

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA**

Bakalářská práce

2024

Zuzana Matyáštková

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav pedagogiky a sociálních studií

Bakalářská práce

Analýza životních příběhů uživatelů pervitinu

Zuzana Matyáščíková

Olomouc 2024

Mgr. Vlado Balaban, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Analýza životních příběhů uživatelů pervitinu“ vypracovala samostatně a použila jen literaturu a zdroje informací uvedené v seznamu literatury.

V Olomouci 18. 6. 2024

.....

Zuzana Matyáščíková

Poděkování

Ráda bych vyjádřil vděčnost vedoucímu mé bakalářské práce, Mgr. Vladovi Balabanovi, Ph.D., za jeho odborné vedení, vstřícnost, flexibilitu a čas, který mi věnoval. Dále děkuji všem respondentům za jejich důvěru během rozhovorů. Velký dík patří také mé rodině a blízkým za jejich trpělivost a podporu během celého mého studia.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Zuzana Matyáštková
Katedra nebo ústav:	Ústav pedagogiky a sociálních studií
Vedoucí práce:	Mgr. Vlado Balaban, Ph.D.
Rok obhajoby:	2024

Název závěrečné práce:	Analýza životních příběhů uživatelů pervitinu
Název závěrečné práce v angličtině:	Analysis of the life stories of meth users
Anotace závěrečné práce:	Tato bakalářská práce se zaměřuje na poznání životních příběhů jedinců závislých na pervitinu. Teoretická část je sestavena z kapitol, které se zaměřují na vymezení závislosti, pervitinu a terapii. Empirická část práce je založena na kvalitativním výzkumu prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů s uživateli pervitinu.
Klíčová slova:	Závislost, pervitin, prevence závislosti, vývoj závislosti, faktory ovlivňující vznik závislosti, dopady závislosti
Anotace v angličtině:	This bachelor's thesis focuses on understanding the life stories of individuals addicted to methamphetamine. The theoretical part is made up of chapters that focus on defining addiction, meth, and therapy. The empirical part of the thesis is based on qualitative research through semi-structured interviews with meth users.
Klíčová slova v angličtině:	Addiction, meth, development of addiction, factors influencing the emergence of addiction, effects of addiction
Přílohy vázané v práci:	Přepisy rozhovorů s respondenty Kategorizovaný seznam kódů
Rozsah práce:	61 stran
Jazyk práce:	Český jazyk

Obsah

Úvod	8
1 Závislost	10
1.1 Rozdělení drogové závislosti	11
1.1.1 Psychická závislost	11
1.1.2 Fyzická závislost	12
1.2 Zdravotní rizika spojené se závislostním chováním	12
1.2.1 VHC a VHB	13
1.2.2 HIV/AIDS	13
1.2.3 Kožní infekce	14
1.2.4 Pohlavně přenosné infekce	14
1.2.5 Tuberkulóza	15
2 Teorie závislosti	16
2.1 Metafora nemoci	16
2.2 Závislost jako naučené chování	16
2.3 Odpověď na bolest	17
3 Modely závislostí	18
3.1 Bio-psycho-socio-spirituální model závislosti	18
3.1.1 Biologická úroveň	18
3.1.2 Psychologická úroveň	19
3.1.3 Sociální úroveň	20
3.1.4 Spirituální úroveň	21
3.2 Model minimalizace rizik	21
4 Metamfetamin	23
4.1 Vývoj drogové scény v České republice	24
4.2 Metamfetamin a jeho momentální role v Evropě	26
4.3 Česko jako jeden z nejvýznamnějších výrobců metamfetaminu	27
4.4 Efedrinové/pseudoefedrinové metody, typicky používané v ČR	28
4.5 Klíčová zjištění hrozeb	29
4.6 Předvídaní budoucích hrozeb	30
5 Metody psychosociální podpory	32
5.1 Empowerment	33
5.2 Kontaktní práce s uživateli drogy	34
5.3 Zapojení peer pracovníku v drogových službách	36
5.4 Psychosociální poradenství	37

5.5	Motivační rozhovory	38
5.6	Případová práce	39
5.7	Krizová intervence	41
5.8	Psychoterapeutická podpora.....	43
5.9	Psychoterapie a harm reduction	43
5.10	Recovery koučování	46
	Empirická část	48
6	Vliv závislosti na pervitinu na život uživatelů	48
6.1	Východiska a metodologie výzkumu	48
6.2	Analýza životních příběhů uživatelů pervitinu - Rozbor výzkumu	49
	Závěr a shrnutí	58
	Seznam literatury	60

Úvod

Nealkoholové návykové látky jsou nedílnou součástí dnešní společnosti. Jejich kořeny sahají hluboko do minulosti a jejich přítomnost zůstala aktivní dodnes.

Drogy jsou neodmyslitelnou součástí lidstva již od pradávna. Lidé pro ně našli spousta využití, zneužívali je při náboženských rituálech nebo fungovali jako rychlá pomoc při bolestivých stavech. V dnešní době jsou spíše nástrojem pro únik z reality, zklidnění stresu a úzkostí. Mnoho jedinců drogu užije také za cílem zábavy či uspokojení. V dnešní době není tajemstvím, že jsou nelegální drogy velmi snadno dostupné, to je také jeden z mnoha důvodů, proč jsou čím dál dostupnější také pro naše děti. Ti si však mnohdy nedokážou uvědomovat následky svého zkratkovitého jednání a tenké hranice mezi experimentováním a vznikem závislostí.

Závislost na těchto látkách je stále závažnějším a rozšířenějším problémem v majoritní společnosti. Má devastující dopad na jedince i společnost. Pervitin je jednou z mnoha silně návykových látek a vnímám jej jako nejrozšířenější a nejdostupnější nelegální tvrdou drogu. Jeho dlouhodobé užívání ovlivňuje psychické, fyzické i sociální zdraví jedince. Drogová kariéra je často spjata s kriminální činností, která vede ke vzniku problémů se zákonem. Vede k rozpadu osobních vztahů, představuje možnou ztrátu zaměstnání či vzdělání, způsobuje finanční problémy a mnohdy končí ztrátou bydlení. Proto se domnívám, že závislostní chování má dopady na celý život uživatele a jeho blízkých.

Žijeme v moderní, uspěchané době, kde jsou na jedince kladeny čím dál větší nároky. Je kladen důraz na vzdělání, rozšiřují se školní osnovy, zvyšují se profesní nároky a online svět se vyvíjí čím dál rychleji. Tyto všechny faktory pak mohou negativně ovlivňovat kvalitu života, duševního zdraví a psychické pohody. Drogy vnímám jako prostředek k naplnění chybějící potřeby, a právě toto fiktivní, chvilkové uspokojení může vést ke vzniku závislostí.

Faktory ovlivňující vývoj závislosti jsou pro mě velmi zajímavým tématem, proto jsem se rozhodla této problematice věnovat i svou bakalářskou práci. S jedinci závislými na pervitinu se setkávám ve svém profesním i osobním životě a právě faktory, které vznik této závislosti ovlivňují, jsou za mě klíčovými ve směru k lepšímu porozumění závislých jedinců a klíčem k prevenci před vznikem těchto závislostí.

Práce se zaměřuje pouze na závislost na pervitinu, nikoli na další nealkoholové návykové látky, a to právě z důvodu vysoké popularity metamfetaminu. Je rozdělena na dvě části – teoretickou a praktickou část.

Teoretická část je rozdělena na čtyři kapitoly a několik podkapitol. Nejprve se pokusím objasnit pojem závislost a vše, co s tímto pojmem souvisí. Další kapitola je věnována prevenci, a to jak v rovině primární, sekundární tak terciální. Pokračuji pojmem metamfetamin, kde se soustředuji na stručné porovnání historie a současnosti. A v poslední části mé práce píšu o různých specifikacích této závislosti v návaznosti na zdravotní rizika až po dopady na duševní zdraví.

V druhé, praktické části je realizován výzkum podrobné analýzy životních příběhů drogově závislých formou kvalitativního výzkumu, konkrétně polostrukturovanými rozhovory s cílem zjistit příčiny proč respondenti začali drogy užívat, jaký je jejich život se závislostí a důvody, které respondentům brání vymanit se ze spárů drogové závislosti.

Hlavním cílem bakalářské práce je přiblížit čtenáři drogovou problematiku, lépe porozumět závislým na pervitinu a zdůraznit důležitost faktorů, které tuto závislost ovlivňují.

1 Závislost

„*Tam kde je já „místem úzkosti“, ještě někdo prchá před sebou samým a nechce to akceptovat.*“ (C. G. Jung In Růžička a kol., 2012, s. 46)

Závislost, jinak řečeno nemoc, porucha či patogenní jev, je stav, který způsobuje pravidelné užívání návykové látky v různém množství. Dělíme ji na psychickou a fyzickou. Je to touha po užití a uspokojení svých potřeb. Psychický stav, který jedinec prožívá po užití látky je jako extáze, kterou jedinec začne potřebovat čím dál častěji, bez tohoto prožitku si mnohdy nedokáže představit své další bytí. Tělo, respektive organismus se postupem času začne této látce přizpůsobovat a při absenci této látky se dostávají nepříjemné abstinenční příznaky. Projevy abstinenčních příznaků mohou být různé, často se projevují nadměrným pocením, třesem horních i dolních končetin, křečemi a bolestmi břicha, zvracením, průjemovými stavy nebo třesem očních víček.

Dle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí zní její definice takto „*Syndrom závislosti je skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha brát psychoaktivní látky.*“ (Nešpor, 2011, s. 10)

Domnívám se, že k závislostnímu chování mají větší sklony jedinci s neuspokojenými vlastními potřebami. Jedinci, kteří se nacházejí v tíživých životních situacích, prožívající pocity stresu a úzkosti. Jedinci, kteří nezakouší pocity štěstí tak často jak by si přáli. Stav po užití drogy vnímám jako nepopsatelný a nepřenositelný zážitek spojený právě s pocity blaženosti. Stav, kdy droga jedinci naplní jejich neutišenou potřebu.

Grepl definuje drogovou závislost takto: „*Drogová závislost je psychický a fyzický stav, který vyplývá ze vzájemného působení mezi živým organismem a drogou, charakterizovanými změnami chování a jinými reakcemi, které vždy zahrnují potřebu brát pravidelně drogu pro její psychické účinky anebo proto, aby se zabránilo nepříjemnostem při její nepřítomnosti v organismu.*“ (Mahdalíčková, 2014, s. 31)

Diagnóza závislosti by se dle Nešpora (2011) měla stanovit až ve chvíli, kdy došlo během dvanácti po sobě jdoucích měsíců k třem nebo více z těchto jevů:

- Silná touha po užití drogy

- Problémy při sebekontrolě v průběhu drogy
- Pocítění abstinenčních příznaků
- Nutnost zvyšování dávek drogy, z důvodu vznikající tolerance
- Zanedbávání zájmů a potěšení
- Pokračování v užívání, i přes prokazatelný negativní a škodlivé dopady

Lze tedy říci, že závislost se vyznačuje fyzickou, psychickou a emocionální závislostí na určité látce. Je to stav, který lze charakterizovat silnou potřebou po užití určité omamné látky. Má vážné dopady na zdraví jedince, na jeho budoucí život i jeho blízké okolí. Zejména drogová závislost je často spojována s konflikty se zákonem a často má také nevratné dopady na zdravotní stav jedince. Léčba tohoto stavu může být mnohdy komplikovaná a může vyžadovat různou kombinaci terapií.

1.1 Rozdělení drogové závislosti

1.1.1 Psychická závislost

Psychická závislost bývá mnohdy bagatelizována samotnými uživateli, jejich blízkými i širokou veřejností. Ve skutečnosti je však psychická závislost mnohdy nebezpečnější než ta fyzická. Je hůře ovladatelná a ovlivnitelná a její zvládnutí vyžaduje mnohem více než pevnou vůli. Právě psychická závislost je příčinou recidiv, a to i po několikaleté abstinenci. Může trvat i několik let a vyžaduje zásadní změny v životě uživatele či abstinenta. (Mahdalíčková, 2014)

Psychická závislost postupně navodí změny v prožívání jedince. Je to stav vyznačující se nutkavou potřebou užít látku tzv. craving. Každé užití vytvoří v mozku stopu, je to jakási cesta pro přenos příjemných zážitků, čím častěji po ní tyto zážitky proudí, tím stabilnější je a tělo začne toužit po dalším takovém přenosu. Tělo si příjemné zážitky pamatuje déle než ty nepříjemné a je spjata s určitými situacemi, lidmi a místy. Proto je nejlepší prevencí relapsu vyhnout se potencionálním spouštěčům cravingu jako je např. setkávání s bývalými spoluuživateli. Rizikové je i vlastní prožívání nebo tíživé životní situace, které dřív jedinec řešil právě užitím drogy. (Růžička a kol., 2012)

Psychická závislost se vždy projeví nejsilněji po vysazení drogy, kdy dochází k abstinčním příznakům jako jsou depresivní stavy, apatie, úzkost a podráždění. (Růžička a kol., 2012)

1.1.2 Fyzická závislost

Fyzická závislost nutí uživatele dodržovat určitý časový harmonogram užívání drogy tak, aby zamezila projevům odvykacího stavu. (Mahdalíčková, 2014)

Fyzickou závislost způsobuje dlouhodobé pravidelné užívání. Látka se adaptuje na chod organismu a stane se tak součástí látkové výměny, to vede tělo k závislosti na dané látce. Po vysazení nebo snížení obvyklé dávky začne tělo reagovat abstinčními příznaky. Mezi nejčastější řadíme třes, nevolnost, nadměrné pocení, křeče, zvracení, poruchy srdečního rytmu, vědomí či dýchání a ve vážných případech mohou vést až ke smrti jedince. (Růžička a kol., 2012)

Psychické i fyzické abstinční příznaky mohou vést jedince často ke zkratovému jednání. V případě, kdy jedinec pocítuje silnou touhu a potřebu po užití další dávky a objeví se překážky, které mu brání v naplnění této potřeby, může jeho chování často překročit jeho vlastní morální hranice. Jako nejčastější překážku pro uživatele vnímám nedostatek financí pro zakoupení další dávky. Tato situace jedince často vede k obstarání peněz nelegálními způsoby jako je např. prostituce, krádeže nebo výpůjčka peněz od lichváře. (Růžička a kol., 2012)

1.2 Zdravotní rizika spojené se závislostním chováním

Uživatelé nealkoholových návykových látek, zejména ti, kteří drogy užívají intravenózně, jsou jednou z nejrizikovějších skupin ohrožených přenosem infekčních nemocí. To může být zapříčiněno oslabením imunitního systému, který v důsledku užívání drog ztrácí schopnost se infekci bránit, rizikovým užíváním jako je sdílení injekčního materiálu nebo nechráněným pohlavním stykem. (Nešpor, 1996)

Díky svému životnímu stylu se vystavují zejména nákaze přenosných chorob, mezi které nejčastěji řadíme HIV, hepatitidu B a C, tuberkulózu, virovou hepatitidu A, bakteriální kožní infekce, systémové infekce a pohlavně přenosné nákazy. (Úřad vlády České republiky, 2012)
Níže si přiblížíme některé z nich.

1.2.1 VHC a VHB

Hepatitida typu C a B patří mezi nejrozšířenější přenosné infekce krví, u nás. K přenosu u uživatelů dochází nejčastěji při sdílení injekčních jehel, stříkaček, nebo jiného materiálu, který slouží k přípravě drogy. Rizikovou skupinou však tvoří také veřejná společnost, ke které se nákaza může rozšířit například nechráněným pohlavním stykem, kdy se nákaza předává skrze tělní tekutiny, nebo nechtěným stykem s infikovanými předměty. Častokrát se ve společnosti také můžeme setkat s jedinci s drogovou minulostí, nebo s bývalými sexuálními partnery nakažených, kteří mohou nevědomě tuto infekci předávat dál. (Úřad vlády České republiky, 2012)

Oba tyto typy se pojí s vysokou mírou infekčnosti, což představuje významný problém v oblasti veřejného zdraví. Tyto viry způsobují chronická onemocnění jako cirhózu a rakovinu jater a mohou vést až k úmrtí. V České republice i v celé EU se infekce šíří především rizikovým užíváním drog, zejména injekčním užíváním, jak jsme již zmínili. Podle zprávy ECDDC je v EU přibližně jeden milion injekčních uživatelů drog s chronickou infekcí VHC. Riziko nákazy roste s délkou injekčního užívání. Problém zhoršuje i fakt, že mnoho lidí si svou infekci neuvědomuje, což zdůrazňuje potřebu preventivních programů. (Úřad vlády České republiky, 2012)

1.2.2 HIV/AIDS

Nákaza virem HIV způsobuje oslabení imunitního systému, které mu zamezuje v účinném boji s infekcí. Virus cílí zejména na specifickou skupinu bílých krvinek, které mají klíčovou roli v imunitním systému člověka. V těchto buňkách se virus rozmnožuje a jeho genetický materiál se integruje do DNA buňky. To vede k poškození funkce těchto buněk, a nakonec k jejich zániku. Tento proces vede k vývoji mnoha infekcí, které nakonec vyústí do fáze onemocnění známého jako AIDS. (NZIP, 2020)

K nejčastějším formám šíření tohoto viru řadí mnohé oblasti z celého světa právě rizikové užívání. Aktivní uživatelé mohou být rizikovější skupinou také z důvodu toho, že návykové látky sami o sobě oslabují imunitní systém, což riziko přenosu infekce zvyšuje. Nutno říci také to, že stav intoxikace, snižuje opatrnost jedince a jeho schopnost efektivně se bránit. (Nešpor, 1996)

Jedním z nástrojů prevence proti této nákaze je šíření povědomosti o testování tohoto viru a samotné testování, které probíhá již i v nízkoprahových zařízeních jako jsou např. K-centra.

