

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

**KONTROLOVANÉ UŽÍVÁNÍ NELEGÁLNÍCH DROG  
(CONTROLLED ILLICIT DRUG USE)**



**Bakalářská diplomová práce**

Autor: Michal Nesládek

Vedoucí práce: Mgr. Miroslav Charvát, Ph.D.

Studijní program: B7701/Psychologie

Studijní obor: Psychologie

Olomouc

2013

## **Prohlášení**

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou prací na téma: „Kontrolované užívání nelegálních drog“ vypracoval samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedl jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 29. 11. 2013

Podpis .....

## **Poděkování**

Rád bych poděkoval panu Mgr. Miroslavu Charvátovi, Ph.D. za odborné vedení mé práce a za podnětné a cenné rady, připomínky a postřehy. Dále děkuji všem respondentům za to, že mi věnovali svůj volný čas a byli ochotni účastnit se výzkumu. Rodině a mé životní partnerce pak děkuji za nezbytnou podporu, bez které by tato práce nemohla vzniknout.

# Obsah

<b>I. Úvod</b> .....	5
<b>II. Teoretická část</b> .....	6
1 Drogy .....	6
1.1 Dělení drog .....	6
1.1.1 Psychomotorická stimulancia .....	8
2 Užívání drog .....	12
2.1 Příčiny užívání drog .....	13
2.2 Sociokulturní pohled na užívání drog .....	15
2.3 Závadné užívání drog .....	17
2.4 Syndrom závislosti .....	18
2.5 Harm reduction .....	20
2.6 Užívání drog v České republice .....	22
3 Kontrolované užívání drog .....	24
3.1 Definice kontrolovaného užívání .....	24
3.2 Možnost kontroly u jednotlivých drog .....	26
3.3 Modely kontrolovaného užívání .....	26
3.4 Pravidla užívání .....	30
3.5 Vzorce kontrolovaného užívání .....	30
3.6 Kontrolovaní uživatelé .....	34
3.6.1 Typologie kontrolovaných uživatelů .....	35
3.7 Vliv polymorfního užívání na udržení kontroly .....	37
3.8 Kontrolované užívání nelegálních drog v České republice .....	38
3.9 Možnost aplikace poznatků z výzkumu kontrolovaného užívání drog .....	38
<b>III. Empirická část</b> .....	40
4 Výzkumný problém, cíle a otázky .....	40

5 Metodologický rámec .....	41
5.1 Typ výzkumu .....	42
5.2 Metody získávání dat .....	42
5.2.1 Polostrukturovaný rozhovor .....	42
5.2.2 Životní křivka .....	44
5.2.3 Pozorování .....	44
5.2.4 Organizace a průběh sběru dat .....	44
5.2.5 Etické problémy a způsob jejich řešení .....	46
5.3 Metody zpracování a analýzy dat .....	47
5.3.1 Otevřené kódování .....	48
5.3.2 Axiální kódování .....	49
5.3.3 Selektivní kódování .....	49
5.3.4 Grafická analýza .....	49
6 Výzkumný soubor .....	51
6.1 Výběr výzkumného souboru .....	52
6.2 Charakteristika výzkumného souboru .....	54
7 Výsledky .....	56
7.1 Existence kontrolovaného užívání .....	57
7.2 Popis kontrolovaného užívání .....	58
7.2.1 První užití .....	58
7.2.2 Vzorce užívání .....	60
7.2.3 Kombinace s jinými drogami .....	65
7.2.4 Okolnosti užívání .....	65
7.2.5 Motivy užívání a činnosti při intoxikaci .....	67
7.2.6 Obstarávání a přechovávání drog .....	69
7.2.7 Plánování užívání .....	71
7.2.8 Období abstinence .....	72

7.2.9 Období nadměrného užívání .....	73
7.2.10 Období nekontrolovaného užívání .....	73
7.2.11 Problémy spojené s užíváním .....	74
7.3 Dosahování kontroly .....	75
7.3.1 Droga .....	76
7.3.2 Užívání ostatních drog .....	77
7.3.3 Uživatel .....	79
7.3.4 Pravidla užívání .....	80
7.3.5 Utajení užívání .....	82
7.3.6 Sociální složka užívání .....	82
7.3.7 Kulturní prostředí .....	84
7.3.8 Právní prostředí .....	84
7.3.9 Životní struktura .....	85
7.3.10 Události všedního života .....	86
7.4 Kontrolovatelnost jednotlivých drog .....	86
8 Diskuze .....	88
9 Závěry .....	92
<b>IV. Souhrn .....</b>	<b>94</b>
<b>V. Seznam použitých zdrojů a literatury .....</b>	<b>98</b>
<b>Abstrakt</b>	
<b>Přílohy</b>	

# I. Úvod

Užívání tvrdých drog je většinou považováno za patologický jev, který nevyhnutelně vede k poškození užívajícího jedince i jeho sociálního okolí. S braním těchto substancí bývá spojována kriminalita, neschopnost plnit každodenní povinnosti a v neposlední řadě také mnoho zdravotních komplikací v čele se závislostí. Na odborné (a mediální) úrovni je pak věnována pozornost jedincům, kteří mají s drogami opravdu mnoho problémů a nejsou díky svému užívání schopni účastnit se běžného života. Na tyto osoby pak společnost vynakládá nemalé finanční prostředky.

Koncepce kontrolovaného užívání vychází z myšlenky, že vedle těchto problémových uživatelů mohou existovat i lidé, kteří své užívání mají pod kontrolou a vhodným chováním snižují riziko plynoucí z užívání látek měnících vědomí. Jejich braní jim tak nebrání v tom, aby měli rodiny a přátele, chodili do zaměstnání nebo měli koníčky. Jinými slovy: užívání drog jim nebrání v tom, aby žili aktivní a plnohodnotný život a byli schopni společenskému přizpůsobení. Vzhledem k tomu, že tito lidé nemají s užíváním drog žádné problémy, tak nemají potřebu vyhledávat ani žádnou pomoc. Díky tomu mohou úspěšně unikat pozornosti většiny odborníků.

Problémové užívání je již dlouhá desetiletí objektem vědeckého zájmu a je tak možné konstatovat, že se jedná o relativně dobře prozkoumaný fenomén. Ve srovnání s tím toho o kontrolovaném braní drog ví věda o mnoho méně. Řada odborníků jeho existenci dokonce důrazně popírá. Tato práce se tak snaží vyvážit výrazný nepoměr v poznatcích o obou zmíněných jevech. V teoretické rovině je cílem této práce shrnout všechny dosavadní poznatky o kontrolovaném užívání. V rovině empirické je pak cílem zmapovat existenci tohoto fenoménu a podat jeho podrobný popis se zaměřením na uživatele nelegálních stimulačních drog. Znalosti kontrolovaného užívání mohou v praxi nalézt široké uplatnění v prevenci či při léčbě závislých uživatelů.

Podnětem k výběru tohoto tématu byla osobní známost autora práce s několika uživateli tvrdých drog, kterým jejich užívání zjevně nijak nebrání v tom, aby bezproblémově "fungovali ve společnosti".

## II. Teoretická část

### 1 Drogy

Pojem droga má mnoho významů v závislosti na tom kým a v jaké situaci bývá používán. Z adiktologického pohledu se jedná o látky, které jsou primárně užívány pro svůj psychoaktivní efekt – např. změnu nálady, změnu vědomí, povzbuzení či tlumení psychosomatických funkcí (Hartl, & Hartlová, 2000). Tyto látky ovlivňují biochemické pochody v centrální i periferní nervové soustavě. Při opakovaném užívání existuje riziko závislosti. V medicíně se jako drogy označují některé léky, které se používají k předcházení nebo k léčení nemocí či ke zlepšení psychického nebo fyzického stavu pacienta. Ve farmakologii se jedná o látky, které upravují biochemické nebo fyziologické procesy v tkáních či v organismu. Z právního hlediska pak jde často o synonymum pro látky zákonem zakázané (Kalina et al., 2001). V České republice se na úrovni zákonů mluví o drogách jako o *omamných a psychotropních látkách* (OPL).

