tělesný pocit, který můžeme definovat jako silný adrenalinový přísun energie a síly. (Illes, 2002)

Z publikace od Presla (1995) doplňujeme, že účinky kokainu jsou hodně podobné pervitinu. U kokainu je více zdůrazňováno zvýšení sexuální chuti společně se snížením potence.

Hlavními riziky užívání drogy jsou úzkosti (vedoucí až k stihomamu), sklíčenost, depresivní rozladění. Mohou vznikat myšlenky na sebevraždu, objevují se halucinace, bludy a „kokainová“ psychóza. (Gohlertra a Kuhna, 2001) Toxická psychóza po užívání kokainu může vznikat nenápadně a plynule. (Presl, 1995)

Denní dávka kokainu se u závislých osob pohybuje v rozmezí od desetiny gramů do dvaceti až třiceti gramů. Nejčastěji se droga aplikuje injekčně nebo intranazálně (vdechnutí nosem). (Kalina a kol., 2015)

1.2.3 MDMA – extáze

MDMA (zkratka pro methylenedioxyamfetamin) má ve společnosti mnoho názvů – extáze, éčko nebo droga lásky. Extáze se stala symbolem pro taneční drogy. Při požití

extáze dochází u jedince k chemickým pochodům v mozku, kdy se zvyšuje hladina chemických látek, a to zejména serotoninu a dopaminu. Látka serotonin způsobuje změny nálady a navozuje pocit vnitřní pohody. Dopamin také ovlivňuje náladu, a navíc i kontrolu svalů. (Goodyer, 1998) Uvolňováním těchto chemických látek vznikají různé účinky drogy. Po užití drogy dochází u jedince ke zlepšení sebehodnocení, potlačení únavy, zrychlení myšlení, stupňuje se aktivita srdečního a oběhového systému. Naopak se snižuje pocit hladu. Zornice jsou obvykle maximálně rozšířené. (Gohlerrta a Kuhna, 2001)

Presl (1995) ve své publikaci uvádí, že po spolknutí dávky (tablety nebo kapsle) se asi do půl hodiny dostaví příjemný pocit tělesného tepla, euforie a prohloubí se vzájemné porozumění. Poté nastává tzv. jízda. Účinky drogy trvají několik hodin.

Rizika užívání extáze spočívají v poškození psychiky, což může vést k toxické psychóze. Nežádoucími účinky při intoxikaci extází jsou pocity nervozity, nespavost a únava. Mohou se vyskytovat i pocity deprese po odeznění drogy. (Presl, 1995)

Za nejnebezpečnější riziko u užití extáze se považují narušené varovné systémy v těle. Dehydratace, nedostatek jídla a spánku způsobují kolaps organismu. MDMA je řazena mezi stimulační drogy, ale v odborné literatuře se můžeme setkat s tím, že ji autoři řadí mezi halucinogeny. Kvůli měnícímu se složení při výrobě jsou účinky drogy nevyzpytatelné. (Illes, 2002) MDMA se často prodává v podobě tablet nebo kapslí. Vyznačují se různými tvary a vyraženými motivy. (Krahulcová, 2017)

2 Závislost

V úvodu druhé kapitoly autorka práce seznámí čtenáře s odbornou disciplínou zvanou adiktologie. Zaměřuje se na závislost na návykových látkách a problematiku s ní spjatou. Definici adiktologie uvádí ve své publikaci Kalina a kol. (2001, s. 12) takto: *„obor či odborná disciplína zabývající se zneužíváním drog, drogovými závislostmi a odbornou pomocí osobám a skupinám, které jsou drogami ohroženy. Může mít čistě medicínský nebo mezioborový charakter.“*

V následujícím textu kapitoly je nezbytné definovat závislost na návykových látkách. Pro srovnání také uvedeme definici závislosti podle MKN-10 a DSM-5 (diagnostický a statistický manuál duševních poruch). Zmíníme se o psychické a fyzické závislosti, abstinenčních příznacích, intoxikaci a odvykacím stavu.

Lékařská definice závislosti v odborné literatuře od Gohlerrrta a Kuhna (2001, str. 20) zní: *„je to stav, při kterém absence látky nebo jiného podnětu vyvolává v organismu fyzické nebo duševní obtíže. Vzniká po opakovaném nebo chronickém užívání látky, ale i při určité činnosti, která přináší nadměrné uspokojení.“* Dle definice WHO (světová zdravotnická organizace) je návyk na léky, drogy nebo alkohol stav periodické nebo chronické intoxikace neboli otravy návykovými látkami. Tento stav je vyvolán opakovaným užitím drogy a je pro jedince škodlivý.

V MKN-10 (Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F10-F19>) je syndrom závislosti definován jako *„soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládnání při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, priorita v užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená tolerance pro drogu a někdy somatický odvykací stav. Syndrom závislosti může být přítomen pro specifickou psychoaktivní substanci (např. tabák, alkohol nebo diazepam), pro skupinu látek (např. opioidy) nebo pro širší rozpětí farmakologicky rozličných psychoaktivních substancí.“*

Presl (1995) uvádí základní body drogové závislosti: tendence ke zvyšování dávky, nezvladatelná touha po droze, fyzická či psychická závislost s přítomností abstinenčních příznaků, negativní důsledky užívání pro jedince a společnost.

Dle DSM-5 vytvořeného Americkou psychiatrickou asociací diagnostiku závislosti Křížová (2021) stanovuje podle následujících kritérií:

- 1) užívání látky ve větším množství nebo po delší dobu, než bylo v úmyslu,
- 2) snaha omezit či ovládnout užívání látky, opakované neúspěšné pokusy o vysazení či snížení užívané látky,
- 3) většinu času tráví obstaráváním či užíváním drogy, nebo se dostávají z jejího účinku,
- 4) vyskytuje se silná touha až nutkání pro užití látky,
- 5) selhávání v ostatních povinnostech v důsledku užívání (škola, práce, rodina),
- 6) odvykací příznaky po vysazení látky,
- 7) zvyšuje se tolerance na návykovou látku (pro dosažení stejného účinku jedinec musí dávky drogy zvyšovat),
- 8) ztráta zájmů v důsledku užívání látky (omezení sociálních, pracovních a relaxačních aktivit),
- 9) opakované užívání látky i přes sociální, psychické či tělesné problémy,
- 10) opakované užívání i přesto, že jedinci hrozí fyzické nebezpečí.

Pro diagnostikování závislosti na návykových látkách musí jedinec prokazovat výskyt minimálně tři příznaků po dobu dvanácti měsíců.

Presl (1995, s. 49) tvrdí, že „závislost lze v podstatě vypěstovat za určitých podmínek u každého“. Za jeden z hlavních faktorů zvyšujících riziko drogové závislosti považuje osobnostní predispozici, tedy vlastnosti jedince. Nejčastěji to bývají jedinci zranitelní, náchylnější k úzkostem a se zvýšenou citlivostí. Nejvýznamnější faktor je dle Presla vliv prostředí. Řadíme sem rodiče, školu, partu, zaměstnání. Tedy vše, co nás obklopuje. Vytváření postojů je však nejintenzivnější právě v rodině. I vrstevníci a samotná profese může vztah k drogám pozitivně či negativně ovlivňovat.

2.1 Fyzická a psychická závislost

Závislost na návykové látce můžeme rozdělit na psychickou a fyzickou. Na základě poznatků získaných prostudováním odborné literatury uvedeme definice a rozdíly mezi fyzickou a psychickou závislostí.

Psychická závislost způsobuje u jedince nepotlačitelnou touhu užít drogu z důvodu jejího účinku. Ten může být povzbuzující, tlumivý, halucinogenní nebo navozující euforii. Touha po droze je tak silná, že má jedinec jen malou šanci jí odolat. S psychickou závislostí se pojí termín „craving¹“, který označuje tlak jedince k pravidelnému užívání. (Gohlertra a Kuhna, 2001)

Kalina a kol. (2015, s. 193) definuje psychickou závislost následovně: „*pojmem psychická závislost znamená symptomový komplex s jádrovým psychickým cravingem, k němuž se přiřazuje narušená kontrola užívání, zaujetí užíváním a jeho pokračování navzdory následkům.*“

Dle Gohlertra a Kuhna (2001) se tělesná závislost projevuje zvyšováním tolerance vůči droze. Jedinec musí užívat větší množství látky, aby dosáhl stejného účinku. Při vynechání nebo redukci užití dávky se dostávají až mučivé abstinční příznaky. Křížová (2021) dodává, že fyzická závislost je stav, kdy je tělo jedince závislé na pravidelném přísunu dané návykové látky.

2.2 Abstinční příznaky

Abstinční příznaky se mohou projevovat u každého jedince jinak. Záleží na odolnosti každého z nás a také na druhu užívané návykové látky. V následující části textu charakterizujeme abstinční příznaky.

Abstinčními příznaky se podrobněji zabývá Presl (1995). Rozděluje abstinční příznaky na fyzické a psychické:

- fyzické abstinční příznaky – bolesti, křeče, průjmy, zácpy, pocení, slzení,
- psychické abstinční příznaky – úzkost, neklid, únava, agresivita, vyčerpanost, podrážděnost, spavost.

Uvádí, že u opiátů převládá tělesná složka a u stimulační skupiny psychická.

Kalina a kol. (2008) dodává, že mezi hlavní psychické abstinční příznaky po vysazení pervitinu patří úzkost, náládovost, únava, podrážděnost, bolest hlavy, noční můry,

¹ Pojem craving znamená bažení po určité návykové látce. (Kalina a kol., 2015)

poruchy spánku a pocity hladu. Pro abstinenční příznaky je typické, že vrcholí do dvou až čtyř dnů a přecházejí do jednoho týdne.

Pro diagnostikování abstinenčního syndromu musí být splněna určitá kritéria. Jedná se o vysazení či snížení dávky návykové látky, kterou jedinec dlouhodobě užíval. Další příznaky, které se po vysazení či snížení dávky návykové látky dostavují, nesmí být vyvolány jiným somatickým onemocněním nebo duševní poruchou. (Dušek, Večeřová Procházková, 2015)

2.3 Intoxikace

Intoxikace je stav, který nastává po užití psychoaktivní látky. Intenzita a průběh intoxikace závisí na tom, jaký typ drogy a jakou výši dávky jedinec užil. (Kalina a kol, 2001)

Novotný a Kmoch (Dostupné z: <https://psychiatrie.lf1.cuni.cz/file/6066/novotny-nealkoholove-drogy-akutni-stavy.pdf>) popisují intoxikaci jako přechodný stav po užití drogy, který vede k poruchám vnímání, vědomí či chování jedince. Pokud nedojde ke komplikacím při intoxikaci (např. vdechnutí zvratků, kóma, úraz), tak poruchy, které vznikly po užití drogy, časem zmizí. (Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F10-F19>)

Kuklová (2016) ve své publikaci popisuje intoxikaci dle psychických a fyzických projevů. Po psychické stránce se intoxikace projevuje zvýšenou bdělostí, zrychlením psychomotorického tempa a zlepšením paměti. Také dochází k euforii a jedinec dosahuje pocitu zvýšeného sebevědomí. Na fyzické úrovni se intoxikace po stimulačních látkách projevuje sníženou chutí k jídlu a potřebou spánku. Dostavuje se pocit zvýšené energie. Jedinec zároveň nepocítuje únavu. Při akutní intoxikaci se objevuje silné bušení srdce, můžou se projevit i výraznější úzkostné stavy.

Křížová (2021) dodává, že z hlediska diferenciální diagnostiky je nutné vyloučit jinou somatickou či psychickou poruchu, která by mohla způsobit danou změnu chování, vnímání nebo fyziologické funkce. Změny, které se u jedince objevily, tak musí být vyvolány po užití návykové psychoaktivní látky.

2.4 Odvykací stav

Příznaky odvykacího stavu se dostavují po snížení dávky či vysazení drogy. Závažnost odvykacího stavu bývá různá. Záleží na konkrétní skupině návykové látky, jejím dávkování, toleranci jedince vůči droze nebo celkovém zdravotním stavu jedince. (Kalina a kol., 2015)

Minařík a Kmoch (in Kalina a kol., 2015) popisují odvykací stav u stimulačních látek jako méně výrazný a subjektivně nepříjemný než stav po odnětí opioidů. Uvádějí, že po vysazení drogy přichází únava, až několikadenní spánek a zvýšená potřeba příjmu potravy. Dostavují se deprese a úzkostné stavy. Silná touha po droze přetrvává a může docházet k relapsům. Po několika týdnech až měsících touha po droze slábne, ale občas se dostaví v intenzivnější síle.

Proces zvládnutí odvykacího stavu nazýváme detoxifikace. Jejím hlavním cílem je stabilizovat jedince po psychické i fyzické stránce, zároveň ho připravit k nástupu na léčbu. Detoxifikaci můžeme chápat jako začátek léčebného procesu. (Dostupné z: <https://www.pnhb.cz/detoxifikace>)

3 Psychické poruchy z užívání návykových látek

V následující kapitole se naše pozornost zaměří na psychické poruchy, které mohou vzniknout v důsledku dlouhodobého užívání stimulačních návykových látek. S ohledem na praktickou část se budeme věnovat konkrétně toxickým psychózám, depresím a úzkostem.

U klientů s psychickou poruchou v důsledku užívání návykových látek se objevuje poměrně více nemocí současně. Nejčastěji se objevují poruchy osobnosti, úzkostné a depresivní poruchy, dále poruchy příjmu potravy a různé psychotické poruchy. Z hlediska etiologie můžeme popsat tři situace, které ke vzniku a rozvoji duálních poruch mohou přispět.

- 1) U jedince se duševní potíže již vyskytovaly dříve, ale nebyly léčeny či zaznamenány. Po užití návykové látky docházelo k tzv. samoléčení, kdy droga přinášela úlevu. Opakované užití drogy může rozvinout závislost.
- 2) Zejména dlouhodobé a intenzivní užívání návykové látky může vést k vyvolání či vyprovokování duševní poruchy.
- 3) Psychická porucha a závislost na drogách jsou výsledkem jedné základní příčiny, např. stresové poruchy, která mohla vzniknout traumatem z dětství. (Riegel, Kalina, Pěč, 2020)

3.1 Toxická psychóza

Slovo psychóza pochází z řečtiny. Skládá se ze slova „psyché“, což překládáme jako „duše“, a z koncovky „óza“, která se v lékařství označuje jako „nemoc“. Psychóza je duševní onemocnění, které se u jedince projevuje změnou v prožívání okolního světa, ale i sebe samého. Do popředí se dostává svět plný preludů a fantazií. Jedinec přestává rozumět reálnému světu svých blízkých a oni naopak nerozumí jemu. (Kalina, 2001)

Kalina a kol. (2015) ve své publikaci uvádí, že toxické psychózy jsou častým důvodem, proč klienti léčbu vyhledávají. V léčbě tyto stavy mohou ještě dlouhou dobu přetrvávat, avšak již po jednom měsíci abstinence by se psychotické poruchy měly zlepšit.

Toxická psychóza vzniká zneužíváním stimulačních nebo halucinogenních psychotropních látek. Jde o stav, kdy může být jedinec nebezpečný sám sobě, ale i svému

okolí. Toxickým psychózám se věnují specializovaná psychiatrická pracoviště. (Dostupné z: <https://www.drogy-info.cz/publikace/glosar/?g=324>) Pro srovnání zmiňujeme i charakteristiku toxické psychózy podle Nešpora a Müllerové (1997). Uvádějí, že o toxickou psychózu se jedná, pokud po odeznění účinku drogy přetrvávají duševní problémy jako jsou halucinace a pocity pronásledování. V důsledku tohoto stavu může jedinec jednat nesmyslně, nebezpečně a ohrozit sebe nebo jiné osoby ve svém okolí.

„Psychóza je onemocnění, které mění vnímání okolního světa, a tím provokuje u postiženého způsoby chování, jež se opět projevují jako nenormální“. (Gohlertra a Kuhna, 2001, str. 33)

U člověka, který onemocněl psychózou, dochází k poruchám vnímání. Vlivem změn v mozku nemůže své okolí vnímat reálně. Tak jako ho chápeme my. Psychóza může u jedince vyvolat pocit, že vidí, slyší nebo cítí něco, co se reálně neděje nebo neexistuje. (Gohlertra a Kuhna, 2001) Sluchové halucinace mohou mít různé podoby. Hlasy, které jedinec slyší ve své hlavě, mohou mluvit přímo k němu a obviňovat ho, přikázat mu, aby nebral léky, nebo ať skočí z okna. V jiné podobě mohou být hlasy rozhovorem jiných lidí, kteří se baví o něm (pomluvy, výčitky). (Kalina, 2001)

Na webovém serveru (Dostupné z: <https://www.substitucni-lecba.cz/novinky/toxicka-psychoza-v-zajeti-stihomamu-435>), který se zaměřuje na závislosti, jsou uvedeny nejčastější symptomy toxické psychózy:

- sluchové halucinace,
- pocity pronásledování,
- vztahovačnost,
- neklid a podivné chování,
- neobvyklé chování.

Mezi další projevy psychózy patří zmatené a nesouvislé myšlení, silné potíže se soustředěním, nepřírozené tělesné pohyby, přesvědčení o skutečnostech, pro které nejsou racionální vysvětlení. (Gohlertra a Kuhna, 2001)

Presl (1995) popisuje toxickou psychózu jako velice závažný stav, který ale poměrně dobře reaguje na adekvátní léčbu. V minulosti byl stav toxické psychózy často zaměňován za schizofrenii kvůli svým podobným příznakům. Podle Marhounové a Nešpora (1995) dochází vlivem toxické psychózy k silným pocitům na uskutečnění sebevraždy. Pro chronické

onemocnění je typické úbytek inteligence, apatie a paranoia. Velmi často se objevují halucinace a bludy.

3.2 Deprese

Dle Becka (1991) se deprese vyznačuje kognitivní triádou, kdy jedinec negativně pojmá sebe, negativně interpretuje životní zážitky a má beznadějný pohled na budoucnost. Pocit negativního očekávání do budoucna vede k projevení emocí, které jsou spojeny s depresí – smutek, zklamání a apatie. Aby člověk z nesnesitelné a bezvýchodné situace unikl, často se dostávají myšlenky na sebevraždu. Dušek a Večeřová Procházková (2015) doplňují, že deprese se projevuje smutnou náladou se stísněností, útlumem, sníženým sebevědomím a sníženou aktivitou. Řeč jedince bývá tichá a pomalá.

U osob se závislostní poruchou je větší pravděpodobnost, že se u nich projeví porucha nálady než u běžné populace. Na výskytu deprese nemá velký vliv druh návykové látky. Depresivní stavy se postupně zlepšují už v léčebně. Je to dané tím, že závislá osoba hovoří o svých problémech a řeší je. (Kalina a kol., 2015)

Křížová (2021) uvádí, že je u jedince s depresivní poruchou nutné rozlišit, zda je porucha nálady primární nebo sekundární v závislosti na nadměrném užívání drogy. Depresivní porucha se projevuje skleslou náladou, snížením energie a aktivity, zhoršenou schopností se radovat a koncentrovat. I po nepatrné námaze se u jedince objevuje značná unavitelnost.

3.3 Úzkosti

Úzkostné poruchy jsou ty poruchy, u nichž jsou hlavními symptomy projevy úzkosti, ale nejsou omezeny žádnou konkrétní situací, u které by hrozilo nebezpečí. U jedince můžeme pozorovat nervozitu, třes, pocení, svalové napětí nebo pocit nervozity. (Marhounová, Nešpor, 1995)

Beck (1991) uvádí, že úzkost prožívá člověk, který se cítí v bezprostředním nebezpečí. Pocit úzkosti také vyvolává ohrožení bezpečnosti, zdraví nebo psychické pohody, byť je

ohrožení skutečné nebo jen představované. Úzkost se mírní tím, jak je člověk schopen určitou hrozbu zvládnout či ji odvrátit. Úzkost tedy můžeme definovat jako stav emocionálního napětí spojený s nervozitou a vyděšeností.

Dle Křížové (2021) se úzkostné poruchy typicky vyskytují při odvykacím stavu. Mezi úzkostné poruchy řadí poruchy neurotické (porucha fobická, obsedantně-kompulzivní porucha, jiná úzkostná porucha), poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy.

Vymětal a kol. (2007) popisuje úzkost jako nepříjemný citový stav, kdy si jedinec neuvědomuje její příčinu, tedy skutečnost, která ji vyvolala. Úzkost v jedinci vyvolává neurčitou vnitřní tíseň a může se tak projevit v somatické, emocionální i kognitivní rovině. V souvislosti s užíváním návykových látek se úzkost objevuje v průběhu akutní intoxikace.

4 Speciálněpedagogické a terapeutické intervence

V léčbě závislostí mají intervence důležitou roli. Pobyť v léčebně má svůj řád, strukturu a daný harmonogram dne. Jednotlivé terapie mají klienti léčebny rozdělené v konkrétních dnech a v daných hodinách. V teoretické části diplomové práce popíšeme právě ty terapie, které mají respondenti v Psychiatrické léčebně Šternberk. Uvedeme ale i další intervence, které se využívají v léčbě závislostí. Čtenářům tak budou předány podrobnější informace. Vymezíme si psychoterapii individuální i skupinovou. Nedílnou součástí jsou i expresivní terapie, psaní deníků, režimová léčba a další.

Marhounová a Nešpor (1995) ve své publikaci popisují léčebný program závislosti na psychoaktivních látkách, který obvykle zahrnuje režimovou léčbu, detoxifikační léčbu, přednášky o škodlivosti užívání, rozbory deníkových záznamů, individuální a skupinovou psychoterapii, pohybové a sportovní aktivity, pracovní terapii, biblioterapii, arteterapii a psychogymnastiku.

4.1 Psychoterapie

Psychoterapie má v léčbě závislostí podstatný význam. Uvedeme si definice psychoterapie podle autorů, kteří se jimi ve svých publikacích zabývají.

Vymětal a kol. (2004, s. 20) uvádí, že je psychoterapie „*především léčbou (sekundární prevencí), ale i profylaxí (primární prevence) a rehabilitací (terciální prevence) poruch zdraví, která se uskutečňuje výhradně psychologickými prostředky, tedy prostředky komunikační a vztahové povahy.*“

Prochaska a Norcross (1999, s. 218) zase definují psychoterapii jako „*odbornou a záměrnou aplikaci klinických metod a interpersonálních postojů vycházejících z uznávaných psychologických principů se záměrem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce a/nebo osobní charakteristiky směrem, který obě strany považují za žádoucí.*“

Psychoterapii můžeme chápat jako zvláštní druh psychologické intervence. Snažíme se působit jak na duševní stav člověka a jeho chování, tak i na jeho osobní vztahy a tělesné

procesy. Důležité je, aby došlo k navození žádoucích změn, které podporují uzdravení či zabráňují vzniku nebo rozvoji určité poruchy. (Vymětal a kol., 2004)

Kratochvíl (2017) ve své publikaci vymezuje psychoterapii ve dvou základních významech:

1) Psychoterapie jako činnost či léčebné působení

Vyznačuje se tím, že využívá psychologické prostředky, a to záměrně a plánovitě. Léčebné působení je zaměřeno na nemoc či poruchu. Jejím úkolem je odstranit či zmírnit vzniklé potíže. Snaží se i odhalit a odstranit jejich příčiny. Psychoterapii provádí kvalifikovaná osoba a v jejím průběhu by mělo docházet ke změnám v prožívání a chování jedince.

2) Psychoterapie jako obor

Psychoterapie je interdisciplinární obor, který zasahuje do oblastí medicíny a psychologie. Zabývá se léčením onemocnění a poruch. Proto má svou obecnou i speciální část. Do obecné části řadíme teorie, metody a výzkumná data. Do speciální části patří aplikace na jednotlivé druhy poruch. Psychoterapie se opírá o poznatky získané zkušenostmi. Ty zobecňuje do hypotéz a teorií a dále směřuje k využívání poznatků v praxi.

Za hlavní psychologické prostředky považujeme slova, rozhovor, neverbální chování, podněcování emocí, vytvoření terapeutického vztahu, sugesci, učení, imaginaci aj. Vymětal (2010) rozděluje psychoterapeutické prostředky do dvou skupin. První tvoří verbální prostředky, tedy rozhovor či sugesce. Druhá skupina vymezuje nonverbální prostředky jako je imaginace nebo relaxace.

Dle Vymětala a kol. (2004) je cílem psychoterapie pomocí psychologických prostředků dosáhnout změny v osobnosti jedince, jeho chování a sociálních vztahů. Jedinec je veden k sebepřijetí, řešení svých konfliktů a přeměně svých nepřiměřených postojů. Dle Kratochvíla (2017) doplňujeme, že cílem psychoterapie je, aby terapeut zbavil jedince potíží, se kterými přichází, tedy odstranil chorobné příznaky. Snaží se zároveň o reedukaci, resocializaci a rozvoj či integraci klientovy osobnosti.