K tomuto testu je vždy nutný souhlas uživatele, který by měl být posléze informovaný o jeho výsledku. V případě pozitivity je nutné, aby se k uživateli dostali odborné a srozumitelné informace o tom, co pro něho nákaza znamená. K tomuto tématu je také potřeba přistupovat s opatrností a ohledem na jeho citlivost. (Nešpor, 1996)

Existuje mnoho způsobů, jak se vyhnout nákaze. Jedním z nich může být rozhodnutí o užívání drog jinak než nitrožilně nebo provozování sexuálního styku s použitím vhodné ochrany, což výrazně snižuje riziko přenosu. (Nešpor, 1996)

1.2.3 Kožní infekce

Mezi kožní infekce patří především vznik boláků, abscesů nebo otevřených ran, které často vznikají na místech vpichu díky použití nečistých nebo nesterilních materiálů. Zlatý stafylokok je častým původcem těchto infekcí. I když tyto infekce obvykle nejsou vážné, mohou vést k zánětům kostní dřeni, hlubokým žilním trombózám nebo endokarditidě. Streptokok skupiny A může také způsobovat záněty kůže, které mohou vést k tetanu nebo botulismu, což je onemocnění s příznaky svalové slabosti, problémů s řečí nebo viděním a v závažných případech vede až k ochrnutí. Ačkoli jsou vážné infekce poměrně vzácné, mohou vést k závažným následkům, a dokonce i k úmrtí. (Úřad vlády České republiky, 2012)

1.2.4 Pohlavně přenosné infekce

Životní styl spojený s užíváním drog často zahrnuje i jiné formy rizikového chování. To se často projevuje rizikovými sexuálními praktikami, které zvyšují riziko přenosu infekčních chorob. Zvýšené finanční náklady na drogy často vedou uživatele k provozování sexu za peníze nebo výměnou za drogy. Intoxikace navíc snižuje úsudek, což může vést k opomíjení zásad bezpečného sexuálního chování. Omezený přístup k lékařské péči a testování na infekční nemoci je dalším problémem, protože služby často nedosáhnou na tyto jedince. Je však prokázáno, že uživatelé drog jsou náchylnější k přenosu infekčních chorob než většinová populace. (Úřad vlády České republiky, 2012)

Častou pohlavně přenosnou infekcí u nás a v Evropě je infekce zvaná syfilis. Staršími lékaři je tato choroba označována jako „opice nemocí“, tuto přezdívku získala zejména díky projevům pokročilých stádií nemoci, které napodobují řadu jiných onemocnění. (Nešpor, 2018, s. 35) Vyznačuje se třemi stádii, nejpokročilejší je tzv. terciální stádium, které může vést až ke

smrti jedince. Mezi běžné projevy této choroby řadíme bolest hlavy, svalů a kloubů, nesvědívou narůžovělou vyrážku, zvětšení lymfatických uzlin, časné postižení mozku nebo záněty jater, očí a ledvin. (NZIP, 2024)

1.2.5 Tuberkulóza

Injekční uživatelé drog jsou častokrát vystaveni nepříznivým faktorům sociálního prostředí nebo se sami vystavují formám rizikového chování. Může se jednat o formy bezdomovectví, špatné životní podmínky, chudobu nebo nadměrné užívání alkoholu. To vše ve spojitosti s užíváním drog představuje zvýšené riziko pro rozvoj tuberkulózy. Uživatelé drog, kteří vykazují známky těchto rizikových faktorů, jsou také vystaveni vyšší pravděpodobnosti úmrtí na tuto infekci. Hlavní aspekt nákazy je spatřován zejména ve snížené imunitní činnosti, což je jeden z důsledků aktivního užívání drog nebo již rozvinuté nákazy virem HIV. Za nejohroženější skupiny jsou považovány jedinci prokazující zvýšenou nemocnost nebo jedinci s nejhorší dostupností lékařské péče. Běžnou formou tuberkulózy je také latentní forma tohoto onemocnění, kdy jedinec nevykazuje aktivní projevy nemoci, ale bakterie zůstává v těle stále aktivní. (Úřad vlády České republiky, 2012)

2 Teorie závislosti

2.1 Metafora nemoci

Teorie závislosti jako nemoci je známá již od konce 18. století. Za jejího autora je považován Benjamin Rush, který závislost definoval jako nemoc vůle. Dle Rushe závislost vzniká dobrovolným užíváním destilátů, které se postupně stává nekontrolovatelným. Tvrdil, že jediné východisko z této situace je abstinence. (Millerová, 2011)

Na popularitě však tato teorie vzrostla až ve 30. letech 20. století, kdy ji přijalo za své hnutí Anonymních alkoholiků. Toto hnutí se snažilo metaforu nemoci opřít o teorii alergie na alkoholu, a i po vědeckém zpochybnění tohoto tvrzení u teorie přetrvávali. (Millerová, 2011)

Nyní je téměř ve všech částech světa chápání závislostního chování jako nemoci nebo poruchy dominantním přístupem. Jeho hlavním rysem je ztráta kontroly a tím i snížená schopnost rozhodovat se a ovládat své impulzy. (Úřad vlády České republiky, 2019)

Změny ve struktuře mozku u závislých jedinců dokazuje teprve rozvoj neurovědy. Tyto výzkumy dokazující zúžení šedé kůry mozkové začal později uvádět Americký národní úřad pro drogy a závislosti. *„Podle nich se pozorované ztenčení vláken směřujících z kůry mozkové do středního mozku zásadně podílí na „ztrátě kontroly“ jako hlavního rysu závislosti, který je dále prožíván na subjektivní úrovni jako nemožnost zastavit svoje závislé chování.“* (Nepustil a Geregová, 2020, s. 25)

Tato teorie si také klade za cíl předcházet stigmatizaci závislých jedinců, kteří jsou považováni za jednu z nejrozšířenějších skupin, které musí ve velké míře čelit odmítnutí ze strany veřejné společnosti. Naplňování tohoto cíle je však velice diskutabilní. Majoritní společnost totiž evidentně odmítá přijmout teorii, že je závislost onemocnění jako každé jiné. Označení závislosti za nemoc cílí také na minimalizaci pocitů vinný samotného uživatele. (Nepustil a Geregová, 2020)

2.2 Závislost jako naučené chování

Tato teorie tvrdí, že viditelné změny mozku u jedinců se závislostí souvisejí s procesem učení a rozvojem – nikoli s nemocí. Cílem však není bagatelizovat či vyvracet pocity bezmoci spojené s nezdarem vzdát se svého návyku. Teorie vychází z tvrzení, že závislost je řada návyků, které mají aktivní účast na specifických vzorcích chování. Tyto vzorce se pak stávají

opakováním upevňují tak, že je posléze není snadné opustit. Neoznačuje však tento stav za úplnou ztrátu kontroly. Konstatuje, že má jedinec možnost volby za jakýchkoliv podmínek a vyvrací tvrzení, že člověk ztrácí kontrolu skrze nemoc. (Nepustil a Geregová, 2020)

Ve druhé polovině dvacátého století také dochází k zásadnímu převratu v rámci neurovědy, kterým se stal objev neuroplasticity. Mozek již není vnímán jako stoj ale jako ekosystém nebo sociální síť. Vývoj mozku je stejně jako vývoj lidstva neustálý a nepředvídatelný. Změna mozku je vnímána jako přirozená. Žádnou jeho podobu, stejně jako podobu společnosti, tedy nelze označit za „normální“ nebo „správnou“. (Nepustil a Geregová, 2020)

Opakované užití návykové látky, která vyvolává pocity intenzivního potěšení, posiluje některá nervová spojení. Těmi jsou například skupiny neuronů, které participují na regulaci pocitů, myšlení nebo paměti. Další oblasti nervové soustavy, které jsou tímto chováním posíleny, mohou být také regulátory zraku, čichu či bolesti. V tomto důsledku se potom může značně proměňovat každodenní život člověka. (Nepustil a Geregová, 2020)

Cílem této teorie je podpora učení, která by vedla k jiným vzorcům chování. Učení jako takové je přirozeným procesem, který vede jedinec samotný. Proto je úkolem pracovníka například nabídnout jiné možnosti řešení situací nebo vytvořit bezpečné prostředí, které by podpořilo učení a rozvoj. (Nepustil a Geregová, 2020)

2.3 Odpověď na bolest

Tato teorie se snaží nalézt odpověď na vznik závislosti. Návykové látky jako takové totiž nedisponují žádnou složkou, která by zapříčinila vznik závislostního chování. Pravděpodobnost, že si člověk vybuduje závislost pravidelným užíváním návykové látky, je nejvýše dvacetiprocentní. Existuje také celá řada aktivit, na kterých si lidé budují závislost a žádné psychoaktivní látky neobsahují, jsou jimi například závislosti na patologickém hráčství herních automatů nebo nakupování. (Mahdalíčková, 2014)

Teorie tvrdí, že za odpovědi, proč má část populace větší sklony k vybudování závislosti, nestojí geny, které závislostní chování ovlivňují spíše nepřímo ale traumatický zážitek z dětství. (Mahdalíčková, 2014)

Dle Gábora Maté (2020, citováno podle Nepustil a Geregová, 2020) je možné vystopovat v životě každého závislého jedince zranění, které má za následek vyhledávání útěchy formou závislostního chování. Definiuje závislost jako „*odpověď na bolest, nikoliv touhu po potěšení*“.

Vnímá závislost jako metodu zvládnání dlouhodobé frustrace, kterou lze pozorovat na úrovni neurochemické, sociální i emocionální.

Tato teorie napomáhá k pochopení jedinců, u kterých se projevuje patologické chování. Může se jednat o injekční uživatele pervitinu, kteří mají mnohdy přidružené psychiatrické diagnózy, žijí na ulici nebo získávají výdělek formou prostituce či kriminální činnosti. Jestliže se dostane těmto jedincům porozumění skrze jejich prožitou bolest, pomůže nám to lépe porozumět jejich nynějšímu chování. Nedostatek pocitu bezpečí a citové vazby v dětství, může u jedince později vyvolat pocity nedůvěry a neuspokojení emocionálních potřeb. Řešením této situace je pak závislost na čemkoli, co alespoň krátkodobě nabídne pocity bezpečí a sebedůvěry. (Mahdalíčková, 2014)

3 Modely závislosti

3.1 Bio-psycho-socio-spirituální model závislosti

Závislost je výsledkem několika faktorů, které zvyšují riziko jejího vzniku. Nelze tak automaticky předpokládat, že k propuknutí závislosti dojde na základě toho, že je u jedince některý z těchto rizikových faktorů přítomen. Znalost těchto faktorů, může být velmi prospěšná pro následnou léčbu či odkrytí příčin závislosti. (Ružička, 2012)

3.1.1 Biologická úroveň

Tato oblast je stále nedostatečně prozkoumaná a stále se pátrá po příčinách či predispozicích ke vzniku závislosti. (Ružička, 2012)

Temperament a impulzivita jsou považovány za vrozené složky osobnosti. Jejich intenzita podporuje tendenci vyhledávat nové a vzrušující zážitky, stejně jako aktivity, které snižují nebo odstraňují zábrany. (Křížová, 2021) To představuje zvýšené riziko počátkům experimentální jednání s drogou.

Jedním z rizikových faktorů je užívání psychotropních látek a dalších nevhodných léků v době těhotenství matky. Rizikový může být také samotný porod, a to zejména porod komplikovaný, kde bylo nezbytné použití tisících prostředků. Jestliže jedinec, který se před porodem či těsně po něm, setkal s některou z omamných látek, a užije jakoukoliv drogu, tělo si vybaví zapomenutý stav či emoci, kterou v něm látka kdysi vyvolala. V prvních dnech života dítěte jsou rizikové také traumata, odloučení od matky či týrání. (Ružička, 2012)

Mezi závislostí žen a mužů, existuje odchylka přímo závislá na působení hormonů. Menstruační cyklus ženy mění její náchylnost k vývoji závislosti. Léčba ženy ovlivňuje lépe než muže, jsou však náchylnější k relapsům, a to zejména v tíživých životních situacích, zatímco muž relapsuje spíše ve dnech radostných. (Ružička, 2012)

Dalším rizikovým biologickým faktorem je věk jedince. Vývoj závislost je rychlejší a zanechává mnohem drastičtější dopady na organismu, který není ještě zcela vyvinutý. (Ružička, 2012)

Vědecky podloženou genetickou predispozici najdeme pouze u dětí jedinců závislých na alkoholu. U těchto dětí se rozvinula vyšší tolerance k alkoholu, to znamená, že takovýto jedinec, musí požit větší množství alkoholu nežli ostatní, aby se u něj dostavil blažený stav opilsti. Tato skutečnost představuje vyšší riziko ke vzniku závislosti. Jedinci závislí na alkoholu mají poškozený gen pro kontrolu radosti, proto je předpoklad pro získání pocitu radosti prostřednictvím alkoholu vyšší. (Ružička, 2012)

3.1.2 Psychologická úroveň

Vznik závislosti ovlivňují také psychické rizikové faktory. Mezi ty nejčastější, které vznikly již v době prenatální, řadíme nechtěné těhotenství a jakékoliv negativní prožívání matky v době těhotenství jako jsou deprese, úzkosti nebo stres. Důraz je kladen zejména na dobu po narození, kdy je konfrontace s rizikovými faktory vyšší. Velmi důležitý je zdravý a harmonický vývoj dítěte. Tento proces zahrnuje citlivou péči a podporu odpovídající individuálním potřebám dítěte. V případě, kdy nejsou dlouhodobě tyto potřeby naplněny, může docházet k jejich uspokojení formou zneužívání omamných látek. (Ružička, 2012)

Ohroženou skupinou mohou být také jedinci trpící depresemi či úzkostnými poruchami. Droga nejprve přináší vytouženou úlevu od projevů onemocnění, a právě toto uspokojení, je motivem pro její opakované užívání. (Ružička, 2012)

Další ohroženou skupinou jsou zejména jedinci trpící poruchou osobnosti či chování. Také osobnost jako taková může být faktorem pro vznik závislosti. Mezi osobnostní rizikové rysy řadíme nízké sebevědomí a hodnocení, nezralost, emoční labilitu, problémy v sociálním začlenění nebo nízkou toleranci vůči frustraci. (Ružička, 2012)

3.1.3 Sociální úroveň

Každá interakce s ostatními lidmi je jako malá kresba na plátně našeho života, která postupně utváří celkový obraz toho, kdo jsme. (Chat GPT, 2024)

Člověk je bytost sociální, a proto jej společnost formuje celý jeho život. Z tohoto důvodu jsou sociální faktory ty nejrizikovější. Mezi základní faktory řadíme rodinu, sociální postavení, sociální okolí, rasovou příslušnost nebo ekonomickou situaci rodiny či státu. (Ružička, 2012)

Závažné rizikové faktory mají mnohdy zdroj v rodině, ve které jedinec vyrůstá a formuje svou osobnost. Dochází zde k primární socializaci a formují se morální hodnoty a normy dítěte. V případě, kdy jedinec vyrůstá v prostředí, kde jeden či více členů domácnosti užívají omamné látky a ostatní takovéto jednání tolerují, nebo jej dokonce schvalují, může být tento vzorec chování dále přejímán. (Ružička, 2012)

Jako dalším rizikovým faktorem může být také nevhodně zvolený styl výchovy. Liberální styl výchovy, kdy je výchova velmi volná a postrádá stanovené hranice, či naopak výchova autoritativní, která se vyznačuje velmi přísnou kontrolou, může také vést jedince k úniku k droze. (Ružička, 2012)

Dalšími rizikovými aspekty mohou být nedostatek volného času na dítě, týrání či zneužívání, nízké sociální postavení rodiny, nedostatečná komunikace v rodině, časté stěhování nebo úplná absence jednoho či obou rodičů. (Ružička, 2012)

Druhou nejzásadnější společenskou skupinou jsou vrstevnické party, a to zejména v době adolescence. V tomto období cítí jedinec silnou potřebu přijetí a uznání. Jestliže se takovou skupinou stane parta vrstevníků experimentující s drogou, ostatní členové skupinou jsou zpravidla z party vyčlenění nebo tento vzorec chování přijmou jako normu. Rituál, kterým dává mladý jedinec najevo, že již dospěl, se zpravidla vyznačuje projevem opačného názoru nebo vzepřením se společností. Toto období je pro jedince velmi náročné a představuje jakýsi

dlouhodobý proces, ve kterém je velmi snadné sklouznout k nápomocnému řešení formou drogy. (Růžička, 2012)

3.1.4 Spirituální úroveň

Hledat odpovědi na základní otázky typu: Kdo jsem, nebo jaký je smysl mého života? Je tendencí každého člověka. Tyto otázky se kruhově vrací v různých etapách života, zejména v obdobích, kdy má jedinec potřebu bilancovat. Snažíme se lépe porozumět sobě i svému okolí, a v případě, kdy se tomuto porozumění nedostává, roste v jedinci určitá frustrace, která může být prvotním motivem k užití drogy. Hledání či ztráta smyslu života, znamená velké psychické vypětí, které může znamenat velké riziko pro vznik závislosti. (Růžička, 2012)

Další příklady rizikových faktorů pak mohou být například pocity samoty či deprese, hledání životního štěstí či ztráta víry. (Růžička, 2012)

Podle Nešpora (2018) je spiritualita obsáhlý pojem, který zahrnuje tyto aspekty:

1. Smysluplnost jako význam života.
2. Hodnoty ve smyslu hodnotových měřítek.
3. Transcendence jako přesah osobního já.
4. Spojení s různými vztahy.
5. Stávání se, což znamená rozvoj života a poznání.

3.2 Model minimalizace rizik

Harm reduction představuje koncept minimalizace rizik. Prošel třemi etapami – v první se zaměřoval na zdravotní dopady užívání nikotinu a alkoholu. Ve druhé se soustředil na prevenci HIV a AIDS mezi injekčními uživateli drog, a ve třetí, aktuální fázi, se zabývá legálními i nelegálními drogami z hlediska veřejného zdraví. Zahrnuje také prevenci drogové závislosti mezi mládeží a programy směřující k minimalizaci rizik nebo k abstinčnímu přístupu. (Millerová, 2011).

Tento přístup bere v úvahu realitu drogové závislosti, proto klade hlavní důraz především na minimalizaci rizik spojených s užíváním drog spíše než na samotné množství užívané látky. Tato snaha přináší výhody jak pro jednotlivce, tak pro veřejnou společnost. Je založena na zásadách ochrany veřejného zdraví, nezaujímá odsuzující postoj, ale zaměřuje se na praktické

aspekty minimalizace rizik. Příkladem tohoto přístupu jsou například výměnné programy jehel určené pro intravenózní uživatele drog. (Millerová, 2011)

Jelikož nejsou všichni uživatelé schopni dosáhnout celoživotní abstinence, je důraz na realistický prvek léčby tohoto přístupu, velkým přínosem. Jeho využití se stupňuje zejména v souvislosti s užíváním nelegálních drog a specifickými populacemi – těhotné ženy, mládež, aj. Dalším specifikem tohoto přístupu je například i to, že umožňuje jedinci zůstat v léčebném programu i po prodělání relapsu nebo metadonové substituce. Prostřednictvím realistických postupných kroků pak může tento model vést až k samotné abstinenci. (Millerová, 2011)

Dle Millerové (2011) mezi doporučení pro koordinaci hlavních metod léčby závislosti a přístupů zaměřených na snižování rizik patří:

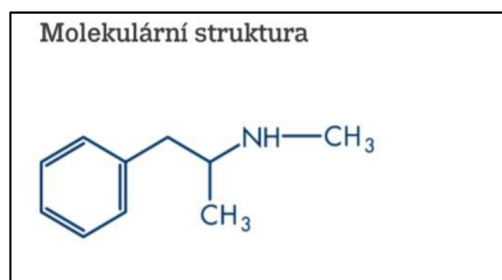
1. Vždy respektovat klienta.
2. Snažit se minimalizovat negativní dopady užívání drog na společnost.
3. Používat inovativní metody k oslovování nových klientů.
4. Snižovat škodlivé následky užívání drog pro samotné uživatele.
5. Zajistit léčbu pro závislé osoby a jejich blízké.
6. Nevnímat relaps jako neúspěch léčby.
7. Poskytnout léčbu závislosti i těm, kteří užívají předepsané léky kvůli zdravotním či psychickým problémům.
8. Zajistit širokou škálu služeb prostřednictvím integrace s jinými systémy.

4 Metanfetamin

„Nikola příroda, to „génus lidstva“ si na sebe upletl osudovou oprátku, na které se může kdykoli oběsit.“ (C. G. Jung In Růžička a kol., 2012, s. 23)

Metanfetamin neboli pervitin je syntetická látka, která se vyznačuje vzhledem bílého prášku. Má stimulační účinky na centrální nervovou soustavu a způsobuje tak nespavost, neklid a zvýšenou sebedůvěru. První výroba této syntetické látky byla zaznamenána v roce 1919 v Japonsku, dnes se však vyrábí v nelegálních laboratořích a je úzce spjata s amfetaminem. (European Monitoring center for Drugs and Drug Addisction Europol [EMCDDA], 2022)

Metanfetamin se řadí do skupiny fenetylaminů, která zahrnuje další řadu stimulačních a halucinogenních látek (EMCDDA, 2022) a označuje se molekulární strukturou (Obrázek 1).