#### 1.1 Dělení drog

Drogy je možné dělit do specifických skupin různým způsobem podle zvolených kritérií. Nejčastější je dělení podle právního postavení, podle míry rizika nebo podle účinků na psychiku.

##### **Dělení dle právního postavení:**

Nelegální drogy – jedná se o látky, které jsou zákonem zakázané. Jsou uvedeny na seznamu v příloze zákona o návykových látkách č. 167/1998 Sb. Poslední aktualizace seznamu nelegálních OPL byla provedena zákonem č. 106/2011 Sb. Tato novela vstoupila v platnost 22. dubna 2011 a rozšířila původní seznam o dalších 33 nelegálních OPL. Na seznamu jsou dnes zhruba necelé tři stovky látek. Nedovolené nakládání s těmito látkami je stíháno jako trestný čin, případně jako



přestupek, samotné užívání nelegálních drog ovšem trestné není. Typickými představiteli této skupiny jsou např. marihuana, heroin, pervitin nebo kokain.

Legální drogy – jedná se o všechny drogy, které nejsou zákonem zakázané. Jde například o kofein, tabák nebo alkohol.

### Dělení dle míry rizika:

Jde o známé a mediálně často užívané dělení drog na *měkké* a *tvrdé*. Měkké drogy bývají spojovány s nižší mírou rizika (včetně vzniku závislosti), tvrdé naopak s mírou vyšší. Možné riziko je spojeno s oblastí tělesnou, duševní, sociální i spirituální (Kudrle, 2008). Pomyslnou hranici mezi oběma (jinak nepřesně vymezenými) kategoriemi tvoří alkohol, k němuž je vztahována celková míra rizika u jednotlivých drog (Hartl, & Hartlová, 2000). Vyjádřená míra rizika konkrétní drogy se nemusí vždy shodovat s jejím právním postavením – například při srovnání alkoholu s marihuanou nebo s listy koky.

Tabulka č. 1: Rozdělení drog dle míry rizika (Minařík, 2008)

Míra rizika	Tvrdość drog	Zástupci
vysoká	tvrdé	heroin, morfin, toluen, durman, crack
vysoká až střední		kokain, pervitin, LSD
střední		alkohol, lysohlávky, extáze, efedrin
relativně malá	měkké	marihuana, hašiř, kokový čaj
prakticky bez rizika		káva, čaj

### Dělení dle účinků na psychiku:

Tlumivé látky (narkotika, omamné látky) – tyto látky potlačují, inhibují nebo snižují aktivitu CNS. Malé dávky navozují zklidnění, vyšší dávky mají za následek spánek, kóma, v krajních případech mohou způsobovat až zástavu životních funkcí. Psychická i tělesná závislost je silná, vzestup tolerance je velký. Typicky

jsou uváděny např. opiáty, barbituráty, benzodiazepiny nebo alkohol (Kalina et al., 2001).

Halucinogeny – způsobují změny vnímání od zostření (v nižších dávkách) až po iluze a halucinace (ve vyšších dávkách). Změněno bývá také prožívání či myšlení. U řady halucinogenů dochází k “rozšíření” vědomí, k vhlédům (od buněčné úrovně až po úroveň celého vesmíru), časté bývají i mystické zážitky. Na halucinogeny nevniká somatická závislost, psychická závislost je slabá až žádná. Vzestup tolerance je mírný. Rizikem je u těchto látek především nevypočitatelnost možných účinků (Miovský, 2003). Typickými představiteli kategorie halucinogenů jsou např. LSD, psilocybin nebo meskalin, do této skupiny bývá řazena také marihuana.

Psychomotorická stimulancia (stimulanty) – jedná se o látky, které mají nefyziologický budivý efekt na CNS. Dochází k celkovému nabuzení organismu a zvýšení tělesného i psychického výkonu (často ovšem na úkor kvality). Tělesná závislost nevzniká, psychická je naopak silná. Vzestup tolerance je velký. Jde např. o budivé aminy (metamfetamin, amfetamin, MDMA) nebo kokain (Minařík, 2008).

K tomuto dělení je třeba poznamenat, že odráží spíše všeobecně vžitě představy o účincích jednotlivých látek – tedy jejich stereotypizovaný obraz. V praxi ovšem řada substancí působí zcela odlišně v závislosti na užití dávce. Amfetaminy například v nízkých dávkách zklidňují, ve vyšších stimuluji (Childress, & Berry). MDMA je v běžných dávkách a podmínkách spíše stimulant, při opakovaném užití několika dávek během jednoho večera nebo v kombinaci s jinými látkami (např. s marihuanou) může působit jako silný halucinogen (MDMA, 2010).

### **1.1.1 Psychomotorická stimulancia**

Vzhledem k tomu, že se empirická část této práce zabývá užíváním stimulačních látek, bude v této podkapitole uvedena podrobnější charakteristika této skupiny a budou stručně představeni její zástupci zahrnutí do výzkumné části.

Mechanismus působení stimulantů spočívá ve zvýšení hladiny biogenních aminů (dopaminu, noradrenalinu a serotoninu) na synapsích v CNS. Tyto neurotransmitery jsou zvýšeně vylučovány a zároveň dochází ke snížení jejich zpětného vychytávání (Minařík, 2003).

Stimulanty vyvolávají euforii, zahánějí únavu, snižují potřebu spánku a chuť k jídlu, zrychlují myšlení, usnadňují asociace a zvyšují hovornost. Řada uživatelů je pod vlivem stimulantů velmi komunikativní, vyhledává kontakt s jinými lidmi a ztrácí zábrany a ostych. Často dochází také ke zvýšení sexuální apetence, která může spolu s celkovým nabuzením organismu vyústit v pohlavní styk trvající mnoho hodin. S vysokými dávkami může ovšem u mužů platit nepřímá úměra: čím vyšší apetence, tím nižší potence (Šejvl, 2011). Díky výše popsaným energetizujícím a prosociálně orientovaným účinkům jsou stimulanty často užívány (spíše mladší generací) v prostředí noční zábavy a na tanečních akcích (Petroš, & Zábranský, 2003; Saberžanovová, & Vacek, 2011).

Mezi nežádoucí účinky při intoxikaci patří například sucho v ústech, zvýšené pocení, přehřátí, přetížení krevního oběhu nebo nadměrné vyčerpání organismu. Na některé uživatele mohou stimulanty působit anxiogenně. Po odeznění účinků následuje stav útlumu doprovázený nepříjemnými pocity – tzv. *dojezd* (Kalina et al., 2001). Jde o stav, kdy euforii a pocit síly vystřídá pokles energie, rozladěnost, deprese, nespavost a apatie. Příčinou dojezdu je aktuální nedostatek neurotransmiterů, jejichž hladina je při intoxikaci zvýšena (Minařík, 2003). Tento stav vrcholí zhruba 2-3 dny od užití drogy. Vzhledem k tomu, že se stimulanty často užívají o víkendech, označuje se tento stav v odborné literatuře jako tzv. *low midweek* (Páleníček, 2010), čeští uživatelé někdy v této souvislosti mluví o tzv. *depressivní středě*. Pokud není v užívání pokračováno, tak se tato nerovnováha většinou do týdne samovolně upraví. Dojezd je někdy “léčen“ pomocí alkoholu, marihuany nebo benzodiazepinů. Dlouhodobé, škodlivé a rizikové užívání stimulantů může být spojeno se vznikem psychické závislosti, s nápadným hubnutím či s rizikem vzniku toxické psychózy nebo tělesného poškození – např. poškození kardiovaskulárního systému (Minařík, 2008).