4.1.1 Individuální psychoterapie

Individuální psychoterapie se účastní pouze terapeut a klient. Mezi členy této skupiny vzniká poměrně intenzivní vztah, na který má velký vliv chování terapeuta, jeho osobnost i způsob práce s klientem. Terapeut, ať už direktivním nebo nedirektivním stylem kontroluje a řídí léčbu klienta. Klient svým chováním a prožíváním terapeuta také ovlivňuje, ale děje se tak většinou spontánně. (Vymětal, 2010)

Kalina a kol. (2003) uvádí několik typů individuální psychoterapie. Za první formu individuální psychoterapie považuje krizovou intervenci. Tuhle možnost však označuje jako extrémní. Další formou je tzv. podpůrná psychoterapie, která je zaměřena na zvládnutí vysoce zatěžujících situací. Její součástí je i motivace klienta. Poslední formou je systematická dlouhodobá individuální psychoterapie, jejíž přístup je ovlivněn vzděláním psychoterapeuta, konkrétně jeho výběrem psychoterapeutické školy.

V individuální terapii může terapeut s klientem pracovat pomocí slova, obrazu nebo akce. Slovem míníme, že se proces sebepoznání a porozumění životní situaci děje prostřednictvím rozhovoru. Obrazem znamená, že je důraz kladen na představování, tedy imaginaci. Akcí rozumíme to, že terapeut s klientem provádí činnost, určitý nácvik. (Vymětal, 2010)

Růžička, Prachařová a kol. (2014) uvádějí, že při individuální psychoterapii je terapeut přítomen u sebepoznání klienta a napomáhá mu objevovat jeho vlastní cestu. Uvědomuje si nejen to, co klient říká, ale také jak to říká. Pozornost se zaměřuje na celou osobnost klienta. Jeho emoce, myšlení, intonaci hlasu nebo to, jak sedí. Důležité je, aby se klient cítil vyslyšen. Toho docílíme aktivním nasloucháním a opravdovou přítomností terapeuta na sezení.

4.1.2 Skupinová psychoterapie

Skupinovou psychoterapii můžeme chápat jako léčebné působení psychologickými prostředky ve skupině osob. Osoby se v dané skupině vzájemně ovlivňují. Probíhá tedy interakce mezi členy skupiny, ale také mezi členy a terapeutem. (Kalina a kol., 2003) Dle Kratochvíla (2017) skupinová psychoterapie využívá ke svým léčebným účelům skupinovou dynamiku. Skupinovou dynamikou rozumíme vztahy a interakci mezi členy skupiny.

Skupinová terapie s osobami závislými na návykových látkách má dle Kaliny a kol. (2015) následující společné rysy:

- větší strukturovanost – terapeut dává skupině strukturu, přebírá větší iniciativu, podněcuje interakci ve skupině a motivuje ke spolupráci,
- využívání konfrontací – konfrontace slouží k vytvoření nových postojů klienta pomocí zpochybnění a rozbití těch dřívějších,
- emoční podpora – slouží k tomu, aby se klienti ve skupině cítili bezpečně a získali důvěru,
- zvláštní charakter přenosů – ve skupině se může objevit neklasický typ přenosu např. manipulace se skupinou, některými členy nebo terapeutem,
- vazba na skupinu – vazba může mít podobu „závislosti“ na skupině, terapeutovi či léčebném zařízení,
- problém homogenity a heterogenity – skupiny závislých mívají spíše charakter homogenních skupin, to představuje riziko blízkosti problematiky a předchozího životního stylu.

Na skupinové psychoterapii bývá uspořádání většinou kruhové, kdy sedí všichni členové na židličkách v kruhu tak, aby na sebe dobře viděli. Hlavním prostředkem ve skupině je rozhovor, který může být doplněn hraním rolí nebo pohybovými technikami. Skupinové aktivity trvají zpravidla 1,5 hodiny. (Vymětal, 2010)

4.2 Arteterapie

Vymětal a kol. (2007) chápe arteterapii v užším smyslu jako terapii prostřednictvím výtvarného umění. Proces terapie je zaměřen na otevření cest do vědomého i nevědomého nitra jedince. Výtvarná činnost tak vytváří jeden z mnoha způsobů, jak můžeme ventilovat nepříjemné emoce jako jsou strach, hněv, žárlivost, nenávisť nebo i lásku. Výtvary v arteterapii mohou značit minulost, přítomnost i budoucnost v našem životě.

Arteterapie je nápomocna při prevenci, relaxaci i léčbě. Umožňuje nám prožít vlastní uvědomění a také reflektovat náš emoční či psychický stav. Výtvarné dílo tedy chápeme jako účinný prostředek, nikoli jako cíl arteterapie. V léčebném umění se terapeut zaměřuje na klienta a jeho pocity, nikoliv na umělecké dílo jako takové. Terapeut nehodnotí výtvar

z estetického hlediska, ale snaží se proniknout do duševního světa klienta a pomoci mu porozumět vlastním emocím. (srov. Beníčková, 2017; Hauschka, 2020)

Arteterapie má velký rozsah v jednotlivých technikách. Nejčastěji je volena technika malování, ale svou podstatnou roli má i modelování, řezbářství nebo vytváření koláží. Při technice malování můžeme výběr tématu zadat nebo volbu ponechat na jedinci. Kresba může svým tématem napovídat o tom, jak jedinec prožívá svoji problematickou situaci. (Vymětal a kol., 2004)

Podle Lhotové a Perouta (2018) je arteterapie zařazená u osob s psychickou poruchou zejména kvůli možnosti výtvarně vyjádřit konflikt, o kterém je v přímé komunikaci náročné hovořit, proto zůstává dlouhou dobu skrytý.

Arteterapie pomocí výtvarného umění napomáhá k vyjádření vlastních pocitů. Mohou to být formy umění jako je kresba, malba, grafika, sochařství aj. Důležitý je celý proces tvoření, v němž je možné vyjádřit se a zároveň dovolit terapeutovi, aby nahlédl do naší psychiky. (Dostupné z: <https://www.plstbk.cz/arteterapie>)

Šicková (2002) ve své publikaci rozděluje arteterapii do dvou složek, a to na receptivní a produktivní. Receptivní arteterapie je zaměřena na vnímání díla, které terapeut s určitým záměrem vybral. Cílem tohoto vnímání je pochopit vlastní nitro a poznávání pocitů druhých. Klient vyjadřuje své vlastní emoce pomocí uměleckého díla. V produktivní arteterapii klient vyjadřuje emoce pomocí tvůrčích činností (kreslení, malování, modelování).

Jiné dělení arteterapie uvádí Potměšilová (2013). Dělí ji na individuální arteterapii a skupinovou arteterapii. Individuální je stavěná na vztahu mezi terapeutem a klientem. Ve vztahu by měla být důvěra a snaha pracovat na osobním tématu klienta. Aby spolupráce fungovala, musí být terapeut při práci přirozený. Stejně důležité je respektovat klienta, nezacházet v tématu dál, než je klient sám ochoten zajít. Musíme se soustředit na klienta a vést srozumitelnou konverzaci. Stejná pravidla platí i u skupinové arteterapie. Pak může terapeut kromě výše uvedeného pracovat i se skupinovou dynamikou. Ta se vyznačuje skupinovou interakcí a skupinovým děním. Liebmann (2005) dodává, že se mohou členové ve skupinové arteterapii poučit ze zpětné vazby od ostatních nebo se vzájemně podporovat a pomáhat si při řešení podobných problémů.

4.3 Pohybová a taneční terapie

Heller, Pecinovská a kol. (1996) uvádějí, že léčebné programy věnují dostatek času sportovním a pohybovým aktivitám. Pohybová terapie může mít různou podobu. Jedná se o pravidelné ranní rozcvičky, relaxační jógu, běh, turistiku po okolí a další tělesné aktivity dle možností léčeben.

Pohybová terapie se často vyskytuje v kombinaci s taneční terapií. V našich podmínkách se označuje jako taneční pohybová psychoterapie nebo tanečně-pohybová terapie. Podle Biče a kol. (2011) jsou tělo a mysl od sebe neoddělitelné a v neustálé vzájemné interakci. Základní myšlenka je taková, že pohyby těla jsou ovlivněny emočním stavem člověka. Proto mohou vést navozené změny v pohybové úrovni ke změnám psychickým. Tanečně-pohybová terapie se jeví efektivně u jedinců, kteří se brání verbálnímu projevu.

Tanečně-pohybová terapie využívá jako hlavní psychologický prostředek pohyb. Pohyb má v terapii za cíl navodit změny v prožívání, myšlení a chování. Stejně jako jiné terapie, tak i tanečně-pohybová terapie užívá mnohých nástrojů. Nástroje můžeme popsat následovně:

- konkretizace – můžeme ji chápat jako pohybové ztvárnění prožitků a představ, které se dějí v určitém čase a prostoru,
- metaforické vyjádření tématu – pomocí metafory můžeme na základě podobnosti přispět k získání většího odstupů a náhledu,
- synchronie pohybu – prováděním stejného pohybu celou skupinou docílíme pocitu sounáležitosti a zvýšíme soudružnost ve skupině,
- rozvoj tělesného uvědomění – klient se učí přijmout své tělo jako neoddělitelnou součást sebe samého a tím se rozvíjí tělesné uvědomování,
- energie – je potřebná pro samotný pohyb, který probouzí emoce a vede k myšlenkám,
- uzemnění – cílem je posilovat pocit stability a jistoty, uvědomovat si svá chodidla, aby při chůzi docházelo k rovnoměrnému přenášení váhy,
- práce s dotekem – vzniká na bázi vzájemné dohody mezi klientem a terapeutem, může poskytnout pocit bezpečí, úlevu, péči, podporu i hranice,

- práce s hlasem – zvukové projevy či krátké popěvky aplikované při pohybu napomáhají k uvolnění, zvyšují zájem a angažovanost,
- práce s očním kontaktem – oční kontakt je důležitou složkou neverbální komunikace. (Dosedlová, Kantor, 2013)

4.4 Dramaterapie a psychodrama

Nejvíce výstižná definice dramaterapie se autorce jeví definice Valenty (2011, s. 23) a zní následovně: *„Dramaterapie je léčebně-výchovná (terapeuticko-formativní) disciplína, v níž převažují skupinové aktivity využívající ve skupinové dynamice divadelních a dramatických prostředků k dosažení symptomatické úlevy, ke zmírnění důsledků psychických poruch i sociálních problémů a k dosažení personálně sociálního růstu a integrace.“*

Dramaterapii můžeme považovat za prostředek nenásilné komunikace mezi klientem a terapeutem. Klientovi je pomocí technik v divadelním prostředí umožněno vyjádřit své emoce, obavy i názory na svůj problém týkající se drogové závislosti. Cíle dramaterapie jsou tedy zaměřeny na změnu chování a postojů, rozvoj v oblasti komunikace, schopnost být spontánní a umět se uvolnit. (Krahulcová, 2017)

Valenta a kol. (2017) uvádí, že je dramaterapeutická intervence hojně využívaná právě osobami se závislostí na návykových látkách. Dramaterapeutická práce se zaměřuje na následující cíle:

- zvýšit interpersonální dovednosti,
- získat schopnost uvolnit se,
- ovládnout a kontrolovat své emoce,
- změnit nekonstruktivní chování,
- podpořit spontánní chování,
- rozvíjet představivost a koncentraci,
- posílit sebedůvěru.

Psychodrama je jednou z terapeutických metod, která využívá v improvizovaných podobách dramatickou hru. Zakladatelem psychodramatické terapeutické techniky byl rakousko-americký lékař a sociolog J. L. Moreno. Terapeutickým cílem psychodramatu je

naučit jedince spontánně projevovat svou osobnost. (Dostupné z: <https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Psychodrama>)

Metoda psychodramatu, kterou vypracoval vídeňský psychiatr J. L. Moreno, má pět základních prostředků:

- 1) jeviště, které by mělo odpovídat velikosti skupiny,
- 2) pacient (klient), který by měl na jevišti představovat především sám sebe,
- 3) režisér (terapeut), který by měl hru vést tak, aby pacientovi umožňovala identifikaci,
- 4) pomocní herci hrající role, které si pacient přeje,
- 5) publikum, které může sloužit pacientovi jako podpora. (Kratochvíl, 2017)

Při léčbě závislosti nachází psychodrama žádoucí uplatnění. V psychodramatu se používá nácvik zvládnutí obtížných situací, dialog mezi různými složkami vlastní osobnosti. Podle okolností lze použít i techniku alter ego, kdy necháme promlouvat skrytou stránku osobnosti a v poslední řadě záměnu rolí. (Nešpor, 2000)

Psychodrama probíhá formou improvizovaného divadla, kdy je režisérem terapeut. Psychodrama je zaměřené na emoční prožitek. Jedinci si znovu prožívají traumatické události a převádějí významné události ze svého života do terapie. Pomocí techniky výměny rolí mohou jedinci lépe porozumět pocitům druhého člověka a vidět sám sebe jeho očima. V psychodramatu se jedná o interakci s konkrétními osobami jako jsou rodiče či partneři. Hlavní herec tak zaujme roli osoby, se kterou má konflikt (např. roli své manželky, matky apod.) (Vymětal a kol., 2004) Ve své jiné publikaci Vymětal (2010) doplňuje, že hlavní osoba psychodramatu stručně popíše problém, který pak všichni herci spontánně a bez větší přípravy přehrávají.

4.5 Muzikoterapie

Muzikoterapie využívá jako léčebný prostředek hudbu. Ve vzájemné interakci je klient, terapeut a hudba, kde jsou působícími prvky rytmus, melodie, intenzita a harmonie. Muzikoterapii můžeme rozdělit do dvou skupin. Na receptivní (pasivní) a aktivní. Pasivní muzikoterapii lze kombinovat společně s arteterapií, kdy klienti poslouchají hudbu a současně

vyjadřují pomocí malby své pocity. V aktivní muzikoterapii je možné se vyjadřovat pomocí zpěvu, tance, melodie nebo hraním na hudební nástroj. (Vymětal a kol., 2007)

Dosedlová a Kantor (2013) ve své publikaci vymezují čtyři základní metody v muzikoterapii. Jsou to improvizace, interpretace, kompozice a poslech hudby. Všechny metody mají nespočet variací. Např. mohou být individuální nebo skupinové, strukturované či nestrukturované, řízené nebo volné. Metody se mohou kombinovat s pohybem, tancem nebo výtvarnými či dramatickými prostředky.

Různé formy muzikoterapie mohou na jedince působit v pozitivním smyslu a mírnit tak projevy úzkostí, depresí, i hněvu. U drogové závislosti jsou patrná také rizika, která jsou spojena s poslechem hudby. Hudba může vyvolat silné bažení čili chuť užít drogu. Je to způsobeno tím, že má jedinec danou hudbu spojenou se zneužíváním návykové látky. (Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/hudba-jako-lek-i-jako-riziko-448623>)

V muzikoterapii můžeme využít behaviorální přístup, který se zaměřuje na zjevné, jasné a pozorovatelné chování. Terapeuti se snaží vytipovat specifika nežádoucího chování a jednání, které je potřeba změnit. Také strukturují prostředí, aby docílili žádoucích změn. Nežádoucí chování se snaží eliminovat a žádoucí naopak odměňovat. V terapii využívají techniky, kterými posilují nově vytvořené vzorce chování tak, aby došlo ke zvýšení vhodných reakcí a navození pozitivního chování. (Dostupné z: <http://www.muzikoterapie.cz/clanky/lipsky-m-2009-muzikoterapie-a-psychoterapie>)

Vymětal a kol. (2007) popisuje dlouhodobější cíle muzikoterapie, které se kryjí s obecnými cíli psychoterapie:

- snaha o zlepšení sebepojetí a tělesného uvědomování,
- zlepšení komunikačních dovedností,
- efektivní práce se svou energií,
- eliminace nežádoucích vzorců chování,
- snaha o zvýšení nezávislosti jedince na okolí,
- podněcování k tvořivosti a spontánnosti.

4.6 Pracovní terapie

Významnou roli při léčbě závislosti hraje i pracovní terapie. Samotná práce je pro člověka velmi důležitá, ale také klade vysoké nároky na organizaci a vedení za účelem dosažení pozitivních výsledků a prevenci těch negativních. Smysluplná a správně organizovaná práce nepřináší klientům léčebného procesu jen materiální výsledky, ale především rehabilitační, a to jak po psychické, tak i fyzické stránce. (Heller, Pecinovská a kol., 1996)

Pracovní terapie by měla být rozmanitá a měla by odpovídat schopnostem daného klienta. Umožňuje spontánní projev, zvyšuje sebedůvěru a učí jedince společenským návykům v rámci skupiny. (Dušek, Večeřová Procházková, 2015)

Pracovní terapie je lékařem předepisovaná činnost, kterou provádí zkušený pracovní terapeut neboli ergoterapeut. Jedná se o aktivizaci na fyzické i sociální úrovni včetně udržení soběstačnosti. Cílem je opětovné začlenění klienta do společnosti. Pracovní terapie je zaměřena na výcvik v oblasti praktického života a naplnění volného času. Podporuje klienty v přípravě pro pracovní začlenění a nabízí rozmanitý výběr rukodělných a výtvarných prostředků (práce s papírem, kreslení, modelování, práce s textilem a dřevem). (Dostupné z: <https://www.plstbk.cz/pracovni-terapie>)

Kalina a kol. (2008) popisuje pracovní terapii jako smysluplnou činnost s viditelnými výsledky. V jiné publikace Kalina a kol. (2003, s. 65) popisuje pracovní terapii následovně: *„pracovní terapie je prostředkem pro získání nových pracovních dovedností, zvládnutí běžných nároků práce, ale i prostředkem pro obnovu pozitivního sebehodnocení a prožitků úspěchu“*.

4.7 Deníky

Pro klienty absolvující léčbu závislosti může být velkým přínosem i psaní deníku. Jde o individuální formu každodenní komunikace mezi ním a terapeutem. Klient si píše zápisy z jednotlivých terapií. Cílem je buď následné rozpracování problému klienta nebo cvičení

jeho paměti. V závěru léčby je možné deník využít, aby se zhodnotil průběh léčby a jeho samotné výsledky léčby. (Heller, Pecinovská a kol., 1996)

Deník může být pro klienta velmi důležitým nástrojem sebereflexe. Může sloužit i jako prostředek komunikace mezi ním a terapeutem. Vedení deníku je vhodnou formou pro mapování svých emocí, nálad a chutí. Také se díky zápisům mohou monitorovat vytyčené cíle, hodnotit průběh a fungování jedince v dané léčebně a na terapiích. Deníky mohou mít buď zcela volnou formu psaní, nebo bývají naopak nastaveny požadavky na kvalitu či kvantitu zápisů. Terapeutům deníky pomáhají v tom, aby se lépe zorientovali v pocitech a prožívání klientů. Cenným prvkem pro klienty mohou být i drobné reflexe terapeutů, které jsou do deníků přímo zaznamenávány. (Nevšimal, 2007)

Kalina a kol. (2003) uvádí, že psaní deníků vyvádí klienty z myšlenkově uzavřeného kolotoče, který je plný pochybností a obviňování. Psaní deníku mu tak umožní využít svoji energii efektivněji.

4.8 Režim a bodovací systém

Heller, Pecinovská a kol. (1996) považují pevně stanovený režim a bodovací systém za nedílnou součást léčby závislosti. Režim přináší časovou strukturu dne a pravidla, která v léčebném programu určují systém účasti. Bodovací systém má informovat o tom, co se klientovi nejen daří, ale především co se mu nedaří. Bodovací systém má určitý stupeň tolerance pro chybovost, ale při jeho překročení se dostávají různé předem stanovené sankce a postihy.

Pevný režim je základem léčby. Tvoří ho soubor pravidel a aktivit, které jsou závazné pro všechny klienty absolvující léčbu závislosti. Bodový systém odráží dodržování režimu oddělení a samotnou práci klienta na sobě samém. (Dostupné z: <https://www.lecbazavislosti.cz/o-lecbe/>)

Kalina a kol. (2015) ve své literatuře popisuje důvody pro používání bodovacího systému:

- kladné body posilují žádoucí chování a záporné body oslabují chování nežádoucí,

- slouží jako informace pro klienta, jak si v léčbě vede, adaptuje a dodržuje pravidla,
- odhaluje pravou motivaci klienta k léčbě závislosti (odhaluje účelové pobyty),
- bodování udržuje v léčebně pořádek, dává hranice tomu, co se smí a je praktickým pomocníkem personálu.

Bodový systém zavedl Skála² na apolinářském oddělení. Systém obsahoval odměny i tresty. Také zahrnoval vysokou míru požadavků, povinností a zákazů. Ty se následně odměňovaly nebo trestaly dle daného bodového systému. Skála kladl důraz na dodržování systému a jednotnost při hodnocení. Proto bodový systém platil i pro terapeuty. (Křížová, 2021)

4.9 Relaxační techniky

Nácvik relaxačních technik je u osob závislých na návykových látkách jedním ze základních pilířů psychoterapeutické léčby. Relaxační techniky napomáhají ke snížení psychického napětí a zmírňují svalový tonus. Je žádoucí, aby se klienti techniky vedoucí ke zklidnění naučili. Účelem je, aby je byli schopni využít v náročné situaci nebo v případě, kdy dojde ke cravingu. (Křížová, 2021)

Dle Nešpora (2011) jsou relaxační techniky vhodnou alternativou pro ty, kteří jsou vystaveni nadměrnému stresu. Pravidelnou relaxací můžeme zmírnit deprese, úzkosti i psychosomatické obtíže. V rámci léčby je možné zařadit i částečnou relaxaci, kdy se místo celého těla uvolňuje jen část (např. pravá ruka, obličej nebo se soustředíme na pohyby břicha při dýchání). Ve své jiné publikaci rozlišuje Nešpor (1998) tři typy relaxace.

- Relaxace na signál – člověk se naučí za pomoci nějaké relaxační techniky uvolnit. Daný stav uvolnění se poté spojí s vhodným signálem (pokyn „uvolni se“ nebo určitá poloha pro relaxování). Použití signálu vede k okamžité relaxaci.
- Částečná (diferencovaná) relaxace – člověk uvolňuje pouze určitou část svého těla, zatímco jiné části jsou aktivní.

² Jaroslav Skála byl český lékař a specialista na léčení alkoholismu a jiných závislostí. Byl zakladatelem první záchranné stanice – Apolinář. (Křížová, 2021)

- Aplikovaná relaxace – poté, co se jedinec naučí relaxační techniku dobře ovládat a uvolnit se tak na signál, může relaxaci využít při objevení se prvních příznaků, např. úzkosti.

4.10 Motivace

Kalina a kol. (2008) uvádí, že na motivaci klienta k léčbě má vliv několik faktorů. Jsou to vnější okolnosti, vnitřní motivace klienta, jeho připravenost k léčbě a určení vhodného typu léčby dle potřeb klienta. V terapeutickém procesu se jeví za důležitou zejména vnitřní motivace a připravenost klienta absolvovat léčbu. Také tlak vnějších okolností může významně ovlivnit klientovu vnitřní motivaci k léčbě.

Techniky posilování motivace u klientů závislých na návykových látkách může terapeut zakomponovat do různých forem terapie. S motivací se dá pracovat jak při individuálním sezení, tak ve větší skupině. Důležité je klienty seznámit se změnami motivace a podporovat je, aby byli schopni posilovat svoji vlastní vnitřní motivaci. (Nešpor, 2011)

Motivace je nedílnou součástí diagnostického rozhovoru. V léčbě drogové závislosti je často využívána metoda motivačního rozhovoru. Metoda počítá s tím, že je klient ve skutečnosti sám vnitřně motivován, ale vlivem vnějších i vnitřních faktorů u něj připravenost ke změně značně kolísá. Základním cílem motivačního rozhovoru je dosáhnout změny v životním stylu. Klient by měl s pomocí terapeuta odkrýt to, co ve svém životě považuje za problém, a na základě toho společně stanovit cíle. Terapeut by měl usnadňovat a podporovat proces změny, popřípadě její udržení. (Kalina a kol., 2008)

Motivační rozhovor je podle Millera a Rollnicka (2004) postaven na pěti základních principech. Patří mezi ně vyjádření empatie, vyhýbání se argumentaci, rozvíjení rozporů, podpora vlastních schopností klienta a otočení či využití odporu.

Křížová (2021) dodává, že se v léčbě závislostí nejčastěji využívá práce s vnitřní/vnější a pozitivní/negativní motivací. Práce s vnitřní a vnější motivací je individuální, ale častěji se jeví silnější vnější motivace, která souvisí se ztrátou zaměstnání, naléháním svých blízkých nebo finančními problémy. Při práci s negativní motivací je důležité připomenout negativní důsledky užívání a důvody, které vedly k absolvování léčby.

Pozitivní motivace klade důraz na uvědomění si, proč se vyplatí abstinovat a podstoupit léčbu, a také jaké výhody z toho plynou.

II. Praktická část

5 Charakteristika zařízení

V úvodu praktické části diplomové práce si představíme Psychiatrickou léčebnu Šternberk a přiblížíme čtenářům oddělení léčby závislostí, doléčovací oddělení a psychoterapeutické oddělení.