Obrázek 1. Molekulární struktura metanfetaminu (EMCDDA, 2022)

Nejběžnější fyzickou formou je sůl hydrochloridu, která se vyskytuje jako bílý prášek nebo krystaly, které jsou rozpustné ve vodě. Tento čistý hydrochlorid se také slangově nazývá jako „led“. Forma metanfetaminu v tabletách může mít podobná loga, která nalezneme například u tablet extáze nebo MDMA (3,4-methylendioxy-N-methamfetamin). (EMCDDA, 2022)

Tento stimulant centrální nervové soustavy způsobuje zvýšení krevního tlaku a zrychlený srdeční tep. Požití této látky s sebou nese pocity nadměrné energie, družnosti a zvýšeného sebevědomí. Vede k nespavosti a způsobuje nechutenství. Po užití perorálním způsobem se účinky této drogy dostávají obvykle do 30 minut a trvají několik hodin v závislosti na množství látky. (EMCDDA, 2022)

Při předávkování tímto stimulantem může dojít až k akutní intoxikaci, která způsobuje vážně srdeční poruchy a při ojedinělých případech může vést až k smrti. Mimo jiné intoxikace

způsobuje také pocity zmatenosti, paranoiu, impulzivitu či agresí. (EMCDDA, 2022) Závislost, která ukazuje zvýšenou toleranci na tuto látku, může mít za následky poruchy paměti nebo verbálního uvažování a v některých případech s sebou nese také příznaky podobné příznakům paranoidní schizofrenie. (EMCDDA, 2022)

Způsobů užití metamfetaminu je několik, můžeme sem řadit např. podání rektální, kouření nebo šňupání. Tím nejrizikovějším užitím je však užití nitrožilní, které nese riziko přenosu infekčních nemocí jako je HIV nebo Hepatitida, a to nejčastěji typu C. Při užití se množství látky může lišit od několika desítek do několika stovek miligramů v závislosti na čistotě a složení izomerů. (EMCDDA, 2022)

Příležitostně má metamfetamin také lékařské využití, a to při léčbě poruchy pozornosti s hyperaktivitou nebo při léčbě narkolepsie, což je neurologické onemocnění charakterizované nekontrolovatelnými epizodami spánku. (EMCDDA, 2022)

4.1 Vývoj drogové scény v České republice

Drogová problematika se v Česku začala objevovat již po sametové revoluci. Její průběh začal na počátku 50. let, toto období se vyznačovalo zejména „Tabletovou kulturou“. Docházelo k nadužívání léčiv, běžně předepsaných lékařem. Představiteli této tabletové kultury byly zejména lidé spadající do střední nebo straší generace. U těchto jedinců nedocházelo k vývoji závislosti cíleně ale v důsledku užívání naordinovaných léčiv. Negativní následky užívání psychotropních léků zjistili až poté, co je začali užívat, nebyly jim známy předem jako informace o léku. Tito jedinci vedli běžné životy a nevykazovali nadměrnou potřebu vyčleňovat se z majoritní společnosti. Stejně tak neměla společnost potřebu vytlačovat tyto jedince na její okraj. (Kolář, 2018)

Na konci 60. let se k tomuto jevu přidal také nový fenomén zvaný „toxikomanická subkultura mládeže“. Mladí lidé, obvykle do pětadvaceti až třiceti let věku, se záměrně sdružovali v drogových subkulturách za účelem změny svého psychického stavu a seberealizace. Nejednalo se o náhodné záležitosti, ale o vědomou volbu, která je přivedla k užívání návykových látek. Je však nutné říci, že se ve spektru užívaných látek příliš nelišili od jedinců starší populace. (Kolář, 2018)

V západní společnosti se však již v této době objevovaly námi známé drogy jako je například marihuana, heroin nebo kokain. Na tehdejší Československo měli ale jen omezený

dopad, jehož hlavním důvodem byla uzavřenost hranic a vysoká míra kontroly. Také hodnota československé koruny nebyla pro mezinárodní dealery atraktivní protihodnota za nabízené zboží. Toxikomani společně se staršími „tabletáři“, tak zůstali odkázáni pouze na jediného distributora, kterým byl samotný československý stát. (Kolář, 2018)

V této toxikomanické subkultuře se také začaly poprvé objevovat po domácku připravené drogy. Jednou z těchto drog byl právě pervitin, jehož příprava byla zaznamenána přibližně od poloviny 70. let. V domácích laboratořích se připravoval metamfetamin z efedrinu, který byl buď získáván z léčiv, jako je například Solutan, nebo byl kradený ve své čisté podobě z výroby. (Kolář, 2018)

Rozdíl mezi „tabletovou kulturou“ a „toxikomanickou subkulturou“ můžeme vidět ve třech hlavních kritériích, kterými jsou: způsob užívání látky, způsob získávání látky a účinky látky. Látky celospolečensky užívané se vyznačovali svou vysokou mírou dostupnosti. Jednalo se totiž o léčiva určená pro běžné civilizační onemocnění jako je například nespavost, kašel nebo astma. Pro „tabletáře“ tak nebylo těžké obstarat si tyto léky na předpis od lékaře nebo jako volně prodejné zakoupit v lékárnách. (Kolář, 2018)

Oproti tomu látky spadající do „toxikomanické subkultury“ měly dostupnost o něco nižší. Zde se jednalo především o léky na Parkinsonovu chorobu nebo na léčbu depresí. Proto zde často docházelo k nelegálnímu jednání. Uživatelé těchto látek vykrádali lékárny, padělaly recepty nebo se uchýlovali k nákupu na černém trhu. (Kolář, 2018)

Druhým podstatným rozdílem těchto dvou kultur je způsob užívání látky. Polykání tablet, tedy užití perorální, bylo dominujícím způsobem užití látky pro „tabletáře“. Je to hranice, kterou by jako „spořádaní občané“ odmítli překročit. Tato hranice byla překročena až s nástupem mladých toxikomanů, kteří začali drogy mimo jiné kouřit, čichat, vdechovat nebo vpichovat. Toxikomanická kultura s sebou přinesla také nový zájem o látky s negativním účinkem na psychické interakce. O tzv. halucinogeny starší „tabletáři“ již nejevili žádný zájem. (Kolář, 2018)

Dále je nutné zmínit existenci sociální tolerance těchto látek. Dnes ji můžeme přirovnat např. k toleranci k alkoholu. Tato sociální tolerance nebránila jedinci v sociální integraci, to, co jedince ze společnosti naopak vytlačovalo, byla právě forma jejího užívání. (Kolář, 2018)

V 80. letech pak můžeme vidět první snahy o vytvoření protidrogových preventivních programů. Besedy pod vedením znalce cílily na mládež základních a středních odborných škol a jejich záměrem bylo zdůraznění odstrašujících znaků toxikomanie u adolescentů. (Kolář, 2018)

I přes tyto snahy byl však koncem 80. let zaznamenán vzrůst závislostního chování i u dětské populace. Jednalo se o věkovou skupinu do patnácti let věku. Tito mladí závislí užívali převážně Alnagon, tedy lék na bolest nebo čichali lepidlo zvané Vulkán. Čichání tohoto lepidla bylo ryze československou záležitostí. (Kolář, 2018)

Užívání drog bylo v ČSSR po dlouhá léta publikováno jako „jev cizí socialismu“. Teprve skutečnost, kdy se toxikomani začali projevovat také násilným chování, vedlo státní orgány k započetí práce na nápravě vzniklé situace. Tato snaha byla však velmi pozvolná. Situace se změnila až po roce 1985, kdy se téma toxikomanie rozšířilo i k široké veřejnosti a státní orgány přijali toxikomanii jako problém vlastní. Po dlouhých letech zapírání a laxního přístupu se začala objevovat důvěra v to, že je vůbec možné řešit tento problém i v rámci tehdejšího státně socialistického zřízení. (Kolář, 2018)

4.2 Metamfetamin a jeho momentální role v Evropě

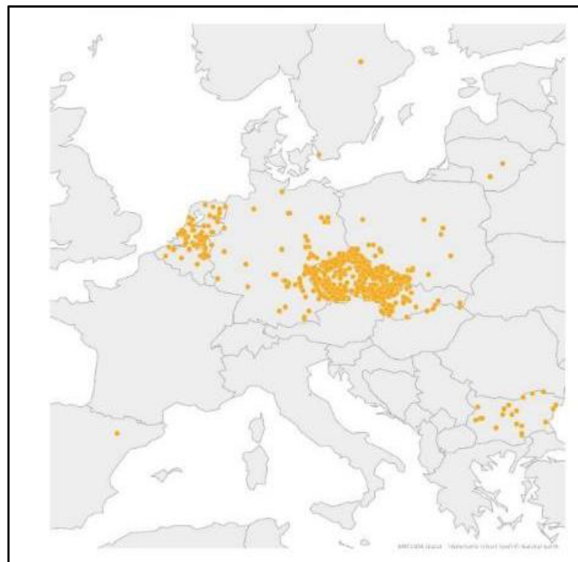
Na evropských trzích stimulačních látek má metamfetamin ve srovnání s celosvětovou situací poměrně omezený význam. Nicméně ke konci roku 2019 společné hodnocení hrozeb European Monitoring center for Drugs and Drug Addisction Europol došlo k závěru, že po období relativní stability se zdá, že hrozba, kterou metamfetamin představuje, roste. Navzdory nevídanému narušení způsobenému pandemií COVID-19 se v průběhu posledních dvou let situace s metamfetaminem v Evropské unii stále vyvíjela. Kromě toho, že je Evropa zdrojem této drogy pro vnější trhy, je také navíc cílovou a tranzitní zónou pro metamfetamin vyráběný v jiných výrobních centrech, jako je Írán, Nigérie a nově také Mexiko. Většina evropských zemí má nižší míru užívání metamfetaminu ve srovnání s amfetaminem nebo kokainem. Historicky bylo hlavní centrum spotřeby ve střední Evropě, zejména v České republice a na Slovensku. V některých zemích EU a následně i ve sbírce dat na úrovni EU není momentálně možné rozlišovat mezi amfetaminem a metamfetaminem, což vytváří problémy s přesným zobrazením situace, v těchto případech se často používá obecný termín "amfetaminy". Když mluvíme o "metamfetaminu", ve skutečnosti máme na mysli metamfetamin hydrochlorid, což je krystalická pevná látka, která se rozpouští ve vodě. V metamfetaminovém prášku jsou jemně mleté krystaly metamfetaminu hydrochloridu smíchány s dalšími látkami, jako je laktóza, dextróza nebo kofein. Tento prášek lze požívat, vdechovat nosem nebo méně často rozpouštět a injikovat. Také jsou k dispozici velké bílé nebo průsvitné krystaly hydrochloridu metamfetaminu, které se kouří, známé jako "led" nebo "krystalický metamfetamin". I když

krystalická forma drogy a způsoby jejího užívání nejsou běžně hlášeny mezi uživateli v Evropě, je důležité, aby praktici a tvůrci politik sledovali tento jev aktivně, protože může mít významné zdravotní a sociální dopady. (EMCDDA, 2022)

4.3 Česko jako jeden z nejvýznamnějších výrobců metamfetaminu

Třemi největšími výrobci metamfetaminu v EU jsou Nizozemsko, Belgie a Česká republika. V roce 2020 bylo devíti členskými státy EU oznámeno, že bylo uzavřeno 215 laboratoří na výrobu metamfetaminu, včetně velkých zařízení v Belgii a Nizozemsku. (EMCDDA, 2022)

V roce 2020 bylo v České republice odhaleno 160 nelegálních laboratoří na výrobu metamfetaminu, což je menší počet než v předchozím roce 2019, kdy jich bylo 234. Z těchto laboratoří mělo přibližně dvě třetiny výrobní kapacitu do 50 gramů. Pokles počtu odhalených laboratoří v Česku v roce 2020 je pravděpodobně způsoben nedostatkem léků obsahujících pseudoefedrin a dalších potřebných látek pro výrobu, který byl ve vybraných oblastech způsoben pandemií COVID-19. (EMCDDA, 2022)



Obrázek 2. Umístění míst souvisejících s výrobou metamfetaminu v EU, 2018–2020
(EMCDDA, 2022)

4.4 Efedrinové/pseudoefedrinové metody, typicky používané v ČR

Před nástupem výroby metamfetaminu na bázi BMK v Nizozemsku a Belgii byla evropská produkce metamfetaminu převážně založena na efedrinu nebo prekurzorech pseudoefedrinu. Tato metoda stále dominuje v malých až středních laboratořích v České republice. Kromě toho zahrnuje použití jódu a červeného fosforu. I když jsou tyto prekurzory ve formě prášku regulovány na mezinárodní a evropské úrovni, je možné je získat i z léků volně prodejných. (EMCDDA, 2022)

V České republice a nedávno také v Německu a Polsku byla zavedena opatření omezující opakované nákupy léků na úrovni státu, ale nedostatek sjednoceného přístupu na úrovni Evropské unie často způsobuje, že dochází k obchodování z míst s mírnějšími předpisy do oblastí, kde probíhá výroba metamfetaminu. (EMCDDA, 2022)

Efedrin a pseudoefedrin mohou být chemicky redukovány různými látkami, ale existuje několik faktorů, které komplikují šíření této metody, včetně obtíží s obstaráním velkého množství prekurzorů nebo léků pod přísnou kontrolou. (EMCDDA, 2022)

Výroba metamfetaminu tímto způsobem v Evropě obvykle probíhá s kapacitou nepřesahující 50 gramů. (EMCDDA, 2022)

V roce 2020 členské státy hlásily 38 případů zabavení efedrinu a 107 případů zabavení pseudoefedrinu. Polsko zabavilo téměř 70 % celkového množství pseudoefedrinu v EU, které zahrnovalo léky obsahující pseudoefedrin a surový pseudoefedrin ve formě prášku. (EMCDDA, 2022)

V roce 2020 byly zaznamenány záchyty dalších chemických látek, které souvisejí s výrobou metamfetaminu z efedrinu a pseudoefedrinu, jako je červený fosfor, jód, kyselina jodovodíková, kyselina fosforová a kyselina fosforitá. Tyto záchyty byly obvykle mírného rozsahu a probíhaly na lokální úrovni. V roce 2020 byla přijata opatření k prevenci zneužívání červeného fosforu pro výrobu metamfetaminu, což vedlo k jeho zařazení do nařízení EU upravujícího prekurzory drog. (EMCDDA, 2022)

Došlo také k záchytům malých metamfetaminových laboratořích v Česku, v Německu, Itálii, Nizozemsku, Rakousku a na Slovensku. (EMCDDA, 2022)

4.5 Klíčová zjištění hrozeb

- Evropský trh s metamfetaminem je ve srovnání se světovými standardy relativně malý, ale je možné, že četnost užívání a rozsah trhu jsou podhodnoceny, protože spotřeba metamfetaminového prášku může být v uživatelských průzkumech uváděna jako spotřeba amfetaminu.
- Odborníci členských států EU působící v oblasti služeb *harm-reduction* naznačili, že se konzumace metamfetaminu u některých skupin aktivních uživatelů stala populárnější v souvislosti s pandemií COVID-19.
- Z počtu hlášených záchytů a zadrženého množství vyplývá, že záchyty metamfetaminu v EU v posledních letech výrazně vzrostly.
- V několika případech byla v EU zadržena mnohatunová množství metamfetaminu, který pocházel z Mexika. Toto svědčí o úrovni distribuční a logistické spolupráce mezi zločineckými sítěmi v Evropě a Mexiku.
- Kromě toho jsou menší množství metamfetaminu pravidelně zadržována v poštovních zásilkách zasílaných z Mexika, z nichž některé mohou být spojeny s online dodávkou.
- Zatímco v Česku a sousedních zemích pokračuje výroba metamfetaminu v menším měřítku, výroba této látky nyní probíhá v průmyslových laboratořích v Nizozemsku a v omezenější míře v Belgii.
- Výrobci syntetických drog v Evropě si uvědomují výnosnost metamfetaminu ve srovnání s amfetaminem a MDMA. Proto spolupracují s mexickými výrobci na vývoji výrobních procesů, přičemž využívají již existující infrastrukturu v Evropě pro velkovýrobu množství syntetických drog.
- Dovoz prekurzorů a pomocných chemikálií, které podporují výrobu metamfetaminu v EU, je klíčovým prvkem, jenž není dostatečně pochopen, zvláště co se týče role zdrojových zemí. Zločinecké sítě se adaptují na legislativu a opatření, která byla zavedena pro kontrolu prekurzorů.
- Některé zločinecké sítě se sídlem v EU se specializují a zaměřují se výhradně na logistické dodávky. To zahrnuje distribuci prekurzorů, dalších pomocných chemikálií, zařízení a odborných znalostí potřebných pro zřízení výrobních laboratoří.
- Tyto sítě jsou součástí ekosystému, kde je kriminalita úzce propojena s legitimním podnikatelským prostředím, což je podporováno využíváním korupce.

- Několik úmrtí bylo zaznamenáno v důsledku požárů, výbuchů nebo udušení oxidem uhelnatým a jinými toxickými výparů způsobenými výrobním procesem. Dále masová výroba generuje velké množství chemického odpadu, který často končí na skládkách, což představuje nebezpečí pro lidské zdraví, životní prostředí a vytváří náklady pro místní úřady. (EMCDDA, 2022)

4.6 Předvídání budoucích hrozeb

- Metamfetamin je droga, která zaujímá různé skupiny uživatelů podle toho, jaký kontext a formu užívání zvolí. Způsob, jakým se metamfetamin užívá, hraje klíčovou roli v míře jeho škodlivosti. Zejména injekční aplikace a kouření jsou spojovány s většími riziky. Injekční užívání může zahrnovat nebezpečné praktiky, jako je opakované používání jehel nebo sdílení, což zvyšuje riziko přenosu infekčních nemocí.
- Možnost rozšíření užívání kouřitelné krystalické formy metamfetaminu v EU v důsledku zvýšené dostupnosti vyvolává obavy ohledně zdravotních rizik, včetně akutní toxicity, psychotických stavů, polytoxikomanie a fatálních následků. Z dlouhodobé perspektivy lze očekávat zvýšenou zátěž pro nemocnice a specializované léčebné služby. Mimo individuální zdravotní rizika jsou také obavy o veřejnou bezpečnost, včetně kriminality, násilí a nebezpečného chování jako je řízení vozidla pod vlivem drog.
- Vysoká ziskovost ilegálního obchodu s drogami může vyvolávat silnou konkurenci a rivalitu mezi různými zločineckými skupinami, což může představovat hrozbu pro společnost. Současně se zdá, že spojení mezi mexickými a evropskými kriminálními sítěmi je zaměřeno na obchod a finanční zisky. Dlouhodobě by mohlo existovat nebezpečí násilných střetů.
- Růst velkovýroby metamfetaminu v Evropě má potenciál vytvořit další kriminální spolupráci a podnítit více korupce v dodavatelském řetězci, čímž vznikne paralelní ekonomika. Praní špinavých peněz vystavuje instituce podnikatelskému riziku a vyšetřování může být složité a časově náročné.
- Od roku 2016 se v Afghánistánu začala objevovat výroba metamfetaminu z efedrinu získaného z rostlinných zdrojů. Ačkoliv důkazy o obchodování s lidmi do Evropy jsou

omezené, levná cena afghánského metamfetaminu může podněcovat ekonomické motivace k jeho dovozu z tohoto zdroje. (EMCDDA, 2022)

5 Metody psychosociální podpory

„Jsme lidé z celého světa, kteří užívají drogy. Jsme lidé, kteří jsou vytlačováni na okraj společnosti a diskriminováni, jsme zabíjeni, bezdůvodně napadáni, zavírání do vězení, označováni za zlo a stereotypně považováni za nebezpečí a odpad. Nyjí je čas, aby zazněl náš hlas jako občanů...“ (Nepustil a Geregová, 2020, s. 13)

Metody psychosociální podpory, které jsou využívány v odborných službách pro aktivní uživatele nealkoholových návykových látek, mají záměr vztahovat se k jedincům užívající drogy primárně jako k lidským bytostem, a ne jako k problematické minoritě. (Nepustil a Geregová, 2020)

Je běžné, že jsou aktivním uživatelům kladeny různé podmínky pro získání podpory a pomoci. Některé pobytové služby vyžadují předchozí detoxikaci, jiné zase abstinenci, docházku do určitého programu nebo stupeň motivovanosti. Metody psychosociální podpory se snaží tyto vstupní požadavky minimalizovat. Vycházejí z přesvědčení, že neúčinnější podpora je ta, která přichází ihned a reaguje na aktuální potřeby. Preferují kontakt v přirozeném prostředí a způsoby práce, které jsou schopné přizpůsobit se situaci uživatele. Podpora bez podmínek tedy neznamená „přepečování“ uživatele služby ale podporu, která nezahrnuje nutnost hodnocení, zda uživatel splňuje či nesplňuje, uměle vytvořená kritéria. (Nepustil a Geregová, 2020)

Metody psychosociální práce, které vykazují znaky bezpodmínečného přijetí, tak umožňují lépe navazovat vztah s uživateli. A to i přesto, že je stigmatizace lidí užívající drogy stále vysoká a sociologické výzkumy ukazují, že právě tyto jedinci jsou považováni za nejobávanější společenskou skupinu vůbec. Právě toto stigma způsobuje izolaci, která uživatelům napomáhá k bezvýchodné situaci. (Nepustil a Geregová, 2020)

Již v roce 1989 začala vznikat řada nových služeb, která nacházela svou inspiraci v zahraničí. Tyto centra vznikali s minimální materiální podporou a investicí. Nízká finanční podpora ze strany státu bohužel přetrvala dodnes. Pracovníci těchto služeb často pracují za podprůměrné platy s krátkodobou platností pracovní smlouvy, mizivými benefity a velkým tlakem na práci přesčas. Mnohdy jsou odkázáni pouze na vnitřní motivaci, kterou spatřují ve smysluplnosti a důležitosti této práce. Svou roli zde hraje také přesvědčení, že tento způsob práce je správný a etický. (Nepustil a Geregová, 2020) Níže si představíme některé z těchto metod.

5.1 Empowerment

Emprowentment neboli zplnomocnění, je metoda práce, jejímž cíle je dosažení plné moci. To znamená, že se tato metoda snaží o to, aby byl jedinec schopný plně převzít kontrolu nad vlastním životem a nabil tak schopnosti vlastního rozhodování. Záměrem této metody je dosažení vlastních cílů a maximalizace kvality života samotného jedince.