Pervitin – Jedná se o metamfetamin, který má v čisté podobě formu bílého krystalického prášku, nečistoty jej zbarvují do žluté, hnědé či fialové barvy. Je bez

zápachu a má hořkou chuť. Většinou se aplikuje šňupáním nebo injekčně. Méně časté je kouření nebo polykání pervitinu (například v želatinových kapslích). Účinky trvají od 8 do 24 hodin v závislosti na velikosti dávky a na způsobu aplikace. Běžně užívaná dávka se pohybuje v rozmezí 50-250 mg (Minařík, 2003). Při ceně kolem 200 Kč za jedno psaníčko (200 mg) se tak jedná o relativně levnou drogu. Pervitin (podobně jako kokain) bývá někdy užíván nepřetržitě po dobu několika dnů, ojediněle i po dobu několika týdnů. Během těchto tzv. *jízd* (runs) (Kalina et al., 2001) přijímají uživatelé potravu a tekutiny ve velmi omezené míře a značně redukuje spánek – nespí vůbec nebo jen velmi málo. Mezi charakteristické účinky pervitinu (zejména ve vyšších dávkách) patří pohybové stereotypy (tzv. *vykroucenost*), nadměrná koncentrace na často nesmyslnou činnost (tzv. *záseky*), někdy i pocity ohrožení a pronásledování (tzv. *stíhy*) (Minařík, 2008). Jedním z nežádoucích účinků pervitinu je jeho negativní vliv na zubní sklovinu a kvalitu dásní – pro pravidelné a dlouhodobé uživatele této látky je tak často typický špatný stav chrupu neodpovídající věku.

Kokain – Je alkaloid vyskytující se v listech keře *Erythroxylon coca* (koka pravá). Nejběžnější způsob aplikace je šňupání hydrochloridu kokainu – bílého krystalického prášku, který je podobně jako pervitin hořké chuti a je bez zápachu. Méně častá je injekční aplikace a kouření kokainu (ve formě hydrochloridu nebo volné báze) (Šejvl, 2011). Tradiční způsob užití, který představuje žvýkání listů koky spolu s dalšími přísadami, je v České republice velmi vzácný (díky špatné dostupnosti listů). Účinky kokainu trvají (především ve srovnání s pervitinem) krátce – již po 30 minutách ustupují. Ve formě cracku (volná báze kokainu) trvají účinky dokonce jen 15 minut. Běžně užívaná dávka se pohybuje v rozmezí 10-120 mg (Minařík, 2008). Cena kokainu je oproti pervitinu vysoká, 1 g může stát více než 2000 Kč. Pro zkušeného uživatele navíc není problém spotřebovat toto množství za jeden večer. Vzhledem k vysoké ceně a krátké době účinku je kokain v České republice relativně “luxusní drogou“, která je z finančních důvodů dostupná jen pro některé uživatele. Účinky jsou ve srovnání s pervitinem “jemnější“ – nabuzení organismu dosahuje nižší intenzity, pohybové stereotypy jsou vzácnější. Při častém a dlouhodobém šňupání hrozí vážné (a někdy nevratné) poškození nosní sliznice. Objevují se tak dlouhodobé příznaky podobné rýmě (Šejvl, 2011).

MDMA – Jde o bílou krystalickou látku velmi hořké chuti. Většinou se užívá množství v rozmezí 50-150 mg, účinek trvá 4-6 hodin (Páleníček, 2010). Cena 1 g se pohybuje kolem 1000 Kč. Nejčastěji se MDMA užívá orálně – látka se rozmíchá v nápoji a vypije se nebo jsou krystaly vloženy na jazyk a jsou polknuty. Vzhledem k velmi nepříjemné chuti preferují někteří uživatelé polykání MDMA v želatinových kapslích. Možné je také šňupání, které ovšem není příliš rozšířené – provází jej velmi nepříjemné a intenzivní pocity pálení. Mezi hlavní účinky patří kromě nabuzení organismu pocity euforie, lásky a sounáležitosti s okolím. Tyto pocity jsou natolik silné, že u uživatelů vyvolávají potřebu fyzických dotyků (Minařík, 2008). Díky schopnosti vyvolávat empatii se o MDMA hovoří jako o entaktogenu. MDMA často zvyšuje intenzitu prožitku při poslechu hudby a způsobuje nutkání k rytmickým pohybům – nejedná se ovšem o stereotypní pohyby, které způsobuje pervitin. V případě MDMA jde spíše o projev radosti z cítění rytmu. Uživatelé MDMA tak často tančí, někdy až do úplného vyčerpání (Minařík, 2003). Nebezpečím u této drogy může být dehydratace a přehřátí organismu. Předpokládá se, že dlouhodobé užívání MDMA je neurotoxické.

Extáze – U chemicky čistého MDMA se špatně odhaduje užití množství, protože jeho krystaly mají různou velikost a mohou vážit od několika mg po několik g. Určit potřebné množství na 1 dávku “od oka“ je tak velmi obtížné a hrozí riziko předávkování. Z toho důvodu se MDMA začal distribuovat v tabletách (tzv. extázích) s “továrně“ odměřeným množstvím účinné látky. Zatímco krystalická forma MDMA je snadno identifikovatelná a hůře zaměnitelná za jiné drogy, obsah tablet je značně nejistý. Páleníček (2010) uvádí, že MDMA obsahuje pouze 20 % tablet. Zbylé extáze jsou tak neznámým “chemickým koktejlem“, který může obsahovat řadu jiných látek, např. jiné stimulanty, halucinogeny, disociativa či látky psychoaktivně neúčinné. Z toho důvodu je v podstatě nemožné dopředu odhadnout, jak budou tablety účinkovat.

## 2 Užívání drog

Drogy, jak legální tak nelegální, lze užívat různým způsobem. Vzorce užívání se mohou lišit z hlediska způsobu aplikace, frekvence či užívaného množství. Z pohledu závadnosti stojí na jedné straně užívání rizikové, škodlivé a problémové. Na straně druhé je pak užívání kontrolované nebo neobtěžující.

Příklad toho, jak je možné užívat jednu látku různým způsobem, uvádí Holcnerová (2010), která ve svém přehledovém článku porovnává vzorce užívání alkoholu v různých světových kulturách. Přístup k alkoholu a vzorce jeho užívání jsou různé nejenom mezi jednotlivými státy, ale mnohdy také mezi jednotlivými etnickými skupinami v rámci jednoho státu. V zemích bývalého Sovětského svazu je například užívání alkoholu velmi rozšířené a nadměrné pití je závažným společenským problémem. Odhaduje se, že alkohol zde stojí zhruba za třetinou všech úmrtí. Typickým vzorcem užívání alkoholu je zde tzv. styl "do mrtva". Evropské země je možné rozdělit do 3 základních kategorií: a) kultury pijící víno (Francie, Itálie), b) kultury pijící pivo (Česká republika, Německo), c) kultury pijící tvrdý alkohol (severské státy). Z hlediska kontextu užití je pro středomořskou oblast typické každodenní pití spojené zejména s konzumací jídla. Alkohol je tak často užíván spíše k uhašení žízně než jako prostředek k intoxikaci. Pro severoevropské země je naopak typické pití o víkendech a o svátcích. Ve střeoevropských zemích je nejčastějším vzorcem pití několikrát do týdne. V zemích subsaharské Afriky jsou popisovány 2 vzorce užívání alkoholu: buď abstinence, nebo časté a nadměrné pití. V této souvislosti je zde popisován styl "napít se co nejrychleji a nejvíce, než je láhev odebrána pryč". V některých latinskoamerických zemích se vyskytuje užívání nadměrných dávek alkoholu o víkendech, svátcích a slavnostech (fiesta drunkennes). Zatímco ve většině zemí světa je alkohol zcela všední drogou, pro některé jihoamerické indiánské kmeny se jedná o posvátnou substanci určenou pouze k rituálním účelům (Grund, 1993). Ve většině muslimských států je konzumace alkoholu dokonce přísně zakázána (jedná se o hřích). Uživatelé alkoholu jsou zde stigmatizováni a často končí na okraji společnosti (Holcnerová, 2010).