Psychiatrická léčebna Šternberk je příspěvková organizace. Jejím zřizovatelem je Ministerstvo zdravotnictví. Jako samostatný právní subjekt funguje od roku 1990, kdy se odpojil od Fakultní nemocnice Olomouc. Léčebna nabízí lůžkovou i ambulantní zdravotní péči o duševně nemocné v oboru psychiatrie, léčby návykových nemocí, dětské psychiatrie, gerontopsychiatrie, vnitřního lékařství a léčebné rehabilitace. (Dostupné z: <https://www.plstbk.cz/vitejte-na-strankach-psychiatricke-lecebny-sternberk>)

Oddělení závislostí, doléčovací oddělení a psychoterapeutické oddělení je součástí komplexu Psychiatrické léčebny Šternberk. Oddělení se charakterizuje režimovým způsobem léčby. Primariát je rozdělen na dvě oddělení. Koedukované oddělení (pro muže i ženy) pro léčbu závislostí (21A) a mužské oddělení pro léčbu závislostí (21B). Součástí oddělení není detoxifikační jednotka. Jestliže je před přijetím potřeba detoxifikačního pobytu, je možné jej absolvovat na oddělení 5 – akutní oddělení. (Dostupné z: <https://www.plstbk.cz/primariat-vii-oddeleni-lecby-zavislosti-dolecovaci-oddeleni-psychoterapeuticke-oddeleni>)

Na oddělení 21A probíhá čtyřměsíční komplexní ústavní léčba závislostí. Léčba je hrazena ze zdravotního pojištění. Ústavní léčba trvající méně, než čtyři měsíce je považována za nedokončenou. Léčba na oddělení 21A se zaměřuje na závislosti na alkoholu, nealkoholových psychoaktivních látkách a na léčbu patologického hráčství. Na oddělení se řídí principy terapeutické komunity. Mají strukturovaný denní program. Základem léčby je režim a bodový systém. Cílem léčby je změna života k trvalé a důsledné abstinenci od návykových látek. (Dostupné z: <https://www.lecbazavislosti.cz/o-nas/>)

Na oddělení 21B probíhá ústavní léčba závislostí, která trvá tři až čtyři měsíce. Délka léčby je určena lékařem po domluvě s klientem. Stanovuje se dle stavu klienta. Oddělení je určeno pro muže s diagnózou závislosti na alkoholu, psychoaktivních látkách, patologického hráčství, případně s duální diagnózou. Jedná se o léčebně-resocializační oddělení závislosti,

kde je hlavní myšlenkou umožnit léčbu klientům za účelem regenerace organismu. Na oddělení 21B jsou přijímáni klienti, kteří nejsou z různých důvodů schopni absolvovat režimovou léčbu na oddělení 21A. Stává se tak z důvodů kognitivního oslabení, organické deteriorace či nedostatečné motivace k abstinenci od návykových látek. (Dostupné z: <https://www.lecbazavislosti.cz/o-nas/>)

Klienti absolvující léčbu závislosti v Psychiatrické léčebně Šternberk mají pravidelné skupinové terapie s možností využít i individuální terapii. Dále léčebna nabízí arteterapii, muzikoterapii a činnostní terapii v dílnách či na zahradě. Nedílnou součástí jsou i sportovní aktivity. Přímo v areálu léčebny je tělocvična a posilovna. Klienti mohou využít i služeb sportovního terapeuta. Klienti mají v průběhu dne své volnočasové aktivity. Na oddělení 21A mají možnost využít osobní volno, organizovat výlety, sportovní dny nebo návštěvu kina či divadla. (Dostupné z: <https://www.lecbazavislosti.cz/o-nas/>)

Do našeho výzkumu se zapojili klienti absolvující léčbu závislosti na oddělení 21A, u nichž je důležitým faktorem jejich motivace k abstinenci. Oddělení se v areálu nachází hned vedle sebe. Stává se, že jsou klienti z kapacitních důvodů nejdříve přijati na oddělení 21B do doby, než se uvolní volné místo na druhém oddělení.

6 Cíle práce a výzkumné otázky

V následující kapitole budou definovány cíle diplomové práce a stanoveny výzkumné otázky, které budou vyhodnoceny v závěru praktické části.

Při volbě tématu diplomové práce si autorka stanovila za hlavní cíl výzkumu zjistit, jaké intervence jsou v rámci léčby pro respondenty přínosné a napomáhají jim k abstinenci. Popíšeme vlastní zkušenosti respondentů s užíváním drog a léčbou závislostí na stimulačních návykových látkách.

Dílčím cílem diplomové práce je zjistit, jaké psychické poruchy se u respondentů absolvujících léčbu v Psychiatrické léčebně Šternberk na oddělení léčby závislostí vyskytují v důsledku dlouhodobého užívání návykových stimulačních látek.

Výzkumné šetření se bude zaměřovat pouze na subjektivní vnímání respondentů za účelem zjištění konkrétních terapií, které jsou pro ně užitečné a napomáhají při léčbě jejich závislosti. Taktéž nás budou během získávání informací souvisejících se vzniklými psychickými poruchami v důsledku užívání zajímat subjektivní pocity respondentů.

„Výzkumná otázka je v případě kvalitativního přístupu terminologickým ekvivalentem výzkumné hypotézy v případě výzkumu kvantitativního. Zatímco však výzkumné hypotézy testujeme, při aplikaci kvalitativního přístupu naproti tomu odpovídáme na výzkumné otázky, neboť žádné hypotézy testovat kvalitativními metodami samozřejmě nelze.“
(Miovský, 2006, s. 88)

Výzkumné otázky byly stanoveny před začátkem rozhovorů s respondenty. Abychom si mohli na výzkumné otázky odpovědět, museli jsme se jich snažit držet v průběhu rozhovorů. Pro získání potřebných dat k výzkumným otázkám u volně plynoucích rozhovorů jsme pokládali i doplňující otázky. Miovský (2006) ve své publikaci uvádí, že musí být výzkumné otázky položeny jasně a zároveň tak, abychom na ně byli schopni odpovědět. V průběhu výzkumu je možné výzkumné otázky zpřesňovat, reformulovat, pokud byly položeny nepřesně. Můžeme je i měnit. V případě, že není možné na výzkumné otázky odpovědět nebo byly položeny nesmyslně, zformulujeme nové otázky a ty původní zavrhneme.

Dle definovaného cíle výzkumu vplynuly následující výzkumné otázky:

- 1) Jaké terapie v léčbě respondentů napomáhají v léčbě závislosti?
- 2) Jaká je motivace respondentů k abstinenci?

7 Výzkumné šetření

V následujících podkapitolách si vymežíme kvalitativní přístup, přiblížíme design výzkumu, výběr výzkumného vzorku, metodu sběru dat a zpracování dat. Dále blíže specifikujeme analýzu dat, zpracování výzkumných dat a následně v závěru zhodnotíme výsledky celého výzkumného šetření.

7.1 Kvalitativní přístup

V praktické části diplomové práce autorka zvolila zpracování výzkumu na základě kvalitativního přístupu. Definici kvalitativního výzkumu uvádí podle významného amerického metodologa Creswella in Hendl (2005, s. 50): *„Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.“*

Pro kvalitativní přístup je typické, že si výzkumník na počátku výzkumu vybere téma a následně stanoví výzkumné otázky. Otázky může v průběhu výzkumu upravovat, obměňovat nebo doplňovat. Právě proto bývá někdy kvalitativní výzkum považován za pružný typ výzkumu. (Hendl, 2005)

Miovský (2006) uvádí, že kvalitativní výzkum se vyznačuje jednak svojí jedinečností, ale i neopakovatelností. Dalšími klíčovými termíny jsou kontextuálnost, procesuálnost, dynamika a reflexivita.

Strauss a Corbin (1990) ve své publikaci uvádějí, že kvalitativním výzkumem může být jakýkoliv výzkum, pokud výsledku nedosáhneme pomocí statistik nebo jiných způsobů kvantifikace. Výzkum se může týkat života lidí, příběhů, vzájemných vztahů nebo chodu organizací.

7.2 Design výzkumu

Miovský (2006, s. 90) popisuje design výzkumu neboli projekt výzkumu následovně: *„Projekt výzkumu (nebo někdy také design výzkumu) je technickým plánem konkrétní výzkumné studie, který je na míru „šitý“ zvolenému výzkumnému problému v daném teoretickém rámci. Specifikuje způsob použití konkrétních metod (pro získávání a analýzu dat), popisuje kontext, v jakém bude studie realizována, konkrétní výzkumný vzorek atd. V tomto smyslu je tedy jedinečný a na jeho základě je pak výzkum realizován.“*

Kvalitativní přístup nabízí několik možných výzkumných designů. V této diplomové práci jsme zvolili přístup zakotvené teorie. Hendl (2005) ve své publikaci charakterizuje zakotvenou teorii jako určitou strategii výzkumu a zároveň způsob analýzy získaných dat. Švaříček a Šedřová (2007) doplňují, že základním cílem výzkumu je vysvětlit či navrhnout novou teorii, která je zakotvena ve shromážděných datech. K získaným datům výzkumník přistupuje s otevřenou myslí a s nejvyšší nepředpojatostí. Strauss a Corbin (1990) ve své publikaci vnímají zakotvenou teorii tak, že zkoumáme danou oblast a necháváme vynořit to, co je ve zkoumané oblasti významné. Naším cílem není začít teorií, kterou bychom následně ověřovali, ale snažíme se teorii tvořit pomocí analýzy získaných dat.

Smyslem diplomové práce není popsat průběh terapií, ale zaměřit se na subjektivní pocity přínosu a podpory terapií napomáhajících k abstinenci u každého respondenta.

Taktéž nebudeme popisovat účinky stimulačních návykových látek. Budeme se ale snažit porozumět tomu, jaké psychické poruchy se mohou objevit v důsledku dlouhodobého užívání stimulačních návykových látek.

7.3 Výběr a charakteristika výzkumného vzorku

Tato podkapitola je věnovaná charakteristice výzkumného vzorku a jeho výběru. Autorka diplomové práce popíše metody, které pro výběr výzkumného vzorku využila. Dále popíše stanovená kritéria, která museli respondenti splňovat.

Výzkumný vzorek je tvořen klienty Psychiatrické léčebny Šternberk, kteří se v daném období léčili na oddělení léčby závislostí. Jedná se o muže i ženy ve věku od 23 do 60 let,

kteří dlouhodobě užívali stimulační návykové látky a v důsledku užívání se u nich projevila alespoň jedna psychická porucha (např. deprese nebo toxická psychóza).

Výběr vzorku pro výzkum probíhal ve ztíženém období kvůli pandemii COVID–19. Domluva s primářem oddělení léčby závislostí, ale také zjištění souhlasů klientů s přítomností autorky práce v místnosti a následně celý proces související s výběrem konkrétních klientů, byl podstatně zdoluhavý a náročný kvůli stanoveným opatřením v léčebně a přísnějším hygienickým podmínkám.

Vzhledem k tématu diplomové práce a stanoveným cílům by bylo pro autorku obtížné vyhledávat a oslovovat populaci uživatelů stimulačních návykových látek tzv. „na vlastní pěst“. Z toho důvodu jsme pro výběr vzorku zvolili metodu sněhové koule a následně jsme ji kombinovali metodou prostého záměrného výběru.

Metoda sněhové koule je považována za jednu z nejčastěji používaných kvalitativních metod. Zmíněná metoda je založena na kombinaci záměrného výběru a prostého náhodného výběru. Metoda sněhové koule má několik fází. V tzv. nulté fázi je hlavním východiskem získání kontaktu s první vlnou účastníků, kdy se může první kontakt uskutečnit přes danou instituci. Účastníci první vlny nominují potenciální účastníky výzkumu. V tomto případě hovoříme o první fázi. V případě souhlasu s účastí ve výzkumu získáváme potřebná data a dále nominují účastníky pro druhou fázi. Celý proces se tak opakuje. (Mioviský, 2006)

Autorka diplomové práce telefonicky kontaktovala ředitelku Psychiatrické léčebny Šternberk, za účelem potenciální spolupráce s organizací. Dále sepsala žádost o povolení realizovat výzkum pro potřeby diplomové práce. Společně s žádostí poslala i návrh informovaného souhlasu a strukturu polostrukturovaného rozhovoru. Vše bylo schváleno a autorka byla vyzvána ke zkontaktování primáře oddělení léčby závislostí. I on s výzkumem souhlasil. Následně byl primář oddělení na osobní schůzce informován o výzkumu blíže. Se souhlasem klientů domluvil přítomnost autorky na komunitním sezení skupiny.

Výběr vzorku pro výzkum byl kombinován s metodou prostého záměrného výběru. To znamená, že jsou účastníci cíleně vyhledáváni na základě stanovených kritérií. Jedinci je musí splňovat a zároveň být ochotni se do výzkumu zapojit. (Mioviský, 2006).

Výběr byl uskutečněn po domluvě s primářem oddělení léčby závislostí přímo na komunitním setkání, na kterém byli všichni klienti přítomni v jedné místnosti. Na komunitním setkání autorka výzkumu všechny přítomné seznámila s tématem diplomové práce. Sdělila

kritéria, které musí respondenti splňovat. Následně požádala potenciální respondenty o zapojení se do výzkumu.

Z celkového počtu 23 klientů, kteří v daném období aktuálně absolvovali léčbu závislosti v léčebně, bylo vybráno dle níže stanovených kritérií celkem 6 klientů. V daném období největší část klientů tvořily osoby se závislostí na alkoholu. Zmíněné metody výběru vzorku nám pomohly se vyvarovat tomu, aby se do výzkumu zapojili uživatelé jiných než stimulačních návykových látek.

Dle splněných kritérií se do výzkumu mohlo zapojit celkem 6 klientů. Následně autorka práce seznámila potenciální respondenty s průběhem výzkumu, vysvětlila, jak bude probíhat rozhovor a sdělila přítomným stanovené okruhy polostrukturovaného rozhovoru.

Jeden z potenciálních respondentů odmítl rozhovor z důvodu nechtěného sdělování informací ze svého období užívání drog a druhý respondent sdělil, že s léčbou je na samém počátku a necítí se na poskytnutí rozhovoru pro účely výzkumu. Oba klienti souhlasili se stručným sdělením důvodů pro odmítnutí zapojit se do výzkumu.

Stanovená kritéria, která museli respondenti splňovat:

- pohlaví: muž/žena
- věk: 23-60 let
- primární závislost: stimulační drogy
- doba závislosti: minimálně 5 let
- psychická porucha důsledkem užívání
- klienti Psychiatrické léčebny Šternberk
- souhlas účastníků s nahráváním rozhovoru na záznamník

Charakteristika respondentů

Výzkumného šetření se zúčastnili tři muži a jedna žena. Respondenti splňovali daná kritéria. Všichni užívali psychoaktivní látky. Někteří v kombinaci s jinými drogami, ale i tak podmínku splnili. Primárně užívali stimulační drogu, a tak je nastavená i jejich léčba.

Pohlaví	Věk	Typ závislosti	Délka závislosti	Psychická porucha
Muž	45 let	pervitin	27 let	toxická psychóza, deprese
Muž	40 let	pervitin	21 let	toxická psychóza
Žena	37 let	pervitin	7 let	deprese, úzkosti
Muž	31 let	pervitin	13 let	toxická psychóza

7.4 Metoda sběru dat

Pro získání kvalitativních dat, které nám umožní porozumět danému výzkumnému problému, jsme zvolili metodu moderovaného rozhovoru. Dle míry strukturace se jedná o polostrukturovaný rozhovor neboli interview.

Vytvořili jsme si závazné schéma, které upřesňuje okruhy otázek, na které se budeme v průběhu rozhovoru respondentů ptát. V polostrukturovaném rozhovoru je možné zaměřovat a upravovat pořadí okruhů dle potřeby, abychom tím získali maximální výtěžnost rozhovoru. Je vhodné si od respondentů nechat vysvětlit či upřesnit odpověď, ověřit si, zda danou odpověď dobře chápeme. V průběhu rozhovoru využíváme doplňující otázky, abychom téma mohli rozpracovat do hloubky a tím získat potřebné informace ke stanoveným výzkumným otázkám. (Miovský, 2006)

Průcha (2014) dodává, že otázky, které jsou kladené v průběhu rozhovoru, mají být srozumitelně formulovány tak aby jim respondent rozuměl a nebyly mu nepříjemné.

V rámci výzkumu jsme pro získávání dat využili i metodu pozorování. Metoda byla uplatněna přímo při rozhovorech s respondenty, kdy jsme se věnovali jednotlivým okruhům polostrukturovaného rozhovoru. Naše pozornost se upírala k projevu emocí a chování respondentů během rozhovoru.

Maršálová a Mišík in Miovský (2006) uvádějí několik kategorií, na které se v pozorování můžeme zaměřit. Pro náš výzkum jsou důležité následující kategorie.

- Znaky chování zaměřené na pohyb – řadíme sem znaky spojené s vyjádřením emocí nebo psychických stavů (např. mimika, pohyby očí a obočí, gestikulace a pohyb celého těla).
- Znaky verbálního chování – sledujeme intenzitu hlasu, intonaci, rychlost řeči a její plynulost, tematické přeskokování a dokončování vět, spisovnost a slovní zásobu.

Před zahájením rozhovorů se všichni zúčastnění sešli v místnosti, ve které budou rozhovory probíhat. Autorka diplomové práce se představila a respondentům předala informace o samotném výzkumu a zpracování získaných dat. Snažila se zodpovědět všechny

otázky, které respondenti pokládali. Respondentům byl ponechán čas na seznámení se blíže s jednotlivými okruhy a otázkami.

Respondenti byli informováni o možnosti neodpovídat, pokud by o některém tématu z nějakého důvodu nechtěli hovořit. Samozřejmostí byl informovaný souhlas účastníků o poskytnutí výzkumného rozhovoru. Respondentům byl také ponechán čas na rozhodnutí, zda dobrovolně souhlasí s účastí ve výzkumu. Nic už tedy nebránilo zahájení rozhovorů.

Z organizačních a časových důvodů se všichni účastníci domluvili, že rozhovory proběhnou v rozmezí dvou týdnů. Autorka práce se plně klientům a vedení léčebny přizpůsobila časově i termínově tak, aby nenarušila stanovený program a terapie. Již výše bylo zmíněno, že bylo plánování výzkumného šetření kvůli nemoci COVID-19 ztíženo. A právě z toho důvodu si nyní respondenti nemohli zvolit místo, kde bude rozhovor probíhat, jelikož měli omezené vycházky po areálu. Rozhovory tedy probíhaly pokaždé ve stejné místnosti daného oddělení. Přesto respondenti konstatovali, že se necítí nepříjemně nebo nepřírozeně, což bylo pro náš výzkum velice podstatné.

7.5 Struktura rozhovoru

Polostrukturovaný rozhovor je rozčleněn do šesti částí se čtyřmi okruhy otázek, kdy je první část úvodní, poslední část tvoří závěr rozhovoru. Okruhy jsou sestaveny tak, aby na sebe plynule navazovaly, ale zároveň nejsou striktně dané, abychom případně mohli pořadí upravovat dle potřeby.

Každý okruh otázek má pro získání potřebných dat pro výzkum svůj význam. Rozhovor byl veden spíše nedirektivním stylem. Respondenti se většinu času drželi posloupné linie. Tak byly sestaveny i okruhy. Pokud byl nějaký okruh přeskočen, tazatel se k němu později vrátil.

V úvodní části došlo k vzájemnému představení. Navázání důvěry s respondenty proběhlo bez komplikací. Po tzv. uvolňujících otázkách (aby opadla nervozita z rozhovoru), bylo plynule navázáno na první okruh zaměřený na rodinnou situaci a období počátku užívání návykové látky. Ve druhém okruhu se zabýváme již samotným užíváním návykové látky.

Třetí a čtvrtý okruh považujeme za nejdůležitější část rozhovoru pro získání potřebných dat k zodpovězení výzkumných otázek. Zaměřují se na duševní poruchy vzniklé v důsledku užívání návykových látek, motivaci respondentů k abstinenci a na léčbu závislosti. Tedy na intervence poskytované v léčebně. V poslední části rozhovoru, tedy závěru, se zabýváme životem po léčbě.

Okruhy a otázky polostrukturovaného rozhovoru

1. Úvodní část

- Představení.
- Seznámení s účelem rozhovoru.

2. Okruh 1 – rodinná situace a období počátku závislosti

- Jaké bylo vaše rodinné zázemí v dětství?
- Jaké jste měl/a vztahy v rodině?

3. Okruh 2 – užívání stimulačních návykových látek

- Kdy jste s užíváním návykové látky začal/a?
- Jak dlouho jste návykovou látku užíval/a?
- Můžete blíže popsat dobu a průběh užívání drog?

4. Okruh 3 – duševní porucha vzniklá v důsledku užívání stimulačních návykových látek

- Jaká duševní porucha se u vás objevila v důsledku užívání drog?
- Kdy se poprvé objevily potíže?
- Jak se tyhle stavy u vás projevovaly?

5. Okruh 4 – léčba závislosti a terapie

- Co vás vedlo k léčbě závislosti?
- Jak hodnotíte terapii v léčebně a co vám konkrétně v léčbě pomáhá?
- Máte nějakou motivaci k abstinenci?

6. Závěr

- Jaké jsou vaše plány po léčbě i do budoucna?
- Rozloučení.

Polostrukturovaný rozhovor obsahuje celkem 12 otázek. V průběhu rozhovoru jsme využívali doplňující otázky pro získání potřebných dat od respondentů.

7.6 Časová náročnost výzkumu

Již po schválení tématu vedoucím diplomové práce se autorka poohlížela po organizaci či zařízení, ve kterém by mohla výzkumné šetření uskutečnit. Nejvhodněji se z časového i organizačního hlediska jevila Psychiatrická léčebna Šternberk. Autorka kontaktovala zařízení, dodala potřebné dokumenty (žádost o realizaci výzkumu, informovaný souhlas, strukturu rozhovoru). Na schválení žádosti měla etická komise 30 dnů.

Po schválení následovalo seznámení s opatřeními léčebny související s pandemií nemoci COVID-19. Autorka práce se do týdne od prvního telefonátu sešla s primářem oddělení za účelem informativní schůzky. Představení výzkumu a výběr vzorku z řad klientů proběhlo do dvou týdnů. Jednotlivé rozhovory s respondenty daného oddělení poté probíhaly v horizontu zhruba dvou týdnů. Rozhovory s respondenty trvaly hodinu a půl až dvě hodiny včetně úvodní části i závěru.

7.7 Metoda zpracování dat

Pro zpracování dat byl zvolen audiozáznam. Účastníci výzkumu byli s nahráváním obeznámeni a všichni s formou audionahrávky souhlasili. Miovský (2006) ve své publikaci popisuje výhody audiozáznamu. Hovoří o soustředěnosti na respondenty, popř. psaní si poznámek, týkajících se pozorování určitých jevů. V případě naší diplomové práce se jedná o pozorování výrazných emocí a projevech chování respondentů během otázek jednotlivých okruhů. Během rozhovorů zaznamenávaných na nahrávací zařízení si tazatel u každého respondenta značil důležité poznatky získané pozorováním (jeho výraz tváře, gesta rukou, pohyby celého těla).

Zvukový záznam dle Miovského (2006, s. 197) „zachycuje veškeré kvality mluveného slova, tedy sílu hlasu, délku pomlk, různé doprovodné zvuky či řečové vady atd. Tyto kvality nám záznam metodou tužka-papír nenabídne. Záznam je zcela nestranný a je na něm vše tak, jak se odehrálo. Je autentický.“

Následně byly audiozáznamy převedeny do textové podoby. Hovoříme o tzv. transkripci, která má pro výzkum značný význam. Jde o časově náročnou a podrobnou činnost, při které dbáme na to, abychom neztratili cenná data. Při transkripci dochází k prvotní redukci získaných dat. Ztrácíme zachycenou kvalitu mluveného slova, sílu hlasu, délku pomlk a různé doprovodné zvuky. (Miovský, 2006)

Aby byla transkripce dat kvalitní a autorka práce nepřišla o některá cenná data, provedla kontrolu transkripce tak, že si záznamy rozhovoru opakovaně poslechla.

7.8 Analýza dat

Pro analýzu získaných dat jsme zvolili metodu vytváření trsů, která slouží dle Miovského (2006) k seskupení výroků do skupin neboli trsů na základě podobnosti. Daným procesem vzniknou obecnější kategorie. Řadí se do skupin, pro něž jsou charakteristické opakující se znaky a určité uspořádání. Příkladem společného znaku trsu může být tematická podobnost. To znamená, že ve výrocih daných osob vyhledáváme ty části, které se týkají jednoho daného tématu.

Pro výzkum v diplomové práci jsme se v rozhovorech zaměřovali na vyhledávání výroků a konkrétních částí, které se týkají určitého tématu. Získané informace jsme třídili z přepsaných rozhovorů a dále zařadili do skupin (trsů) podle okruhů.