V praxi jde nejčastěji o uschopňování jedinců v rámci spolupráce a spoluutváření všech kroků, které ovlivní jejich životní situaci. Nabité cíle poté podléhají následnému zhodnocení. Tato zpětná vazba reaguje na splněné cíle, ke kterým vedlo jedincovo zapojení se do řešení situace.

Tento proces lze chápat také jako sociální inkluzi nebo legitimní cíl sociální práce. Jde totiž o to, aby se jedinec či skupina stala zcela nezávislou a samostatnou v řešení svých tíživých životních situacích. (Nepustil a Geregová, 2020)

Emprowentment ale není zaměřen pouze na pomoc uživatelům služeb, otevírá také možnost sebereflexe pro samotné pracovníky. V procesu jsou pak schopni lépe definovat svou pozici i reflektovat své kroky. (Nepustil a Geregová, 2020)

Tato metoda práce slouží také jako nástroj, který pomáhá jedincům vnímat svou situaci jinak než jako své selhání, což napomáhá procesu emancipace a zotavení. Své využití má také na úrovni skupin a komunit, kde se jedná o podporu kolektivizace. To znamená, že poskytuje podporu kolektivního sjednocování, což zahrnuje zakládání skupin na základě sdílených zkušeností s útlakem. Tyto skupiny poskytují nejen svépomocný efekt, ale také mohou sloužit jako základ pro budoucí politické aktivity. (Nepustil a Geregová, 2020)

V oblastech psychosociální podpory se však využití *empowermentu* značně odlišuje. Tato změna souvisí primárně s jakousi tolerancí společnosti na konkrétní sociální problémy. Majoritní společnost je ochotná přiznat „svobodu“ jedincům s tělesným postižením, dětem z dětských domovů nebo ze sociálně znevýhodněného prostředí. Tato ochota společnosti však značně upadá např. v případech lidí bez domova nebo nezaměstnaných jedinců. Obecně se předpokládá, že si svou situaci zapříčinili sami, svým vlastním selháním. Stejnou perspektivou je nahlíženo také na jedince užívající psychoaktivní látky, a to i přes to, že je závislost oficiálně klasifikována jako zdravotní problém. Společnost automaticky spojuje tuto oblast s jinými sociálně patologickými jevy, a to např. s bezdomovectvím, prostitucí či kriminální činností. Tyto problémy mohou se závislostí souviset, avšak není tomu pravidlem. Naopak je fakt, že naprostá většina uživatelů drog je majoritní společnosti zcela neviditelná a nerozpoznatelná, a

to právě v případě, kdy není jedinec nositelem ještě jiného sociálního problému. (Nepustil a Geregová, 2020)

Sociální vyloučení má postupně se hromadící povahu, proto není možné jednoznačně vymezit cílovou skupinu. *Empowerment* vychází z přesvědčení, že podpora cílí k jedinci či skupině, bez podstaty toho, zda se jedinec ztotožňuje např. s lidmi bez domova nebo s osobami po výkonu trestu. I na problematiku závislostí nahlíží tak, že je součástí širších souvislostí a nemusí být na první pohled zřejmá. (Nepustil a Geregová, 2020)

5.2 Kontaktní práce s uživateli drogy

Kontaktní práce vychází ze dvou principů, těmi jsou *harm reduction* a základní lidská práva. *Harm reduction* jsem zmínila již výše, kde ji dle autorky G. Millerové popisují jako teorii závislostí. Jde o filozofii, která přijímá fakt, že je užívání psychoaktivních látek součástí každé společnosti a respektuje to, že se každý uživatel drog nenachází ve fázi, kdy by byl schopen nebo chtěl na své závislosti něco měnit. Proto se zaměřuje na minimalizaci rizik především u těch uživatelů, jejich životní styl a forma užívání látky, s sebou přináší rizikové faktory. Je nutné říci také to, že tyto principy však nepopírají nutnost dostupnosti kvalitních léčebných zařízení, ale respektují skutečnost toho, že mnoho uživatelů nemůže či nechce tuto institucionální léčbu podstoupit. Dále zohledňuje také fakt, že spoustu jedinců, kteří užívají psychoaktivní látky, léčbu nepotřebují. Z pohledu kontaktní práce je přínosnější soustředit se na rizika, která užívání psychoaktivních látek přinášejí, a která lze minimalizovat, než na samotný boj a snahu o úplnou eliminaci drog. Cílem je především snižování negativních zdravotních, sociálních a ekonomických důsledků užívání psychoaktivních látek, a to i bez nutnosti omezování jejich užívání. V praxi jde o naplňování těchto cílů formou distribuce a výměny injekčních stříkaček, distribuce zdravotnického materiálu, kondomů, poskytování odborného sociálního poradenství nebo informovanost o bezpečnějších způsobech užívání látky, a to jak ambulantní formou, tak formou terénní. (Nepustil a Geregová, 2020)

Princip *human right* neboli koncept základních lidských práv hraje v tomto kontextu důležitou roli. Jde o důraz na jedince užívající drogy jako na osoby mající stejná práva jako ostatní. Mnohdy se totiž aktivní uživatelé drog setkávají s jednáním, které těmto principům neodpovídá. Primárně se jedná o právo na maximální možnou kvalitu zdraví, právo na přístup k sociálním a zdravotním službám a právo na zaměstnání. (Nepustil a Geregová, 2020)

S kontaktní práci se nejčastěji setkáme v nízkoprahových službách, kterými jsou například kontaktní centra a terénní programy, jde tedy o terénní sociální práci. Cílem sociální prevence služeb je pomáhat jednotlivcům překonat nepříznivé sociální situace a zároveň chránit společnost před vznikem a rozšířením nežádoucích společenských jevů. (Úřad vlády České republiky, 2019)

Cílem kontaktní práce je samotný kontakt s aktivními uživateli nealkoholových návykových látek, který vede k navázání důvěry mezi pomáhajícím a uživatelem služby. Na jejímž základě pak staví další spolupráci. Kontaktní pracovníci by měli umět navázat přirozený vztah s uživateli drog. Když uživatelé služeb důvěřují těmto pracovníkům, mohou snáze přinášet problémy, které dosud nemohli řešit, a tím zlepšovat svou situaci. Častá zakázka této spolupráce je zdravotní ošetření, získání dokladů, vyřízení sociálních dávek nebo hledání bydlení či zaměstnání. Výjimkou ale není ani pouhá možnost sdílení svých zkušeností, strastí nebo událostí všedního dne. Díky doprovodům, které kontaktní práce nabízí, se uživatelé otevírají také možnosti navázání spolupráce s další službou, kterou by jinak sám neměl odvahu oslovit. (Nepustil a Geregová, 2020)

Kontaktní práce staví na již zmíněném výměnném programu injekčních stříkaček a distribuci zdravotnického materiálu, který slouží k méně rizikovému užívání. Dále poskytuje služby základního zdravotního ošetření, nabízí informace o bezpečnějších možnostech aplikace, nebo možných rizicích užívání psychoaktivních látek. Praxe zahrnuje také práci s motivací, poskytování psychické podpory a znalost návazných služeb a institucí. (Nepustil a Geregová, 2020)

Účelem kontaktní práce je navazovat interakce s lidmi, kteří užívají drogy, s cílem budovat důvěru mezi pomocnými pracovníky a uživateli drog, což by mělo vést k další spolupráci. (Úřad vlády, České republiky, 2019)

Terénní kontaktní práce probíhá na otevřené drogové scéně. Jedná se především o veřejné prostory, které poskytují jistou anonymitu nebo o opuštěná prostranství vhodná pro aplikaci drogy či osobní potřebu. Těmito místy mohou být nádraží, parky, boční uličky, nebo podchody. Terénní pracovník by neměl být příliš nápadný ale naopak rozeznatelný pouze pro uživatele služby, tak aby byla zachována anonymita poskytování služby. Jedním z typických znaků je např. plastový kontejner na použitý injekční materiál. Většina uživatelů své streetworkery pozná, stejně tak jako oni poznají jedince, na něž cílí. Tímto způsobem vytvářejí bezpečný

prostor pro obě strany, při čemž zůstávají veřejné společnosti téměř neviditelní. (Nepustil a Geregová, 2020)

Na terénní pracovníky jsou klady vysoké požadavky ve smyslu schopnosti improvizace, schopnosti organizace skupin a zvládnání mimořádně náročných situací. Ty vyplývají převážně z jejich působení ve veřejném prostoru, kde nejsou schopni ovlivnit, kdo a kdy k nim přichází. Práce v přirozeném prostředí uživatele má však velkou výhodu. Napomáhá lépe budovat důvěru, odkrývá vhléd do souvislostí a vede k bližšímu pochopení situace uživatele. (Nepustil a Geregová, 2020)

5.3 Zapojení peer pracovníku v drogových službách

Peer práce v adiktologických službách začala vznikat již v 90. letech 20. století. Byla výsledkem snahy jedinců, kteří měli s drogami sami osobní zkušenost. Je to tedy metoda práce, která vychází z participativní praxe. Ta se odrážela v práci v přirozeném prostředí ale také v plánování nově vznikajících drogových služeb. Po čase se však začal klást důraz na zvyšování odbornosti v poskytování sociální práce, což vedlo k vytrácení peer pracovníků a nahrazování těchto pracovníků za jedince s odborným a nutným vzděláním. Dalším důvodem úpadku peer pracovníků byly také vysoké požadavky na trestní bezúhonnost a několikaletou abstinenci. Přičemž právě tento požadavek abstinence zamezuje využití zdroje informací, inspiraci v přímé práci i sdílení zkušeností s kolegy. (Nepustil a Geregová, 2020)

Nyní nalezneme peer pracovníky převážně v nízkoprahových službách jako jsou terénní programy a kontaktní centra. Sahrávají zde důležitou roli ve spojitosti se systémovou podporou a utajenou skupinou aktivních uživatelů drog. Tyto skupiny jsou často těžce dostupné, což je spojeno s obtížemi v navazování kontaktu s nimi a následně v jejich zapojení do služeb. (Nepustil a Geregová, 2020)

Účinnost peer programů v těchto službách lze posuzovat dvěma způsoby: snížením dostupnosti návykových látek, což znamená menší přístup k těmto látkám, a snížením zájmu o jejich užívání. (Nešpor, 1996)

5.4 Psychosociální poradenství

Psychosociální poradenství je jednou z nejvíce používaných metod práce s aktivními uživateli drog. Můžeme se s ní setkat ve všech typech služeb od služeb terénních, ambulantních až po léčebná zařízení. Poradenství bývá nejčastěji definováno jako „*profesionální vedení jedince s využitím psychologických poznatků.*“ (Úřad vlády České republiky, 2019, str. 58)

Základem této metody je schopnost vést rozhovor, který se vztahuje k zájmům, přáním a schopnostem uživatele. Při rozhovoru je kladen důraz na zachování partnerského vztahu a individuálního přístupu. Stejně jako mnohé, vychází tato metoda práce z filozofie *empowermentu*. To znamená, že cílem této práce je posilování kompetencí uživatele, tak aby byl schopen samostatného rozhodování. V průběhu rozhovoru to poté vypadá tak, že odborníkem na životní situaci je samotný uživatel. V jeho kompetenci zůstává také volba pro rozhodování, a to po celou dobu spolupráce. Odbornost pracovníka spočívá především v tom, že je schopen rozhovor toho typu vést. Jeho dalším úkolem je také schopnost navázat důvěrný vztah, který povede k vytvoření bezpečného prostoru. Takto navozená atmosféra je základem pro klientovo uvědomění si vlastních přání a cílů a hledání nových možností, pro změnu své životní situace. (Nepustil a Geregová, 2020)

Důraz na předávání kompetencí, však neznamená, že by pracovník nemohl přinášet žádné informace. V nízkoprahových adiktologických službách je naopak vítáno, aby se klientovi dostaly informace o méně rizikové aplikaci nebo o zásadách *harm reduction*. Poradenský rozhovor však začíná spíše citlivější formou. Např. otázkou, zda klient již o těchto zásadách slyšel a jestli by se rád dozvěděl více. Jinými slovy, i když pracovník poskytuje informace, jeho hlavním cílem je podpora klienta v rozvoji schopností k odpovědnému řízení svého života. (Nepustil a Geregová, 2020)

V případě, kdy pracovník nemá plné vědomosti o tématu, které klienta zajímá, je žádoucí tuto nevědomost přiznat a ocenit klienta za jeho zájem. Poté je vhodné rozvíjet rozhovor o tom, jakým nejefektivnějším způsobem tyto informace získat. Volba výběru je ale opět ponechána v rukou klienta. Podobně může nastat situace, kdy pracovník nemůže nebo kompetentně neodpovídá potřebám klienta. Zde je úlohou pracovníka motivovat klienta k tomu, aby si požadovanou podporu vyhledal sám. V tomto případě je však nutná znalost pracovníka v orientaci v návazných službách. Rozhovor se poté může vyvíjet v tématech možností a překážek využití dané služby. (Nepustil a Geregová, 2020)

V psychosociálním poradenství se tedy snažíme jednak pomoci klientovi zorientovat se ve své situaci a informovat ho o různých možnostech řešení, a zároveň ho podnítit a motivovat k aktivnímu jednání. (Nepustil a Geregová, 2020)

Zásadním činitelem psychosociálního poradenství je vztah mezi uživatelem služby a pracovníkem, podobný, jaký nalezneme v psychoterapii. Zahrnuje otevřenost, empatii, porozumění a aktivní naslouchání. Základním činitelem při práci s uživatelem drog je soustředění se na přítomnost a aktuální reálné potřeby klienta. V praxi je velmi časté, že se klient rozpovídá hned na začátku spolupráce, tyto slova však nemusejí hned znamenat předmět jeho momentálního zájmu. Pracovník dá najevo, že slyší jeho slova a zároveň upírá pozornost směrem k zájmu klientu. Věnovat se zájmu klienta je velmi důležité, není vhodné bagatelizovat jeho problémy nebo tématizovat problémy, které sám není připraven řešit nebo je za problém sám nepovažuje. (Nepustil a Geregová, 2020)

5.5 Motivační rozhovory

Motivační rozhovory jsou nejpoužívanější technikou práce s drogovými uživateli. Vznikli na přelomu 80. a 90. let 20. století jako způsob podpory zaměřený na rozvoj vnitřní motivace. Jeho základní principy vycházejí z humanistických konceptů Carla Rogerse, přičemž se snaží prostřednictvím důvěrného partnerství dosáhnout toho, aby klient aktivně formoval své vlastní motivující vyjádření a skrze proces seberealizace dosahoval pozitivních změn ve svém životě. (Nepustil a Geregová, 2020)

Koncepce motivačního rozhovoru není pouze o technikách, ale spíše o celkovém přístupu a stylu poradenství. Kombinuje jak direktivní, tak klientem orientované přístupy, které se zaměřují na podporu změny prostřednictvím prozkoumávání a řešení ambivalence. (Millerová, 2011)

Zásadní je zde respekt k právu na sebeurčení a svobodnou volbu, protože právě klient je ten, kdo nese odpovědnost za svůj život. Na pracovníkovi je naopak aby zajistil atmosféru vzájemné rovnosti, empatického a bezpodmínečného přijetí bez náznaků konfrontace a hodnocení. Důležitou dovedností poradce je porozumění vnitřním motivům klienta a jejich momentální úrovni. To se usnadňuje znalostí cyklu změny, který se odehrává v pěti fázích. Těmi jsou fáze: pre-kontemplační, neboli fáze před uvažování nad změnou, kontemplační, fáze uvažování nad změnou, rozhodnutí, fáze přístupu ke změně, akce a udržení změny. V každé z

těchto fází je také zapotřebí jiného způsobu poskytování podpory. Např. ve fázi rozhodnutí je žádoucí plánovat a jasně definovat kroky, které povedou k pozitivní změně, protože právě v této fázi je klientova vnitřní motivace k realizaci těchto změn nejvyšší. (Nepustil a Geregová, 2020) Je nutné ještě dodat to, že motivační rozhovory využívají čtyř základních principů. Těmi jsou využití odporu, vyjádření empatie, rozvíjení rozporů a podpora schopností klienta. Tyto principy jsou snadno využitelné v jakémkoliv rozhovoru i prostřední bez ohledu na podmínky, které má pracovník k dispozici. (Nepustil a Geregová, 2020)

5.6 Případová práce

Případová práce je metoda sociální práce, která je hojně využívána zejména ve službách poradenských a pobytových. Její teoretický základ vychází ze společenských věd jako je psychologie, antropologie, sociologie nebo psychiatrie a za jejich zakladatelku považujeme M. Richmondovou. Ta vychází ze dvou hlavních principů, těmi jsou „procesy“ a „vzájemná závislost“. Tyto principy odrážejí zejména pohyb a interakci mezi jedinci a jejich sociálním prostředím. Za základ se tedy považuje individualita a jedinec ve vzájemném působení s jeho prostředím. (Nepustil a Geregová, 2020)

Případová práce znamená dlouhodobou spolupráci na konkrétním případě. Cílí na problémy spojeny se sociálním prostředím, mezilidskými vztahy nebo na kulturní kontext, který brání jedinci zlepšit svou životní situaci. Snaží se o rozvoj osobnosti jedince a naplnění jeho potřeb v interakci s jeho prostředím a vždy probíhá za přítomnosti klíčového pracovníka. (Nepustil a Geregová, 2020)

Tato komplexnost práce souvisí také s tím, že mnozí uživatelé drogy řeší na jednu více problémů. Ty se mohou týkat např. zaměstnání, bydlení, psychické nepohody nebo špatné finanční situace. Zde nastává moment, kdy je pracovník jediným stabilním bodem v jedincově životě. Proto je důležitá součást případové práce také psychická podpora uživatele. (Nepustil a Geregová, 2020)

Předností pracovníka je znalost návazných institucí a schopnost vhodně odkazovat a doporučovat tyto služby. V této návazné spolupráci se stává také koordinátorem, tak aby zajistil naplnění potřeb klienta, protože právě on, je ten, kdo se orientuje a zná jedincovu situaci nejlépe. Stále však zůstává v roli průvodce a nesnaží se přebírat zodpovědnost za klienta. (Nepustil a Geregová, 2020)

Zůstávají v partnerském vztahu a možnost volby je vždy ponechána na samotném jedinci. Případové práce totiž cílí také na podporu sebehodnoty, proto respektuje přání klienta a předpokládá, že je schopen sám řídit a určovat své kroky a cíle. Dalšími principy případové práce jsou také sebeurčení a individualita, proto vztah mezi pracovníkem a klientem zůstává vždy rovný. (Nepustil a Geregová, 2020)

Případová práce má tedy čtyři cíle, kterými jsou poskytování psychické podpory, identifikace problémových míst, ventilace pocitů jedince a v neposlední řadě také reflexe. V této spolupráci je také nutné nepodcenit žádnou z fází, které případová práce zahrnuje. První z nich je mapování. V této fázi se soustředíme především na to, zda jedinec spadá do cílové skupiny naší služby a snažíme se vyhodnotit zakázku jedince. Je důležité nehodnotit životní situaci klienta ale soustředit se na jeho momentální potřeby. Jelikož se život uživatelů drog velmi často mění, měl by se proces mapování periodicky opakovat. (Nepustil a Geregová, 2020)

Druhá fáze této spolupráce je poté plánování a vyhodnocování potřeb. Na základě informací zjištěných v první fázi, se klíčový pracovník společně s klientem snaží vyhodnotit cíl spolupráce. Zde je možné využít také jiné zdroje, který je klient ochoten poskytnout. Těmito zdroji mohou být např. lékařské zprávy nebo soudní spisy. Je nezbytné, aby byl cíl spolupráce reálně dosažitelný a protínal potřeby jedince a možnosti poskytovatele služby. Takto zvolené cíle se poté stávají stavebním kamenem pro další fázi spolupráce, a to na základě uzavření písemné či ústní smlouvy s poskytovatelem služby. (Nepustil a Geregová, 2020)

Ve fázi realizaci plánů se naplňují dílčí kroky z předem vytyčeného individuálního plánu jedince. Pracovník je zde v roli partnera, který předává potřebné informace, propojuje jedince s návaznými institucemi a poskytuje duševní podporu. S tímto souvisí také poslední fáze spolupráce, a to vyhodnocování výsledků. S každým splněným dílčím krokem přichází reflexe a vyhodnocení tohoto kroku, tak abychom zjistili, jak se jedinci dařilo v rámci jeho naplňování, a jak se mu povedlo posunout svou situaci k lepšímu. (Nepustil a Geregová, 2020)