Uvedený příklad s alkoholem jasně naznačuje, že užívání jakékoli drogy nezle vysvětlit pouze jejími farmakologickými účinky. To potvrzuje i všeobecně

známý fakt, že na různé uživatele může stejná dávka stejné drogy působit zcela odlišně z hlediska kvality i kvantity. Různý účinek však může nastat i u jednoho uživatele, který si vezme stejnou dávku stejné drogy za různých okolností. Užívání drog je tak vždy výsledkem vzájemné interakce: drogy samotné, uživatele a jeho (sociokulturního) prostředí (Zinberg, 1984).

## 2.1 Příčiny užívání drog

Na základě historických pramenů je možné doložit, že lidé užívali drogy v celé své historii. Nejstarší dochované písemné prameny pocházejí ze starověku (Szasz, 1997), je však možné předpokládat, že drogy provázejí lidstvo odnepaměti. Lidé navíc tyto látky užívali i v případech, že byly zakázané a za jejich užívání hrozily nemalé sankce (v krajních případech až trest smrti). Nabízí se tedy otázka, co vede lidi k tomu, že drogy užívali a stále užívají?

Někteří autoři vycházejí z teorie potřeb a motivace. Minařík (2008) spojuje užívání drog se 3 základními okruhy lidských potřeb. Každá skupina potřeb odpovídá konkrétní skupině substancí, které přispívají k jejich uspokojení:

- 1) potřeba vyhnout se bolesti (fyzické i duševní) či nalézt zklidnění. Tyto potřeby uspokojují opioidy.
- 2) potřeba cítit se energický, výkonný, bezproblémový, zbavit se zábran, dosáhnout euforie a radosti. Tyto potřeby jsou spojeny se stimulanty.
- 3) potřeba transcendence ve smyslu sebepřekročení nebo naopak ve smyslu sjednocení – s druhými lidmi, s přírodou či s bohem. Pro tyto potřeby jsou k dispozici psychedelika (halucinogeny).

Jedná se tedy o teorii, ve které drogy slouží jako prostředek k uspokojení potřeb. Tyto potřeby ovšem mohou být uspokojeny i jinými způsoby. Na užívání drog je tak možné pohlížet jako na zcela zbytný a nahraditelný fenomén. Siegel (2005) považuje naopak užívání drog za 1 ze 4 základních drivů (puzení). Další drivy jsou sexuální puzení, hlad a žízeň. Tyto drivy jsou vrozené a velmi silné. Potřeba redukovat toto puzení tak může být pro jedince daleko naléhavější než potřeba dostát sociálním normám. To, že je braní drog přirozené (a také vrozené),

dokládají zastánci tohoto přístupu mimo jiné na skutečnosti, že tyto látky užívají nejen lidé ale i velká řada zvířat.

Jay (1999) vidí za užíváním drog jeden hlavní důvod – potěšení. Jinými slovy: lidé berou drogy proto, že je jim po nich dobře. Oporou pro tento názor může být teorie mozkového systému odměny (Dvořáček, 2008). Drogy pak představují zdroj odměny, který je velmi efektivní a je svým způsobem “bez práce“ a v řadě případů vždy po ruce. Člověk tak dosáhne maximálního účinku s vynaložením minimální námahy. V podstatě se jedná o “zneužití“ původně adaptivního mozkového mechanismu.

Dalším důvodem může být copingová strategie, kdy si daný člověk řeší své problémy pomocí drog (takové řešení problémů může být vnímáno jak negativně, tak pozitivně). Tyto problémy se pak mohou týkat kterékoli složky bio-psycho-socio-spirituálního modelu. V této souvislosti bývá také zmiňováno užívání drog jako forma sebemedikace. Podle Müllera, & Schumanna (2011) jsou drogy instrumenty. Jedná se o nástroje, které pomáhají člověku dosáhnout vytčených cílů. Ve změněném stavu vědomí mají lidé k dispozici vzorce chování, které by jinak byly nedostupné. V konečném důsledku je tak užívání drog formou (většinou účelné) adaptace. Jako příklad je možné uvést sexuální chování. Jestliže se lidé na večírku opijí, vytratí se případné zábrany a je větší pravděpodobnost, že dojde k pohlavnímu styku – toto chování tak v podstatě zvyšuje pravděpodobnost zachování druhu. Další příklad může tvořit unavený člověk, který přes noc musí dodělat náročnou práci. Jestliže užije kokain, zažene únavu, práci včas dodělá, odevzdá a získá finanční prostředky, čímž se v konečném důsledku zvýší šance na jeho přežití.

Jiní odborníci argumentují tím, že lidé berou drogy prostě proto, že jsou na nich závislí (Jay, 1999). Příčinou může být také prostá zvědavost či projev vzdoru. Užívání drog může být chápáno jako (vyhraněný) životní styl či jako součást konzumního životního stylu (Petroš, & Záborský, 2003). Dále se může například jednat o podlehnutí vrstevnickému tlaku, braní drog může také sloužit jako důležitý znak příslušnosti k určité skupině. Drogy slouží také jako tzv. *sociální lubrikant* (Grund, 1993) – usnadňují navazování nových vztahů a komunikaci, při společném užívání vytvářejí pocit sounáležitosti. Braní různých substancí je někdy



sociálními a kulturními normami přímo předepisováno. V naší zemi je například zvykem, že se návštěvě nabídne káva nebo čaj, případně alkohol. Užívání různých látek je také spojeno s určitými dny v roce či s významnými událostmi. Příkladem může být pití alkoholu na Silvestra, ale také podávání halucinogenů při přechodových rituálech u některých indiánských kmenů (Grof, & Grof, 2011).

Jak je vidět, jedna základní univerzální příčina užívání látek měnících vědomí neexistuje. U různých osob a v různých situacích se tak budou uplatňovat různé důvody.

## **2.2 Sociokulturní pohled na užívání drog**

Lidé se většinou učí užívat látky měnící vědomí od jiných osob, s jinými lidmi je berou a také je od nich shánějí. V předchozích kapitolách bylo naznačeno, jak může být užívání drog ovlivněno danou kulturou. Stejně tak může braní drog společnost a kulturu zpětně ovlivňovat. Někteří autoři se proto domnívají, že užívání drog je jevem především sociokulturním a z této perspektivy je mu možné nejlépe porozumět (např. Zinbegr, 1984).

Společnost a kultura určují, jaké drogy je možné užívat, jaké je žádoucí množství či způsob aplikace, při jakých příležitostech se mají drogy užívat, jaké je (ne)vhodné chování při intoxikaci a v neposlední řadě také to, k jakému účelu mají být drogy užity. Žvýkání listů koky je tak například v jižní Americe často užíváno pro dodání síly při náročné práci, v jiných kulturách je naopak kokain primárně užíván pro pobavení a pro vyvolání příjemných pocitů. Sociokulturně je tak do velké míry určeno, jaké účinky mají být očekávány a vnímány (Maloff et al., 1982). Předepsané způsoby a okolnosti užívání pak tento fakt ještě více posilují.