Rozhovory jsou přepsány díky audiozáznamu doslovně. Části rozhovorů, které neobsahovaly informace potřebné k výzkumu nebo si respondenti nepřáli, abychom dané informace zveřejňovali, byly vynechány. Poznámky z pozorování (konkrétně výrazné emoční projevy, gesta, změna výšky hlasu, tempa řeči nebo pohyby těla) jsme u respondentů zaznamenávali k jednotlivým okruhům.

8 Zpracování výzkumných dat

8.1 Okruh 1 – Rodinná situace a období počátku závislosti

Respondent č. 1

„Jojo v rodině byly problémy. Já taky vnímám, že ta moje závislost je jako v důsledku tohohle toho problému. Že tam je to jádro. Vlastně jsem se narodil do úplné rodiny. Měl jsem ještě staršího bratra. Naši se záhy rozvedli. Si z toho pamatuju jenom takový útržky. Táta mlátil mámu i bráchu strašně bil. Táta mi dal facku a druhou chytám od stolu...jo, prostě nic pozitivního. Pak si máma našla partnera dvě. Ten mě jako nepřijmul jo, takže jsem tam byl vychovávaný jako na okraji té rodiny.

Respondent č. 2

„Asi do svých 8 let jsem žil s mámou i tátou. Pak táta umřel a žil jsem jen s mámou a mladší sestrou. Máma docela střídala partnery. Když mi bylo asi 13, tak si našla máma stálýho přítele. Já jsem nikdy neměl dobrý vztahy s těma jejíma chlapama. Otčím byl na mě přísnější než na ségru, neustále na mně hledal chyby, furt se mu něco nelíbilo. Hodně jsme se doma hádali. Občas jsem od něj dostal i facku. Začal jsem se toulat po večerech a tím to doma bylo ještě horší. Prostě mi chyběl táta a nepřijal jsem ani já nikoho jinýho a máma nebyla moc přísná, takže to tak taky vypadalo.“

Respondent č. 3

„Narodila jsem se do úplné rodiny, mám starší sestru a nevlastního bratra, otce i mámu. Vlastně nějaká závislost tam byla, co se týče alkoholu a hraní automatu, tak to bylo ze strany mého táty, ale to se jako projevovalo až v mém pozdějším věku. Potom okolo mých 15 let se moji rodiče začali rozvádět, takže potom už jsem byla jenom s mámou, kde byly takové nějaké neshody mezi náma.“

Respondent č. 4

„Jsem z malé vesnice u Brna. Jsem jediný syn mamky a tatky. Táta se s mámou, když mi byly 2 roky rozvedl. Takže mamka zůstala sama se mnou, ale jako měla všechno. Máma si našla dalšího chlapa, takže to byl otčím a ten mě vychovával. S ním potom měla moje

sourozence. Dětství takový normální celkem. Jako dobrej prospěch ve škole. Pak ještě v patnácti jsem šel na střední.“

Z rozhovorů vyplynulo, že měli v dětství všichni respondenti vztahové problémy v rodině. Všichni respondenti žili po rozvodu nebo úmrtí otce se svou matkou a byli vychováni nevlastním otcem.

Někteří sdělili, že jim chyběl otcovský vzor, na což si přišli v rámci léčby (konkrétně na skupinové nebo individuální psychoterapii). Respondenti č. 1 a 3 uvedli, že se už v jejich dětství v rodině vyskytovala závislost. A to na alkoholu nebo hraní na automatech.

Respondent č. 1 uvedl, že jádro jeho závislosti vidí v tom, že byly v jeho rodině problémy už od dětství. Cítil se nepřijat nevlastním otcem, a tudíž nehodnotí vztahy v rodině kladně. S názorem o nepřijetí nevlastním otcem se ztotožňuje i respondent č. 2.

„Já vnímám, že právě ta porušenost není díky těm drogám, ale díky té výchově, že ty drogy, ten pervitin, to jenom urychlil, anebo jako vytáh hodně na povrch nebo to umocnil.“

U respondentů č. 1 a č. 2 docházelo v rodině i k fyzickým trestům. Respondent č. 3 uvádí neshody s matkou a respondent č. 4 hodnotí průběh dětství jako normální. Všichni respondenti mají sourozence, buďto vlastní anebo nevlastní.

Respondenti byli velice vstřícní. Otevřeně mluvili o své rodině a problémech, které ve svém dětství vnímali. Až na jednoho respondenta všichni uvažují o nápravě rodinných vztahů a mají zájem se s příbuznými vidat. Jeden z respondentů uvedl, že vztah s matkou i sestrou neměl ani jako malý, a tak není nyní co napravit. Při rozhovoru nikdo nereagoval agresivně ani rozzlobeně. Respondenti své zážitky z dětství popisovali s klidem a vyrovnaností, ačkoliv úsměv na tváři neměl nikdo z nich.

8.2 Okruh 2 – Užívání stimulačních návykových látek

Respondent č. 1

„Po té revoluci jsem se k tomu dostal, to mi bylo asi 17 let. Když jsem si poprvé dal pervitin, tak jsem poznal, že to je moje droga.“

„Drogy jsem bral intravenózně a dlouhou dobu. Vlastně jen tím přerušním toho vězení. A to byly jako jen měsíce. Takže zhruba asi nějakých 27 let jsem bral drogy a alkohol pořád. Do určité doby jsem alkohol nebral ani jako drogu. Ted' to vidím jinak.“

„Jojo, pomalinku se to zase rozjíždělo, že si člověk uleví jednou a nejde do nějakého intenzivního doléčování a nechá to rozjet, tak je to recidiva. A u mě trvalá 4 roky s nějakýma přestávkama a pokusama o léčbu. Taky hospitalizace s pokusama o sebevraždu.“

„A už jsem na to neměl sílu, tak jsem si nakoupil alkohol za několik set korun tisíc, zavřel jsem se doma s tím, že už to skončím, že se upiju k smrti.“

Respondent č. 1 užíval drogy po dobu 27 let. Uvedl, že velkou část jeho života vedl nezdravým způsobem, a to užíváním drog, pácháním trestných činů a následně vykonáváním trestu odnětí svobody. V rozhovoru uvedl, že má zkušenosti s užíváním i jiných návykových látek jako je toulén a halucinogeny, ale jeho primární závislost je na pervitinu a alkoholu.

Respondent č. 2

„Pervitin jsem si poprvé dal někdy v těch 18 letech. Od toho kámoše, kterej mi dával tu trávu, tak on pak bral. Chtěl jsem to zkusit, jaký to je, ale bál jsem si píchnout, hodně dlouho jsem si to nechtěl píchnout. Pamatuju si to, jak jsem si to šňupl a bylo mi dobře, byl to dobrej nástřel. No pak asi za týden o další akci jsem si dal zas, líbilo se mi to, jakej pak su a měl jsem pocit, že to jsem konečně já, že vím, kdo jsem.“

„No tak bral jsem asi nějakých 21 let. Jako měl jsem občas takový to období, kdy jsem chvíli nebral a říkal si, že to prostě dám sám, že se nepotřebuju léčit. Od těch 20 let jsem v tom jel už dost no. Ono už to pak jelo samo, ta droga vás prostě dostane, měla nade mnou moc, ale to jsem nevěděl. Pak jsem měl už i problémy v práci, ale jako až za dlouho co jsem bral, takový šílený stavy, to už jsem si teda píchal pár let.“

Respondent č. 2 začal užívat návykové látky s kamarády, byl to pro něj únik od reality. V rozhovoru uvedl, že dlouhou dobu pracoval, ale později mu vydělané peníze nestačily. Začal krást a nelegálně si přivydělávat. Respondent byl při rozhovoru spíše veselý, častokrát se při popisu svých vzpomínek smál.

Respondent č. 3

„No a vlastně jednou jeden večer mi ukázal prostě pervitin s tím, jestli bych to chtěla zkusit nebo nechtěla. Tak jsem nad tím přemýšlela a vlastně jsem to zkusila. Poprvé to bylo vlastně jakože nosem. Neměla jsem z toho jako nějaké pocity nebo nájezdy, jak to, tak bývá. Já jsem vlastně z toho měla jenom to, že jsem nespala asi dva dny. No a potom o 14 dní později jsem si to dala znovu, a to už bylo nitrožilně. To už teda bylo něco jiného. Jakože ten stav.“

„Bylo mi asi 24 let, když jsem zkusila první užití drogy. Pak jsem zas po nějaké době užila a už jsem to zkoušela častěji a častěji. A od těch 25 let už jsem to brala víc, víc jsem experimentovala.“

„Co se týče drog, tak když vezmu čistě užívání, protože jsem měla nějaký pauzy, tak jsem brala zhruba asi 7 let. Ted' poslední 3 roky jsem byla zavřená ve vězení a po vězení jsem byla měsíc a půl venku. Takže od svých 25 let, když jsem to začala brát spíš tak jako intenzivněji, tak se mi začalo všechno hroutit. Tak nějak i po psychické stránce a rodinné stránce.“

Respondent č. 3 byl v rozhovoru na téma užívání vcelku stručný. V průběhu si často mnul ruce a poklepával nohou. Na otázku, zda mu je nepříjemné odpovídat, řekl „ne“. Uvedl, že se nyní spíše soustředí na budoucnost a když hovoří o své drogové minulosti, tak už to citově moc neprožívá a sděluje jen stručnou kostru příběhu.

Respondent č. 4

„Ale v 18 jsem si to poprvé zkusil šňupnout. Tak jsem to zkusil, poprvé to nikdy nestačí, takže jsem to zkusil znova, třeba po nějakém delším období v rámci měsíce jo. Pak znova, pak znova, pak už mi to začalo jakoby něco dávat. Ze začátku to, co jsem aji chtěl. Najednou jsem byl hrozně komunikativní, zábrany byly pryč a já jsem najednou byl akční. To, co jsem chtěl. Líbil se mi ten efekt ze začátku, protože já jsem něco takovýho potřeboval.“

„No bral jsem asi nějakých 13 let. Hned od těch 18 let, ale třeba ve 20 tam byl takovej vrchol, kdy mi to fakt dávalo. Dneska je mi 31 let. Já jsem prostě věděl, co chci, měl jsem tu fantazii. Dokázal jsem si představit spoustu věcí, jak fungujou. Taky jak chci žít a co chci.“

„Jenomže jak jsem usnul, tak to člověk tolik neprožívá. Musel jsem se z toho pár dní vyspat, protože mi bylo zle. Jak jsem byl slabý a bylo mi špatně a neměl jsem tu náladu na nic, tak zase jsem se k tomu vrátil, zase jsem to chtěl, ta droga hnedka funguje. Závislost jako fyzická ne, ale psychická totálně.“

Respondent č. 4 užíval návykové látky, protože mu přinášely právě to, co chtěl. Byl více komunikativní, akční a cítil, že jeho mysl funguje lépe. V léčebně je třetím týdnem. O užívání drog a důvodech, proč se rozhodl přestat brát, hovořil plynule a jasně. Respondent chce mít vřelé vztahy v rodině a uvědomuje si, že jeho užívání ovlivňuje soužití všech členů v dané domácnosti.

V rozhovoru respondenti popsali, jak se k užívání pervitinu dostali. Jejich první zkušenost s drogou bylo kouření marihuany a užívání alkoholu. Všichni se k pervitinu dostali přes své kamarády a sehnání drogy pro ně nebyl moc velký problém. Někteří se nevyhýbali ani trestné činnosti, aby si drogu opatřili.

Z rozhovorů vyplynulo, že jim droga z počátku přinášela něco „dobrého“. Dávala respondentům to, co chtěli a potřebovali. Někoho droga uklidňovala, jinému pomohla s vyjadřováním a pocitem, že ví, kdo je a kam patří. Později si všichni uvědomovali, že jim pervitin už nic nedává, ale spíše bere. V důsledku užívání se u všech respondentů časem objevily psychické potíže, o kterých se zmíníme v následujícím okruhu.

Respondenti detailně vylíčili svoji drogovou závislost a průběh užívání pervitinu. Ačkoliv každý vedl svůj život odlišným způsobem, tak se vyznačují určité postoje a informace respondentů podobností.

Respondent č. 1 sdělil, že byl několikrát ve vězení. Většinou za trestné činy, které udělal pod vlivem alkoholu. Když bral pervitin, tak své útoky plánoval a dokázal se soustředit. Jeho drogová závislost měla dlouhé trvání. Několikrát absolvoval léčbu, ale k užívání pervitinu se vždy vrátil. Pod vlivem drog se také pokusil opakovaně o sebevraždu.

„Abstinoval jsem asi dva měsíce a pak jsem se napil a všechno jsem pokazil. No prostě šlo to všechno do kopru hned jako během chvilky. A už jsem na to neměl sílu, tak jsem

si nakoupil alkohol za několik set korun tisíc, zavřel jsem se doma s tím, že už to skončím, že se upiju k smrti.“

V léčebně si uvědomil, že má chuť ještě žít. Sdělil, že se teď cítí dobře a zmizely mu deprese i úzkosti. Ke všemu dodal, že se abstinence ještě trochu bojí. Respondent byl při rozhovoru velice klidný. Občas působil smutně, když hovořil o pokusech o sebevraždu.

Ačkoliv má respondent č. 3 poměrně krátkou drogovou minulost, tak během ní se potýkal nejen s užíváním drogy, ale také s její distribucí, za kterou dostal trest odnětí svobody. I zde se v rozhovoru objevily neúspěšné pokusy o abstinenci. Respondent nejvíce času hovořil o budoucnosti a svých dětech. Drogovou závislost bere jako svoji minulost, kterou nezmění, ale soustředí se nyní na urovnání vztahů a abstinenci.

„Protože jsem si uvědomila, co všechno jsem ztratila a nechci do toho spadnout znovu. A taky vím, co všechno ztratit ještě můžu. Nechci už se k tomu vracet.“

Respondent č. 2 v rozhovoru uvedl, že si vzpomíná na své první užití pervitinu. Popsal to slovy „byl to dobřej nástřel“. Líbilo se mu, jak se po užití drogy cítí, že někam patří a ví, kdo je. Poté respondent popisoval, co pod vlivem drog dělal. Obstarával si peníze na drogy krádežemi a některé vzpomínky mu přišly až úsměvné. Cítil, že má nad ním droga obrovskou moc.

„To jsou takový ty blbý myšlenky, kdy si člověk myslí, jak to zvládne sám (smích). Člověk si myslí, že může přestat, že má tu kontrolu, ale to je lež. Nemá, prostě tě má v moci a drží tě, ovládá tě.“

I z rozhovoru s respondentem č. 4 vyplynulo, že se mu v průběhu užívání pervitinu změnila osobnost. Z počátku cítil, že se může lépe vyjadřovat a ví, co chce.

Všichni respondenti se několikrát pokusili přestat brát, ať už svépomocí nebo absolvováním léčby. Až na respondenta č. 4 se všichni během užívání drog dopouštěli trestných činů. Nejčastěji šlo o krádeže nebo distribuci drog. Uvedli, že se pro léčbu rozhodli sami. Respondenti se v průběhu rozhovoru neprojevovali extrémně neobvyklými pohyby, mimikou nebo změnou hlasu. Občas autorka zpozorovala skleslost nebo smích. Gesta byla adekvátní vzhledem ke sdělování životního příběhu respondentů.

8.3 Okruh 3 – Duševní porucha vzniklá v důsledku užívání stimulačních návykových látek

Respondent č. 1

„U mě ty úzkostný a depresivní stavy. Jako i paranoidní a psychózy.“

„Ten prožitek, ta změna toho vnímání nebyla nepříjemná, naopak. Já vnímám, že u těch stimulantů je toho 90 % to, že to nedělá samotná ta látka, ale až ty důsledky. A to, že nespí člověk. Je to z té nevyspalosti. Já, když teď dva dny nebudu spát, tak budu mít taky ty paranoidní stavy, jo.“

„Třeba já jsem slyšel lidi, jak se o mně baví a říkají: jo to je ten zloděj. Ale nikdo tam nebyl. Měl jsem pocit, že mě lidi pořád sledují, protože jsem měl v nepořádku tyhle věci.“

„Já jsem měl nějaký zbraně u sebe, který jsem si vyrobil. Od nože až po nějaký tyče ovázaný provazy. Hodně krát jsem to i udělal, že jsem jako lidi napadl, na bytě třeba, když jsme byli tam, kde se braly drogy a už jsem měl psychózy. Myslel jsem si, že se o mně baví, tak jsem někoho zmlátil. Takže jsem to udělal už v důsledku toho.“

U respondenta č. 1 se v důsledku užívání objevily paranoidní stavy i toxické psychózy. Uvedl, že i jeho bratr měl duševní poruchu, a to schizofrenii, která se vyvinula v důsledku závislosti na alkoholu. Také matka trpí alkoholovou demencí. Respondent popisoval, že nepříjemný psychický stav se neprojevoval po užití samotné drogy, ale až jako důsledek nespavosti a vyčerpání organismu.

Během vyprávění o psychických stavech a činech, které udělal, se jeho výška a rychlost hlasu poměrně změnila. Respondent sdělil, že mu není nepříjemné o tématu hovořit, ale na své chování není vůbec pyšný. Popisoval se jako explodující typ člověka a ve stavech, kdy měl psychózy, tak nejdnou někoho fyzicky napadl.

Respondent se ve vězení vzdělával v oblasti duchovna a filozofie. Své psychózy si tak vysvětloval v tomhle směru. V rozhovoru uvedl, že se setkával s démony.

„Pro mě ty psychózy měly jiný rozměr, jako duchovní, že jsem se tam setkával s démonama. To, co se těžko v reálném světě jako přijímá. Otázka je, jestli to byly opravdu

psychózy. *Do dneška jsem jako na vážkách, anebo jestli to byl pohled nějakého duchovního světa.*“

Respondent č. 2

„Několikrát jsem byl úplně vyřízenej. V práci jsem byl agresivní, měl jsem pocit, že mě tam všichni pomlouvaj. Když jsem kolem někoho šel, tak jsem jako úplně slyšel, že se o mně bavíjou. Bylo to prostě šílený.“

„Když máte pocit, že vás někdo pronásleduje celou cestu z akce dom a jako vidíte ty stíny. Byly tam i sluchový halucinace, tak prostě jo, jako ublížíte někomu.“

„Jo, nebo když jsem měl ty stíhy, tak jsem se schovával na záchodě. Člověk si furt hlídá záda, furt se ohlíží přes rameno, prostě ten pocit, že ho dostanou. Pak si jako říkám, co to zas bylo, ale prostě ten mozek, ta mysl jo, to už fakt nevíte“

I respondent č. 2 v rozhovoru popisoval své zkušenosti s toxickými psychózami. Objevovaly se už v době, kdy pracoval, což bylo pro něj ještě náročnější. Sám respondent uvedl, že mezi lidmi užívajícími návykové látky jsou tyto psychické stavy normální.

Uvedl, že měl pocity, jako by ho někdo pronásledoval a pomlouval. Viděl a slyšel věci, které nebyly skutečné. Stejně jako respondent č. 1 uvedl, že ve stavech, kdy měl psychózu, byl schopný někomu fyzicky ublížit.

Respondent byl po většinu rozhovoru spíše veselý. Ale když hovořil o „stíhách“, jak je pojmenovával, byl velice vážný. Během rozhovoru si sedl na zem a schoulil se do klubíčka. Aby předvedl své chování, když mu bylo opravdu zle.

Respondent č. 3

„Když jsem to začala brát spíš tak jako intenzivněji, tak se mi začalo všechno hroutit. Tak nějak i po psychické stránce a rodinné stránce.“

„Začla jsem mít depresivní stavy, cítila jsem furt úzkosti. Neměla jsme žádný psychózy nebo tak, ale prostě mi bylo zle. Měla jsem špatný vztahy s mámou, ale i co se týká dětí.“

„Nebyly to příjemný stavy a jsem ráda, že teď jsem v pohodě.“

U respondenta č. 3 se vlivem užívání nedostavovaly psychózy, ale depresivní a úzkostné stavy. Respondent poskytl opravdu jen základní informace o stavech, které prožíval.

Blíže se vyjadřovat nechtěl. Odmítání hovořit blíže o tématu bylo znát i po stránce mimiky, pohybu těla a hlasu. Respondent najednou hovořil tišším hlasem, kroutil hlavou a na stvrzení odmítnutí si poposedl na židli.

Respondent č. 4

„No a kolem 24 nebo 5 let začalo teda horší období. Tam už to začalo se mnou být fakt zlý. Už mě to v tý hlavě začalo dělat velkej bordel. Měl jsem nějaké schizofrenní, psychózní stavy.“

„Já jsem vidíval stíny. Byly reálné, nebyl to jako hlas v mé hlavě, ale prostě jsem měl různé vjemy, které tam nejsou vidět ani slyšet. Už jsem byl ze všeho rozhozený, mně se tady v té době strašně moc změnila osobnost, nějaká identita. Myslím si, že jsem byl prostě posedlý.“

To už jsem si to píchal a dal jsem si moc, tak jsem tři dny prostě někde byl. To mi začaly takový těžký stavy, strašně proměnlivá osobnost, úplně jiné vnímání a chování. Celou noc jsem seděl v autě a měl jsem úplně...no samomluvu, že jsem si něco povídal, byli jsme tam dva nebo tři.“

Respondent č. 4 uvedl, že se u něj v důsledku užívání pervitinu projevovaly psychózy až schizofrenní stavy. V rozhovoru uvedl, že se nikdy nechoval agresivně a nekradl, ale ve stavech psychózy slyšel a viděl stejně jako ostatní věci, které neexistovaly.

Dostavovaly se opačné účinky drogy, najednou neměl kontrolu nad sebou a svým chováním. Bylo mu lépe bez drogy než s drogou. Ale i přesto nedokázal přestat brát. Pociťoval, že je šťastný, když není pod vlivem pervitinu.

Respondent č. 4 sdělil, že seděl v autě a měl pocit, že tam jsou dva nebo tři lidé. Tenhle stav přirovnal k vypouštění duše od kola. Cítil se jako pozorovatel. Jako by se mu něco nastěhovalo do jeho hlavy.

„V poslední době to přirovnávám k tomu, že jsem si vlastně vypustil duši. Jak jsem si píchl, tak jsem propíchnul plášť, vypustil duši jak na kole. No a pod tlakem tam vlítlo něco, nahustilo se tam něco jiného, a tak to беру dodnes. Takže prostě ta přivtělená bytost, bylo to divné, hodně divné.“

U všech respondentů se objevily psychické poruchy. Téměř všichni v rozhovorech uvedli, že za vznik psychóz, depresí nebo úzkostí mohlo samotné užívání drog. Až na respondenta č. 1.

Respondenti, kteří měli toxickou psychózu, se shodovali v tom, že vidí a slyší vjemy (stíny a věci), které se ve skutečnosti neodehrávají. Taktéž poznamenali, že bylo těžké až nemožné v tom stavu rozlišit, co je skutečné a co je pouze v jejich hlavě.

Respondenti č. 1 a 2 bývali i ozbrojeni. Popisovali, že pocit pronásledování byl tak silný, že se necítili bezpečně. Nejednou se stalo, že někoho fyzicky napadli. Zároveň měl respondent č. 1 tendence páchat sebevraždy. Má za sebou již několik (naštěstí) neúspěšných pokusů.

8.4 Okruh 4 – Léčba závislosti a terapie

Respondent č. 1

„Jojo, teď jsem udělal nedávno takovou nějakou chybu a dovolil jsem, vlastně otevřel jsem ji na terapii a dostal jsem zpětné vazby, který nebyly milý. Dotýkaly se nějakého mého, něčeho starého ve mně. Takže jsem si na tom uvědomil, jak ještě ten starý člověk, to starý jednání, to starý já má ještě sílu a taky jsem si uvědomil, že jsem někde na rozhraní toho, že se to teď odděluje. Takže jo, pro mě smysl mají.“

Respondent č. 1 hodnotí kladně skupinové terapie v léčbě. Uvědomuje si sílu svého starého „já“ a snaží se, aby se držel cesty, která vede ke zdravému životu bez drog. Na terapii si otevřel své téma a dostalo se mu zpětné vazby, která nebyla vždy pozitivní.

„Jojo. Cítím, že mi to fakt něco dává. Snad mi pomůžou, abych nepil a nic nebral, i když je to těžký.“

Přehodnocuje své uvažování, dokonce přestal v léčbě kouřit cigarety, protože si řekl, že to pro něj není výhodné. I přes dlouhé roky užívání je odhodlaný přestat brát drogy a sledává, že terapie mu v tom pomáhají.

„Pracovky, jako ta pracovní terapie. Člověk se u toho taky tak uvolní. Já jako moc nemám nějaký talent na kreslení nebo tak, ale to je tady stejně jedno, takže tak jo. Jako, když si to tak vezmu, tak všechny terapie tady mají nějaký smysl.“

Z množství terapií, které v léčebně mají, jsou pro respondenta nápomocné i pracovní terapie. V rozhovoru uvedl, že se u nich uvolní, i když se nepovažuje za výtvarně nadaného.