Tato dlouhodobá spolupráce končí ve chvíli, kdy se jedinci podařilo dosáhnout vytyčeného cíle a nežádá další spolupráci na jiné zakázce. V jiném případě může k ukončení spolupráce dojít také v okamžiku, kdy potřeby jedince převyšují možnosti služby. Potom je dobré nabídnout například doprovod do návazné instituce, tak aby byl usnadněn přechod jedince do návazné služby. (Nepustil a Geregová, 2020)

5.7 Krizová intervence

Krizová intervence je rychlá a dočasná podpora, která se soustředí na jedince v krizové situaci. Krize nastává, když jedinec nemá k dispozici osvědčené metody pro řešení problémů. Vyšší pravděpodobnost prožívání krize je způsobena zvýšeným stresem a nedostatečnými dovednostmi potřebnými pro zvládnání náročných situací. (Millerová, 2011)

Jejím cílem je obnovit rovnováhu v jejich biologickém, psychologickém a sociálním fungování a snížit riziko vzniku dlouhodobých psychických problémů. Je to odborná metoda práce, jejímž hlavním nástrojem je rozhovor, prostřednictvím kterého se pracovník snaží strukturovat prožívání jedince, tak aby předešel destruktivním tendencím. Aktivita se očekává na straně pracovníka, který předává potřebnou podporu v jedincovu schopnost vyřešit problém konstruktivně a aktivně. (Nepustil a Geregová, 2020)

Díky svému životnímu stylu se uživatelé drog dostávají do krizových situací poměrně častěji než lidé z majoritní společnosti. Často se jedná o ztrátu bydlení, prožité násilí, ztrátu blízké osoby nebo hrozící výkon trestu odnětí svobody. To vše zvyšuje nároky na schopnosti a vědomosti pracovníka. Tato metoda práce je však nezbytnou součástí práce v terénu, ambulantních i pobytových službách. (Nepustil a Geregová, 2020)

Kvalitní krizový pracovník je schopen odhadnout, kdy je v kontaktu s jedincem v krizi a rozpozná kdy, selhávají mechanismy běžného zvládnání stresových situací. Jeho úkol v kontaktu s uživatelem je společně projít krizí, bez náznaků konfrontace či hledání řešení. Je chopen adaptovat se na tempo i potřeby jedince a snaží se vytvořit co nejlepší kontakt „teď a tady“. Proto je také nutná znalost práce s tunelovým viděním. V krizových situacích je důležité, aby pracovník uměl zachovat chladnou hlavu a nenechal se ovlivnit náročnou situací a pocity paniky. (Nepustil a Geregová, 2020)

Pracovník se nikdy nesnaží o mírnění či posílení jedincova pocitů ale o ujištění jedince v tom, že jeho projevy pocitů jsou v této situaci v pořádku. Proto je také nutná znalost práce s intenzivními pocity. Pracovník je zároveň schopen celou situaci monitorovat a prostřednictvím rozhovoru sledovat vývoj stavu jedince. (Nepustil a Geregová, 2020)

Pro náročnost této metody práce je nezbytné adekvátní vzdělání. Jednou z možností, jak se v této oblasti vzdělávat je např. výcvik v krizové intervenci. Tento výcvik by měl pracovníkovi předat schopnost, jak jedince efektivně provést krizí, jak citlivě reagovat na možné situace nebo jak ošetřit a zmapovat pocity jedince. (Nepustil a Geregová, 2020)

Dalšími aspekty, které zvyšují nároky na odbornost pracovníků, jsou specifika spojená s akutní intoxikací či toxické psychózy u aktivních uživatelů drog. Pracovník by měl umět pracovat se změněným stavem vědomí a znát projevy intoxikace u různých návykových látek. U nás se nejčastěji potkáme s intoxikací ve spojení s užitím pervitinu, marihuany, heroinu a LSD nebo také ve spojitosti s užitím psychiatrických léků jako je Neurol nebo Rivotril. (Nepustil a Geregová, 2020)

Důležitou kompetencí pracovníka je také schopnost práce s jedinci s projevy toxické psychózy. Jedny z projevů toxické psychózy mohou zahrnovat halucinace, pocity pronásledování, úzkostné stavy nebo stavy paranoi. V takovémto případě je nutná adaptace na potřeby klienta a aktivní iniciace nabídek pracovníka. Pro některé jedince je v tomto stavu důležité klidné prostředí pro jiné zase společná chůze po okolí. Adaptace je vhodná také na slovník a tempo klienta. Pracovník by měl sdělení předávat jednoduchým větným spojením bez užití odborné terminologie, tak aby bylo pro jedince jednoznačné a srozumitelné. (Nepustil a Geregová, 2020)

Ve zvládnání krize může pomoci také vedení rozhovoru na téma, zda již uživatel podobnou situaci zažil, a co mu pomohl se v ní stabilizovat popř. zmapovat jedincovo blízké okolí a vyhodnotit, zda by mohlo být v této situaci nápomocné. V případě, kdy jedinec projeví potřebu kontaktu s blízkou osobou, je vhodné zprostředkovat telefonický kontakt nebo nabídnout doprovod za touto osobou. (Nepustil a Geregová, 2020)

Nedílnou součástí užívání návykových látek jsou také stavy na „dojezdech“, které se projevují zvýšenou spavostí nebo emoční labilitou. Ve všech výše zmíněných situacích je nutná znalost a orientace pracovníka, a to jak v projevech, tak ve fázích těchto stavů. Pracovník by měl být také schopen vyhodnotit, kdy je klient schopen zvládnout svůj stav sám a kdy je potřeba přivolat jinou pomoc jako je např. rychlá záchranná služba nebo kontakt s krizovým centrem. (Nepustil a Geregová, 2020)

Je nutné také říci, že ne vždy je možné, aby krizová intervence probíhala v relativně klidném a bezpečném prostředí. Zejména při kontaktu v terénu, který probíhá často na squatu nebo na frekventovaném nádraží se nositelem bezpečí stává sám pracovník. (Nepustil a Geregová, 2020)

Častou překážkou pro využití návazné pobytové služby pro uživatele drog v krizi bývá zejména vysoký práh pro přijetí. Mnohá krizová lůžka neumožňují přijetí jedince pod vlivem

alkoholu či návykových látek. Jiné pobytové služby zase mají určitou toleranci na alkohol, ne však na přítomnost návykových látek v krvi. Proto je vhodná znalost návazných služeb a udržování dobrých pracovních vztahů s nimi. (Nepustil a Geregová, 2020)

5.8 Psychoterapeutická podpora

V mnoha zemích je psychoterapie vymezena jako samostatná disciplína, u nás ji však stále řadíme do oblasti zdravotnictví. Její definice není jednoznačná, to je zapříčiněno mnoha směry, které různé instituce vymezují jiným způsobem. Jednoznačný je ale její cíl, který směřuje k pozitivní změně prožívání, chování a sociální interakce. Využití psychoterapie v sociálních službách je velmi hojné. Vždy je poskytována kvalifikovanými pracovníky s vysokoškolským vzděláním nebo pracovníky, kteří úspěšně absolvovali kvalifikovaný psychoterapeutický výcvik. Tyto dlouhodobé výcviky se vyznačují vysokou úrovní a nabízejí jedinečnou možnost rozvoje v oblasti teorií, sebezkušeností a supervizí. (Nepustil a Geregová, 2020)

Psychoterapie je hlavně o komunikaci mezi terapeutem a klientem s cílem dosáhnout co největší duševní pohody a stability v dané životní situaci, ať už jde o osobní život, zdraví nebo jiné faktory, a podpořit schopnost klienta ovlivňovat svou situaci. (ČAP, 2021)

Očekávání klienta to, že mu bude psychoterapie nápomocná, je jednak cíl psychoterapeuta a zároveň předpoklad úspěšné spolupráce. Na počátku spolupráce je důležité důkladné zmapování emocí a záměrů klienta, s nimiž do psychoterapie vstupuje.

Psychoterapeut má roli pozorného posluchače a tvůrce pozitivní atmosféry. Je důležité nechat jedinci prostor pro formulaci vlastních pocitů, přání a cílů spolupráce. Takto navozená atmosféra napomáhá pocitu bezpečí a minimalizuje obavy z bagatelizace jeho pocitů. (Nepustil a Geregová, 2020)

5.9 Psychoterapie a harm reduction

Toto neobvyklé spojení vniklo v polovině 90. let 20. století ale k jeho rozšíření došlo teprve v posledních letech. Za jeho zakladatele považujeme Andrewa Tatarsky, který tuto metodu práce nazval jako Psychoterapie zaměřená na snižování rizik. Nejedná se o nový psychoterapeutický přístup, ale o změnu postoje terapeuta a ochotu pracovat s problémy, které

běžně nejsou terapeutky přijímány. Tuto metodu s filozofií *harm reduction* pojí podobné hodnoty a společná víra v malé kroky, které mohou vést k velké změně. (Nepustil a Geregová, 2020)

A. Tatarsky vytvořil komplexní terapeutický model, který spojuje několik tradičních psychoterapeutických přístupů, tak aby terapeut mohl co nejúčinněji reagovat na různorodé potřeby klientů a zároveň byl připraven na specifika života uživatelů drog. Tato metoda vidí důležitost jak v terapeutickém vztahu, tak v rovnocenné spolupráci. Základní postoj terapeuta je respektující k faktu, že je užívání psychoaktivních látek nedílnou součástí společnosti a vyjadřuje snahu k porozumění a pomoci. (Nepustil a Geregová, 2020)

Specifikem psychoterapie zaměřené na snižování rizik je svolnost k práci na zakázce, jejímž cílem nemusí být nutně úplná abstinence. Ve shodě s hodnotami *harm reduction*

spolupracuje terapeut s klientem na zakázkách dle jeho potřeb a přání. V případě, kdy se jedinec rozhodne ke kontrolovanému pití nebo omezení užívání drog, je tento cíl vnímán stejně důležitě jako kterýkoliv jiný. (Nepustil a Geregová, 2020)

Tatarsky sestavil také sedm hlavních úkolů pro terapeutky, jimiž jsou:

1. Zvládání terapeutické aliance

Zde je hlavní úlohou terapeuta respektující a empatický přístup bez předsudků se snahou nalézt co nejvhodnější přístup ke klientovi. Pro snadnější splnění tohoto úkolu může sloužit aktivní naslouchání nebo reflexe vlastních reakcí na chování klienta.

2. Léčba terapeutickým vztahem

Pocit bezpečí a důvěry sám o sobě může mít terapeutický účinek, což může pomoci jednotlivci lépe se orientovat ve svém životě nebo získávat nové dovednosti v regulaci emocí a vyjadřování svých názorů. Podmínkou této úlohy je však schopnost adaptace na přání klienta a projev přirozeného zájmu.

3. Posilování dovedností k řízení vlastních pozitivních změn

Terapeutická spolupráce s klientem cílí především na pozitivní změnu těch aspektů osobnosti, které o změnu stojí a jsou ochotny tuto změnu aktivně vést. Úkolem terapeuta je nabídnout možnosti, které posilují schopnost řídit sama sebe. Zde je možné využít například relaxačních metod nebo technik pozitivní psychologie.

4. Diagnostika jako léčba

Cílem diagnostiky je převážně stanovení diagnózy, zde se však jedná spíše o způsob pomoci v orientaci vlastního jednání a hledání způsobů po minimalizaci rizik. Prakticky jde o zaměření se na projevy problémového chování jedince. Zde je možné využít například časové osy dne. Ta ukáže na rizikové projevy a pomůže jedinci v lepším vymezení momentů, ve kterých by ocenil změnu.

5. Přijetí ambivalence

Tento úkol vychází z technik motivačních rozhovorů. Jde o vnitřní rozpor pocitů klienta, kdy se terapeut snaží vyjádřit porozumění oběma protichůdným pocitům klienta a zároveň se ani k jednomu nepřiklání. Tímto způsobem se terapeut snaží přizvat do spolupráce celou osobnost klienta, a nejen tu, která o změnu projevuje zájem.

6. Stanovení cílů pro snižování rizik

Na základě předem stanovených cílů klienta, terapeut společně s klientem sestaví plán jeho užívání. Terapeut vede klienta k podrobnému popisu užívání včetně četnosti, způsobu i intenzity, tak aby došlo k co nejvyšší minimalizaci rizik a zároveň maximálnímu zisku. Až tento samotný proces však ukáže, zda byli takto stanovené cíle pro jedince reálné či nikoli.

7. Aktivní strategie pro pozitivní změnu

Ve chvíli, kdy má klient takto stanovené cíle, terapeut pomáhá vytvořit strategie, které pomohou těmto cílům dosahovat. Zaměřuje se na uvědomění si spouštěčů problémového chování a ve spolupráci nacházejí alternativy ve zvládnání těchto spouštěčů. (Nepustil a Geregová, 2020)

Postup psychoterapeutické práce se vyznačuje třemi fázemi. První fází je fáze připojení a zhodnocení. Terapeut se zde snaží, co nejlépe porozumět definici cílů klienta. Ve fázi stanovování cílů se klade důraz na formulaci cílů spolupráce samotným klientem. Za nejefektivnější se považuje zkušenost klienta, kdy si sám vyzkouší, zda jsou cíle reálné a dosažitelné. Poslední fází je práce na změně, tato fáze je procesem k dosažení pozitivní změny, která se neustále vyvíjí tak, aby měl klient možnost prožít pozitivní výsledek. (Nepustil a Geregová, 2020)

Psychoterapie zaměřená na snižování rizik ukazuje, jak může filozofie *harm reduction* spolupracovat s léčebnými principy. Tímto způsobem se *harm reduction* začleňuje do léčby závislostí a terapeutická práce se naopak stává součástí nízkoprahových služeb. (Nepustil a Geregová, 2020)

Ačkoliv v České republice zatím chybí formální vzdělávání v této oblasti, nic nebrání jejímu aktivnímu praktickému začlenění do služeb. Jde především o změnu postoje terapeuta, který je ochoten pracovat na problémech, které nemají jasný cíl nebo se přímo nezaměřují na abstinenci. (Nepustil a Geregová, 2020)

5.10 Recovery koučování

Recovery kouč je v České republice zcela nový pojem a vyplívá ze změny léčebných a rehabilitačních služeb pro jedince závislé na návykových látkách, kterou prošly koncem 90. let 20. století. Po této změně termín zotavení neboli *recovery* nabral daleko širšího smyslu. Můžeme jej chápat jako proces pozitivní změny, která cílí na fyzické a duševní zdraví, sebeurčení a využití svého plného potenciálu. Zásadní změna se týká zejména toho, že zotavení v tomto smyslu prioritně necílí k životu zcela bez drog. Dle různých výzkumů, které prokazují, že samotná droga nezpůsobuje závislost, začal *recovery* přístup předávat svou pozornost spíše ukazatelům, který vývoj závislosti negativně podporují. Za ty jsou nejčastěji považovány pocity sebeurčení, sociální fungování nebo životní spokojenost. Jeden z hlavních principů zotavení je možnost volby, z toho vyplívá, že je cestou, přirozeně navazující na proces změny závislosti, která nevyklučuje závislostní chování. Toto chování se však projevuje v jiných formách užívání nebo větším zapojením jedince do společnosti. (Nepustil a Geregová, 2020)

V tomto novém pojetí hrají klíčovou roli jedinci, kteří sami zažili závislost a jsou ochotni sdílet své zkušenosti a dokazovat, že zotavení je možné. Z toho vyplívá, že se začali přirozeně formovat nové pracovní pozice, které nekladou vysoké nároky na vzdělání, ale spíše na vlastní prožitou zkušenost. Úkolem tohoto pracovníka je podpora v procesu zotavení s využitím schopnosti spojení skrze společnou zkušenost. (Nepustil a Geregová, 2020)

Recovery koučové nejenom zvládají základní dovednosti koučování, ale jsou také schopni inspirovat své okolí. Díky otevřenosti tykajících se svých vlastních zkušeností a schopnosti vcítit se do jedinců, kteří se potýkají se závislostí, mohou přenést svůj vliv zotavení na ostatní. (Úřad vlády, České republiky, 2019) Žité znalosti jsou informace o zotavení ze závislosti, které jedinec získává během svého vlastního procesu, zatímco žité dovednosti jsou nově získané schopnosti přenést tyto znalosti a pomoci druhým nalézt svou vlastní cestu k uzdravení a udržet se na ní. (Úřad vlády České republiky, 2019, s. 58)

Recovery kouč většinou pomáhá na dobrovolné bázi a k tomu jakým způsobem vhodně předat své zkušenosti mu pomáhá zejména nástroj kontinuálního tréninku nebo supervize. Tito pracovníci mohou tvořit samostatný tým, ale běžnější forma jejich zapojení do procesu bývá formou zapojení do multidisciplinárního týmu, který je schopen poskytnou komplexní péči. (Nepustil a Geregová, 2020)

Recovery kouč se s uživateli setkává v neformálním prostředí, převážně v terénu, kde navazuje neformální přátelské vztahy. Tímto se odlišuje od běžného pojetí koučování. Velkou výhodou *recovery* kouče je vlastní zkušenost, která napomáhá k přirozenému kontaktu a navozování větší důvěry s uživateli. Tímto způsobem se může stát také zprostředkovatelem pomoci u jedinců, kteří z různých důvodů důvěru v odborné pracovníky nenachází. (Nepustil a Geregová, 2020)

Tato forma podpory cílí jak na jedince v akutní fázi svého problému, tak na jedince, kteří již léčbou prošli a potřebují podporu v návratu do běžného života. Cílovou skupinou této podpory jsou však také rodiny nebo blízké osoby uživatelů, kterým chybí potřebné porozumění od někoho, kdo by sdílel podobnou zkušenost. Je však nutné říci, že tato podpora přináší prospěch i kouči samotnému. Protože vidět vlastní prospěch v pomoci druhým je nedílnou součástí vlastního procesu zotavení. (Nepustil a Geregová, 2020)

Empirická část

6 Vliv závislosti na pervitinu na život uživatelů

6.1 Východiska a metodologie výzkumu

V mém výzkumu jsem se zaměřila na analýzu životních příběhů uživatelů pervitinu, kterou jsem následně vyhodnotila pomocí otevřeného kódování. Prakticky jsem se čtyřmi jedinci vedla polostrukturovaný rozhovor v jejich přirozeném prostředí, na bytech a na ulici. Při výběru respondentů jsem využila svou pracovní zkušenost, co by terénního pracovníka v adiktologické službě a nabitých vědomostí po čas mého studia. Tato zkušenost mi napomohla v navázání důvěry, která se projevila při realizaci rozhovorů s respondenty.

Cílem výzkumu je tedy zjistit specifika a popsat hybné a klíčové momenty ovlivňující život drogově závislých respondentů. Proto jsem se zaměřila především na faktory, které negativně přispívají k rozvoji závislosti, hybné momenty v průběhu drogové kariéry a negativní dopady závislosti z pohledu společnosti i samotného respondenta. Dále jsem se pokusila prozkoumat dílčí cíle bakalářské práce, tedy negativní vlivy sociálního prostředí, nezdravé sociální vazby a toxicitu mezilidských vztahů drogových uživatelů. Jak jsem již zmínila, k zodpovězení výzkumných otázek jsem využila kvalitativní výzkum, konkrétně polostrukturované rozhovory. Získaná data jsem následně analyzovala pomocí otevřeného kódování.

V souladu s cílem výzkumu jsem stanovila hlavní výzkumnou otázku:

Jaké jsou aspekty, tedy hybné či silné momenty v životě závislých na pervitinu, které vedly k počátkům drogové kariéry respondentů?

Vedlejší výzkumné otázky:

Co je motivem k užívání pervitinu?

Jaká úskali přináší život se závislostí?

Jak vnímá uživatel svou osobní situaci?

Jaký je vliv sociálního prostředí na vývoj závislosti?

Jak ovlivňují prožitky z dětství jedince v souvislosti se závislostí?

Jaký je vliv vrstevnické skupiny na jednání a prožívání jednotlivce?

6.2 Analýza životních příběhů uživatelů pervitinu - Rozbor výzkumu

Při analýze rozhovorů byly z odpovědí respondentů, již na začátku patrné některé kategorie, které jsou pro můj výzkum nosné. Některá témata byla však naopak vzácná a vyskytovala se jen u určitých respondentů. Domnívám se, že tato ojedinělost může být zapříčiněna například délkou drogové kariéry respondenta nebo osobnostním nastavením.