Podobný názor zastává také Grund (1993), který považuje braní drog za společenský rituál – tedy určitý ustálený a tím také předvídatelný sled chování (jež vede k více či méně předvídatelnému výsledku) – vlastně se jedná o určité předpisy (chování) či recepty. Tyto rituály mají složku instrumentální a symbolickou. Jejich hlavní funkcí je na jedné straně bezproblémový chod společnosti, na straně druhé pak efektivní dosahování vytyčených cílů jedince.

Příklad komplexního rituálu v souvislosti s braním drog může být (ustálený) postup při injekční aplikaci heroinu.

Zastánci sociokulturního přístupu vnímají užívání drog především jako výsledek sociálního učení (Maloff et al., 1982; Zinberg, & Harding, 1982). Příkladem může být to, jak se v naší kultuře učí lidé pít alkohol. Většinou již odmala lidé vidí pít své rodiče – učí se tak od nich při jaké příležitosti, s kým a jak se pije. Někdy rodiče dovolují dětem alkohol přímo ochutnat. Stejně tak dostávají mladí lidé od rodičů informace, jaké chování vzhledem k alkoholu přijatelné není. V případě, že přijde dospívající domů opilý, zcela jistě dostane příslušnou zpětnou vazbu. Vliv při učení mají samozřejmě také vrstevníci, média a vzory mladých lidí. V neposlední řadě se uplatní také vliv tradice a zvyků ve společnosti nebo zákonných opatření (např. pití alkoholu od 18 let). Toto všechno vytváří bohatý zdroj informací a (relativně) bezpečné prostředí pro to, aby se lidé naučili pít alkohol bezproblémově. Je možné konstatovat, že většina lidí to díky této podpoře zvládne.

Problém ovšem může nastat v případě, kdy tyto prostředky nejsou k dispozici – totiž u nelegálních drog (Grund, 1993). Není tak dostatek kompetentních uživatelů, kteří by učili mladší generace, neexistuje ani sociokulturní rámec, ve kterém by učení probíhalo. Jako historický příklad je možné uvést to, jaké problémy přinesl indiánům alkohol (se kterým neuměli zacházet a pro který neměli žádná pravidla). V dnešní době se mladí lidé paradoxně učí užívat nelegální drogy často od osob, které s nimi zacházet neumějí, vzor rodičů a dalších významných osob chybí. Je tak pravděpodobné, že se mladý člověk naučí užívat drogy od skupiny vrstevníků (často problémových uživatelů) odpoledne po škole (ne-li za školou). Tomuto začínajícímu uživateli tak může být vštípena norma, že se pervitin užívá injekčně a každý den. Mediálně zveřejňované užívání drog herců, muzikantů, sportovců a dalších významných vzorů pro mladé lidi za ideální označit také nejde. Společnost navíc dává mladým uživatelům jasnou zpětnou vazbu, že bezproblémově užívat (nelegální) drogy prostě není možné a učí je naopak, jak drogy nebrat (Morávek, & Kabele, 2010). Na problematice užívání drog spojené především se vznikem závislosti je tak možné hledět jako na selhání v procesu učení (kterému je v řadě případů aktivně bráněno). Funkcí drogových subkultur je pak mimo jiné dodávat svým členům

potřebné informace a učit je, jak brát drogy “správně“ (Becker, 1967, in Morávek, 2007; Grund, 1993).

## 2.3 Závadné užívání drog

V předchozím textu bylo naznačeno, že se látky měnící vědomí dají užívat různým způsobem. Na “závadné straně spektra“ se nejčastěji hovoří o užívání problémovém, rizikovém, škodlivém nebo o abúzu. Někdy bývá toto užívání souhrnně označováno jako nekontrolované.

Problémové užívání drog – Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost EMCDDA (2009) definuje problémové užívání jako injekční užívání drog nebo dlouhodobé či pravidelné užívání opioidů, kokainu nebo amfetaminů. Tuto definici používá v České republice Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a pomocí ní v podstatě určuje, jaké užívání je závadné. Zajímavé je, že zde není příliš velký prostor pro nezávadné užívání vyjmenovaných drog – jako “nezávadné“ se pak jeví víceméně jednorázové neinjekční užití (tedy spíše příležitostné experimentování s drogami). Jinými slovy – dlouhodobé bezproblémové užívání vyjmenovaných látek vlastně vůbec není možné. Výzkumy, které se zabývají užíváním drog, tuto myšlenku ovšem vyvracejí (Harding, 1988; Dalgarno, & Shewan, 2005; Morávek, 2007). Nabízí se tak otázka, zda tato definice odráží skutečný stav (popisuje problém), nebo zda tuto skutečnost (problém) do jisté míry svým postojem naopak nevytváří. Užívání marihuany, disociativ nebo halucinogenů se tato definice nevěnuje vůbec.

Rizikové užívání – jedná se o takové užívání, které je spojeno s vyšší pravděpodobností zdravotního či sociálního poškození uživatele či osob v jeho okolí. Může se tedy například jednat o poškození zdraví v podobě nákazy krví přenosnou chorobou (HIV, hepatitidy), o narušení mezilidských vztahů či o narušení sociálních poměrů (zaměstnání, škola, bydlení) (Kalina et al., 2001). U této definice je naopak prostor pro nezávadné užívání (jakýchkoliv látek) velký. Může tak nastat mnoho situací, kdy nerizikové užívání může být hodnoceno jako problémové. Určitou nevýhodou definice rizikového užívání může být její neostré vymezení – v některých případech tak může být těžké rozhodnout, zda dané

užívání již je či není rizikové. Je také možné namítnout, že užívání drog je rizikové vždy (riziko může být sníženo, ale nelze ho eliminovat zcela).

Škodlivé užívání – podle MKN-10 se jedná o užívání, které vede k poruše zdraví (somatického nebo psychického). DSM-IV navíc přidává ještě poškození sociální (vztahy s jinými lidmi nebo schopnost plnit povinnosti v práci, ve škole nebo doma).

Abúzus – Tento termín se používá ve smyslu zneužívání nebo nadužívání, pro nadužívání je však přesnější termín misúzus (Hartl, & Hartlová). Často se jedná o synonymum pro užívání škodlivé. Zajímavostí je, že v úmluvách OSN je jako abúzus označeno jakékoliv užití nelegálních látek, bez ohledu na frekvenci užívání (Kalina et al., 2001). Tyto postoje se ovšem ve světle aktuálních adiktologických poznatků jeví jako těžko udržitelné (Běláčková, 2013).

## 2.4 Syndrom závislosti

Užívání drog bývá spojováno s řadou negativních důsledků, za jeden z nejzávažnějších je považována závislost. Ta je často vnímána jako hranice mezi “závadným“ a “nezávadným“ užíváním. Syndrom závislosti představuje soubor fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, které vznikají v souvislosti s užíváním psychoaktivní látky nebo látkové skupiny. Toto užívání hraje významnou úlohu v životě jedince, dominantním rysem závislosti je často silná a přemáhající touha užívat danou látku (Nešpor, 2011).

Diagnóza závislosti může být dle MKN-10 stanovena pouze v případě, že během 12 po sobě jdoucích měsíců došlo k opakovanému výskytu minimálně 3 z následujících jevů nebo minimálně 3 tyto jevy trvaly nepřetržitě po dobu 1 měsíce (Jeřábek, 2008):

- a) Silná touha nebo pocit puzení užívat látku (craving, bažení).
- b) Potíže v sebeovládání při užívání látky.
- c) Tělesný odvykací stav (abstinenční syndrom)

- d) Tolerance k účinkům látky (tedy potřeba zvyšovat dávku užívané látky pro dosažení stejného účinku, který původně vyvolávala dávka nižší).
- e) Postupné zanedbávání jiných zájmů kvůli užívání dané látky.
- f) Pokračování v užívání látky i v případě, že jsou důsledky užívání zjevně škodlivé, např. vážné zdravotní poškození.