Respondent č. 2

„Já su fakt rád, že jsem sem došel. Vidím teď všechno úplně jinak. Co všechno jsem dělal. Máme tady ty skupiny, ty mi jako pomáhají. Teď minulej týden jsem otevřel jedno svoje téma a jako nečekal jsem, že to bude takovej zážitek.“

„Já mám spíš radši ty skupinovky, jo. Člověk má o čem hodně přemýšlet, já jsem si tady hodně věcí uvědomil. Je dobrý taky slyšet ty příběhy od druhých, vždycky to pak probíráme a tak.“

Respondent č. 2 shledává skupinovou terapii za přínosnou. Pomáhá mu i to, že může v rámci skupiny slyšet příběhy ostatních přítomných a tím získává pocit, že není na závislost sám. Otevřít své téma na skupině byl pro něj silný moment a vážil si zpětných vazeb.

„Když prostě člověk bere tolik let, tak už ho to začne ničit, nic mi to už nedává. Vím, že je to moje smrt, fakt stačí jako málo.“ Uvědomuje si, že užívání drog mu nepřináší nic dobrého, ale naopak.

„To asi není terapie, ale já jsem tady rád za ten režim jo. Ten harmonogram. No a jinak asi nee...teda vlastně ještě sport.“

Respondent má kladný vztah ke sportu. Už jako malý hrával fotbal, ale po úmrtí otce s tím skončil. V léčebně svůj zájem o sport znovu objevil. Chodí pravidelně běhat. Se smíchem popsal, jak ho běh baví a vyčistí si u něj hlavu.

Samotný režim v léčebně je pro respondenta také přínosný. Vyhovuje mu řád a harmonogram dne, kdy má všechno naplánované. Režim v léčebně je něco, co právě teď potřebuje.

Respondent č. 3

„Šla jsem sem s tím, že mi ta léčba už víceméně nemůže nic dát, ale dala. Máme tady pravidelně skupinový sezení, ale můžeme jít i na individuální. Takže jo, terapie mi pomáhají.“

Respondent č. 3 označuje za nápomocné skupinové i individuální terapie. Jeho léčba je téměř u konce. Ačkoliv si z počátku myslel, že mu léčba nic nového nepřinese, tak po stráveném času v léčebně zhodnotil, že mu léčba přinesla další pozitivní věci.

„Už když jsem byla ve vězení, tak jsem měla spoustu těch aktivit, co se psychologů týče. Postupem času v léčebně jsem na sobě začala ještě víc pracovat, zjišťovat o sobě různé věci a můžu říct, že ty tři měsíce mi tady hodně pomohly, jsem za to ráda.“

Respondent nastoupil do léčebny měsíc a půl po propuštění z vězení. Drogy nebere od výkonu trestu, abstinuje už přes tři roky. Po propuštění se setkal s člověkem, který mu pervitin nabídl a dokázal odmítnout. Respondenta tahle zkušenost o to více motivovala, že nepodlehł droze hned během prvních dní po propuštění.

„Vždycky jsem byla zakřiknutá a málo mluvná. Když mi něco vadilo, tak jsem nebyla tak průbojná a nedokázala jsem se ani vyjadřovat. Tady jsem se na skupinách naučila vyjadřovat. Ve skupinách jsem se naučila říkat to, co mám na jazyku, i když se to druhým líbí nebo nelíbí a díky tomu jsem se naučila více komunikovat a více otevírat.“

Respondent č. 3 na sobě určité změny zpozoroval. Skupinové terapie mu napomohly ke zvýšení svého sebevědomí v ohledu vyjadřování a průbojnosti. Za změnu je velice rád, protože cítí, že ho daleko více posunula směrem vpřed.

Respondent č. 4

„Jsem tady teprve něco přes týden na tomhle oddělení. Jeden týden jsem byl na izolaci. Semka jsem už dorazil komplet čistý. Měsíc jsem to nebral, vysadil jsem i trávu, na kterou jsem mimochodem zvyklej celých deset 10 let.“

Respondent č. 4 je v léčebně nejkratší dobu, ale zkušenosti s terapiemi již získal a hodnotil je pozitivně.

„Nějaké ano. Psychoterapie, ta skupinová je zajímavá. Ta psychoterapeutická skupina je fakt dobrá. Někdy mám možnost k tomu něco říct, nějaký názor už jsem tady změnil nebo

jako pohled na věc. Děje se tady fakt spousta pozitivních věcí. To je pro mě pozitivní, že si tady vyčistím hlavu a tělo.“

Pro respondenta č. 4 je zajímavá a přínosná skupinová terapie. Přestože neměl ještě možnost přijít na terapii se svým tématem, tak hodnotí kladně to, že se může vyjadřovat ke sdělení ostatních. V průběhu léčby již nějaké své názory a postoje změnil a přehodnotil. Měl prostor si vyčistit hlavu.

„Učím se pravidelně nějaký aktivity, uklízím a mám tady harmonogram. Já jsem stejně za to všechno rád. Věřím, že všechno zlé je k něčemu dobré.“ Respondent v rozhovoru uvedl, že i pravidelný režim a harmonogram mu prospívají. Znovu se učí pravidelnosti v aktivitách během dne.

„Jo, chtěl bych to tady mít jak jednorázovku. Nechci být ten opakovací pacient. Já tady ten problém chci vyřešit.“

Pro respondenta je tohle první léčba. Jeho cílem je, aby se tady jeho závislost vyřešila. Nechce se k drogám vrátit a podstupovat další léčby. Zároveň si uvědomuje, že je to těžké a sám si již v minulosti několikrát řekl, že přestane. Vždy začal drogy ale opět užívat. V rozhovoru uvedl, že tři měsíce jsou bod zlomu. Nyní se cítí, že je jeho závislost vyřešena, ale ví, že je to jen iluze.

„Tady mám všechno, co potřebuji a věřím tomu, že tady tu závislost překonám.“

Během rozhovoru jsme od respondentů zjišťovali, jaké terapie jim v léčbě přinášejí něco pozitivního a napomáhají v léčbě závislosti. Respondenti se jednoznačně shodli, že je užitečná skupinová psychoterapie. Někteří absolvují léčbu opakovaně, ale i přesto ji hodnotí kladně.

Respondenti v rozhovoru uvedli i další terapii, která má na ně pozitivní vliv. Tou je pracovní terapie. Během pracovní činnosti se můžou uvolnit a zapojit svoji kreativitu. Kladné ohlasy měly i sportovní aktivity a pravidelný režim v léčbě.

Respondenti byli nejvíce uvolnění u rozhovoru zaměřeného na poslední okruh. O léčbě a terapiích všichni hovořili kladně a s velkou nadějí. Jsou rozhodnuti abstinovat a zvládnout překážky, které by je po léčbě mohly potkat.

Respondenti v rozhovoru sdělovali také svoji motivaci k abstinenci a plány po odchodu z léčebny.

Respondent č. 1

„Já se dívám do budoucna, nevracím se zpět. Noo...na doléčovák půjdu. Tam si chci našetřit prachy a pronajmout byt. Já mám problém s vytrvalostí tadyhle v těch věcech, ne že bych si to neuměl zařídit, ale vydržet v tom. Ted' na tom pracuji tady, na uvědomění tady toho. Taky beru antidepressiva, nějaký antipsychotika. Asi to bude už doživotní práškování no, ale lepší než teda brání drog.“

„Máma trpí alkoholickou demenci. V přístupu k ní mi brání sestra. Se sestrou mám špatný vztah a brácha umřel v důsledku vlastně alkoholismu. Takže ten umřel loni a táta mi taky loni umřel. Takže ta ségra a máma, ale s nimi kontakt neudržuji. Já s něma nemám žádný vztah už od dětství, takže nevím, k čemu by to bylo. Takže není na co navázat.“

Respondent č. 1 v rozhovoru uvedl, že půjde po dokončení léčby do doléčovacího zařízení. Chce si našetřit peníze, aby si mohl pronajmout byt. Nadále plánuje pokračovat v abstinenci a vytrvat. Nyní bere antidepressiva a antipsychotika. Léky mu v běžném životě nevadí a bere na vědomí i možnost, že je bude užívat dlouhodobě. Rodinné vztahy neudrzuje, otec a bratr zamřeli. S matkou a sestrou není v kontaktu a bližší vztah s nimi nemá.

Respondent č. 2

„Jako chtěl bych si urovnat ty vztahy s matkou a ségrama, protože mě to ted' mrzí, že jsme se nebavili, a že mezi náma prostě ten vztah není takovej. Mojí motivací je to, že už prostě brát nechci a chci žít normální život. Chci si najít pak normální holku. Žádnou, co bere, prostě se od těch lidí odstříhnout. Pak práci, jo. Taky mám nějaký dluhy, takže to chci zaplatit.“

Pro respondenta č. 2 je důležité napravit rodinné vztahy, najít si práci a splatit své dosavadní dluhy. Chtěl by si najít přítelkyni, která nebude mít drogovou minulost. Po dokončení léčby se bude stěhovat s kamarádem do bytu k jeho přátelům. Bude nadále pokračovat v abstinenci a snažit se mít vše pod kontrolou.

„Noo...a pak jako opakovačky tady. že jo, abych byl prostě v pohodě. Mají to tady na 5 dní. Já už chci abstinovat, chci mít zas tu kontrolu nad vším.“

Respondent č. 3

„Když někoho ze své minulosti potkám, tak maximálně jenom pozdravím, ale jinak přecházím na druhou stranu. Nechci už se k tomu vracet. A to je taky důvod, proč jsem přerušila všechny kontakty. Těch 7 let, co jsem si to takhle zbabrala a nasekala všeho toho, tak bych měla úplně jiný život a na tom životě chci teď pracovat.“

„Než jsem šla do léčebny, tak jsem si našla přítele, ke kterému jsem se i nastěhovala. Máme spolu spoustu plánů až budu venku. Spoustu věcí už mám naplánovaný, vyřízené a všechno se uvidí, až skončím léčbu a budu venku. Ale moc dobře si uvědomuju, že jedno uklouznutí je jeden velký krok zpátky. Mojí největší motivací jsou děti a časem bych chtěla urovnat vztah s matkou, aby jsme si spolu sedly a promluvily si ovšem. Aby ona pochopila mě a já ji.“

Respondent č. 3 má velkou podporu od svého nového přítele. Jako jediný z účastníků má děti, a ty jsou pro něj největší motivací pro abstinenci. Také se chce pokusit o nápravu vztahu s matkou. Zároveň si uvědomuje, že je kvůli podmíněčnému propuštění z vězení pod velkým dohledem a cítí se tak ještě pod větším tlakem. Respondent je rozhodnutý pokračovat v abstinenci a snažit se být dobrým rodičem.

Respondent č. 4

„Cíl je určitě abych vyřešil tuhleto závislost, protože jsem byl teď v takovém kolotoči, že co týden jsem bral a nemohl jsem se z toho vymotat. Další cíl je hlavně pracovat a opravit nějaké křivdy. Mám nějaký pošramocené vztahy, a to se dá napravit a já to chci napravit. A hlavně to, co musím napravit, jsou finanční závazky, které mám.“

Můj plán je takový, dostat se odsud s čistou hlavou, mít nějakou sebedůvěru. A když by nastal ten den a ta chvíle, tak si vzpomenout a umět to překonat, abych si nic nedal. A začít všechno napravovat.“

Respondent č. 4 chce po léčbě napravit vztahové problémy a finanční závazky. Často si půjčoval od přátel a rodiny. Ačkoliv měl v úmyslu peníze vrátit, tak tomu tak nebylo. Je odhodlaný léčbu dokončit a po léčbě pokračovat v abstinenci. Je pro něj důležité, aby dokázal odmítnout drogu až přijde ten den.

9 Výsledky a diskuse

Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit, jaké intervence jsou pro klienty Psychiatrické léčebny Šternberk přínosné a zároveň jaké terapie jim napomáhají k následné abstinenci. Podstatné pro náš výzkum bylo popsat vlastní zkušenosti respondentů s užíváním stimulačních návykových látek a jejich subjektivní pocity, které měli na terapiích.

Psychiatrická léčebna Šternberk svým klientům nabízí poměrně široké spektrum intervencí. V teoretické části jsme se ale věnovali i těm, které v dané léčebně v léčebném programu zařazeny nejsou. Autorka považovala za důležité čtenářům představit více intervencí, kterých je možné při léčbě závislostí využít.

Do výzkumu byli zapojeni jak klienti léčebny, co léčbu absolvovali po několikáté, tak klienti, kteří se léčí poprvé. Podstatné je, že se všichni shodli na tom, že drogy už brát nechtějí. Chtějí abstinovat a splnit své cíle po dokončení léčby. V léčebně se velmi dbá na motivaci klientů při léčbě závislosti, jelikož bez motivace je dokončení léčby a následného abstinování o mnoho těžší. Existuje velká pravděpodobnost, že u klienta nastane recidiva, tedy opětovné užití drogy.

Klienti léčebny, kteří se výzkumu účastnili, nám poskytli potřebná data, pro vyhodnocení hlavního cíle. Dle získaných dat od respondentů můžeme říci, jaké intervence jim v rámci Psychiatrické léčebny Šternberk, pomáhají v léčbě a následné abstinenci. Všichni se shodli na tom, že je pro ně v léčbě závislosti nejvíce přínosná a nápomocná skupinová psychoterapie. Účastníci výzkumu pozitivně hodnotí i další intervence. Někomu pomáhá režim v léčebně. Abstinents potřebuje svůj řád a harmonogram dne. Za přínosné jsou považovány i pracovní a pohybové terapie. Můžeme tedy shrnout, že klientům v léčbě drogové závislosti napomáhají právě zmíněné intervence, které jsou v léčebně poskytovány.

V diplomové práci jsme stanovili i dílčí cíl, jelikož bylo výzkumné šetření zaměřeno na problémové uživatele stimulačních návykových látek. V naší diplomové práci problémovým uživatelem rozumíme osobu, která užívá dlouhodobě stimulační návykovou látku a v důsledku užívání se u ní projevila duševní porucha (např. deprese). Dílčím cílem tedy bylo zjistit, jaké se u klientů vyskytly v důsledku užívání stimulačních návykových látek psychické poruchy.

V rámci výzkumu jsme získali potřebné informace pro vyhodnocení dílčího cíle. Ze získaných dat od respondentů je patrné, že se u nich v důsledku užívání projevily toxické psychózy, deprese a úzkosti. Toxická psychóza se objevila u třech respondentů. V rozhovoru sdělili, že u nich nastala až po užití látky nebo také jako důsledek vyčerpání organismu související s nedostatkem spánku. Všichni se shodli na tom, že viděli a slyšeli věci, které nebyly skutečné. Bylo pro ně těžké rozpoznat, co je smyšlené a co opravdové. Dále se u klientů vyskytovaly deprese a úzkosti. Jeden z klientů sdělil, že u něj deprese přetrvává stále. Užívá však antidepresiva, která mu pomáhají. U dalšího respondenta deprese a úzkosti ustaly po vysazení drogy.

Výsledky výzkumného šetření v rámci kvalitativního výzkumu jsou pro nás uspokojivé právě v tom, že se nám podařilo zjistit, jaké intervence respondentům napomáhají. Uspokojivé jsou i na základě toho, že došlo ve většině případech u respondentů ke shodě, jaká terapie jim skutečně pomáhá a přináší pozitivní pocity. Z toho důvodu jsme vyhledali další výzkumy, které se zabývají intervencemi u drogové závislosti, abychom mohli zmínit jejich výsledky a popřípadě je propojit.

Mgr. Vendula Jiskrová se ve své diplomové práci věnovala terapeuticko-intervenčním programům u osob závislých na pervitinu. Výzkum je zaměřen na zdravotnické a sociální zařízení, které léčbu uživatelům závislým na pervitinu poskytují. Do výzkumu se zapojilo 20 respondentů. Z toho se léčilo 10 respondentů ve zdravotnickém zařízení a 10 respondentů v sociálním zařízení. Z výzkumu vyplývá, že mají individuální a skupinové psychoterapie v daných zařízeních největší uplatnění. (Jiskrová, 2015)

Ve své bakalářské práci Bc. Anna Jarmarová podotýká, že je důležité v léčbě drogové závislosti, klást důraz právě na psychoterapii, která klientům může pomoci při vylnutí jakéhokoli traumatu, nejen z dětství. Bakalářská práce je zaměřena na metamfetaminové toxické psychózy. (Jarmarová, 2018)

Poslední bakalářská práce, kterou zmíníme, je zaměřena na účinnost pracovní terapie u osob drogově závislých. Autorka Bc. Aneta Koželuhová pomocí polostrukturovaného rozhovoru zjišťovala, zda byla pracovní terapie nápomocna při léčbě i abstinenci. Vyhodnotila, že je pracovní terapie pro klienty přínosem a pomohla jim k návratu do pracovního procesu. (Koželuhová, 2019)

Výzkumníci došli k závěru, že psychoterapie ať už individuální, tak skupinová, jsou společně s pracovní terapií považovány za přínosné v léčbě závislostí. Naše výsledky se shodují. Respondenti považují psychoterapii za účinný nástroj v léčbě své závislosti. Primárně upřednostňují skupinovou psychoterapii. Klienti hodnotí kladně i pracovní terapii. Napomáhá jim k návratu do pracovního režimu. Navíc se u ní mohou příjemně uvolnit. V našem výzkumu vyšly navíc velmi pozitivně i sportovní aktivity a režimová léčba.

10 Závěr a vyhodnocení výzkumných otázek

V následující kapitole se naše pozornost upře na výzkumné otázky, které jsme dle definovaného hlavního cíle stanovili. Následně si na ně budeme odpovídat.

1) Jaké intervence v léčbě respondentům napomáhají v léčbě závislosti?

Z výzkumných dat se nám podařilo získat odpověď na otázku, jaké intervence v léčbě respondentům napomáhají. Jednoznačnou shodou byla pro respondenty skupinová psychoterapie.

Respondenti si na skupinové psychoterapii ujasňují své myšlenky, mohou před skupinou otevřít svá témata a problémy, se kterými se potýkají v rámci léčby. Díky psychoterapii respondenti přehodnocují své postoje k užívání návykové látky, řeší svá traumata z minulosti a definují své plány do budoucnosti.

Respondenti č. 2 a 4 uvedli, že jim pomáhá poslouchat účastníky skupiny vyprávět svůj příběh. Dává jim to pocit, že v tom nejsou sami, mohou se svobodně vyjádřit a poskytnout tak i jiný pohled na věc dané osobě. Nebo naopak jim samotný příběh napomáhá přehodnotit svoje priority.

Respondent č. 3 sdělil, že se díky skupinové psychoterapii naučil lépe vyjadřovat. Dříve měl problém sdělovat svůj názor a prosazovat se.

Pozitivně shledáváme i to, že respondenti, kteří léčbu absolvovali již po několikáté, stále o psychoterapii hovoří v kladném smyslu. I nyní jim byla psychoterapie užitečná a utvrdili se v některých věcech, na které si přišli právě během konkrétní léčby. Respondent č. 3 měl hodně individuálních terapií ve vězení a z počátku si myslel, že mu už léčba nic nového dát nemůže. Postupně na sobě v léčbě začal ještě více pracovat a konstatoval, že tři měsíce v léčbě mu hodně pomohly.

U některých respondentů je také v léčbě závislosti nápomocná pracovní terapie. Respondent č. 1 uvedl, že ačkoliv nemá talent na kreslení, tak se i přesto u pracovních aktivit uvolní.

Další kladně hodnocená intervence se u osob závislých na návykových látkách jevila režimová léčba. Pro respondenty č. 2 a 4 má denní harmonogram a pravidla na oddělení v léčbě svůj význam. Vyhovuje jim mít vše rozplánované. Tím si utvrzují denní režim a program. Režimová léčba slouží k tomu, aby si člověk opět navykl na určitý řád a pravidla tak, aby jim usnadnil návrat do běžného života.

V neposlední řadě si oblíbili i pohybovou terapii. Klienti Psychiatrické léčebny Šternberk mají k dispozici široký výběr sportovních aktivit, ať je to cvičení či rozcvičky, běh nebo týmové aktivity jako je nohejbal a volejbal. Respondent č. 2 v léčbě znovu objevil svou vášeň ke sportu. Začal pravidelně běhat. Našel způsob, jak si vyčistit hlavu.

Na závěr si tedy shrneme, že nejvíce nápomocná intervence v léčbě závislosti na stimulačních návykových látkách je pro respondenty skupinová psychoterapie. Dále se u nich projevil pozitivní přínos pracovní terapie, režimové léčby a pohybové terapie.

2) Jaká je motivace respondentů k abstinenci?

V léčbě závislosti je motivace velice důležitým faktorem pro dokončení léčby, ale hlavně pro následnou abstinenci. Respondentů jsme se doptávali na jejich motivaci a následující plány po dokončení léčby. Všichni respondenti jsou motivováni a počítají s tím, že budou celý život abstinovat. Chtějí to zvládnout, nechtějí už brát drogy.

Respondent č. 1 se několikrát pokusil o sebevraždu. Naposledy chtěl svůj život ukončit upitím k smrti. Byl odvezen do nemocnice. Již tam ho motivovali k abstinenci. Sdělil, že si uvědomil, že ještě má chuť žít. Trochu se obává abstinence, ale doufá, že mu léčba k abstinenci pomůže. Respondent má jen matku a sestru. S nimi žádný kontakt neudrzuje. Nemají mezi sebou vytvořený vztah, a proto ani po léčbě neplánuje setkání.

Motivací pro respondenta č. 2 je to, že už nadále nechce brát drogy a chce mít znovu kontrolu nad svým životem. Motivuje ho i náprava vztahů v rodině. Mrzí ho, že vztahy mezi nimi nejsou zcela v pořádku. Po léčbě se plánuje odstěhovat s kamarádem do bytu, najít si práci a zaplatit dluhy. Chce i najít partnerku, jezdit do léčebny na opakovací léčby trvající 5 dnů.

Respondenta č. 3 k abstinenci nejvíce motivují jeho děti. Již třetím rokem abstinuje. Po propuštění z vězení, před nástupem do léčebny, dokázal i odmítnout drogu. Uvědomuje si,

co v životě chce a s novým partnerem už plánují společnou budoucnost. Má obavy z toho, aby neudělal nějakou chybu, protože je podmíněčně propuštěn z vězení a cítí se být pod velkým tlakem. V závěru rozhovoru respondent sdělil, že jsou jeho největší motivací jeho děti a časem by si přál urovnat vztah se svou matkou.

Respondent č. 4 shledává svou motivaci jednak v rodičích, kvůli kterým se rozhodl jít na léčbu, jinak je rozhodnutý, že už drogy brát nechce. V léčbě chce svoji závislost vyřešit a vymanit se z kolotoče, který prožíval, když užíval drogy a nemohl sám přestat. Po dokončení léčby plánuje napravit křivdy, vrátit půjčené peníze a splatit dluhy. Je pro něj důležité, aby si našel práci, a tak své závazky splnil. Z léčby chce odejít s čistou hlavou a až nastane chvíle, kdy bude mít chuť užít drogu, tak si chce vzpomenout na léčbu a vydržet abstinovat.

U respondentů nejvíce převládá jejich vnitřní motivace k abstinenci. Všichni chtějí vytrvat v abstinenci a k užívání drogám se již nevracet. Další silná motivace a zároveň plán po dokončení léčby je pro většinu respondentů náprava rodinných vztahů a určitých křivd. Pro jednoho respondenta jsou největší motivací jeho děti. Chce být dobrým rodičem, starat se o své děti a vynahradit jim ztracený čas.

Závěr

V diplomové práci jsme se věnovali speciálněpedagogickým a terapeutickým intervencím s problémovými uživateli stimulačních návykových látek. V úvodu práce jsme si stanovili hlavní cíl, na který jsme na základě získaných dat z rozhovorů dostali odpověď. Taktéž se nám podařilo získat potřebné odpovědi na výzkumné otázky.

Závěrečná práce byla rozdělena na teoretickou a praktickou část. Na začátku teoretické části jsme se snažili obecně nastínit návykové látky, následně je klasifikovat. Věnovali jsme se i samotným stimulačním látkám a jejich hlavním představitelům. Druhá kapitola obsahovala informace o samotné závislosti. V jejích podkapitolách jsme přiblížili pojmy psychická a fyzická závislost, odvykací stav, abstinenční příznaky a intoxikace. Následovala třetí kapitola zaměřena na psychické poruchy, které mohou vzniknout v důsledku užívání stimulačních návykových látek. Definovali jsme toxickou psychózu, deprese a úzkosti. Poslední část teoretické části je věnována speciálněpedagogickým a terapeutickým intervencím. V podkapitolách čtvrté kapitoly jsou čtenářům přiblíženy všechny možné intervence, které jsou zaměřeny na léčbu drogové závislosti. Patří mezi ně psychoterapie (skupinová i individuální), expresivní terapie (arteterapie, muzikoterapie, dramaterapie, pracovní terapie a pohybová terapie). V neposlední řadě jsme do dané kapitoly zařadili i psaní deníků, režimovou léčbu společně s bodovacím systémem, relaxační techniku a motivaci.