Kategorie vzniklé na základě otevřeného kódování, které vnímám jako zásadní, a se kterými jsem dále pracovala, jsou:

1. Nefunkční rodinné prostředí
2. Tíživé situace v dětství
3. Problémové sociální vazby v dospívání
4. Sebeobraz
5. Osobní motivace k prvnímu užití
6. Život s drogou
7. Vlastní pohled na následky závislosti

Dále uvádím jiné kategorie, které z výzkumu vyplynuly, ale nejevily se jako důležité pro mou analýzu. Tyto kategorie mě však zaujali a mohli by sloužit jako podklad pro další výzkum.

8. Ohrožení sociálním vyloučením
9. Psychické a duševní zdraví
10. Já a moje budoucnost
11. Mé postavení ve společnosti
12. Závislost a kriminalita

Tab. 1. Nefunkční rodinné prostředí

Seznam kódu kategorie 1.

- Fotra jsem viděl naposledy v sedmi letech - rodiče byli také drogově závislí – se sourozenci jsem neměl žádný vztah – máma nepracovala – hrozně jsem se styděla, že máma šlapala – bydlelo nás sedm v jednom bytě – máma neměla moc starost

Tab. 1.1 Vlastnosti a dimenze kategorie 1

Vlastnosti	Dimenze
Dysfunkční rodinné prostředí	Nikdy – občas – často - vždy
Vzorové chování	Nikdy – občas – často - vždy
Nedostatečná podpora	Nikdy – občas – často - vždy

Z této kategorie vyplývá, že všichni dotazovaní nevyrostali v harmonickém rodinném prostředí. Problémové rodinné prostředí se může vyznačovat obtížemi, které mají negativní dopad na všechny členy domácnosti nebo na jejich životní situaci. Řadíme sem například špatnou finanční situaci, domácí násilí nebo různé druhy závislostí. Rodina tak ztrácí své základní funkce, což může mít vliv na vývoj jednotlivých členů rodinu. Například respondentka číslo 1. uvedla, že cítila stud za svou matku, která se živila, jako prostitutka. „*Za mámu jsem se hrozně styděla, nevím proč, asi za to, že šlapala.*“ Respondentka číslo 3. zase uvádí, že i její rodiče vykazovali závislostní chování. „*Jezdili jsme všude po ČR, rodiče byli také drogově závislí, takže táta dělal kšefty.*“ Domnívám se tedy, že chybějící funkce rodiny, jsou zásadním činitelem pro zdravý vývoj dítěte a častým předpokladem pro rozvoj závislosti.

Tab. 2 Těživé situace v dětství

Seznam kódu kategorie 2.

- Nikdo si se mnou nehrál – starala jsem se o sourozence, přebalovala je a tak – táta byl hodně přísnější – když mi bylo sedm, tak se mi otrávil nejstarší brácha – když jsem byla malá, tak mi umřela třetí sestra – táta dělal kšefty – všichni si ze mě dělali srandu – vysmívali se mi – ve školách mě ponižovali

Tab. 2.1 Vlastnosti a dimenze kategorie 2

Vlastnosti	Dimenze
Psychické trauma	Nikdy – občas – často - vždy
Stres	Nikdy – občas – často - vždy
Nedostatečná péče	Nikdy – občas – často - vždy

V této kategorii jsem se zaměřila na tíživé až traumatické okamžiky z dětství respondentů, které mohli nepříznivě ovlivnit jejich psychický vývoj. Tíživé situace mohou být události, která zapříčiňují dlouhodobé následky v oblastech duševního zdraví jako jsou deprese, úzkosti nebo nízký úsudek o vlastní identitě. V takových to případech shledávám za nutné poskytnou dítěti bezpečné a podpůrné prostředí pro jejich stabilizaci. Mezi tíživé situace můžeme řadit rozvod rodičů, nehody, zneužívání, úmrtí v rodině, stěhování nebo zanedbávání péče o dítě. Svou zkušenost s úmrtím v rodině popisuje také respondent číslo 4. „*Když mi bylo sedm, tak se mi otrávil nejstarší brácha práškama.*“ Respondent číslo 2. zase uvádí zkušenost se šikanou na základní škole. „*Protože když jsem byl malej, tak mě ve školách třeba ponižovali a tak. Všichni si ze mě dělali srandu, vysmívali se mi, že mám klapatý uši, ve škole, že mi to nejde.*“ Respondentka číslo 1. sdílela v rámci rozhovoru zkušenost s útekem své matky. „*Když jsem byla hodně malá, tak jsem chvíli chodila do školky, ale to bylo tady na Moravě, když máma utekla a já pak byla na prázdninách u babi a dědy.*“ Z výsledků této kategorie se tedy domnívám, že tíživé situace z dětství značně ovlivnili budoucí drogovou kariéru respondentů.

Tab. 3 Problémové sociální vazby v dospívání

Seznam kódů kategorie č. 3

- *Chodili jsme stanovat a pili jsme krabicové víno – jsem takový dítě ulice – chodili jsme s partou na barák, tam to vše začalo – jsem chodil po venku s cigánama – jsem byl v takové sektě – šli jsme dělat bordel do města – já jsem chtěla vyzkoušet, co mu to dělá*

Tab. 3.1 Vlastnosti a dimenze kategorie 3

Vlastnosti	Dimenze
Vliv vrstevnické skupiny	Nikdy – občas – často - vždy
Problémové chování	Nikdy – občas – často - vždy
Pocit identifikace	Nikdy – občas – často - vždy

Vliv sociálního prostředí, ve kterém se jedinec pohybuje hraje zásadní roli. Jedinec s nedostatkem sebedůvěry, psychickou nezralostí nebo emoční rozpojitostí je mnohdy lehce ovlivnitelný a manipulativní. Snadno se pak může stát, že se zapojuje do činností nebo skupin lidí, o které vlastně sám nestojí. Na základě tohoto negativního vlivu jsou pak ovlivňovány jeho vnitřní postoje a normy, role ve společnosti nebo rodinné a blízké vazby. Formy negativního vlivu mohou zahrnovat například sociální tlak, toxické vztahy, konflikty, sociální izolaci nebo omezení sebevyjádření. Příklad vlivu sociální skupiny uvádí respondent číslo 2. „*Byl jsem v takové sektě. Měli jsme takový pravidla a všechno, jak zákon. Vždycky jsme se ožrali a šli jsme dělat bordel do města. To znamenalo, že jsme šli někoho třeba zbit.*“ Jiný příklad uvádí respondentka číslo 1. „*To bylo z nudy, to jsem byla mladá, a tam byla parta kluků, prostě jsme si dali, sešli jsme se na bytě a luštili jsme křížovky v kolečku na zemi.*“ Celkově mohou negativní sociální vazby vést k různým problémům. Je však nutné říci, že častokrát se jedinec, byť i v nezdravém kolektivu cítí v bezpečí a přijímám, a to i za předpokladů, že se v tomto kontextu vyskytují faktory, které sám nepřijímá nebo odmítá. Vliv sociálního prostředí je jeden z nejsilnějších, a to zejména ve věku, kdy jedinec není schopen zralého úsudku nebo se zrovna nachází v psychickém rozpoložení.

Tab. 4 Sebeobraz

Seznam kódů kategorie č. 4

- Byl jsem sígr – byl jsem průserář – jsem byla hajzl – takovej, ten malej kluk – černá ovce rodiny

Tab. 4.1 Vlastnosti a dimenze kategorie 4

Vlastnosti	Dimenze
Negativní sebezpojetí	Nikdy – občas – často - vždy
Ztráta kontroly	Nikdy – občas – často - vždy
Pocit izolace	Nikdy – občas – často - vždy

Sebezpojetí vyjadřuje obraz vlastní osoby. Jedná se o náhled na to, jak jedinec vnímá a hodnotí sám sebe. Jak z výzkumu vyplívá, sebezobraz je klíčovou dimenzí, ze které je patrné, že značně přispívá a ovlivňuje rozvoj a vznik závislostního chování. Respondent č. 4. popisuje svou roli v rodině a náhled na svou osobu takto: „*pak jsem byl já, černá ovce rodiny*“. Dále se dá říci, že například nízké sebevědomí může být důvodem k úniku prostřednictvím drogy, která napomáhá k potlačení negativních pocitů a naopak přispívá k pocitu euforie. Negativní sebehodnocení zase přispívá k porovnávání s ostatními, což může vyvolat pocity dlouhodobé frustrace a méněcennosti. Stigma, které je společensky provázané s návykovými látkami, může zapříčinit pocit studu za své „nespolečenské“ chování a posilovat tak vlastní touhu po úniku z reality. Pozitivní změna, která je klíčová pro léčbu závislostí, má za cíl pozitivně ovlivnit sebezpojetí jedince. Této změny se lépe dosahuje v poskytování podpora ze strany blízkého okolí nebo prostřednictvím pozitivních zážitků. V neposlední řadě, je nutné zmínit, že pozitivní obraz o své identitě, hraje důležitou roli v udržení abstinence a chrání, tak jedince před vznikem lapsů.

Z výzkumu jednoznačně vyplívá, že ani jeden z respondentů nemá o své osobě pozitivní úsudek, což mohlo značně ovlivňovat a podporovat jejich závislostní chování.

Tab. 5 Osobní motivace k prvnímu užití

Seznam kódů kategorie č. 5

- *Poslal mě táta pro to – zvědavost – já jsem chtěla vyzkoušet, co mu to dělá – jsme se nudili – byla jsem ještě dítě – ke mně se to dostalo, jak k slepému housle – dal jsem si bezhlavě*

Tab. 5.5 Vlastnosti a dimenze kategorie 5

Vlastnosti	Dimenze
Experimentování	Nikdy – občas – často - vždy
Nedostatečná informovanost	Nikdy – občas – často - vždy
Volný čas	Nikdy – občas – často - vždy

Obecně se dá říci, že motivace k prvnímu užití drogy závisí na mnoha různých faktorech. Za tyto faktory můžeme považovat například sociální, kulturní nebo psychologické okolnosti. Zejména mladí jedinci experimentují s drogami z pouhé zvědavosti nebo z chťiče po přijetí ostatními. Sociální tlak, tak může jedince snadno vyvolat motivaci k prvnímu užití. Svou zvědavost popisuje respondentka číslo 1. takto: „*Já jsem chtěla vyzkoušet, co mu to dělá, prostě proč.*“. Dalším faktorem, který posiluje motivaci, může být nenaplněná potřeba, nebo hledání touhy po nedosažitelném pocitu radosti a štěstí. K tomuto faktoru značně přispívají také psychické problémy nebo prožívání dlouhodobých či osobních problémů. U některých mladých jedinců se experimentování může objevovat také z důvodu potřeby vzepřít se autoritám nebo normám společnosti. K motivaci může napomáhat také snadná dostupnost drogy nebo nedostatečná informovanost o této oblasti. Respondentka č. 1 v rozhovoru uvádí, snadný způsob zaopatření první dávky. „*Tak jsme šli za jedním týpkem, a on nám sehnal.*“

Je důležité zmínit, že výše uvedené faktory nejsou zcela jedinými motivy pro užití drogy. Každý jedinec má své specifické důvody i jinou motivaci k tomuto jednání. Různé faktory se mohou různě propojovat a také vzájemně ovlivňovat. Snaha o porozumění těmto motivům, může být velmi důležitá pro prevenci vzniku závislostí.

Tab. 6 Život s drogou

Seznam kódů kategorie č. 6

- Nikdo se se mnou kvůli tomu nebavil – perník není závislost – mě se práce nelíbila – trvalo mi dlouho se naučit abych já ovládala pervitin a ne on mě – piko je moje druhé já – byl jsem na ubytovně a na ulici – jak kdyby měl člověk další smysl – tělo i psychika to vyžaduje – sex na tom byl super - díky pervitimu spadnete až na úplný dno – fetišákovi nikdo nechce pomoc – žiju v realitě – co má být bude – jsem skončil na ulici – seděl jsem za držení – s dětmi jsme neměli, co jíst

Tab. 6.1 Vlastnosti a dimenze kategorie 6

Vlastnosti	Dimenze
Sociální vztahy	Nikdy – občas – často - vždy
Finanční situace	Nikdy – občas – často - vždy
Stabilita bydlení	Nikdy – občas – často - vždy

Je všeobecně známo, že lidé aktivně užívající psychoaktivní látky mají velmi pestrý a rychle proměnný život. U této skupiny jedinců, je také vyšší pravděpodobnost zažívání častých neúspěchů, traumatických nebo tíživých situací nebo vyšší riziko pro zdravotní problémy. Život s drogou může mít mnoho různých podob a dopadů, které závislostní chování zapříčiňuje. Tyto podoby se mohou lišit v závislosti na délce drogové kariéry, druhu návykové látky nebo sociálním kontextu. Z výzkumu je patrné, že závislost negativně ovlivňuje stabilitu bydlení, psychickou pohodu a zdraví, zaměstnanost, úsudek o budoucím životě i značné stigma společnosti. Pocity sociálního nepřijetí a ovlivnitelnost vlastního života drogou popisuje respondentka číslo 3. takto: „*Díky pervitimu spadnete až na úplný dno a je těžký se pak znovu postavit na vlastní nohy, protože fetišákovi nikdo nechce pomoci.*“. Mimo jiné závislost ovlivňuje také rodinné prostředí a jednotlivé členy rodiny, a to jak v řebříčku sociálních vrstev a materiálního zabezpečení, tak ve zdravém vývoji dětí a plnění jednotlivých funkcí rodiny.

Chudoba a finanční nejistota je časté pojitko se závislostí, jak z důvodu vysokých nákladů za drogu, tak například s přidruženou závislostí, kterou může být například závislost na hraní hazardních her a automatů. Svou zkušenost s nedostatkem finančních prostředků i kriminální činností popisuje respondentka č. 1. „*Chodila jsem do krámu krást, protože jsme s dětmi neměli, co jíst, když bývalý vše prohrával.*“ Finanční nouze podpořena ohrožením zaměstnanosti, která se může pojit také s nízkým stupněm vzdělání, střídou délkou praxe nebo zdravotním a bezúhonným omezením, často vede až k úplné ztrátě bydlení. Vliv závislost na život jedince popisuje také respondent číslo 3. „*Ovlivnila mě hlavně, když jsem skončil na té ulici.*“ Podobnou zkušenost sdílí i respondent číslo 4. Ten v rozhovoru uvedl následovně: „*Bydlení mi to nějak neovlivnilo, byl jsem na bytě, chvíli na ubytovně, a na ulici jen tři roky, to až po úraze páteře.*“.

Výzkum jednoznačně prokazuje negativní vliv závislosti na život jedince. I přes tyto rizikové a ohrožující faktory je však možná stabilizace jedince. Primární, sekundární i terciální prevence závislostního chování má v České republice široké zastoupení. Možnost podpory může uživatel nalézt například formou navázání spolupráce s K-centrem, terénními programy nebo centrem psychosociální podpory.

Tab. 7 Vlastní pohled na následky závislosti

Seznam kódů kategorie č. 7

- Nelituju toho – tohlencto mi víc vzalo, než dalo - jsem dopustila, aby moje děti byli bez mámy – kdybych nebyla na drogách, tak bych od něj odešla dřív – bylo mi jedno, jestli na mě řve a bije mě – jsem za to rád

Tab. 7.1 Vlastnosti a dimenze kategorie 7

Vlastnosti	Dimenze
Negativní obraz	Nikdy – občas – často - vždy
Konkrétní zkušenosti	Nikdy – občas – často - vždy
Subjektivní perspektiva	Nikdy – občas – často - vždy

Tato kategorie, která vyvstala z předchozího kódování, mě velice zaujala zejména ve vztahu odlišnosti názorů respondentů. Například respondent č. 4. uvedl „*Nelituju toho, co jsem zažil. Jsem za to rád.*“ Naproti tomu respondent č. 2. sděluje „*Tohlencto mi víc vzalo, než dalo. Kdybych si měl vybírat, jestli drogy nebo normální čistý život, tak si vyberu čistý život*“. Zatímco obě respondentky uvedly, že litují pouze určitých situací, které úměrně se závislostí souvisí. Respondentka č. 3. tuto situaci popisuje takto „*Lituji toho, že jsem dopustila, aby moje děti byly bez mámy a věděli to o mě ale na druhou stránku nebýt pervitinu tak nepoznám chlapa, co mě naučila být lepším člověkem.*“.

Následky závislosti mají široké a rozsáhlé spektrum dopadů, která ovlivňují jak jedince, tak celou společnost, a to v rovinách psychických, ekonomických i sociálních. Obecně se dá říci, že důsledky závislosti jsou velmi hluboké a dlouhodobé. Je však důležité uvědomit si, že obraz závislosti je u každého jedince velmi individuální a častokrát také velmi proměnný. Tyto změny mohou být zapříčiněny například momentálním emocionálním rozpoložením nebo pocitem euforie po užití drogy.

Závěr a shrnutí

Život se závislostí na pervitinu je nepochybně velmi složitý a plný výzev. Rozdíly se mohou projevat v osobních zkušenostech a predispozicích, různých individuálních faktorech, sociálních vztazích a prostředí, ve kterém se uživatel pohybuje. Takto zvolený životní styl s sebou přináší také spoustu negativních a dlouhodobých problémů.

Uživatelé pervitinu se častokrát dostávají do velmi složitých a náročných situací. Jejich závislost je často vede k nemorálnímu, nevhodnému až trestnímu jednání, které často velmi hluboce a nevratně narušuje rodinné a blízké harmonické vztahy. Vliv má také na pracovní kariéru, mnohdy brání ve výkonu pracovních povinností a snadno může vést k finanční nejistotě. Ta může být také důsledkem vysokých nákladů za drogu. Uživatelé se proto dopouštějí například krádeží pro zisk obnosu peněz na další dávku. Patologické jednání uživatelů pak značně přispívá k sociálnímu stigmatu majoritní společnosti, což může negativně ovlivnit vnitřní postoje uživatele a vést k emočnímu rozpoložení nebo vyčerpání. Uživatelé pervitinu zažívají také častěji osobní neúspěchy, což vede ke ztrátě sebedůvěry a podněcuje tak důvody k opětovnému užití. Droga mnohým dodává pocit euforie a sebenaplnění. Tento pocit je však pouze zdánlivý a velmi krátkodobý.

Hlavním cílem bakalářské práce bylo poznat životní příběhy závislých na pervitinu. Toho se mi povedlo dosáhnout prostřednictvím rozhovorů a následné analýzy, ze které také jasně vyvstaly odpovědi na výzkumné otázky.

V polostrukturovaném rozhovoru se objevovaly aspekty, které se v odpovědích respondentů často opakovaly, naopak se však objevili i témata, která byla zcela individuální. Tyto témata, by však mohla být zajímavá a podněcující pro další výzkum této oblasti. Skupinou mého výzkumu byli jedinci s dlouho trvající drogovou kariérou. Jediná podmínka výzkumného souboru byla rozvinutá závislost na pervitinu. Pro ověření dat jsem zvolila metodu otevřeného kódování, tedy metodu kvalitativního výzkumu.

Z procesu kódování od počátku vyplývaly nové poznatky, charakteristiky i konkrétní rysy života se závislostí. Na základě podobnosti pak byly tyto kódy sjednoceny charakterizující kategorií. Tímto způsobem bylo sestaveno sedm hlavních kategorií, nosných pro výzkumný cíl. Je však nutné říci, že rozdělení těchto kategorií neznamená, že se ve skutečnosti vzájemně neovlivňují.

Z výzkumu je patrné, že má závislost značný vliv na život respondentů. Tento negativní vliv se projevuje zejména v oblastech bydlení, financí, sociálních vztahů a negativního sebepojetí. Dále vyplynuly faktory, podporující vznik závislostního chování, jako jsou traumatizující a náročné zkušenosti z dětství nebo značný negativní vliv vrstevnických skupin v období dospívání.

Dalo by se tedy říci, že z výzkumu vyplynulo to, že je život spojený s užíváním drog plný rizik a vyznačuje se značnou náročností. S rozšířenou podporou v prevenci i léčbě drogové závislosti, která má vysoký dosah po celé ČR se však dá stabilizovat a docílit toho, aby u uživatelů došlo k zotavení a naplnění životních potřeb.

Seznam literatury

Knížní zdroje:

KOLÁŘ, Jan. O problému, který bel být: Drogy v socialistickém Československu. Brno: Doplněk, 2018. ISBN 1081-448-2018

KŘÍŽOVÁ, Ivana. Závislosti: pro psychologické obory. Praha: Grada, 2021. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-1754-3.