Pro stanovení závažnosti závislosti je dle Nešpora (2011) rozhodující především míra narušení sebeovládání ve vztahu k užívané droze. To pak vede k zanedbávání jiných zájmů a k pokračování užívání i přes zjevně škodlivé důsledky.

Závislost bývá rozlišována na somatickou a psychickou. Somatická závislost představuje stav adaptace biologických funkcí na užívanou látku (Vágnerová, 2008). Projevuje se zvýšením tolerance k účinkům drogy. Při vysazení užívané látky se objevuje abstinenci syndrom, jehož součástí je i fyzický craving. U psychické závislosti se z formálního hlediska jedná o poruchu motivačního a behaviorálního charakteru. Projevuje se především bažením, dále pak narušenou kontrolou užívání či pokračováním v užívání navzdory negativním důsledkům. V případě, že není droga k dispozici, tak u závislého jedince sílí negativní emoční ladění, objevit se může úzkost či podrážděnost.

Závislost na jakékoliv látce je porucha, která je podmíněna multifaktoriálně. Roli hrají vlivy genetické, biologické, psychické (např. tendence k určitému způsobu prožívání, uvažování, reagování a chování, osobnostní vlastnosti či faktory učení) i sociální (např. rodina, vliv vrstevnické skupiny, dostupnost drogy, sociální deprivace nebo úroveň vzdělání). Důsledkem závislosti mohou být komplikace v oblasti somatické, psychické, sociální a opomenout nelze ani oblast spirituální (Jeřábek, 2008).

Léčba závislosti je pak složitým a dlouhodobým procesem, často s nejistým výsledkem. Na závislého je přitom hleděno jako na nemocného. Základním předpokladem úspěšné léčby je především to, aby si daný jedinec byl schopen přiznat, že je závislý. Neméně důležitá je také dostatečná motivace závislého ke změně (Miovský, & Bartošíková, 2003). Léčba může mít formu samoléčby nebo

institucionální léčby pobytové či ambulantní. Po samotné léčbě následuje (neméně důležité) období doléčovací s poskytováním následné péče.

Zajímavé je zjištění, kolika procent uživatelů látek měnících vědomí se závislost týká. Gallà et al. (2005, 11) například uvádí, že: „*mnoho dospívajících užívá ... drogy. K vlastnímu zneužívání drog ale dochází jen u malého procenta z nich (5 až 10%). Ještě menší procento žáků a studentů se stane na drogách závislými.*“ Harding (1988) v této souvislosti shrnuje výsledky výzkumů provedených s uživateli heroinu v USA a uvádí, že závislých je zhruba 10%. Je tedy možné konstatovat, že užívání drog, včetně těch nelegálních a “tvrdých“, nemusí nevyhnutelně vést k závislosti (Morávek, 2007). Naopak, závislosti se dá velmi dobře a efektivně předcházet (Danning, Jeannie, & Glickman, 2004).

## 2.5 Harm reduction

Jedná se o přístup zaměřený na minimalizaci rizik plynoucích z braní drog, to se mimo jiné týká i výše uvedené závislosti. Rizika jsou snižována jak na straně uživatele, tak na straně jeho okolí (tedy společnosti). Abstinence není primárním cílem – tento přístup akceptuje, že jedinec v dané době užívá drogy a přestat nechce nebo nemůže (nemá např. dostatečnou motivaci). Harm reduction vychází z předpokladu, že užívání drog je součástí lidského života a svět bez drog je nerealistickým cílem. Braní drog je vnímáno z humanistické perspektivy jako akt svobodné vůle – uživatel není za své chování odsuzován, ale není v něm ani podporován, jsou respektována jeho práva a důstojnost (Janíková, 2008). Princip harm reduction se snaží být maximálně neutrální – ve vztahu uživatel a společnost ale také např. v otázkách legalizace či dekriminizace drog.

Snižování rizik je dosahováno pomocí poradenství, poskytování informací, edukace, výměnného programu či distribuce sterilních pomůcek, vitaminových preparátů nebo kondomů (Kalina et al., 2001). Uživatelé by si měli být vědomi toho, jak jednotlivé drogy působí, jaká rizika jsou spojena s konkrétními látkami, s jednotlivými druhy aplikace a jak je možné předcházet řadě problémů. Jde tedy o to, aby se uživatelé naučili brát drogy co nejméně rizikovým způsobem.

Před injekční aplikací je vždy dáována přednost jiným formám užívání (šňupání, polykání, kouření). V případě, že se uživatel injekční aplikace vzdát nechce, tak je veden k jejímu co nejméně rizikovému provedení za použití sterilních pomůcek. Ve specializovaných zařízeních nebo prostřednictvím terénních programů je mu poskytnuta výměna použitých stříkaček za čisté. U injekčních uživatelů se harm reduction vztahuje také na udržování cévního systému v dobré kondici (užívání vitaminů či mastí, cvičení), důraz je kladen také na nesdílení pomůcek k injekční aplikaci s jinými lidmi (hrozí nákaza krví přenosných chorob). Uživatelům, kteří drogy šňupou, je k ochraně nosní sliznice doporučeno, aby si před šňupnutím vstříkli do nosu rozprašovačem olej s vitamínem E (Danning et al., 2004). Univerzální radou je pak dodržovat dostatečný příjem tekutin – to platí především pro návštěvníky tanečních akcí, kteří užívají MDMA nebo pervitin. Značně tím eliminují riziko přehřátí organismu. Jednotlivé látky by se mezi sebou neměly míchat. Součástí snižování rizik je například také plánování braní drog tak, aby uživatelé měli dostatečný čas a prostor na rekonvalescenci a aby jejich užívání zasahovalo co nejméně do jejich všedního života.

Princip harm reduction je praktikován v kontaktních centrech a v terénních programech zaměřených na uživatele drog. Jako zdroj informací slouží materiály distribuované pracovníky těchto programů a center, dále je pak možné využít odbornou literaturu nebo řadu internetových serverů (českých i zahraničních). Jako významný a velmi kvalitní zdroj konkrétních harm reduction informací je možné jmenovat časopis Dekontaminace, který vydává o. s. Sananim (Herzog, & Termer, 2010).

Přístup minimalizace poškození má mnoho zastánců, ale má i své odpůrce. Uváděny jsou například tyto námitky: programy výměny jehel zvyšují užívání drog a zvyšují počet odhozených injekčních stříkaček na ulici. Harm reduction udržuje uživatele ve “slepé uličce” – nenechá ho spadnout až “na dno“, díky čemuž by se uživatel mohl vzdát svého návyku. Harm reduction podporuje braní drog tím, že ho představuje jako “bezpečné“. Zastánci principu minimalizace poškození naopak argumentují evaluačními studiemi, které dokládají dobrou efektivitu tohoto přístupu (Hrdina, 2003).

## 2.6 Užívání drog v České republice

V evropském měřítku je Česká republika jedna ze zemí s nejvyšší prevalencí užívání konopných drog a extáze. (Met)amfetamin se zde užívá na střední úrovni, relativně vzácné je pak užívání opiátů (Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, 2013). Aktuální stav na české drogové scéně každoročně mapuje výroční zpráva Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti (Mravčík et al., 2012). Rozsah užívání drog v České republice je v posledních letech stabilní. Nejčastěji užívanou drogou vůbec je alkohol (kofein nebyl do přehledu zahrnut). Mezi nelegálními látkami je na prvním místě konopí (prevalence 23–34 %), následuje extáze (4–10 %), halucinogenní houby (4–9 %), LSD (2–6 %) a pervitin. Na pomyslném chvostu je pak kokain a heroin (ze sledovaných drog nejméně užívaná v ČR). Nízkou úroveň vykazuje také užívání tzv. nových syntetických drog. Jedná se o látky, které svým účinkem často napodobují běžně užívané (“tvrdé”) nelegální drogy, ale málokdy jsou uvedeny na seznamu zakázaných látek. Největším rizikem je u nich především nevypočitatelnost účinků a možných důsledků (zejména zdravotních) při dlouhodobém užívání (Páleníček, Kubů, & Mravčík, 2004; Páleníček, 2010). Zatím se tedy nepotvrdila obava, že by se nové syntetické drogy mohly rozšířit ve větším měřítku (mimo jiné i díky snadné dostupnosti na internetu).