V úvodu praktické části jsme představili Psychiatrickou léčebnu Šternberk a oddělení závislostí, kde výzkumné šetření probíhalo. Seznámili jsme čtenáře s metodologií výzkumu a definovali hlavní i dílčí cíl. V osmé kapitole jsme zpracovali výzkumná data. Ty jsme získali z rozhovorů na základě polostrukturovaného rozhovoru. Závěr praktické části tvořily vyhodnocení získaných dat a diskuse.

Za podstatný limit tohoto výzkumu považujeme nižší počet respondentů. Situace byla ovlivněna tím, že bylo na oddělení závislostí více osob závislých na alkoholu. V našem zájmu však byly osoby závislé na stimulačních návykových látkách, kterých bylo v daném období v léčebně bohužel podstatně méně. Dva respondenti navíc rozhovor odmítli. Výzkum byl orientován záměrně pouze na jedno zařízení, aby bylo patrné, že se všichni respondenti účastní stejných intervencí a podmínky pro výzkum jsou tak pro všechny stejné.

Diplomová práce by mohla posloužit studentům speciálněpedagogických oborů se zaměřením na etopedii, popřípadě i studentům oboru adiktologie jako praktický učební materiál. Naše závěrečná práce jim nastíní, jaké intervence jsou v léčbě drogové závislosti žádané a přínosné.

Seznam použitých zdrojů

ARTERBURN, Stephen a BURNS, Jim, 1995. *Drug-Proof Your Kids*. Ventura, California, U.s.a.: Gospel Light Publications. ISBN 978-0-8307-1771-2.

ARTETERAPIE. Online [cit. 2022-02-14]. Dostupné z: <<https://www.plstbk.cz/arteterapie>>

BECK, Aaron T., 1991. *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. Londýn: Penguin Books. ISBN 0140156895.

BENÍČKOVÁ, Marie, 2017. *Muzikoterapie a edukace*. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-4238-0.

BIČ, Pavel, 2011. *Tanečně-pohybová terapie v institucionální výchově: expresivně terapeutické metody – cesta ke změně v institucionální výchově*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2713-3.

CORBIN, Juliet M. a STRAUSS, Anselm L., 1990. *Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park: Sage, 270 s. ISBN 0803932510.

DETOXIFIKACE. Online [cit. 2022-01-04]. Dostupné z: <<https://www.pnhb.cz/detoxifikace>>

DOSEDLOVÁ, Jaroslava a KANTOR, Jiří, 2013. *Tanečně-pohybová terapie a muzikoterapie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3682-1.

DUŠEK, Karel a VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, Alena, 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4826-9.

GÖHLERT, Fr.-Christoph a KÜHN, Frank, 2001. *Od návyku k závislosti: toxikomanie: drogy: účinky a terapie*. Praha: Ikar. Pro zdraví. ISBN 80-7202-950-9.

GOODYER, Paula, 1998. *Kids and Drugs: A Realistic Guide for Parents*. Sydney, Australia: Allen & Unwin. ISBN 978-1864487541.

HAUSCHKA, Margarethe, 2020. *Arteterapie: podstata a úkoly terapeutického malování*. Přeložil Pavel LOMIČKA. Lelekovice: Franesa. Merkur-Rafael. ISBN 978-80-88337-05-8.

- HENDL, Jan, 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-040-2.
- JARMAROVÁ, Anna, 2018. *Metamfetaminová toxická psychóza z pohledu klienta*. Praha. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze 1. lékařská fakulta.
- JISKROVÁ, Vendula, 2015. *Terapeuticko-intervenční programy pro osoby závislé na pervitinu a jejich efektivita*. Olomouc. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta.
- ILLES, Tom, 2002. *Děti a drogy: fakta, informace, prevence*. 2., upr. vyd. Praha: ISV. Drogy. ISBN 80-85866-50-1.
- KALINA, Kamil, 2001. *Jak žít s psychózou*. Praha: Portál, 247 s. ISBN 8071785636.
- KALINA, Kamil, 2003. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-05-6.
- KALINA, Kamil, 2008. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing, 388 s. Psyché. ISBN 9788024714110.
- KALINA, Kamil, 2015. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4331-8.
- KOŽELUHOVÁ, Aneta, 2019. *Účinné faktory pracovní terapie v rámci intervence drogově závislých*. Olomouc. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta.
- KRAHULCOVÁ, Kristýna, 2017. *Využití dramaterapie na detoxikačním oddělení*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-5275-3.
- KRATOCHVÍL, Stanislav, 2017. *Základy psychoterapie*. 7. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1227-0.
- KŘÍŽOVÁ, Ivana, 2021. *Závislosti: pro psychologické obory*. Praha: Grada, 280 s. Psyché. ISBN 978-80-271-1754-3.
- KUKLOVÁ, Marie, 2016. *Kognitivně-behaviorální terapie v léčbě závislosti*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1101-3.

LÉČBA ZÁVISLOSTÍ. Online [cit. 2021-10-14]. Dostupné z: <<https://www.lecbazavislosti.cz/o-nas/>>

LHOTOVÁ, Marie a PEROUT, Evžen, 2018. *Arteterapie v souvislostech*. Praha: Portál. ISBN 978-80.262-1272-0.

LIEBMANN, Marian, 2005. *Skupinová arteterapie: nápady, témata a cvičení pro skupinovou výtvarnou práci*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-864-3.

LIPSKÝ, Matěj, 2009. Muzikoterapie. Online [cit. 2022-02-16]. Dostupné z: <<http://www.muzikoterapie.cz/clanky/lipsky-m-2009-muzikoterapie-a-psychoterapie>>

MARHOUNOVÁ, Jana a NEŠPOR, Karel, 1995. *Alkoholici, feťáci a gambleři*. Praha: Empatie. Společensko-vědní řada. ISBN 80-901618-9-8.

MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ. Online [cit. 2021-11-17]. Dostupné z: <<https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F10-F19>>

MILLER, William Ross a ROLLNICK, Stephen, 2003. *Motivační rozhovory: příprava lidí ke změně závislého chování*. Tišnov: Sdružení SCAN. ISBN 80-86620-09-3.

MIOVSKÝ, Michal, 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.

MÜLLEROVÁ, Marie a NEŠPOR, Karel, 1997. *Jak přestat brát (drogy)*. Praha: Sportpropag, 134 s.

MUZIKOTERAPIE. Online [cit. 2022-02-16]. Dostupné z: <<https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/hudba-jako-lek-i-jako-riziko-448623>>

NÁVYKOVÉ LÁTKY. Online [cit. 2021-10-14]. Dostupné z: <<https://www.nzip.cz/clanek/323-navykove-latky-drogy>>

NELEGÁLNÍ NÁVYKOVÉ LÁTKY. Online [cit. 2021-10-14]. Dostupné z: <<https://www.nzip.cz/kategorie/127-nelegalni-navykove-latky>>

NEŠPOR, Karel a CSÉMY, Ladislav, 1996. *Léčba a prevence závislosti: příručka pro praxi*. Praha: Psychiatrické centrum, 199 s. ISBN 8085121522.

NEŠPOR, Karel, 1998. *Uvolněně a s přehledem: relaxace a meditace pro moderního člověka*. Praha: Grada. Psychologie pro každého. ISBN 80-7169-652-8.

NEŠPOR, Karel, 2000. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál. ISBN 807178432x.

NEŠPOR, Karel, 2011. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Vyd. 4., aktualiz. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-908-8.

NEVŠÍMAL, Petr, 2007. *Terapeutická komunita pro drogově závislé. II., Česká praxe*. Vyd. 1. Praha: Středočeský kraj: Magistrát hl. m. Prahy. 317 s. ISBN 978-80-7106-937-9

NOVOTNÝ, Miroslav a KMOCH, Vladimír. Intoxikace. Online [cit. 2021-11-19]. Dostupné z: <<https://psychiatrie.lf1.cuni.cz/file/6066/novotny-nealkoholove-drogy-akutni-stavy.pdf>>

ODDĚLENÍ LÉČBY ZÁVISLOSTÍ. Online [cit. 2021-11-10]. Dostupné z: <<https://www.plstbk.cz/primariat-vii-oddeleni-lecby-zavislosti-dolecovaci-oddeleni-psychotherapeuticke-oddeleni>>

PECINOVSKÁ, Olga a HELLER, Jiří, 1996. *Závislost známá neznámá*. Praha: Grada, 162 s. ISBN 8071692778.

POTMĚŠILOVÁ, Petra, 2013. *Arteterapie a artefletika*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3683-8.

PRACOVNÍ TERAPIE. Online [cit. 2022-01-10]. Dostupné z: <<https://www.plstbk.cz/pracovni-terapie>>

PRESL, Jiří, 1995. *Drogová závislost: může být ohroženo i vaše dítě?*. 2. rozš. vyd. Praha: Maxdorf. Medica. ISBN 80-85800-25-x.

PROCHASKA, James O. a NORCROSS, John C., 2014. *Systems of psychotherapy: a transtheoretical analysis*. Eighth edition. Stamford, CT: Cengage Learning. ISBN 9781133314516.

PRŮCHA, Jan, 2014. *Andragogický výzkum*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5232-7

PSYCHIATRICKÁ LÉČEBNA ŠTERNBERK. Online [cit. 2021-11-10]. Dostupné z: <<https://www.plstbk.cz/vitejte-na-strankach-psychie-tricke-lecebny-sternberk>>

PSYCHODRAMA. Online 2018 [cit. 2022-02-16]. Dostupné z: <<https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Psychodrama>>

RADIMECKÝ, Josef, JANÍKOVÁ, Barbara a PISKÁČKOVÁ, Petra, 2007. *Úvod do adiktologie: učební podklady ke kurzu*. Praha: Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky 1. lékařské fakulty a VFN, Univerzita Karlova, 59 s. ISBN 9788023999600.

REŽIMOVÁ LÉČBA. Online [cit. 2022-02-11]. Dostupné z: <<https://www.lecbazavislosti.cz/o-lecbe/>>

RIEGEL, Karel D., KALINA, Karel a PĚČ, Ondřej, 2020. *Poruchy osobnosti v 21. století: diagnostika v teorii a praxi*. Praha: Portál, 238 s. ISBN 978-80-262-1596-7.

RÖHR, Heinz-Peter, 2015. *Závislost: jak jí porozumět a jak ji překonat*. Přeložil Petr BABKA. Praha: Portál. Spektrum (Portál). ISBN 978-80-262-0927-0.

RŮŽIČKA, Michal a PRACHAŘOVÁ, Pavlína, 2014. *Teorie a praxe strukturovaných doléčovacích programů v adiktologii: sborník zkušeností*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-4171-9.

SKÁLA, Jaroslav a BLAHOŠ, Jaroslav, 1986. *Alkohol a jiné (psychotropní) drogy: abuzus a závislost*. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, 90 s. Novinky v medicíně, 36. ISBN (Brož.).

SYMPTOMY. Online [cit. 2021-11-17]. Dostupné z: Dostupné z: <<https://www.substitucni-lecba.cz/novinky/toxicka-psychoza-v-zajeti-stihomamu-435>>

ŠEDIVÝ, Václav a VÁLKOVÁ, Helena, 1988. *Lidé, alkohol, drogy*. Ilustroval Věra KRUMPHANZLOVÁ. Praha: Naše vojsko, 158 s.

ŠICKOVÁ-FABRICI, Jaroslava, 2002. *Základy arteterapie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-616-0.

ŠVAŘÍČEK, Roman a ŠEĐOVÁ, Klára, 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.

TOXICKÁ PSYCHÓZA. Online [cit. 2022-01-04]. Dostupné z: <<https://www.drogy-info.cz/publikace/glosar/?g=324>>

VALENTA, Milan, 2011. *Dramaterapie*. 4., aktualiz. a rozš. vyd., V nakl. Grada 2. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3851-2.

VALENTA, Milan, 2017. *Dramaterapeutická intervence u osob se závislostí*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-2445087-2.

VYMĚTAL, Jan, 2004. *Obecná psychoterapie*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0723-3.

VYMĚTAL, Jan, 2007. *Speciální psychoterapie*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1315-1.

VYMĚTAL, Jan, 2010. *Úvod do psychoterapie*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2667-0.

ZÁKON č. 40/2009 Sb. Trestní zákoník. Online [cit. 2021-11-15]. Dostupné z: <<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-40>>

Seznam příloh

Příloha č. 1 – polostrukturovaný rozhovor

Příloha č. 2 – přepis rozhovorů s respondenty

Příloha č. 1 – polostrukturovaný rozhovor

1. Úvodní část

- Představení.
- Seznámení s účelem rozhovoru.

2. Okruh 1 – rodinná situace a období počátku závislosti

- Jaké bylo vaše rodinné zázemí v dětství?
- Jaké jste měl/a vztahy v rodině?

3. Okruh 2 – užívání stimulačních návykových látek

- Kdy jste s užíváním návykové látky začal/a?
- Jak dlouho jste návykovou látku užíval/a?
- Můžete blíže popsat dobu a průběh užívání drog?

4. Okruh 3 – duševní porucha vzniklá v důsledku užívání stimulačních návykových látek

- Jaká duševní porucha se u vás objevila v důsledku užívání drog?
- Kdy se poprvé objevily potíže?
- Jak se tyhle stavy u vás projevovaly?

5. Okruh 4 – léčba závislosti a terapie

- Co vás vedlo k léčbě závislosti?
- Jak hodnotíte terapie v léčbě a co vám konkrétně v léčbě pomáhá?
- Máte nějakou motivaci k abstinenci?

6. Závěr

- Jaké jsou vaše plány po léčbě i do budoucna?
- Rozloučení.

Příloha č. 2 - přepis rozhovorů s respondenty

Respondent č. 1 - Muž, 45 let, závislý 27 let na pervitinu

Jaké bylo vaše rodinné zázemí? Rodinné vztahy?

„Jojo v rodině byly problémy. Já taky vnímám, že ta moje závislost je jako v důsledku toho problému. Že tam je to jádro. No moje rodina...vlastně jsem se narodil do úplné rodiny jako druhý z dvou synů. Měl jsem ještě staršího bratra. Naši se záhy rozvedli. Bylo mi tak 6 nebo 5 let jakoby nějak přelom. Si z toho pamatuju jenom takový útržky. Stíny, nic pozitivního. Táta mlátil mámu i bráču strašně bil. Táta mi dal facku a druhou chytám od stolu...jo, prostě nic pozitivního z tohodle nemám. Žádný zážitek. Pak si máma našla partnera dvě. Ten mě jako nepřijmul jo, takže jsem tam byl vychovávaný jako na okraji té rodiny. Nechal mě růst napospas. Prostě to přijetí tam nebylo. A bráču staršího taky nepřijal. Brácha, ten měl taky problémy, ale s alkoholem. Ale u něj se to jako vyvinulo až v poruchu, duševní schizofrenii, no.“

Jaké psychické potíže se objevily u vás, když jste užíval drogy?

„U mě ty úzkostný a depresivní stavy. Jako i paranoidní a psychózy. Já i brácha jsme se doma s tou situací vyrovnávali po svém. Já jsem byl vždycky takovej explodující. Hodně jsem do toho konfliktu šel. Bratr ne, ten byl hodně uzavřený. Takže ta domácí scéna tak no. Pak se nám narodila ségra. Ta je na tom nejlíp vlastně. Ta byla přijata a milovaná, ta je na tom nejlíp. No já jsem z toho vyšel tak, že prostě na základní škole už...jako já trpím ještě k tomu ADHD, takže se to celé zkomplikovalo, jo. Špatně jsem se učil. Nebylo to tím, že bych nebyl inteligentní, ale bylo to tím, že prostě jsem to nestíhal, jo. Byl jsem zlobivé dítě, takže už ta nálepka, že jsem zlobivé dítě a vyrostu pro kriminál. Jako dneska s nějakým odstupem doby, můžu vnímat, že tam bylo 31 žáků. Speciální pedagogiky v té době nefungovaly. Tak jsem vychodil základní školu, i když sem sice propad, takže jsem ji neměl ukončenou a ukončoval ji daleko pozdějš. Do učení jsem dál nešel. Šel jsem jako dál do práce. Jsem dělal u toho nevlastního táty a hned v 15 letech mě zavřeli do kriminálu a nastartovala se taková éra, takový koloběh.“

Vězení souviselo s užíváním látek?

„Já jsem vždycky seděl za trestné činy, který byly spojeny s alkoholem. Ve vězení, tam jsem jako by dospíval. V tomhle prostředí, takže tam se jako pokřivil ten můj charakter úplně. Jako první jsem se naučil lhát, a to perfektně. A nenávidět autority. Všechno, co představují. Takže tu nenávist jsem si bral už jakože z autorit z té rodiny, od toho táty, že jo. Tam už to bylo porušený. V čem tam člověk vyrostne...no, vyrostl jsem perfektně v sebelítosti, a to je jádro té závislosti, jo.“

Jak jste se dostal k drogám? A jak probíhala vaše závislost?

„Poprvé jsem se k drogám dostal už brzo. Jednak to byl alkohol, cigarety a marihuana, protože byl komunismus, tak ty stimulanty nebyly takový bum. Po té revoluci jsem se k tomu dostal, to mi bylo asi 17 let. Když jsem si poprvé dal pervitin, tak jsem poznal, že to je moje droga. Prostě úplně jsem se uklidnil, jo...mě pervitin uklidňoval a mohl jsem se soustředit na věci. Takže, když jsem bral pervitin, tak jsem nešel do basy, protože jsem si všechno naplánoval. Je to paradox. No, seděl jsem jen za to, co jsem dělal pod vlivem alkoholu. Když jsem objevil pervitin, tak jsem pak ty svoje útoky plánoval. Ta trestná činnost byla z tohodle. Já jsem žil na ulici dlouhý léta. Až do 33 let jsem vlastně vedl tenhle život. Ve vězení jsem prostě nějak abstinovat, jo. Trošku jsem třeba pracoval na nějakým svým vzdělání, ale jako samouk. Pak mě pustili, že jo. A to byl jako jeden velkej mejdan. Byl jsem zavřenej, tak jsem si to potřeboval užít. V důsledku toho mě zase zavřeli...takový koloběh, no.“

Ve vězení jste teda drogy nebral?

„Tam jsem nebral drogy. Sem tam se objevilo nějaké čichadlo. Jo, to jsem zapomněl zmínit, že v těch 15 letech jsem čichal toulén, ty organický rozpouštědla. Prášky jsem se taky naučil ve vězení zneužívat. Tam je jedno takový heslo, že co prospíš, tak neodsediš. Takže jo, člověk se snažil co nejvíc spát a být mimo to prostředí, které bylo fakt hnusný. Nebo prostě ve vězení, tam jsem měl čas přemýšlet o sobě, svém životě a jako nelíbilo se mi to. Jen jsem to neuměl změnit, nevěděl jsem jak.“

Jak dlouho jste bral drogy?

„Drogy jsem bral intravenózně a dlouhou dobu. Vlastně jen tím přerušením toho vězení. A to byly jako jen měsíce. Takže zhruba asi nějakých 27 let jsem bral drogy a alkohol

pořád. Do určité doby jsem alkohol nebral ani jako drogu. Teď to vidím jinak. Alkohol, marihuana, různé halucinogeny...z toho mi začaly vznikat jako různé psychózy, takový psychotický stavy, prostě pronásledování a tak.“

Psychózy a psychotické stavy?

„Z halucinogenů jsem nikdy neměl nepříjemný stav. Mluvím jako o stimulantech. Ten prožitek, ta změna toho vnímání nebyla nepříjemná, naopak. Já vnímám, že u těch stimulantů je toho 90 % to, že to nedělá samotná ta látka, ale až ty důsledky. A to, že nespí člověk. Je to z té nevyspalosti. Já, když teď dva dny nebudu spát, tak budu mít taky ty paranoidní stavy, jo.“

Samozřejmě v tom hraje více faktorů. Svědomí, jo. Třeba jsem si tak jako pro sebe definoval, že na mě tlačí to svědomí, když ho jako utlačuji, tak ho potom vnímám z toho okolí. Já jsem nežil jako dobře, že jo. Já jsem kradl, rval jsem se, dělal jsem loupeže. A to prostě člověk ví, že to nedělá dobře, že jo. Ten strach z toho, že bude chycen. Ten strach, ten se jako zhmožňoval.“

Jak se ty stavy projevovaly?

„Třeba já jsem slyšel lidi, jak se o mně baví a říkají: jo to je ten zloděj. Ale nikdo tam nebyl. Měl jsem pocit, že mě lidi pořád sledují, protože jsem měl v nepořádku tyhle věci. Když jsem se choval špatně, tak tohle jsem vnímal, že pro sebe jsem si to definoval, že to je z tohodle toho důvodu.“

Byl jste schopen v tom stavu někomu ublížit? Někoho fyzicky napadnout?

„Jo určitě, protože já už jsem se ohlížel, když jsem byl jako naštvanej. Jak už jsem říkal, že jsem jako explodující jo, tak já jsem byl ozbrojenej. Já jsem měl nějaký zbraně u sebe, který jsem si vyrobil. Od nože až po nějaký tyče ovázaný provazy. Tím někoho přetáhnout, tak to je bolestivý, můžeme mu zlomit klíční kost, ruku. Hodně krát jsem to i udělal, že jsem jako lidi napadl, na bytě třeba. Když jsme byli tam, kde se braly drogy a už jsem měl psychózy. Myslel jsem si, že se o mně baví, tak jsem někoho zmlátil. Takže jsem to udělal už v důsledku toho. Ono se to těžko rozlišuje, jo, protože jednak ti lidi takový jsou, že pomlouvaj. Takže to je těžké rozlišit. A druhak, ty halucinace jsou tak reálný, že opravdu nevíte, co je pravda.“

Kdy u vás vznikly psychózy a halucinace?

„Já vnímám, že právě ta porušenost není díky těm drogám, ale díky té výchově, že ty drogy, ten pervitin, to jenom urychlil, anebo jako vytáhl hodně na povrch, nebo to umocnil. Otázka je, jak se na to budem dívat. Z jakého úhlu zrovna, ale je to v té výchově. V tom, že matka pro mě nebyla tou bezpodmínečnou láskou a otec, ten mi nenastavoval ty hranice. Nedostal jsem tam to přijetí a nebyl uzavřenej ve mně ten kruh. To, co má předat ta rodina, to bezpečí. To jsem neměl, takže jsem žil jako duch hodně dlouho ve strachu a do toho se pak vybarvovaly tyhle různé věci. Já jsem neuměl zacházet s emocema. V podstatě mě to nikdo nenaučil. Samozřejmě to, že to vím, to nemění ty vzorce, ty musím změnit až teď tady.“

Nyní jste v léčbě poprvé?

„Nene, tohle už je několikátá. Já mám za sebou i pokusy o sebevraždu. Jako hospitalizace psychiatrický a teď jsem tady taky jako pokus o sebevraždu. Vlastně už jsem chtěl jako ukončit svůj život.“

O sebevraždu jste se pokusil pod vlivem drog?

„Ano, pod vlivem alkoholu. Já jsem přirozeně stimulanty opustil na nějakou dobu, ale ten alkohol ne. Ono to je jako podobný hodně, akorát tam je člověk v takovém mráкотném stavu a tam je zase takovej hodně vybuzenej. Ale potom ty psychózy v konečném důsledku vypadaj podobně.“

Kdy poprvé jste zjistil, že máte psychózu?

„No, tak to až když jsem nastoupil první léčbu. Jako nějaké povědomí jsem měl, trošku jsem se vzdělával ve vězení, ale spíš v oblasti filozofie a duchovna. Tak jsem si to vysvětloval pod tímhle tématem. Pro mě ty psychózy měly jiný rozměr, jako duchovní, že jsem se tam setkával s démonama. To, co se těžko v reálném světě jako přijímá. Otázka je, jestli to byly opravdu psychózy. Do dneška jsem jako na vážkách, anebo jestli to byl pohled nějakého duchovního světa. Samozřejmě teď ve střízlivým stavu tyhle věci neprožívám, jenom v té změně toho vědomí. A s tím jsou spojeny další věci jako je strach a hněv. A to tak zabarví ty situace. Takže ten pocit toho pronásledování je tam samozřejmě. Ten strach, že nás někdo chytí, zabije a ta konstrukce kolem toho strachu, to už si postaví člověk jako podle vlastní fantazie.“

Co pro vás bude nejtěžší, až odejdete z léčebny? Kam pak půjdete?

„Já se dívám do budoucna, nevracím se zpět. Noo...na doléčovák půjdu. Já jsem si zvykl už na ten život bez toho majetku a bez toho zázemí, že to pro mě není nikterak stresující situace. Já si umím v tomhle tom úplně bravurně poradit, ale to řešení je takový nezdravý pro můj život. Na černo si vydělat peníze, to zase prohlubuje moji dluhovou problematiku, ale umím si poradit, takže to pro mě není stresující. Ale půjdu teď na doléčovák, tam si chci našetřit prachy a pronajmout byt. Já mám problém s vytrvalostí tadyhle v těch věcech, ne že bych si to neuměl zařídit, ale vydržet v tom. Teď na tom pracuji tady, na uvědomění tady toho. Na ADHD teď beru léky Poprvé v životě a opravdu se jako líp soustředím. Dokážu udržet pozornost u jednoho tématu. Nemám potřebu ho nějak větvit. Dokážu se držet prostě na té jedny lajně. To jsem dřív neuměl. Taky beru antidepresiva, nějaký antipsychotika, asi to bude už doživotní práškování no, ale lepší než teda brání drog.“

S rodinou jste v kontaktu?