MAHDALÍČKOVÁ, Jana. Víme o drogách všechno? Praha: Wolters Kluwer, 2014. ISBN 97880-7478-589-4

MILLEROVÁ, Geri. Adiktologické poradenství. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-7653

NEPUŠTIL, Pavel a GEREGOVÁ, Markéta. Bez podmínek: Metody psychosociální podpory pro lidi užívající drogy. Brno: Masarykova univerzita, 2020. ISBN 978-80-210-9667-7

NEŠPOR, Karel a CSÉMI, Ladislav. Léčba a prevence závislostí: Příručka pro praxi. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 1996. ISBN 80-85121-52-2

NEŠPOR, Karel. Návykové chování a závislost: Současné poznatky a perspektivy léčby. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1357-4

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

Online zdroje:

ČESKÁ ASOCIACE PRO PSYCHOTERAPII. *ČASTÉ OTÁZKY O PSYCHOTERAPII*. Online. 2011. Dostupné z: <https://czap.cz/FAQ-psychoterapie>. [cit. 2024-06-10].

EUROPEN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION. *EU Drug Market: Methamphetamine*. Online. 2022. Dostupné z: https://www.emcdda.europa.eu/publications/drugprofiles/methamphetamine_en. [cit. 2024-06-10].

EVROPSKÉ MONITOROVACÍ CENTRUM PRO DROGY A DROGOVOU ZÁVISLOST. *Prevence a kontrola infekčních nemocí u injekčních uživatelů drog*. Online. 2011. Dostupné z: <https://www.drogy-info.cz/publikace/navykove-latky/metodika/prevence-akontrola-infekcnich-nemoci-u-injekcnich-uzivateludrog/#:~:text=Spole%C4%8Dn%C3%BD%20metodick%C3%BD%20pokyn%20Prevence%20a%20kontrola%20infek%C4%8Dn%C3%ADch%20nemoc%C3%AD,ze%20zem%C3%AD%20Evropsk%C3%A9%20unie%2C%20respektive%20Evropsk%C3%A9ho%20hospod%C3%A1%20prostoru.> [cit. 2024-06-10].

Národní zdravotnický informační portál [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2024 [cit. 09.06.2024]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz>. ISSN 2695-0340.

Národní zdravotnický informační portál [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2024 [cit. 09.06.2024]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz>. ISSN 2695-0340.

RADA VLÁDY ČESKÉ REPUBLIKY, *Metodika moderních metod sociální práce a síťování v adiktologických službách*. Online, 2021. Dostupné z: <https://www.rozvojadiktologickychsluzeb.cz/wp-content/uploads/2021/11/6.-Metodiamodernich-metod.pdf>. [cit. 2024-06-10].

Tab. 8 Kategorizovaný seznam kódů

1. Nefunkční rodinné prostředí

- *Fotra jsem viděl naposledy v sedmi letech - rodiče byli také drogově závislí – se sourozenci jsem neměl žádný vztah – máma nepracovala – hrozně jsem se styděla, že máma šlapala – bydlelo nás sedm v jednom bytě – máma neměla moc starost*
-

2. Těživé situace v dětství

- *Nikdo si se mnou nehrál – starala jsem se o sourozence, přebalovala je a tak – táta byl hodně přísný – když mi bylo sedm, tak se mi otrávil nejstarší brácha – když jsem byla malá, tak mi umřela třetí sestra – táta dělal kšefty – všichni si ze mě dělali srandu – vysmívali se mi – ve školách mě ponižovali*
-

3. Problémové sociální vazby v dospívání

- *Chodili jsme stanovat a pili jsme krabicové víno – jsem takový dítě ulice – chodili jsme s partou na barák, tam to vše začalo – jsem chodil po venku s cigánama – jsem byl v takové sektě*
-

4. Sebeobraz

- *Byl jsem sigr – byl jsem průserář – jsem byla hajzl – takovej, ten malej kluk – černá ovce rodiny*
-

5. Osobní motivace k prvnímu užití

- *Poslal mě táta pro to – zvědavost – já jsem chtěla vyzkoušet, co mu to dělá – jsme se nudili – byla jsem ještě dítě – ke mně se to dostalo, jak k slepému housle – dal jsem si bezhlavě*
-

6. Život s drogou

- *Nikdo se se mnou kvůli tomu nebavil – perník není závislost – mě se práce nelíbila – trvalo mi dlouho se naučit abych já ovládala pervitin a ne on mě – piko je moje druhé já – byl jsem na ubytovně a na ulici – jak kdyby měl člověk další smysl – tělo i psychika to vyžaduje – sex na tom byl super - díky pervitinu spadnete až na úplný dno – fetiškovi nikdo nechce pomoc – žiju v realitě – co má bejt bude – jsem skončil na ulici – seděl jsem za držení – s dětmi jsme neměli, co jíst*
-

7. Vlastní pohled na následky závislosti

- *Nelituju toho – tohľencto mi víc vzalo, než dalo - jsem dopustila, aby moje děti byli bez mámy – kdybych nebyla na drogách, tak bych od něj odešla dřív – bylo mi jedno, jestli na mě řve a bije mě – jsem za to rád*

1. Kolik je vám let?

34 let.

2. V jakém prostředí jste vyrůstal/a? (rodina, sociální prostředí, město/vesnice)

Bez otce, s matkou, babičkou a dvěma sourozenci. Táta s námi bydlel asi do třetí třídy. Bydleli jsme v bytě v Ústí nad Labem. Bydlelo nás sedm v jednom bytě, to byla cigánčtina, bordel, moc se tam neuklízelo. Bába byla maďarka a taky nepracovala, pracoval jen děda, než umřel.

3. Jaké povolání mají/měli vaši rodiče?

Táta byl řidič trolejbusu a máma nepracovala.

4. Jak jste prožil/a své dětství?

Já si nepamatuji své dětství. Měla jsem jednu dobrou kamarádku asi ve dvanácti.

Kamarádů jako takových jsem měla dost, jinak dětství s tátou si nepamatuji vůbec.

5. Jak jste v dětství trávil/a volný čas? (zájmy, kroužky, rodinné dovolené a aktivity)

Scházeli jsme se s partou venku, jezdili jsme stanovat a pili jsme krabicové víno, to mi bylo asi třináct. Mama to nevěděla, když se to dozvěděla, tak jsem dostala do držky. Já jsem byla hajzl. A se sourozenci jsme se úplně nenáviděli. Taky jsem se o ně prý starala, když jsem byla malá, ale to si nepamatuju. Prej jsem je přebalovala, oblikla jsem ségru, dala ji do kočáru a tak. Když jsem byla hodně malá, tak jsem chvíli chodila do školky, ale to bylo tady na Moravě, když máma utekla a já byla na prázdninách u babi a dědy. Kroužky jsem neměla, u nich jsem nevydržela a na dovolené jsme byli jen jednou s mámou na Mácháči. Za mámu jsem se hrozně styděla, nevím proč, asi za to, že šlapala, táta si myslel, že chodí dělat masáže, ale já si myslím, že to musel vědět.

6. Jaké bylo vaše dospívání? (střední škola, první láska, vrstevnické party)

Střední jsem nesnášela, takže jsem to flákala a chodila jsem za školu. Jsem, to úplně nenáviděla to učení. Nikdy mě to nešlo do hlavy. Moje první láska byla v patnácti a trvala asi do sedmnácti, o dva roky byl starší a s ním jsem si právě poprvé dala. Když mi bylo sedmnáct, tak jsem se k němu odstěhovala, skoro mi bylo osmnáct, takže jsem to nějak neřešila. Před tím jsem u něho přespávala na tajňáka, jsem vždycky řekla, že spím u kámošky nebo tam. Vždycky jsem říkala, že až mi bude osmnáct, tak půjdu z baráku, já jsem to tam úplně nenáviděla. Máma neměla moc starost, jakože bych měla být hrdá na to, že je máma tak to ne. A k tátovi jsme pak jezdili na víkendy každých 14 dní, i peníze nám posílal, my jsme toho pak začali využívat. Že potřebujeme peníze furt, jsme to viděli asi u mámy. Ale ten nás furt někam bral na výlety, a tak ale moc si to nepamatuju.

7. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Základní, tu střední jsem nedokončila. Rok jsem dělala cukrářku a dva roky kuchařku.

8. Jaké jsou vaše pracovní zkušenosti?

Žádný.. málo... Prodavačka za kasou, servírka v šestnácti a sedmnácti v pizzerii na brigádě, v automobilce na náhradní díly do aut a motory a teď v mlékárně dělám Jadely. No a v devatenácti jsem odjela do Anglie na práci, já jsem chtěla vždycky vypadnou, já jsem se ničeho nebála, ale první jsem odjela do Afriky, se vdávat, za prachy, jako jenom na svatbu. Ale prachy jsem nedostala a už jsem to nikdy nenahlásila, protože jsem jela do té Anglie na tu práci s kámošem. Ale podle mě, mě tam chtěl prodat a já jsem to nevěděla. Řikal, že se budem mít dobře, uděláme kšefty, že se budu vdávat a uteču a dostal za mě prachy, ale neviděla jsem ani cent, tak jsem pak utekla. A v té anglii mi i vzali ty papíry z Afriky, takže jsem to ani nemohla nahlásit. Ale za to jsem dostala padesát, tisíc to bylo poprvé, bomba dovolená. Utratila jsem to za blbosti,

nic jsem si nekoupila pořádnýho, ani do drog jsem to nedala, asi jsem si koupila jen za dvě sta. Prostě frajerku jsem dělala, s penězma.

9. Jaká byla vaše první zkušenost s drogou? Co vás k užití vedlo?

To byla halda poprvé. Jak jsem dělala tu servírku s bývalým, tam taky pracoval, jsem se pak z ničeho nic dozvěděla, že on si to sem tam dá a mě to prostě štválo. A když jsme brali výplatu poprvé, tak jsme se nudili, já jsem nevěděla, co máme dělat, tak jsem dostala nápad, že si to prostě půjdem koupit. Já jsem chtěla vyzkoušet, co mu to dělá, prostě proč. Tak jsme šli za jedním týpkem a on nám sehnal. A mě to poprvé asi nic neudělalo, řekla jsem, že mi to nic nedělá, a přitom jsem prej žvýkala jak kuň a furt jsem jenom čekala až to přijde a nic.

10. Jaké byli vaše první pocity po užití pervitinu?

Pocity žádný poprvé.

11. Co vás vedlo k opětovnému užití pervitinu?

Mě to asi bavilo si dát.

12. Jaký je váš požitek z užití pervitinu?

Nevím. Bavi tě všechno, seš taková jiná, máš plno energie, takový nepopsatelný no.

13. Jaká je vaše motivace k pravidelnému užívání pervitinu?

To bylo z nudy, to jsem byla mladá, a tam byla tam parta kluků, prostě jsme si dali, sešli jsme se na bytě a luštili jsme křížovky v kolečku na zemi. Já jsem to jako vůbec neuměla, byla jsem debil na to ale, jak jsem si dala mě to, tak pánilo, že mě to prostě bavilo a jakmile jsem vystřízlivěla tak jsem nevěděla nic.

14. Kdy jste si uvědomil/a, že jste závislý/á?

Perník není závislost. Nevím, jak to maj ty, co si píchaj, já jsem si nikdy nepíchala, to nesnáším, na to se mám moc ráda. Kdyby to byla nějaká sračka, tak je po mě.

15. Jak byste svou závislost definoval? Co pro vás znamená?

Nerozumím otázce. Perník je pro mě svinstvo. Ty si dáš a bereš nějakou dobu, když ten perník nemáš tak si unavená a nemůžeš fungovat, tak co uděláš, půjdeš a seženeš znova. Pak to trvá třeba 14 dní, než se dospíš tak si radši seženeš dávku.

16. Jak závislost ovlivnila váš život? (vaše vztahy s blízkými, finanční situaci, další vzdělání, ohrožení bydlení?)

Psychicky. Vztahy s blízkýma jsem neměla, protože jsem se za to styděla, snažila jsem se s nikým nekomunikovat. Rodina to věděla, všichni a nikdo se semnou kvůli tomu nebavil. Chtěli mi pomoci, ale já jsem nechtěla. To o to nejde, jestli ti chtějí pomoc, tam jde o to, jestli tu pomoc vůbec chceš. A pokavaď člověk, co užívá perník, tu pomoc nechce, tak mu můžeš hučet do hlavy horem dolem a stejně tě neposlechne. Když jsem byla s bývalým, tak promáčkal půl mega, možná i víc, a tím ohrozil i to bydlení. Po každým chtěl peníze, po jeho rodině i po mojí.

17. Jak si představujete svou budoucnost?

Nevím. Nevím, co bych chtěla. Co má bejt bude. Chtěla bych si koupit karavan a cestovat kolem světa. Ale řidičák mít nemůžu, tak je to stejně jen sen.

18. Podstoupil/a jste někdy léčbu? (Proč ano, proč ne, jakou?)

Ne já jsem pak byla čistá, jak jsem byla v té Anglii, tak se mi i narodil první kluk. A pak se mi narodil druhý, tak to jsem nebrala. Pak jsem zase začala po šesti letech. My jsme se ožrali. My jsme bydleli naproti herně a došli nám cigarety tak mě napadlo, že si tam půjdeme koupit cigarety a nějaký drobný nám zbyli, tak jsme je hodili do automatu a tam vedle automatu seděla holka, se kterou jsem dřív fetovala. A jak jsem byla ožralá, tak mě to prostě napadlo, se s ní začít bavit a znovu si dát. Pak jsem začala zase brát pravidelně, ale byli tam nějaký přestávky třeba měsíc, dva. Já jsem to pak i prodávala.

19. Dovedla vás závislost ke kriminální činnosti?

Těch bylo. Chodila jsem do krámu krást, protože jsme s dětmi neměli, co jíst, když bývalý vše prohrával. Potom, když ho zavřeli tak mě to začalo bavit a jídlo jsem kradla ve velkém. Potom jsem měla i zákaz do Kauflandu. Jednou jsem ukradla ranec i jedné dealerce, peníze, eura i zlatý cihličky a prstýnky. Ona byla závislá na perníku i heráku a zároveň nemohla chodit. Byla po těžký bouračce a já jsem jí chodila venčit psa, ale pak z tebe začala dělat koště. Že kdyby nebylo jí tak tady to a tam to. Tak jsem se pak nasrala a vzala jsem jí celou peněženku. Ale neměla jsem z toho nic, když jsem přišla domů tak měl bývalý haldy a ještě jsem za to dostala do držky, koukal všude, jestli nejsou kamery, i do světel a to zlato prodal asi za půl gramu a prstýnky za čáru. Zbylo mi jen tisíc korun, za které jsem koupila jídlo pro děti.

20. Litujete něčeho ve spojitosti s užíváním drog?

Asi ne. Lituju toho, že jsem od bývalého neodešla dřív. Kdybych nebyla na drogách tak bych od něj odešla dřív než po dvanácti letech. To je asi jediný. Protože když jsem si dala, tak mi bylo jedno, jestli na mě řve a bije mě. Jako nebylo mi to jedno, ale jela jsem si svoje, ale jakmile jsem byla čistá, tak jsem byla tak psychicky v prdeli, že jsem jenom brečela. To pak byl asi důvod, proč jsem fetovala.

1. Kolik je vám let?

Mám 34 let.

2. V jakém prostředí jste vyrůstal/a? (rodina, sociální prostředí, město/vesnice)

Vyrůstal jsem v úplné rodině. V paneláků, v Opavě, kde jsem se narodil, v bytě 3+1, s bráchou a se sestrou.

3. Jaké povolání mají/měli vaši rodiče?

Mamka byla učitelka ve školce a táta řidič z povolání, kamioňák. Jak se přestěhovali do Opavy, tak to měl jak kdy, měl nějakou práci, chvíli jezdil pro nějakou firmu, potom jezdil někam až do Ostravy, pak se vrátil a jezdil pro Mrkvu, a tam byl, než jsme se odstěhovali do Jeseníku.

4. Jak jste prožil/a své dětství?

Se sourozenci jsem neměl vztah žádný, brácha, ten je nejstarší byl na vojně a potom se odstěhoval a ségra mě vodila do školky, když máma nemohla. Ta je taky starší skoro o 15 let. Se mnou si nikdo nehrál ani máma s tátou. Já jsem si hrál sám, a to jsem vždy vypadal ven na sídlák, takže jsem takový dítě ulice. Byl jsem radši venku než doma. Táta ten byl hodně přísnější. Když jsem pak končil devátou třídu, tak jsme se odstěhovali do Jeseníku, za babi a dědou, protože už byli starší a potřebovali pomoc. Já jsem pak šel na intr zpět do Opavy. Já jsem chtěl zpátky, měl jsem tam kamarády a tak. Opava byla moje město.

5. Jak jste v dětství trávil/a volný čas? (zájmy, kroužky, rodinné dovolené a aktivity)

Chodíval jsem bruslit na zimák, na koloběžkách jsme jezdili, na kolečkových bruslích, hokej jsme hráli, basket, florbal, všechno s děckama ze sídláku. Víím, že se jezdilo i na výlety s rodičema, ale já si pamatuju jen jeden, výlet do Zoo Lešná. To jsme byli sami jen s našima. Ale od malinka jsem hrál fotbal, v tom mě táta podporoval, přišel se i párkrát podívat. Táta byl takovej, že si hrát neuměl, ani jsem nechtěl, když jsem byl malej, tak jsem se s ním nechtěl ani mazlit. Byl jsem prostě spíš venku.

6. Jaké bylo vaše dospívání? (střední škola, první láska, vrstevnické party)

Nevím, já jsem se vždycky bavil se staršíma. Byl jsem sígr, když to řeknu takhle. My jsme furt dělali nějaký kraviny, zvonkohry, bezdomovce jsme házeli do popelnice. On byl třeba přes popelnici, tak jsme ho chytli za nohy a hodili jsme ho tam, zavřeli jsme popelnici a ještě jsme ji roztlačili. Ještě jsem se bavil s jedním a ten byl cigán. Takže když to řeknu takhle, tak jsem chodil po venku prostě s cigánama no. Byl jsem i nacista, byl jsem nácek. To jsme měli taky spoustu problému, proto jsem šel z tama pryč od nich. Samí bitky, policajti a tohlencto. Jsem byl v takové sektě. Měli jsme nějaký pravidla a všechno, jak zákon. Jak měl Hitler, tak takhle jsme to měli my. My jsme neměli rádi cigány, fetišáky, anarchisty a takový ty pankáče a to. Tam se jako chlastalo, vždycky jsme šli na bunkr někde, tam jsme se sešli všichni, všichni jsme se ožrali a šli jsme dělat bordel do města. To znamenalo, že jsme šli někoho třeba zbit, potkalas někoho, kdo ti nesedl, tak se šlo do něho. Prostě udělat bordel. Museli jsme vědět ten zákon, něco, co vytvořil Landa, musel si mluvit pravdu, nikdy nesmíš zklamat druhého a něco s pomocí a měli takové zákony, které jsme museli dodržovat, jinak tě nepřijali. Když je někdo porušil tak ho zbili a čau. Bylo nás asi patnáct. Když se šlo do města tak to stálo za to. My jsme třeba naběhli na tři cigoše v ulici, kde byli tři paneláků cigánů, ty jsme zbili, tak šli samozřejmě pro další a tos měla vidět, kolik jich z těch paneláků na nás vyběhlo. A jak jsme zdrhali. A to byl moment, kdy jsem si řekl, že na to kašlu, protože po nás jich šlo tolik, že jsem rychle valil dom. A tam jsem si řekl, že ne, to mi bylo asi šestnáct, patnáct. Ale fotbal jsem hrál furt. Akorát co se týče těch part. Jednou jsme se sešli, že jsme hráli sporty a potom nebyl čas, tak jsem šel zase tam, za těma klukama, takže jsem byl furt někde venku. Já jsem doma málo trávil čas. Radši jsem byl venku, protože jsem byl s kámošema, hráli jsme si, a to jsem doma neměl. Takže takhle jsem vyrůstal sám.

7. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Střední. Mám výuční list, jsem truhlář.