Podle odhadů je v České republice asi 40 tisíc problémových uživatelů nelegálních substancí, v drtivé většině případů se jedná o injekční uživatele – 38 600. Jejich počet má dlouhodobě mírně rostoucí tendenci. Většina problémových uživatelů bere pervitin (zhruba 31 tisíc), zbytek užívá opiáty (Mravčík et al., 2012). Vzhledem k zanedbatelnému počtu nejsou do těchto statistik zahrnuti uživatelé kokainu. To může být vysvětleno různě: a) kokain se v ČR výjimečně užívá injekčně, b) Lidé v ČR neberou kokain pravidelně a nespádají tak do definice škodlivého užívání, c) Uživatelé kokainu mají své braní relativně pod kontrolou a málo kdy tak vyhledají odbornou intervenci. Úspěšně tak mohou unikat uváděným statistikám.

V souvislosti s výskytem infekčních chorob mezi (injekčními) uživateli drog je situace relativně dobrá. Virem HIV je nakaženo méně než 1 % uživatelů. Prevalence výskytu hepatitidy typu C je odhadována na 20 % u uživatelů



nízkoprahových služeb, 40 % u uživatelů ve vězení a až 70 % u uživatelů v substitučních programech. Z dlouhodobého hlediska je v současné době patrný pokles v počtu smrtelných předávkování nelegálními drogami.

V České republice je dlouhodobě monitorováno nejen závadné užívání drog, ale také užívání rekreační. Jedná se o užívání různých látek (většinou nelegálních) v prostředí nočních zábavních podniků, tanečních akcí či hudebních festivalů s cílem "pobavit se" a "užít si" (Mravčík, Škařupová, & Orliková, 2008). V roce 2000, 2003, 2007 a 2010 byly provedeny průzkumy s názvem Tanec a drogy, které měly za úkol zmapovat užívání legálních i nelegálních látek mezi účastníky tanečních akcí. Jejich návštěvníci jsou většinou mladí lidé (95 % je do věku 30 let), drtivá většina z nich (95 %) má zaměstnání nebo studuje. Zajímavé je, že ačkoli je u účastníků těchto akcí zjištěna několikanásobně vyšší prevalence užívání všech drog ve srovnání s běžnou populací, tak je možné konstatovat, že: *„návštěvníci letních festivalů a tanečních parties nejsou skupinou srovnatelnou s problémovými uživateli drog a to zejména vzhledem k jejich lepší pozici na pracovním trhu“* (Saberžanovová, & Vacek, 2011, 2).

### 3 Kontrolované užívání drog

Výzkumy zaměřené na braní drog se často věnují především problematickému a rizikovému užívání. Teorie kontrolovaného braní vychází z myšlenky, že vedle patologických uživatelů existují i takoví uživatelé, kteří berou (nelegální) drogy odpovědně, vhodným chováním výrazně eliminují možné riziko a braní látek měnících vědomí jim nebrání vést plnohodnotný a společensky aktivní život (Morávek, 2007). Obecně je možné říci, že se jedná o takové užívání, které nevede k závažným negativním dopadům u uživatele ani u jeho okolí. Kontrolované užívání tedy není spojeno se sociálním, ekonomickým, právním ani zdravotním poškozením (většinou včetně vzniku závislosti). V podstatě se tak jedná o opak užívání rizikového.

#### 3.1 Definice kontrolovaného užívání

Jednotná definice kontrolovaného užívání neexistuje a je možné setkat se s různými výklady tohoto pojmu v závislosti na tom, v čem daný autor spatřuje těžiště kontroly užívání a jaké aspekty braní drog sleduje. Zajímavé je, že přesně vymezená definice kontrolovaného užívání je relativně vzácná. Řada autorů tak charakterizuje tento jev spíše volně – jako užívání, které není spojeno s problémy. Sledovány jsou jednak samotné vzorce užívání, jednak důsledky užívání. Například Zinberg (1984) jako kontrolované označuje příležitostné užívání, které není spojeno s častým několikedenním užíváním a potřebou vyhledat léčení. Kontrola je vyžadována u všech drog (legálních i nelegálních). Waldorf, Reinerman, & Murphy (1991) definují kontrolované užívání jako pravidelné užívání, které není spojeno s abúzem a závislostí a navíc neovlivňuje schopnost užívajícího fungovat ve společnosti. Velmi častý je přístup, který za kontrolované užívání považuje to, které nevede k negativním zdravotním a právním důsledkům (Dalgarno, & Shewan, 2005). Kontrolované braní drog může být také definováno pouze tak, že se jedná o užívání, které nevede k závislosti (Kaplan, Bieleman, & TenHouten, 1992).

V souvislosti s kontrolovaným užíváním je možné setkat se také s pojmy jako *neobtěžující užívání* (unobtrusive use), *rekreační užívání* nebo *příležitostné*

*užívání*. Pojmy rekreační a příležitostné užívání se ovšem jeví jako méně vhodné, neboť samotná frekvence braní drog dostatečně nevyovídá o schopnosti mít užívání pod kontrolou (Harding, 1988). Neobtěžující užívání je v podstatě synonymem kontrolovaného – důraz je kladen na důsledky užívání. O kontrolovaném užívání se někdy také mluví jako o *užívání bez znaků závislosti* (non-dependent use) (Warburton, Turnbull, & Hough, 2005). Pojem kontrolované užívání zcela explicitně odkazuje na existenci kontrolních mechanismů, je zde tedy velký důraz na aktivní regulaci užívání (a je jedno, zda užívání reguluje sám uživatel nebo jeho okolí) – z toho důvodu se jeví tento pojem jako nejvhodnější z výše uvedených a bude užíván i v následujícím textu. Kontrolované braní drog pak může být chápáno jako samostatná kategorie i jako jeden pól kontinua, kde je druhý pól tvořen rizikovým užíváním, respektive závislostí (Harding, 1988).

V této práci je definováno kontrolované užívání drog jako takové, které vykazuje známky kontroly (tedy regulace), jež snižuje rizika plynoucí z užívání drog (např. vznik závislosti, přenos infekčních chorob či vznik závažného zdravotního či sociálního poškození uživatele a jeho okolí) a nebrání uživatelům vést společensky aktivní život (např. pracovat, studovat, mít rodinu a přátele, věnovat se koníčkům). Kontrolované užívání nesmí být spojeno s kriminální činností – to se nevztahuje na přechovávání nelegálních drog, jejich výrobu, jejich prodej nebo jejich poskytování osobám starším 18 let. Tato výjimka platí v případě, že není zajištěna dostupnost drog legální cestou (např. distribuce marihuany v Holandsku v tzv. coffee shopech). Kontrolované užívání by mělo umožňovat brát drogy v dlouhodobém časovém horizontu (v rádech let až desítek let) a mělo by tak být udržitelné. V této definici je důraz kladen na důsledky užívání a především na schopnost uživatele fungovat ve společnosti. Užívání by mělo společnost co nejméně zatěžovat. Dílčí (např. zdravotní) poškození užívajícího jedince se ovšem připouští – stejně jako je všeobecně akceptováno, že člověk, který hodně čte, může mít v budoucnu potíže se zrakem nebo člověk, který pravidelně hraje fotbal, může mít v budoucnu potíže s koleny. “Opotřebení“, které vzniká při kontrolovaném užívání, by ovšem nemělo přesahovat míru “opotřebení“ běžně vznikající při společensky akceptovaných aktivitách. Rýma vzniklá po “prošňupaném víkendu“ je tedy přípustná, nákaza hepatitidou C způsobená sdílením injekční stříkačky už nikoli.