„Máma trpí alkoholickou demencí. V přístupu k ní mi brání sestra. Se sestrou mám špatný vztah a brácha umřel v důsledku vlastně alkoholismu. On dostával už epileptický záchvaty a cestou z hospody domů dostal epileptický záchvat, praštil se do hlavy, spadl do kómatu a už se neprobudil. Takže ten umřel loni a táta mi taky loni umřel. Takže ta ségra a máma, ale s nimi kontakt neudržuji. Já s něma nemám žádný vztah už od dětství, takže nevím, k čemu by to bylo. Takže není na co navázat.“

Vnímáte nějaké predispozice k závislosti?

„Ano, byl jsem k tomu vychovaný. Porozuměl jsem tomu. Ne úplně dávno. Je to pár okamžiků v podstatě ve srovnání s dobou, jak jsem žil. Takže je to relativně nová informace pro mě. Je to opravdu složitý žít v závislosti. Závislost je složitá věc, týká se to všeho.“

Kde jinde jste absolvoval léčbu?

„Byl jsem v Horních Beřkovicích. Tam jsem byl tři měsíce. Léčbu jsem dokončil a pokračoval jsem do Terapeutické komunity Němčice. Tam jsem byl taky 3 měsíce a odešel jsem, protože jsem nějak cítil, že tam nemám být. Ještě jsem byl pořád v takové té magie ty drogy. Ta toxická psychóza opravdu už přesáhla toho půl roku. Já jsem jí trpěl potom intenzivně dva roky, takže to už je porucha a do dneška mi to zůstalo. Takže jsem se

pohyboval v té magii té drogy. Cítil jsem, že tam nemám být, tak jsem to místo změnil a odešel jsem do jiný terapeutické komunity. Ta byla křesťanská a tam jsem vlastně zůstal dva roky a potom jsem taky 6 let abstinovat. Žil jsem jako v církvi, v tom prostředí. Pracoval jsem pro církev. Dělali jsme nějaké besedy, přednášky o drogách s dětma. Docela jako dobrý to bylo pro mě. Měl jsem i vztah a když to skončilo, nějak jsem si nechal vzpomínku na tu drogu, a ještě jednou jsem si chtěl dát, no.“

Dal jste si znovu?

„Jojo, pomalinku se to zase rozjíždělo, že si člověk uleví jednou a nejde do nějakého intenzivního doléčování a nechá to rozjet, tak je to recidiva. A u mě trvalá 4 roky s nějakýma přestávkama a pokusama o léčbu. Ty jsem nedokončil. Taky hospitalizace s pokusama o sebevraždu. Jsem byl dva měsíce v nějakém ústavu na nějakém oddělení a teď to vlastně dopadlo, že jsem přijel do Olomouce za práci a abstinovat jsem asi 2 měsíce a pak jsem se napil a všechno jsem pokazil. No prostě šlo to všechno do kopru hned jako během chvílky. A už jsem na to neměl sílu, tak jsem si nakoupil alkohol za několik set korun tisíc, zavřel jsem se doma s tím, že už to skončím, že se upiju k smrti. Po několika dnech mě tam našel kamarád, se kterým jsem bydlel a ten mi zavolal sanitku. Odvezli mě na jipku. Skončil jsem na detoxu a tam mě nějak motivovali. Možná i nějaký pud sebezáchovy, že bych šel tady do Šternberka. Byl jsem tady na béčku na těch chronících. Tam jsem z toho trochu vystřízlivěl. Ta hluboká deprese, ty úzkosti jako zmizely díky medikaci a cítím se teď dobře. Cítím se jako, že mám ještě chuť teda do toho života jít. Abstinence se trochu bojím. Už mi je 45, myslím že nechci už do těch ústavů chodit a nedělá mi to dobře, ale potřebuji to.“

Jak hodnotíte terapie v léčebně? Pomáhají vám?

„Jojo, teď jsem udělal nedávno takovou nějakou chybu a dovolil jsem, vlastně otevřel jsem ji na terapii a dostal jsem zpětné vazby, který nebyly milý. Dotýkaly se nějakého mého, něčeho starého ve mně. Takže jsem si na tom uvědomil, jak ještě ten starý člověk, to starý jednání, to starý já má ještě sílu a taky jsem si uvědomil, že jsem někde na rozhraní toho, že se to teď odděluje. Takže jo, pro mě smysl mají.“

Takže psychoterapie?

„Jojo. Cítím, že mi to fakt něco dává. Kdybych měl personifikovat svoji minulost, tak by to byl prostě jeden člověk, který se jmenuje Standa a je tady. Má vězeňský chování, prostě všechny móresy. On by měl představovat tohle starý jednání. A novejš, nový já by měl

představovat, třeba řeknu někoho zdravýho, třeba terapeuta. Ted' se jako odděluji, tady v té léčbě vnímám, že se odděluji od toho starého způsobu jednání a jdu spíš k tomu novému, k tomu zdravějšímu. Změnil jsem malinko uvažování tady. Z líbí, nelíbí jsem to přesmyknul na výhodné a nevýhodné. Když začínám takhle přemýšlet, tak jsem přestal i úplně kouřit, takže jsem si řekl: jo, kouření je vlastně pro mě úplně nevýhodné a dokázal jsem si jako představit tu výhodu, která z toho plyne a přestal jsem to dělat. Šlo to snadno, takže tahle léčba pro mě má smysl. Snad mi pomůžou, abych nepil a nic nebral, i když je to těžký.“

Hodnotíte kladně i jiné terapie, které tu máte?

„Pracovky, jako ta pracovní terapie. Člověk se u toho taky tak uvolní. Já jako moc nemám nějaký talent na kreslení nebo tak, ale to je tady stejně jedno, takže tak jo. Jako, když si to tak vezmu, tak všechny terapie tady mají nějaký smysl.“

Respondent č. 2 – Muž, 40 let, závislý 21 let na pervitinu

Jaké bylo vaše rodinné zázemí a jak jste se k drogám dostal?

„Asi do svých 8 let jsem žil s mámou i tátou. Pak táta umřel a žil jsem jen s mámou a mladší sestrou. Máma docela střídala partnery, většinou to bylo na pár měsíců a pak to skončilo. To mě asi taky dost poznamenalo, jo. Jako myslím třeba v mém životě s holkama. Měl jsem problém si někoho nějak dýl udržet, vlastně jsem za celej život neměl někoho na nějakou delší dobu. Když mi bylo asi 13, tak si našla máma stálýho přítele a později si ho vzala. Měli spolu další ségru. Já jsem nikdy neměl dobrý vztahy s těma jejíma chlapama. Otčím byl na mě přísnější než na ségru, neustále na mně hledal chyby, furt se mu něco nelíbilo. Hodně jsme se doma hádali. Občas jsem od něj dostal i facku. Už v té době asi někdy ve 14 letech jsem trávil čas raději venku s kámošema než doma. Tak to asi nějak všechno začlo, no. Tam s těma klukama. Začal jsem se toulat po večerech a tím to doma bylo ještě horší. Někdy jsem nepřišel dom vůbec, ale mně to v té době bylo prostě všechno jedno. Ted' si uvědomuju, že nějaký hádky jsem vyvolal já, ale v té době jsem to neviděl, jo. Prostě mi chyběl táta a nepřijal jsem ani já nikoho jinýho a máma nebyla moc přísná, takže to tak taky vypadalo.“

Kdy jste poprvé užil návykovou látku?

„No, jako už v těch 16 letech, když už jsem chodil s těma kamarádama ven po nocích, tak oni už byli takoví, že prostě pili a kouřili, tak jsem si dal občas s něma. Pak už to bylo

několikrát do týdne, ale to už jsme do toho i kouřili trávu, jako marihuanu. To většinou donesl nějaký kámoš, a to bylo fajn. Cítil jsem se vždycky tak bezstarostně a klidně. Hlavně když jsem nebyl doma. Pak už jsem kouřil téměř každý den. Většinou to byl takovej ten můj únik od toho života doma a od těch hádek. Pervitin jsem si poprvé dal někdy v těch 18 letech. Od toho kámoše, který mi dával tu trávu, tak on pak bral. Já jsem jako viděl, že něco berou, věděl jsem to. Chtěl jsem to zkusit, jaký to je, ale bál jsem si píchnout, hodně dlouho jsem si to nechtěl píchnout. Pamatuju si to, jak jsem si to šňupl a bylo mi dobře, byl to dobrej nástřel. No pak asi za týden o další akci jsem si dal zas, líbilo se mi to, jakej pak su a měl jsem pocit, že to jsem konečně já, že vím, kdo jsem. Někam jsem patřil, doma jsem lhal, pořád, nikdo nevěděl, že beru.“

Jak dlouho jste drogy užíval?

„No tak bral jsem asi nějakých 21 let. Jako měl jsem občas takový to období, kdy jsem chvíli nebral a říkal si, že to prostě dám sám, že se nepotřebuju léčit. To jsou takový ty blbý myšlenky, kdy si člověk myslí, jak to zvládne sám (smích). Od těch 20 let jsem v tom jel už dost no. Ono už to pak jelo samo, ta droga vás prostě dostane, měla nade mnou moc, ale to jsem nevěděl. Člověk si myslí, že může přestat, že má tu kontrolu, ale to je lež, nemá, prostě tě má v moci a drží tě, ovládá tě. Já jsem jako dělal šílenosti, když jsem bral. Kradl jsem, protože jsem prostě potřeboval prachy, abych si mohl dát. Kradl jsem i doma věci a prodával je, pak jsem dělal takový černý kšefty. Jako pracoval jsem i, ale to mi nestačilo. Dělal jsem u táty od kámoša ve firmě, jako uměl jsem makat rukama, to jo. Ale prostě to stojí prachy, a to jako dost. Měl jsem asi štěstí, že mě to nedostalo do basy. Pak jsem měl už i problémy v práci, ale jako až za dlouho co jsem bral, takový šílený stavy, to už jsem si teda píchal pár let.“

Jaké stavy?

„Několikrát jsem byl úplně vyřízenej, v práci jsem byl agresivní, měl jsem pocit, že mě tam všichni pomlouvaj. Když jsem kolem někoho šel, tak jsem jako úplně slyšel, že se o mně bavijou. Bylo to prostě šílený. Nebo jsem viděl brutální věci, který prostě v reálu nebyly pravda, ale člověk v tom stavu tomu fakt věří a je schopnej dělat neuvěřitelný věci. To jako nebylo jen v práci, ale ono jako mezi těma, co berou, kde jsem byl, tak to chování bylo běžný, ale prostě v práci nikdo nebral, takže to nikdo nechápal, co jako zas dělám. Borec tady prostě viděl demony jo, já né. Jako já viděl prostě normální lidi. Ale ten pocit, že o mně mluvíjou a něco plánujou, jo, jako proti mně, to je tak silný, že tomu nezabráníte.“

Byl jste v tom stavu schopný někomu ublížit?

„Jasně. Jako to člověk fakt moc neví, co je opravdický a co ne. Když máte pocit, že vás někdo pronásleduje celou cestu z akce dom a jako vidíte ty stíny a byly tam i sluchový halucinace, tak prostě jo, jako ublížíte někomu. Jo, nebo když jsem měl ty stíhy, tak jsem se schovával na záchodě. Člověk si furt hlídá záda, furt se ohlíží přes rameno, prostě ten pocit, že ho dostanou. Pak si jako říkám, co to zas bylo, ale prostě ten mozek, ta mysl jo, to už fakt nevíte...no, jako fakt šílený stavy. Nosil jsem u sebe pak i nůž, musel jsem být ozbrojenej. Říkám si, že je fakt štěstí, že jsem nikoho nezabil, nevím, co by se prostě stalo.“

Tohle je vaše první léčba?

„Ne, už jsem na jedné byl, asi 4 roky zpátky. Šel jsem kvůli jedné holce, ona taky brala, ale pak přestala, tak jsem se šel léčit, jo. Jako léčbu jsem dokončil a pak chvíli nebral, ale nebylo to jako úplně takový jak teď. Ta holka se se mnou rozešla, jo. Začla si s mojim kámošem, co taky bere (smích). Jako byli jsme spolu asi půl roku, a to jsem byl tři měsíce v léčbě. No a tak, když jsem to zjistil, že je s tím mým kámošem, tak jsem si prostě hned dal. Cítil jsem, že to potřebuju a chcu. A tak jsem vlastně dál znovu bral a věděl jsem, že mě to jako ničí, to jo. Ale asi jsem potřeboval spadnout na dno, no, abych se vzpamatoval. Píchl jsem si fakt moc. Probudil se až v nemocnici. Pamatuju si jen, jak mi bylo zle. Jinak nevím, co pak ani bylo, kde jsem byl a tak.“

Proto jste se rozhodl jít na léčbu?

„Jako já už brát nechci. Já to беру tak, že to je znamení, že jestli ještě budu brát, tak tady už prostě nebudu. Nechci, aby ta droga vyhrála, musím to dokázat a vydržet. V hlavě jako mám jasno, že nechci brát. Jako když si to tak vezmu, tak půlku života jsem jen bral, všechno se točilo kolem fetu...prostě shánění, braní, psychózy, vzpamatování a zas na novo, jako byl jsem v takovém kolotoči, nic jinýho neexistovalo. Pak ještě ty vztahy, no. To chci taky napravit. Teď jako tady na tom pracuju, už jsem i mluvil s mámou. Jedna ségra je pryč, někde v zahraničí a druhá se mnou nemluví. Já jsem jí udělal dost velký sviňárny, ale o tom se bavit nechci, chci to prostě všechno napravit, omluvit se a normálně žít.“

Pomáhá vám léčba? A co konkrétně?

„Já su fakt rád, že jsem sem došel. Vidím teď všechno úplně jinak, co všechno jsem dělal. Máme tady ty skupiny, ty mi jako pomáhají. Teď minulej týden jsem otevřel jedno svoje

téma a jako nečekal jsem, že to bude takovej zážitek. Jako silnej, jo. Někteří mi řekli svoje věci a názory k tomu. No, nebylo to všechno příjemný, ale беру to v pohodě. Jako jsem rád, že mi to řekli. Jako už jsem si přišel na dost věci. Když prostě člověk bere tolik let, tak už ho to začne ničit, nic mi to už nedává. Vím, že je to moje smrt, fakt stačí jako málo.“

Pomáhá vám víc skupinová nebo individuální terapie?

„Já mám spíš radši ty skupinovky, jo. Člověk má o čem hodně přemýšlet, já jsem si tady hodně věci uvědomil. Je dobrý taky slyšet ty příběhy od druhých, vždycky to pak probíráme a tak. Prostě vím, že nejsou sám, ty příběhy tady sou někdy dost drsný, jo. Je jedno, jestli je to závislost na alkoholu nebo drogách, všechno to je stejný svinstvo.“

Jsou tu i jiné terapie, které jsou pro vás užitečné?

„To asi není terapie, ale já jsem tady rád za ten režim, jo. Ten harmonogram. Prostě si zvyknout na to, že člověk musí zas fungovat během dne, má režim, všechno rozplánovaný. No to taky vidím jako důležitý. To teď potřebuju. No, a jinak asi nee...teda vlastně ještě sport. Jako malej, když byl ještě táta, tak jsem hrál fotbal. Pak v pubertě jsem s tím přestal a tady teď chodím zas nějak pravidelně běhat. Vyčistím si u toho hlavu, jo. Jako najednou na to mám energii a baví mě to, sám to moc nechápu (smích).“

Jak dlouho už v léčebně jste?

„Teď jsem tak nějak za půlkou, jako pár dní. Mám ještě dost práce se sebou, jo. To prostě vím. Ale tady je to jiný než venku, tady je to víc v pohodě. Jsem tady úplně mimo od všech a tak, prostě...musím to zvládnout pak venku.“

Co vás motivuje k abstinenci a jaké máte plány po absolvování léčby?

„Jako chtěl bych si urovnat ty vztahy s matkou a ségrama, protože mě to teď mrzí, že jsme se nebavili, a že mezi náma prostě ten vztah není takovej. Mojí motivací je to, že už prostě brát nechci a chci žít normální život. Chci si najít pak normální holku, žádnou, co bere, prostě se od těch lidí odstříhnout. Pak práci, jo. Taky mám nějaký dluhy, takže to chci zaplatit. Jako o práci se nebojím, já prostě umím dělat, vždycky jsem uměl. S jedním klukem tady plánujem se přestěhovat do bytu, on má kámoše a s manželkou mají byt k pronájmu. Oni jsou jako čistí, takže až to tady dokončíme, tak půjdem tam. Noo...a pak jako opakovačky tady, že jo, abych byl prostě v pohodě. Mají to tady na 5 dní. Já už chci abstinovat, chci mít zas tu kontrolu nad vším.“

Respondent č. 3 - Žena, 37 let, závislá 7 let na pervitinu

Jaké bylo vaše rodinné zázemí? Rodinné vztahy?

„Narodila jsem se do úplné rodiny, mám starší sestru a nevlastního bratra, otce i mámu. Vlastně nějaká závislost tam byla, co se týče alkoholu a hraní automatu, tak to bylo ze strany mého táty, ale to se jako projevovalo až v mém pozdějším věku. Bylo mi tak 8-9 let, ale jinak z rodiny nikdo neměl závislost na drogách nebo na alkoholu. Potom okolo mých 15 let se moji rodiče začali rozvádět, takže potom už jsem byla jenom s mámou, kde byly takové nějaké neshody mezi náma.“

Jak jste se dostala k drogám?

„Měla jsem přítele. Byla jsem s ním sedm let a z toho vznikla první dcera. Mezitím byly nějaké hádky a potom jsme se rozešli. Někdy v 16 letech jsem si občas zahulila trávu, ale nebylo to nějak často, třeba jednou za měsíc. Někdy, když byla nálada nebo tak, ale nebyla jsem taková, že bych to musela mít furt. To byla asi tak moje první droga a pak hned pervitin. Alkohol jsem nikdy moc nemusela, mám to tak do teď. Když byly nějaký narozeniny nebo tak, tak jsem si dala čtvrtku, ale jinak to nemusím. Pak když jsem začla brát pervitin, tak marihuana byla taky úplně minimálně. Sem tam jsem si zahulila, ale když jsem brala, tak prostě jsem zůstala u pervitinu. Heroin jsem nikdy nezkoušela. Bylo mi asi 24 let, když jsem zkusila první užití drogy. Pak jsem zas po nějaké době užila a už jsem to zkoušela častěji a častěji. A od těch 25 let už jsem to brala víc, víc jsem experimentovala.“

Jak dlouho jste drogy užívala?

„Co se týče drog, tak když vezmu čistě užívání, protože jsem měla nějaký pauzy, tak jsem brala zhruba asi 7 let. Teď poslední tři roky jsem byla zavřená ve vězení a po vězení jsem byla měsíc a půl venku. Teď už jsem tři měsíce tady. Do mých 24 let jsem žila relativně normální život. Takže od svých 25 let, když jsem to začala brát spíš tak jako intenzivněji, tak se mi začalo všechno hroutit. Tak nějak i po psychické stránce a rodinné stránce.“

Po psychické stránce?

„Začla jsem mít depresivní stavy, cítila jsem furt úzkosti. Neměla jsme žádný psychózy nebo tak, ale prostě mi bylo zle. Měla jsem špatný vztahy s mámou, ale i co se týká dětí. A tak. Jako nikdy jsem nepřešla do toho, že bych si chtěla něco udělat, ale prostě mi bylo fakt na hovno, hlavně v těch dojezdech další dny. A pak jsem měla i problémy s policií, protože jsem“

začala drogy prodávat, takže jsem šla do vězení za distribuci. Odseděla jsem si tři roky, byla jsem podmíněčně propuštěna a teď jsem na svobodě. Moje užívání není moc dlouhý oproti jiným, ale i za tu krátkou dobu jsem toho stihla napáchat hodně.“

Můžete mi blíže popsat ty depresivní stavy a úzkosti?

„Já na to docela nerada vzpomínám, nevím, co bych k tomu dál víc řekla. Nebyly to příjemný stavy a jsem ráda, že teď jsem v pohodě. Sice nemám ty vztahy takový, jaký bych chtěla, ale zvládám to, takže teď nemám deprese, nic. Bylo to prostě z těch drog.“

Jak došlo k prvnímu užití pervitinu?

„Bylo to přes jednoho známého. Já jsem byla zrovna na neschopence a on měl nějaké problémy se svojí partnerkou tenkrát. O víkendech jsme jezdili prostě někam pařit. Já jsem řídila a on spíš tak popíjel. No a vlastně jednou jeden večer mi ukázal prostě pervitin s tím, jestli bych to chtěla zkusit nebo nechtěla. Tak jsem nad tím přemýšlela a vlastně jsem to zkusila. Poprvé to bylo vlastně jakože nose. Neměla jsem z toho jako nějaké pocity nebo nájezdy, jak to, tak bývá. Já jsem vlastně z toho měla jenom to, že jsem nespala asi dva dny. No a potom o 14 dní později jsem si to dala znovu, a to už bylo nitrožilně. To už teda bylo něco jinýho. Jakože ten stav. No, a pak už jsem nějakou dobu zas nic neměla, nějaký ten měsíc. Potom jsem nastoupila do nové práce. Když jsem dělala servírku, tak tam se k tomu člověk tak nějak jako dostane. A zase mi to bylo jako nabídnuto, tak jsem si zase dala. Pak po nějaké době zase a pak už to člověk začal, jakože brát víc sám a vyhledávat to. To bylo v období, kdy jsem měla první dceru.“

Brala jste i v těhotenství?

„Když jsem byla těhotná, tak jsem nebrala, ale pak zas jo. Jsem jako měla takový období, kdy jsem si prostě řekla, že už dost, že s tím chci jako přestat a zkusit to bez těch drog. Takže se mi podařilo nějakou chvíli ty drogy vždycky jako nebrat, odjela jsem třeba pryč a byla jsem nějakou dobu pryč, jenomže potom jsem se vrátila a zase jsem byla v tom stejném prostředí. Vrátila jsem se do stejného města mezi stejné lidi, a to bylo zase stáhnutí rychlým spádem zpátky a teď když jsem vyšla z vězení, tak jsem se vlastně úplně odřízla od toho města, kde jsem byla u těch lidí. Teď, když mi někdo napíše na sociální síť, tak těm lidem ani neodepisuju. Nechci se s nimi bavit, nechci s nimi být už ve spojení.“

Máte ve svém okolí někoho, kdo vás podporuje? Přátelé, kteří neberou drogy?

„Mám nového partnera, ten mě podporuje. A pár známých jo. Když někoho ze své minulosti potkám, tak maximálně jenom pozdravím, ale jinak přecházím na druhou stranu, protože jsem si uvědomila, co všechno jsem ztratila a nechci do toho spadnout znovu a taky vím, co všechno ztratit ještě můžu. Nechci už se k tomu vracet. A to je taky důvod, proč jsem přerušila všechny kontakty.“

Jak vám tady pomáhají terapie? A které konkrétně?

„Šla jsem sem s tím, že mi ta léčba už víceméně nemůže nic dát, ale dalo. Máme tady pravidelně skupinový sezení, ale můžeme jít i na individuální. Já jich využívám teď před odchodem. Řeším věci okolo dětí a na co si mám dát pozor a tak. Takže jo, terapie mi pomáhají. Pak jsou tu takový ty pracovní terapie, muziko a tak, ale o těch nevím, co bych řekla, že by mi něco daly. Už když jsem byla ve vězení, tak jsem měla spoustu těch aktivit, co se psychologů týče. Prevence relapsu, všelijaký tady tyhle s psychologem, jako individuální sezení, takže mi to vlastně všechno pomohlo už když jsem byla zavřená. Je to hodně podobný. Prostě mě zavřeli a já jsem ze dne na den přestala brát. A nevadilo mi to. Neměla jsem vážné abstinční příznaky. I ty deprese a úzkosti jsem už neměla. To vždycky přišlo jen když jsem brala. Spoustu věcí jsem si vyjasnila, na spoustě věcí jsem pracovala. Postupem času v léčbě jsem na sobě začala ještě víc pracovat, zjišťovat o sobě různé věci a můžu říct, že ty tři měsíce mi tady hodně pomohly, jsem za to ráda.“

V čem vidíte tu změnu?