8. Jaké jsou vaše pracovní zkušenosti?

Dlouholeté. Já jsem prošel tolik prací. V Jeseníku nebyla práce. Tak jsem po škole dělal toho truhláře na černo asi rok. To jsem byl na pracáku, ale stejně nám borec nedával peníze, tak jsem se na to vykašlal. Pak jsem šel dělat do Prahy, že budu dělat securitáka. Tam jsme se odstěhovali s přítelkyní, byl jsem tam asi rok, ale Praha se mi nelíbila, já jsem se tam vůbec nevyznal. Já jsem místo toho abych jel na jednu stranu metra, tak jsem jel na druhou, takže ta Praha nebyla pro mě. Pak jsem se vrátil zpět k rodičům do Jeseníku, už bez přítelkyně, ta mě podváděla s mým nejlepším kamarádem. A potom jsem dělal v lomě, v kamenolomu, kde jsem byl dva roky. Dva roky těžké dřiny za třináct tisíc. Potom mě to přestalo bavit, už jsem nemohl, měl jsem ruce zničený jak blázen. Tak kamarád dostal nápad, že pojedeme do Mohelnice, že tam je fabrika, že jsou tam slušný peníze, že si seženem nějaký pronájem a budem bydlet třeba ve třech. Tak jsem se tam přestěhoval s ním, tak jsme tam dělali a pak, že z tama půjde pryč a já jsem tam zůstal. To jsem si pak sehnal garsonku v Zábřehu, ale dělal jsem tam dál, byl jsem tam osm let, to mě bavilo, ta práce, tam jsem poznal mámu mojí dcery. Dali jsme se dohromady, a tak to začalo. Tam jsem to nějak rozjel.

9. Jaká byla vaše první zkušenost s drogou? Co vás k užití vedlo?

Moje první zkušenost byla na intru. Vedla mě k tomu nějaká zvědavost. Dřív jsem vůbec nevěděl, co to jsou drogy, maximálně tráva. Nic, co se týče kokainu, éček, pervitinu nebo já nevím co. Ke mně se to dostalo jak k slepému housle. Kámoš se mě zeptal, jestli to nechci vyzkoušet, tak jsem to zkusil.

10. Jaké byli vaše první pocity po užití pervitinu?

Hnusný, protože jsem musel do školy, byl jsem na intru, vychovatel všude chodil tyjo, teď jsem nechtěl jít do školy, teď přišel vychovatel, se mě ptal, co mi je, tak jsem se vymluvil, že mi je blbě. Byl to pro mě strašnej stav. Ten stav trval snad tři dny. Když jsem si dal poprvé tak jsem to nepobral no. A byl jsem v tom sám. Jsem si dal a ten kámoš odešel pryč že, takže jsem zůstal sám a nechtěl jsem nikomu nic říkat spolubydlícímu nebo tak. Takže jsem na ten stav byl sám.

11. Co vás vedlo k opětvnému užití pervitinu?

To byla nějaká párty. To jsem byl opilej, to jsem si to nějak neuvědomoval. To jsem si dal vlastně až po čtyřech letech od toho intru. A bylo to v partě, kde jsme se bavili, byla sranda, dal jsem si bezhlavě.

12. Jaký je váš požitek z užití pervitinu?

Ten stav jsem pak nějak už pobral, moje hlava ho nějak pobrala a už jsem na tom uměl fungovat. Nebyl jsem takovej ten malej kluk ale chlap, co si uměl dupnout. Který asi zaháněl něco, co v dětství neměl nebo něco takovýho. Byl jsem tvrdější, víc jsem pracoval na tom, víc jsem vnímal, sex na tom byl super, akorát potom ty stavy mě dojebávaly. Ale tak to k tomu prostě patří, chceš fetovat, tak si to proži ten stav. To k tomu patří, že jo. A byl jsem v euforii. Protože mi to dalo, to, co já jsem neměl. Protože když jsem byl malej, tak mě ve školách třeba ponižovali a tak. Neuměl jsem si probourat svůj názor, byl jsem hubenej, někdy jsem si připadal jak blbec, všichni si ze mě dělali srandu, vysmívali se mi, že mám klapatý uši, ve škole, že mi to nejde, protože jsem se nechtěl učit s našima, takže jsem nosil pětky čtyřky, vždycky jsem to zachránil na ty čtyřky, takže jsem měl trojky čtyřky. A právě na té droze si tohle ke mně nikdo nedovolil, aby se mi někdo vysmíval nebo něco, protože jsem mu to hned vpálil. Mozek byl prostě zatmavenej těma drogama. Nic jsem neřešil, bylo mi fajn, bavilo mě to, byl jsem komunikativní. To, co jsem v dětství nedělal, že jsem se fakt bál, držel jsem se zkrátka a tak, a nebo, že jsem šel s těma skinama, držel jsem se party, která se uměla bit, která stála za mnou, neodsuzovala mě za to, že mám klapatý uši nebo, že jsem hubenej, jak tyčka od rajčat. A na té droze jsem to neměl, přijde mi, že mi tohle všechno vynahradila.

13. Jaká je vaše motivace k pravidelnému užívání pervitinu?

Ten pocit, aby mi bylo dobře, aby mě lidi brali, přijímali. Jenomže mě přijímali jenom fetáci to je to. A ti mě brali, proto jsem s něma potom chodil ven a stýkal se s něma a tak. Měl jsem tam takovou tu oporu, sice když to řeknu blbě tak v drogách, ale bylo to tady v tom.

14. Kdy jste si uvědomil/a, že jste závislý/á?

Když jsem skončil na ulici.

15. Jak byste svou závislost definoval/a? Co pro vás znamená?

Závislý jsem furt, toho se nezbavím. Nevím, jak bych to pojmenoval, co pro mě znamená.

16. Jak závislost ovlivnila váš život? (vaše vztahy s blízkými, finanční situaci, další vzdělání, ohrožení bydlení?)

Ovlivnila mě hlavně, když jsem skončil na té ulici. To bylo kdysi, když jsem byl u našich, to mi bylo dvacet. To jsem to začal užívat nějak pravidelně. S tím, že jsem nechodil do práce, lhal jsem našim, když mi měla přijít výplata tak jsem se vymluvil, že mi nepřišla nebo že mi přišla jen půlka, abych právě měl na ty drogy. Jednoho dne vzal táta telefon, zavolal do té firmy, kterou jsem mu řekl, tam mu řekli, že tam nepracuju a já jsem se vrátil domů vesele, že jsem se vrátil z práce. Dostal jsem pár bomb na ksicht od táty, sbalil jsem si věci a šel jsem do prdele no. No a tam jsem žil pod schodama v paneláku, na nádraží, kde se dalo, ale spíš pod těma schodama, tam bylo teplo, nepršelo na tebe. Tak jsem byl asi půl roku. Potom mě vzali bezdomovci k sobě, kteří měli nějakou buňku, kde si topili a měli tam jídlo, tak jsem šel k nim a ten jeden mi právě říkal, abych šel domů to zkusit. Tak jsem se jeden den sbalil, šel jsem k našim a tata mě nechtěl doma, ten řekl, ať mama zavře dveře, a že nazdar s tím, že tam seděla sousedka. Ta mu řekla, ať toho nechá, že jsem pracovitej, hodnej, že jsem to nechtěl takhle udělat, protože oni nevěděli, proč jsem to tak dělal, tak jsem jim řekl pravdu, že jsem bral drogy, a že s tím chcu něco dělat. Tak tata řekl dobře, že jo ale až uvidí nějaké pokroky, tak jsem s tím nějak přestal, a pak jsem šel do toho Zábřehu, tam to bylo v pohodě a tam jsem právě poznal bývalou a lidi, co brali. Začalo to trávou a skončilo u pervitinu, a tam se to rozjelo znova. Já jsem se nějakou dobu držel, našel jsem si práci, vypadl jsem z toho Jeseníku, protože to je fetácký místo, tak jsem potřeboval změnit prostředí. Jenomže jsem zjistil, že Zábřeh je s drogama hned po Jeseníku. A tam to všechno začalo, myslel jsem si, že to budu kontrolovat, ale já jsem to nekontroloval. Já jsem chtěl prostě víc a víc a víc a potom to skončilo tak, že jsem skončil jak mimóza úplná. Potom se ta malá narodila, potom jsme byli od sebe a tam už jsem to zvýšil fest. Už jsem začal krást, stýkat se s těma co to vařili. Oni mi třeba domů donesli kytku, já jsem to ostříhal, navázil, všechno a oni mi za to dávali pervitin, ten jsem měl třeba na týden. Jsem se vždycky nafetoval a stříhal jsem kytky v noci. Do práce jsem nechodil a jenom jsem fetoval, marodil jsem dva nebo tři měsíce, a to už jsem věděl, že to jde do sraček, protože jsem začal rozprodávat věci a tohlencto. A tak to bylo no ... Až jsem vlastně skončil úplně bez ničeho, bez nějaký energii, jsem ležel jenom na gauči a čekal jsem, že už bude zle. I po tom rozchodu jsem si to chtěl hodit, a tak. A to už jsem si řekl, že to už je moc. Že s tím musím něco dělat, protože to bych asi zdechl, to jsem sežral za týden asi tři rohličky, měl jsem asi 59 kilo. Tam jsem se rozhodl, že se sebou začnu něco dělat, udělám něco pro sebe a pro dceru. Tak jsem zavolal tatovi, ten pro mě asi po dvou dnech přijel a já si podal žádanku do Bílé vody na léčení. Asi týden jsem byl u našich, protože tam je nějaká čekací doba dlouhá, ale já jsem tam měl tetu, co byla zástupkyně nebo tak něco tak zařídila, aby mě tam vzali dřív, a tam už jsem vlastně zůstal a pak jsem šel ještě na dolěčovák no.

17. Jak si představujete svou budoucnost?

Usídlit se v Olomouci, navázat vztah s dcerou a bejt čistej držet se zkrátka. Oprostit se od všeho zlého najít si partnerku, kterou si třeba vezmu. A žít prostě čistý život bez drog.

18. Podstoupil jste někdy léčbu? (Proč ano, proč ne, jakou?)

Ano, byl jsem v té Bílé vodě a pak na DCčku.

19. Dovedla vás závislost ke kriminální činnosti?

Já jsem se zákonu vždycky vyhýbal, nikdy jsem se zákonem nechtěl nic mít. To bylo ještě v té pubertě. Pak, když nebylo na fet, tak jsem začal krást. Kradli jsme hlavně kytky, sem tam nějakou sekačku nebo něco, co by nám dalo větší obnos peněz abychom si mohli koupit fet. Takže jsme v noci lítali po zahrádkách, skleniky jsme vybírali, chodili jsme po čuchu, protože trávu cítíš že.

20. Litujete něčeho ve spojitosti s užíváním drog?

Tak lituju toho, že jsem to bral, to víš, že jo jako. Tohle ncto mi víc vzalo, než dalo. Kdybych si měl vybírat, jestli drogy nebo normální čistý život tak si vyberu čistý život, jenomže já jsem těma drogama něco zaháněl. To, co jsem v dětství vlastně neměl nebo

...

1. Kolik je vám let?

Je mi 32 let.

2. V jakém prostředí jste vyrůstal/a? (rodina, sociální prostředí, město/vesnice)

V romské rodině. Bydleli jsme v bytě ve městě v našima a se dvěma ségrama. Byl to takový starší panelák, kde bydleli sami romáci.

3. Jaké povolání mají/měli vaši rodiče?

Žádné. Naši nikdy nepracovali, co si mapatuju, tak byli oba na pracáku.

4. Jak jste prožil/a své dětství?

Docela dobře. Ale když jsem byla malá, tam mi umřela třetí ségra.

5. Jak jste v dětství trávil/a volný čas? (zájmy, kroužky, rodinné dovolené a aktivity)

Jezdili jsme s rodiči všude po ČR, rodiče byli také drogově závislí, takže tata dělal kšefty. Kroužky jsem neměla, spíše jsem trávila čas s kamarády venku.

6. Jaké bylo vaše dospívání? (střední škola, první láska, vrstevnické party)

Ve škole to šlo i s partou to šlo, s tou jsem trávila nejvíce času, doma jsem moc nebyla. Na první lásku si nevzpomínám.

7. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Základní.

8. Jaké jsou vaše pracovní zkušenosti?

Žádné, nikdy jsem nepracovala, protože jsem brzo otěhotněla, to mi bylo patnáct.

9. Jaká byla vaše první zkušenost s drogou? Co vás k užití vedlo?

Bylo mi 12 let, když jsem si poprvé šňupla, poslal mě tata pro to.

10. Jaké byli vaše první pocity po užití pervitinu?

Byla jsem ještě dítě, takže si pamatuji, že jsem byla dva dny vzhůru, vůbec jsem necítila únavu. Bylo to hrozný.

11. Co vás vedlo k opětovnému užití pervitinu?

Znovu jsem si dala až v 15 letech a do 18 jsem jen šňupala, ale pak jsem si začala píchat.

12. Jaký je váš požitek z užití pervitinu?

Popravdě už žádný.

13. Jaká je vaše motivace k pravidelnému užívání pervitinu?

Tím že už užívám tak dlouho pervitin, tak mé tělo i psychika to vyžaduje samo. Bez toho už normálně nefunguju.

14. Kdy jste si uvědomil/a, že jste závislý/á?

Když jsem si začala píchat a zvyšovat dávku.

15. Jak byste svou závislost definoval/a? Co pro vás znamená?

Stokrát si řekne ne, ale chuť stejně vyhraje, trvalo mi dlouho se naučit aby, jsem já ovládala pervitin, a ne on mě.

16. Jak závislost ovlivnila váš život? (vaše vztahy s blízkými, finanční situaci, další vzdělání, ohrožení bydlení?)

Díky pervitinu spadnete až na úplný dno a je těžký se pak se znovu postavit na vlastní nohy, protože fetišákovi nikdo nechce pomoci.

17. Jak si představujete svou budoucnost?

Zkousím pomalu přestat a dát si život do hromady ale je to těžký.

18. Podstoupil/a jste někdy léčbu? (Proč ano, proč ne, jakou?)

Léčit jsem se nikdy nebyla, protože já sama musím chtít přestat.

19. Dovedla vás závislost ke kriminální činnosti?

Nic trestního jsem neudělala.

20. Litujete něčeho ve spojitosti s užíváním drog?

Ano lituju toho, že jsem dopustila, aby moje děti byly bez mámi a věděli to o mě ale na druhou stránku nebýt pervitinu tak nepoznám chlapa, co mě naučil být lepším člověkem.

1. Kolik je vám let?

Je mi 53 let.

2. V jakém prostředí jste vyrůstal/a? (rodina, sociální prostředí, město/vesnice)

Bydleli jsme na baráku na dědině s mamou nevlastním tatou a čtyřmi sourozenci. Pak jsme se přestěhovali na statek.

3. Jaké povolání mají/měli vaši rodiče?

Mamka byla kuchařka a nevlastní tata byl mechanizátor a opravář zemědělských strojů.

4. Jak jste prožil/a své dětství?

Fotra jsem viděl naposledy v sedmi letech, ale můj nevlastní fort mě naučil hodně. Fotr asi ještě žije, nevím, prostě se nechtěl starat a neplatil na nás. Vzal si nás asi jednou dvakrát a od té doby nic. Sourozenců mám hodně. Když mi bylo sedm tak, se mi otrávil nejstarší brácha práškama, pak jsem byl já, černá ovce rodiny, pak je brácha, ségra a dva nejmladší bráši. Jenom já a brácha Michal, jsme pravýho otce, ti ostatní jsou toho nevlastního. Nevlastní fotr mi předal všechno, většinou jsme měli hezký vztah. Jak kdy, ale naučil mě všechno kolem dobytku a tak. Měli jsme krávy, býky, prasata, ovce, slepice, takový malý statek. Začalo to, když jsme bydleli v Kojetíně u nádraží v patrovém domě, ale pak nevlastnímu fotrovi nestačili jen kačeny a slípky, tak jsme se přestěhovali na statek.

5. Jak jste v dětství trávil/a volný čas? (zájmy, kroužky, rodinné dovolené a aktivity)

Do školy jsem chodil taky v Kojetíně. Koničky jsem měl doma s papouškama a rybičkama, které jsem choval. Jezdili jsme i na dovolený pravidelně, většinou na Plumlov nebo na chatu, to jsme jezdili všichni, celá rodina, někdy i s babičkou a dědou.

6. Jaké bylo vaše dospívání? (střední škola, první láska, vrstevnické party)

Byl jsem intru ale byl jsem průserář, tak mě vyhodili, protože jsem jednomu týpkovi strčil hlavu do hajzlu, za to, že brečel. Chodil jsem na střední odborný učiliště obor gumař plastikář. To jsem byl jen na patákách a na chlastu. Vždycky jsme chodili s partou na barák, tam to vše začalo, někteří z nich už jsou mrtví. Prvně jsem zkusil trávu, já nevím byl jsem takovej, že jsem chtěl všechno zkusit, experimentoval jsem.

Většinou jsem se vykašlal na odpolední vyučování, škola mě nezajímala, mama s tím nemohla nic dělat, věděla, že má doma dacana. Potom jsem byl na vojně a tam jsem taky žral patáky a chlastal.

7. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Střední, mám výučňák.

8. Jaké jsou vaše pracovní zkušenosti?

Byl jsem na stavbě, u bráchy na firmě, na černo. Ale 30 let jsem byl na pracáku, takže vždycky jenom na černo, kromě jedné fabriky a cukrovaru a pak u technických, tam jsem dělal hodiny za prospěšky. Mě se práce nelíbila, jsem si radši přerazil ruku lopatou, nebo prsty vikem od popelnice, nebo jsem si udělal popáleninu, do které jsem nasypal česnek a pepř, zavával igelitem, abych nemusel dělat. Za to mi chtěli dát můj první výkon trestu, to bylo za komunistů. To jsem ještě nebyl na perniku, jenom na práškách a na chlastu.

9. Jaká byla vaše první zkušenost s drogou? Co vás k užití vedlo?

To bylo po vojně asi ve dvaceti, když jsem si dal poprvé perník a hned žilou.

10. Jaké byli vaše první pocity po užití pervitinu?

Já nevím asi mě to oslovilo tak, že jsem tomu zůstal věrněj. Zkusil jsem i dvakrát herák, jednou žilou jednou přes alobal, zkoušel jsem i LSD, houbičky a tak, asi všechno, jenom jsem nikdy nečuchal techo, za to jsem lidi bil. To lidi jen vymaže a rozleptá ti to tam.

11. Co vás vedlo k opětovnému užití pervitinu?

Mě to chutnalo, kdyby mi to bylo odporný, tak si to nedám.

12. Jaký je váš požitek z užití pervitinu?

Bylo mi dobře. Jak kdyby měl člověk další smysl.

13. Jaká je vaše motivace k pravidelnému užívání pervitinu?

Já nevím, mě to prostě bavilo, nejdýl jsem na tom byl osm dní, kdy jsem ani nespál, a to jsem měl rád ty haldy a tak, to jsme i chodili pozpátku.

14. Kdy jste si uvědomil, že jste závislý/á?

Já si myslím, že závislý nejsem. Na perniku člověk nemůže být závislý. To není fyzická závislost, je to jenom o psychice. Je to dětská droga.

15. Jak byste svou závislost definoval/a? Co pro vás znamená?

Piko je moje druhé já.

16. Jak závislost ovlivnila váš život? (vaše vztahy s blízkými, finanční situaci, další vzdělání, ohrožení bydlení?)

Se sourozenci máme normální vztahy, pořád se občas vidáme, máme docela hezký vztahy. Matka s fotrem mě moc nezajímá, když se nás fotr zřekl, no a s mamou se to pak nějak pokazilo. Mama mě prvně odsuzovala a pak si po několika letech uvědomila, že jsem to pořád já. Bydlení mi to nějak neovlivnilo, pak jsem byl na bytě, chvíli na ubytovně, a na ulici jen tři roky, to až po úraze páteře. Většinou jsem z té ubytovny utekl chvíli na squat za klukama, ale vždycky jsem se měl, kam vrátil. Pak jsem měl holku, se kterou jsme byli několik let, jí bylo šestnáct, když jsme spolu začali. Spolu máme i kluka. Ale ona měla bohatý rodiče, a když se její tata dozvěděl, že je těhotná tak si mě pozval a řekl, že když ji nechám, tak se mi o syna postará. Tak jsem odešel. Celkově si nestěžuju.

17. Jak si představujete svou budoucnost?

Já žiju jenom v realitě, nepřemýšlím, co bude zítra.

18. Podstoupil jste někdy léčbu? (Proč ano, proč ne, jakou?)

Ne, já to nepotřebuju. Ta droga neovládá mě, ale já ji.

19. Dovedla vás závislost ke kriminální činnosti?

Tak perník jsem vařil, za to mě asi dvakrát zavřeli, po třetí už mi to nedokázali, i když jsem vařil snad celý život. Jinak nic, nikdy jsem nekradl nebo tak, ani jsem si nevydělával tím perníkem, vařil jsem spíš pro sebe. Seděl jsem jenom za držení a výrobu.

20. Litujete něčeho ve spojitosti s užíváním drog?

Nelituju toho, co jsem zažil. Jsem za to rád.