„Vždycky jsem byla zakřiknutá a málo mluvná. Když mi něco vadilo, tak jsem nebyla tak průbojná a nedokázala jsem se ani vyjadřovat. Tady jsem se na skupinách naučila vyjadřovat. Ve skupinách jsem se naučila říkat to, co mám na jazyku, i když se to druhým líbí nebo nelíbí a díky tomu jsem se naučila více komunikovat a více otevírat. Jsem víc taková průbojnější a za to jsem ráda, protože to člověka v životě taky daleko víc posune, a to jsem dřív neměla, ani když jsem ty drogy brala, tak jsem taková nebyla.“

Tohle je vaše první léčba?

„Jo první, nechci říkat, že poslední, ale jsem rozhodnutá se snažit a všechno napravit. Jako v tom vězení mi to taky hodně pomohlo, ty sezení s psychology. Když jsem žádala o podmíněčné propuštění, tak jsem si dávala žádost do Bílé Vody do Terapeutické komunity a

chtěla jsem nastoupit na léčení, ale kvůli kovidu to bylo omezený. Nečekala jsem, že mě na žádost pustí. A když mě pustili, tak jsem byla šťastná, ale zároveň i jsem měla obavy, protože jsem neměla zařízené žádné bydlení. Neměla jsem žádnou práci. První den jsem byla u kamarádky, pak jsem si zajistila bydlení na azyláku. Když jsem si pak vyřídila všechny potřebné věci, tak mě to nakoplo ještě víc. Taky jsem se setkala s jedním člověkem, který tu drogu u sebe měl a byl strašně rád, jak mě vidí. Já jsem toho člověka odmítla a bylo to pro mě hrozný povzbuzení. No, já jsem ráda, že jsem dokázala odmítnout a že jsem se hned první den nenechala k tomu zpátky stáhnout.“

Jaká je vaše motivace se k drogám nevrátit?

„Hlavně nechci už svým dětem znovu ublížit, už fakt ne, protože to, jak to je teď, tak kdybych to zase pokazila podruhé, tak už bych to nedala zpátky. Už bych to ani nechtěla, už mám dost let na to, abych si uvědomila, co v životě chci a nechci mít. Těch 7 let, co jsem si to takhle zbabrala a nasekala všeho toho, tak bych měla úplně jiný život a na tom životě chci teď pracovat. Jak jsem říkala, myslela jsem si, že mi to tady už nic nedá, ale na jednu stranu bych tím i chtěla dokázat něco své mámě, která mi jednou řekla, že drogy momentálně neberu, protože se k nim nedostanu, ale že jak budu venku, tak to bude úplně jinak, Takže už z toho důvodu jsem šla do léčby, abych tu mámu přesvědčila, že to opravdu myslím vážně, protože ty vztahy nemáme teď dobrý.“

Jaké tedy máte plány po léčbě?

„Než jsem šla do léčebny, tak jsem si našla přítele, ke kterému jsem se i nastěhovala. S přítelem jsme doted'ka a přítel teď sám pokračuje v tom, že za dcerami jezdí každý víkend nebo každý druhý víkend. A bere si je sám ven. Máme spolu spoustu plánů až budu venku. Spoustu věcí už mám naplánovaný, vyřízené a všechno se uvidí až skončím léčbu a budu venku, ale moc dobře si uvědomuju, že jedno uklouznutí je jeden velký krok zpátky. Já jsem pod velkým dohledem, mám zákaz alkoholu, zákaz užívání drog a probační. Takže mi tam bliká to červené světýlko, co mi říká, nesmím, nesmím, nesmím nic vlastně. S mojí mámou všechno nebylo tak růžový, jak to vypadalo. Nedávám jí vinu za to, že jsem začala brát drogy, ale u jiných věcí se mohla taky chovat jinak. Jelikož má moje děti teď v péči, tak se spousta věcí od toho taky tak odvíjí. Prostě za tu dobu, co jsem ty drogy brala a prodávala, jsem si nasekala tolik problémů, že už to prostě nechci zpátky. Uvědomila jsem si, že to za to nestojí. Mojí největší motivací jsou děti a časem bych chtěla urovnat vztah s matkou, aby jsme si spolu sedly a promluvily si ovšem, aby ona pochopila mě a já ji.“

Respondent č. 4 - Muž, 31 let, závislý 13 let na pervitinu

Jaké bylo vaše rodinné zázemí? Rodinné vztahy?

„Jsem z malé vesnice u Brna. Jsem jediný syn mamky a tatky. Byl jsem jedináček jako. Ted' už nejsem. Táta se s mámou, když mi byly 2 roky rozvedl. Takže mamka zůstala sama se mnou, ale jako měla všechno. Bydleli jsme v rodinném domě, který postavil děda. Tatka šel do Brna, asi když mi bylo 6 nebo možná dřív, to jsem byl jako malý. Máma si našla dalšího chlapa, takže to byl otčím a ten mě vychovával. S ním potom měla moje sourozence. Mám mladšího bratra a sestru o 15 let. Jinak ted' žiju zase u rodičů, protože jsem se tam vrátil, co jsem se rozešel s přítelkyní. Jinak tam tedy žiju celý život. Dva roky jsem byl teda jinde, s tou přítelkyní, pak jsem byl ještě chvílku u kamarádů nebo u kamarádek. Kamarádka s kamarádem měli pronajatý vedlejší dům, tak jsem se tam s nimi chvílku snažil žít, ale úplně to nešlo. Začal jsem tam dělat ty svoje...no, aktivity. Tak se jim to úplně nelíbilo a já jsem se tenkrát vydal jakoby na zkušenou někam do světa nebo alespoň na druhou stranu republiky, abych změnil to prostředí a chtěl jsem se v té době toho vlastně zbavit. Tady toho, té závislosti, štválo mě to.“

Jaké jste měl vztahy s rodiči?

„Jako jo, dobrý. Já jsem nikdy nebyl problémovej. Dětství takový normální celkem, jako dobrej prospěch ve škole. Pak ještě v patnácti jsem šel na střední. Až v prváku teprve začlo moje období, no začal sem jakože brát.“

Jak jste se k drogám dostal?

„Začal sem s trávou. Experimentoval jsem, protože mě to samotného zajímalo. Nikdo mi nic nenutil, žádné party jsem se nechytal, šlo vyloženě o to, že já jsem chtěl. Měl jsem svou hlavu. Třeba spolužáci, se kterými sem chodil ven, tak oni všichni už kouřili třeba od dvanácti a já jsem byl spíše ten, co se jako nenechal přemluvit k ničemu. Tak jsem zkusit tu trávu, protože mě prostě zajímalo, co to se mnou udělá. Bylo to vyloženě moje rozhodnutí, takže jsem začal hulit. V tom byl spolužák, co byl ten hulič, jako dost. Já jsem se ho jako chytl sám, takže už na té střední jsme šli třeba ve vyučování někam na záchod si zapukat. To jsme potom dělali každou chvíli. Tenkrát jsem byl hodně introvert. Poslouchal jsem třeba jako nějaký metal, nechal jsem si narůst dlouhý vlasy. Nedával jsem v hodině pozor, protože jsem ani nepotřeboval, nemusel jsem se moc učit. Takže to je moje období trávy.“

Jak jste přešel k pervitinu?

„No už mě jako štvalo, že jsem se nedokázal třeba vyjadřovat. To jsem měl asi z dětství, že jsem neměl vůbec žádný sebevědomí. Já jsem byl, jakože ve výběrové třídě, protože jsem měl dobrý prospěch, ale tam byly takový jako z bohatších rodin, všichni adidas na sobě a já jsem měl na sobě ty obnošený hadry. Tenkrát jsem jako neměl to sebevědomí, když sem začal hulit, tak to sebevědomí sem neměl už jako vůbec. Neuměl sem ani oslovit holku, co se mi líbila, protože jsem to v sobě neměl. Byl jsem strašně uzavřený. No a ten spolužák, tak ten zas už potom prostě ve druháku nebo ve třetáku přešel na něco jiného, ale na něm to šlo vidět. Byl to borec, co měl dredy, nosil černý hadry, řetězy kolem krku...no, a ze dne na den přišel, najednou ostríhanej, v barevných hadrech, byl úplně jinej člověk, takovej akční. Mě pořád dávala zabrat i ta tráva, byl jsem zmatenej, neuměl se vyjadřovat. Neměl jsem v sobě žádnou důvěru nebo jako charakter mně to rozbilo. To mi bylo těch 15 let zhruba, a to alkoholický zkoušení s trávou. Trvalo to asi ty 3 roky. Já jsem byl jako takový strašně zaseklý v životě. No a pak už mě to začalo zajímat. Říkal jsem, že to chci zkusit, věděl sem, co on bere. On vlastně prostě šňupal, šňupal ten perník, no.“

Jaké to pro vás bylo brát pervitin?

„Ve mně se to už bilo, ale říkal jsem, chci to zkusit. Samozřejmě tam byly představy. Nikdy bych nespádl do něčeho víc, nikdy bych si třeba nepíchl, mám k tomu odpor odmalička. To tam byly ty představy a dlouho. Ale v 18 jsem si to poprvé zkusil šňupnout. Sám zase, nikdo mi to nepodstrčil, chtěl jsem to, on mně to sám říkal „víš, co s tebou dělá ta tráva, neber ty těžký drogy“, říkám „Já to chci jenom zkusit“. Tak jsem to zkusil. Poprvé to nikdy nestačí, takže jsem to zkusil znova, třeba po nějakém dalším období v rámci měsíce, jo. Pak znova, pak znova, pak už mi to začalo jakoby něco dávat. Ze začátku to, co jsem aji chtěl. Najednou jsem byl hrozně komunikativní, zábrany byly pryč a já jsem najednou byl akční. To, co jsem chtěl. Líbil se mi ten efekt ze začátku, protože já jsem něco takovýho potřeboval. Jo, abych nebyl tak zaseklý, takže mi to dalo to, co jsem od toho očekával. Takže ze začátku jsem z toho byl nadšenej, ale nevím, mám docela odmalička takovou bohatou fantazii. Tenkrát to bylo že se mi úplně otevřela hlava, mysl, prostě fakt jsem začal vnímat hodně věcí a připadalo mi, že jsem hodně inteligentní. Ono to tak třeba i bylo, ale jenom po určitou dobu. Takže já jsem věděl najednou, co chci. To jsem si tenkrát neuměl uvědomit, kdo jsem, co chci. Nebylo to jenom z toho stavu, ale i potom, jo. I bez toho jsem byl najednou takovej sám sebou.“

Jak dlouho jste bral drogy?

„No, bral jsem asi nějakých 13 let. Hned od těch 18 let, ale třeba ve 20 tam byl takovej vrchol, kdy mi to fakt dávalo. Dneska je mi 31 let. Já jsem prostě věděl, co chci. Měl jsem tu fantazii. Dokázal jsem si představit spoustu věcí, jak fungují. Taky jak chci žít a co chci. Já jsem věděl, že tam byl bod, věděl sem, že pokud nepůjdu, nezačnu s tím podle těch svých myšlenek a budu pokračovat dál s tou látkou, že si to tím pokazím. Já jsem to věděl moc dobře.“

Chtěl jste už tenkrát přestat brát?

„Chtěl. Tenkrát si myslím, že jsem byl docela spojený s tím, jak to fakt je a nebylo to žádné pobláznění nebo tak. Jenomže vždycky na konci těch dvou dnů, co jsem si to dal jsem nemohl spát, ale absolutně ani vteřinu, to mám dodnes. No, a když už to začalo opadat, šli jsme spát. Chodil sem vesměs se spolužákem, on byl úplně jiná povaha, většinou chtěl jít domů a já jsem říkal „teď je to tak skvělý, teď si to užij, pak se vrátíme, až to skončí a pak už ne, pak už bude konec“, ale ne, zítra jsme stejně zas brali. Já jsem, věděl, co dělat mám a co dělat nemám. Jenomže, jak jsem usnul, tak to člověk tolik neprožívá. Musel jsem se z toho pár dní vyspat, protože mi bylo zle. Člověk je úplně moc ospalý a tohle. A pak už jsem na to zas neměl tu sílu. Jak jsem byl slabý a bylo mi špatně a neměl jsem tu náladu na nic, tak zase jsem se k tomu vrátil, zase jsem to chtěl, ta droga hnedka funguje. Závislost jako fyzická ne, ale psychická totálně. Protože bez toho to najednou nešlo, ani přemýšlet, ale stejně jsem tam měl jako furt na paměti, že jsem to věděl, co už je prostě za hranou toho, aby mě to ještě neničilo, ale už jsem to začal dělat, takže pak už se to jenom nabalovalo. Jako bych si házel klacky pod nohy, prostě o něj zakopávám a vím to, že o něj zakopnu, ale zrovna teď mně to pomůže, takže jsem to udělal. No a pak už to začalo, jakože víc a víc. Vystřídal jsem asi dvacet zaměstnání.“

Zaměstnání jste měnil kvůli drogám?

„Ano, vždycky byl problém absence. I když jsem měl novou práci, tak najednou tři dny tam nejsem, protože někde lítám. Já jsem v té práci nikdy problém neměl, jenom potom, když jsem byl fakt někdy už vyřízený. Ale jinak ne, vždycky jsem byl šikovný, snažil jsem se. Takže nakonec jsem se s něma nějak dohodl. No ale pak, když se to stalo už znova, tak prostě jsme se dohodli, že už to jako ukončíme. Ale nikdy mě nikdo nevyhazoval jako se zlou. Ale to už jsem byl potom třeba v páté práci během tří let. Každý měl tu představu, že mě odevšud vyhazujou, ale bylo to úplně jinak.“

Ve vašem okolí věděli, že berete drogy?

„Chodili jsme do jedné obecní restaurace. Jako ta omladina na pivo a tohle, ale najednou tam přijdeme úplně akční...Jasně, že to hned věděli, ale ne všichni. My jsme to tenkrát nějak neventilovali. Bylo tam třeba pár lidí, asi pět, co jsme si to tak občas dali, ale bylo to v pohodě. Mohli jsme se bavit i s těma, co tam pijou. Akorát jsme byli prostě víc, víc jsme se bavili. Ale pak už to prostě začalo, že viděl každý, že máme prostě dluhy, protože já jsem ztrácel furt práci. Pak jsem byl ještě hloupej, nedokázal si uvědomit prostě některé povinnosti. Třeba hned po práci se jít nahlásit na pracák, dva měsíce si v klidu ležím doma, takže mi hnedka vyskáká dluh tamhle, pak támhle, tam jsem si půjčil od kámoše. On ještě tenkrát neměl důvod mi nevěřit, že mu něco nevrátím. Takže dluhy jsou jeden z hlavních problémů, proč jsem tady.“

Rozhodl jste se sám pro léčbu?

„Jo. V posledním roce mě chtěli už párkrát vyhodit z baráku, protože za prvé tam žiji s těma dětma, a ne že bych byl nějak agresivní ani v těch nejtěžších stavech, ale prostě mi harašilo v hlavě. Celou noc sem prostě něco povídal, ale bez zastavení, i když došel táta. Říkal „už drž hubu, my chceme spát“. Řekl jsem, že jo, ale to prostě nešlo zastavit.“

Jaké psychické problémy se u vás objevily vlivem užívání a kdy?

„Bylo mi asi 22 let. Už sem měl dluhy, byl v tom kolotoči a najednou to, co bych nikdy neudělal. Ještě furt ta představa, že si to prostě nebodnu. Furt jsem si to myslel, ale jednou jsme takhle seděli v takovém jakoby doupěti ne. Ale bylo to u kámoša, co měl volný pokoj a my jsme se tam prostě scházeli, hráli jsme hry a mluvili a tak. Tam třeba bylo deset lidí, tam chodili všichni místo do té hospody a já jsem tam čekal na toho kamoša, co měl něco dovézt. Už jsem byl nervózní, protože jsem tenkrát prostě chtěl. A on dojel a říkal „já to mám jenom naředený“, tak jsem se ho ptal, co to jako znamená, on, že si to budu muset píchnout. Říkám, to ani náhodou, jenomže já už jsem tam byl v tom stavu, když jsem to prostě chtěl. On, že zavřu oči a ani to neucítím, tak jsem to prostě udělal. Píchl mi to někdo jiný, ale já jsem to povolil. No a kolem 24 nebo 5 let začalo teda horší období. Tam už to začalo se mnou být fakt zlý. Už mě to v tý hlavě začalo dělat velkej bordel. Měl jsem nějaké schizofrenní, psychózní stavy.“

Jak se ty stavy projevovaly?

„Já jsem vidíval stíny. Byly reálné, nebyl to jako hlas v mé hlavě, ale prostě jsem měl různé vjemy, které tam nejsou vidět ani slyšet. Už jsem byl ze všeho rozhozený. Mně se tady v té době strašně moc změnila osobnost, nějaká identita. Myslím si, že jsem byl prostě posedlý. To jsem nebyl já, to prostě bylo něco a najednou jsem se choval úplně jinak, ale já jsem nikdy nebyl takový, že bych někde něco kradl, někomu ubližoval nebo nějaký agresivní vůči někomu, nějaká nenávist, to ne, ale prostě jako bláznivě jsem se choval. Fakt jako úplně blbosti, najednou někde chodím takhle (ukázka v místnosti). Úplně nelogické chování, nepochopitelné i pro mě. Vždycky, když jsem se z toho nakonec dostal, třeba po třech dnech, tak jsem si říkal, co to zas bylo...uf... už jsem zase normální. Pak jsem vždycky byl šťastný, že to skončilo. Strašně se to obrátilo, byl jsem šťastný, že jsem z toho venku a pak už začalo období, kdy mi to nedává nic dobrého, když jsem si to dal. Prostě jsem byl úplně šílený, jo. To tady nebudu ani popisovat teď, to už bylo moc, mám podivný zážitky.“

To mi zní jako náročné období..

„Já jsem si na to nikdy nezvykl. Vždycky jsem se z toho stavu nějak dostal. Když jsem si to dal, tak ten efekt byl pro mě opačný. Okamžitě jsem se nemohl ovládat, ne že bych byl víc free. Třeba den to trvalo, než mě to jako by pustilo. Když to začalo odcházet ten účinek, tak jsem najednou začal mít trošku tu kontrolu a zase jsem to začal být já. Mně se to úplně otočilo ten stav, nepochopitelně pro lidi, co to užívají. Když mi bylo 26 nebo 7, tak už sem byl v tom kolotoči moc. Už ty dluhy, že mám rozpůjčované různě. Já jsem nelhal, když jsem říkal, že jim to vrátím. Nebo jsem si to myslel, že nelžu. Byla to lež a když jsem zjistil, že jsem jim to nevrátil a zase jsem to šel utratit...začal jsem i trošku hrát, v tom stavu sem mačkal prostě ten automat, házel tam tu výplatu, jak kdybych já byl ten automat, úplně vymazaný týpek. No a pak už to bylo těžké někoho přesvědčovat o tom, že jsem v pohodě. Tahal jsem love (peníze) i z našich, a pak už jsem tam byl jako takový příživník, protože jsem nemohl přispívat normálně na domácnost. Samozřejmě, že jsem se s tím pral v sobě, bylo to šílený.“

„No pak jsem to prostě tenkrát jednou přehnal. To už jsem si to píchal a dal jsem si moc, tak jsem tři dny prostě někde byl. To mi začaly takový těžký stavy, strašně proměnlivá osobnost, úplně jiné vnímání a chování. Celou noc jsem seděl v autě a měl jsem úplně...no samomluvu, že jsem si něco povídal, byli jsme tam dva nebo tři.“

Měl jste pocit, že s někým mluvíte?

„Jo, ani mi nepřipadalo, že by to byly moje osobnosti. Spíš, že se ke mně něco nastěhovalo v hlavě na tu chvíli, že jsem to tam vlastně povolil a já jsem byl takový pozorovatel. V poslední době to přirovnávám k tomu, že jsem si vlastně vypustil duši. Jak jsem si píchl, tak jsem propíchnul plášť, vypustil duši jak na kole. No, a pod tlakem tam vlítlo něco, nahustilo se tam něco jiného, a tak to беру dodnes. Takže prostě ta přivtělená bytost, bylo to divné, hodně divné. Když nejsem na té droze, tak se mi tohle nikdy nestane.“

Proč jste se rozhodl jít na léčbu?

„Kvůli rodičům. Párkrát mě museli pozorovat, jak se chovám, protože v tom pokoji jsem nevydržel být prostě v klidu, furt jsem tam něco šramotil, něco mlel a tak. Podivné pohyby a všechno. No, a samozřejmě mamka mi říkala, že sem zralý na léčení, tak říkám že vím, ale že to zvládnou, že nemám čas se teď někde léčit. Vyspal jsem se a byl zase normální, v pohodě. Říkal jsem si, že tentokrát to zvládnou, přece není možné, abych to zopakoval po tom všem, to si musím pamatovat. Jenomže jak se člověk vyspí, tak je úplně otupený, vlastně jsem byl třeba měsíc úplně v pohodě, všechno na dobré cestě, ale přišel den a najednou jsem byl nespokojený. Najednou nějaká depka a najednou jsem měl slabou vůli a hned mě to napadlo a šlo to. Jeden den špatná nálada a potřeboval jsem si hned dát a vylepšit den.“

„V posledních 2 letech se ten interval užívání strašně zkrátil, že jsem 3 dny v kuse fakt někde lítal, dřel rypákem někde u země. Byl jsem rád, že se vůbec zvednu, že už to skončilo, že už to ustává. Já jsem tři dny nespal a najednou jsem byl úplně v pohodě, tělo se začne regenerovat, najednou mi to i myslelo a byl jsem úplně šťastnej. Najednou za čtyři dny jsem to udělal zas...půjčil jsem si knížku, bez léčby to jde (smích). Jenomže v té knížce to bylo o lidech, co brali jenom 2 roky, já v tom lítám 13 let, takže jsem si řekl, bez léčby to jde, ale s léčbou to půjde líp. Takže jsem se rozhodl do toho jít a proto jsem tady.“

Jak dlouho už tady jste?

„Jsem tady teprve něco přes týden na tomhle oddělení. Jeden týden jsem byl na izolaci. Semka jsem už dorazil komplet čistý. Měsíc jsem to nebral, vysadil jsem i trávu, na kterou jsem mimochodem zvyklej celých 10 let.“

Zkušenosti s terapiemi tady máte?

„Nějaké ano. Psychoterapie, ta skupinová je zajímavá. Ta psychoterapeutická skupina je fakt dobrá. Zatím se teda na mě nějak nedostalo, že bysme probírali mě, protože tam mají už něco rozdělaného a něco se tam probírá. Někdy mám možnost k tomu něco říct, nějaký názor už jsem tady změnil nebo jako pohled na věc. Děje se tady fakt spousta pozitivních věcí. To je pro mě pozitivní, že si tady vyčistím hlavu a tělo. Učím se pravidelně nějaký aktivity, uklízím a mám tady harmonogram. Já jsem stejně za to všechno rád, věřím, že všechno zlé je k něčemu dobré.“

Tohle je vaše první léčba?

„Jo, chtěl bych to tady mít jak jednorázovku. Nechci být ten opakovací pacient. Já tady ten problém chci vyřešit. Ted' mi připadá, že je vyřešený, samozřejmě je to iluze. Můžu dojet a udělat to znovu, to už vím. To už mě šokovalo samotného, že jsem si řekl, že to neudělám a stejně jsem to znovu udělal. Tak se tady v tom chci stabilizovat, 3 měsíce jsou docela bod zlomu.“

Co plánujete po léčbě?

„Cíl je určitě, abych vyřešil tuhleto závislost, protože jsem byl ted' v takovém kolotoči, že co týden jsem bral a nemohl jsem se z toho vymotat. Ted' ještě nervy a stres kvůli práci, dluhy a tak, takže tady mám čas být v klidu. Tady mám všechno, co potřebuji a věřím tomu, že tady tu závislost překonám. Další cíl je hlavně pracovat a opravit nějaké křivdy. Mám nějaký pošramocené vztahy. A to se dá napravit a já to chci napravit. A hlavně to, co musím napravit, jsou finanční závazky, které mám. Musím s tím začít už něco dělat. Můj plán je takový, dostat se odsud s čistou hlavou, mít nějakou sebedůvěru a když by nastal ten den a ta chvíle, tak si vzpomenout a umět to překonat, abych si nic nedal. A začít všechno napravovat.“

Anotace

Jméno a příjmení:	Bc. Tereza Čechová
Katedra nebo ústav:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	doc. Mgr. Michal Růžička, Ph.D.
Rok obhajoby:	2022

Název závěrečné práce:	Speciálněpedagogické a terapeutické intervence u problémových uživatelů stimulačních návykových látek
Název závěrečné práce v angličtině:	Specialpedagogical and therapeutic interventions for problem users of stimulant addictive substances
Anotace závěrečné práce:	Diplomová práce obsahuje základní informace o drogové závislosti na stimulačních návykových látkách a speciálněpedagogických a terapeutických intervencích. V teoretické části jsou definovány jednotlivé intervence a stimulační látky. Praktická část je zaměřena na zjištění přínosu intervencí v léčbě pro klienty absolvující léčbu.
Klíčová slova:	závislost, stimulační návykové látky, speciálněpedagogické a terapeutické intervence, psychické poruchy
Přílohy vázané v práci:	2
Rozsah práce:	81 stran
Jazyk práce:	český