### 3.2 Možnost kontroly u jednotlivých drog

V posledních 30 letech byla provedena velká řada výzkumů zaměřených na kontrolované užívání drog. Zajímavé je, že nejčastěji zkoumanými drogami z hlediska kontroly jsou heroin a kokain. Důvodem může být to, že se jedná o drogy, které bývají spojovány s nezávažnějšími dopady a můžou tak být považovány za nejméně kontrolovatelné (Dalgarno, & Shewan, 2005). I přesto je k dispozici dostatek výzkumů, které možnost jejich kontroly dokládají – jejich přehled přináší např. Morávek (2007). Velmi činnou osobou v otázce výzkumu kontrolovaného užívání je Cohen. Byl součástí týmů, které potvrdili možnost kontroly u kokainu (Cohen, & Sas, 1993; Cohen, & Sas, 1994; Cohen, & Sas 1995), marihuany (Cohen, & Kaal, 2001) a amfetaminů (Uitermark, & Cohen, 2006). Kontrolované užívání extáze dokládají například Shewan, Dalgarno, & Reith (2000) nebo Singer, & Schensul (2011). Důkaz o kontrolovaném užívání halucinogenů podal například Zinberg (1984). Výsledky výzkumů kontrolovaného braní látek měnících vědomí jasně dokazují, že kontrolovaně lze užívat v podstatě všechny (nelegální) drogy. V současné době se počet těchto výzkumů pohybuje v řádu desítek.

Většina výzkumů byla provedena pouze se zaměřením na jednu konkrétní drogu. Výjimky lze nalézt například ve zmíněných pracích Zinberga (1984) nebo Cohena (např. Cohen, & Sas, 1993; Uitermark, & Cohen, 2006). Na základě výsledků těchto výzkumů je možné konstatovat, že se v případě kontrolovaného braní jedná spíše o obecný fenomén. Na druhou stranu je nutné upozornit na to, že různé drogy mají různý potenciál vzniku závislosti a mají různou míru rizika z hlediska možného zdravotního poškození. Je tedy možné předpokládat, že se různé látky budou kontrolovat různě obtížně, respektive pro dosažení kontroly nad jednotlivými látkami bude potřeba vynaložit různou míru úsilí.

### 3.3 Modely kontrolovaného užívání

Za jeden z prvních teoretických modelů kontrolovaného užívání drog je možné považovat koncept *setu* a *settingu*, který v 60. letech 20. století navrhl Leary a jeho spolupracovníci. Tito autoři došli ve svém výzkumu halucinogenních

drog k závěru, že samotná droga nezpůsobuje výsledný účinek (transcendentní zkušenost). Droga funguje pouze jako chemický klíč, který otevírá mysl. Výsledný účinek pak záleží téměř výhradně na setu (osoba uživatele) a settingu (prostředí). Na straně uživatele hrají roli například jeho osobnost, příprava na užití, emoční rozpoložení v době užití nebo očekávání. Na straně okolí jsou pak faktory fyzické (např. atmosféra místnosti, ve které je droga užitá nebo počasí), sociální (spoluuživatelé a další osoby přítomné užití) a kulturní (například všeobecně přijímaný výklad světa v dané kultuře – tedy jak svět “funguje“, co je a co není skutečné či normální) (Leary, Metzner, & Alpert, 1969). V praxi pak užívání drog předcházela důkladná příprava (na straně uživatele i prostředí), drogy byly užívány v bezpečném prostředí, za přítomnosti tzv. *sittera* (průvodce intoxikací) a po jejich užití následoval dostatečný čas na zpracování zážitků a často také na relaxaci (Leary, 1996). S Learyho konceptem, starým v podstatě půl století, se dodnes ztotožňuje řada autorů. Dalgarno, & Shewan (2005) například uvádějí, že je-li správně nastaven set a setting, je pak otázka drogy v podstatě irelevantní. S tímto názorem ovšem není možné zcela souhlasit. Teorie setu a settingu se týká spíše aktuálního užití (méně však dlouhodobého užívání). Tento koncept navíc vzešel z výzkumu halucinogenů, převážně pak LSD. V případě, že je tato substance chemicky čistá, má jen minimální vliv na lidské zdraví i při dlouhodobém a relativně intenzivním užívání. Řada jiných látek má ovšem vliv na zdraví daleko větší – výše byl popsán například negativní vliv pervitinu na kvalitu zubů a dásní. Z pohledu kontrolovaného braní tak složka drogy bude hrát určitou úlohu vždy a není ji tak možné zcela zanedbat.

Typickým zástupcem přístupu, který za nejdůležitější faktor kontrolovaného braní považuje osobnost uživatele, je Blackwell (1983, in Harding, 1988). Kontrola jde podle něj pouze z uživatele a záleží tak na síle jeho osobnosti a na jeho vnitřní motivaci. Uživatel tak dosahuje kontroly především proto, že se bojí sám o sebe – o své psychické a fyzické zdraví. Sociální motivy hrají až druhořadou roli. S tímto názorem ovšem zůstal tento autor (do dnešní doby) víceméně osamocen. Přínosem této teorie ovšem může být důraz na aktivní roli užívajícího jedince, kterou mají sociálně orientované koncepty tendenci spíše podceňovat.

Velmi vlivným je dodnes naopak názor Zinberga (1984). Ten v podstatě navázal na Learyho koncept a rozšířil ho o 3. složku, tedy o drogu (drug). Zážitek

po užití drogy je tak vždy výsledkem vzájemné interakce drogy samotné (jejích farmakologických účinků), osoby uživatele (set) a jeho prostředí (setting). Těžiště kontroly spatřoval tento autor v sociálních aspektech užívání. Prostředkem k dosažení kontroly jsou *rituály* a *sankce* (Zinbegr, & Harding, 1982). Rituály představují určité předepsané vzorce chování – jedná se tedy o návod, o popis vzorců užívání. Typickým rituálem může být například konzumace piva po nedělním obědě. Dva zcela odlišné rituály jsou: jít se napít (alkoholu) a jít se opít. V případě nelegálních drog je rituál užití extáze na taneční akci. Sociální sankce pak reprezentují normy, které říkají co je a co není vhodné a přijatelné. Tyto sankce jsou dvojího druhu. *Formální sankce* se nejčastěji opírají o právní předpisy (extáze je zákonem zakázána, alkohol nikoli). *Neformální sankce* pak představují různé dohody (i ty “nepsané”) sdílené skupinou (např. znej svojí míru).

Zinbergův třífaktorový model kritizoval a rozšířil Grund (1993). Stejně jako Zinberg se domníval, že významnou úlohu při udržení kontroly hraje sociální složka (důležitý je vliv sociálního učení) a přijal také teorii sociální kontroly (sankce a rituály). Namítl však, že Zinbergův model je příliš statický a není schopen dostatečně vysvětlit variabilitu užívání mezi členy jedné skupiny. K původním 3 faktorům přidal 2 další: *dostupnost drog* a *životní strukturu*. Kontrolované užívání je tedy multifaktoriálně podmíněné, nejzásadnější je pak interakce mezi sociální kontrolou, dostupností a životní strukturou. Dostupnost je určena fyzickou dostupností drogy (tedy zda se dá někde koupit), její cenou a v neposlední řadě také finančními možnostmi uživatele. Jako příklad je možné uvést dostupnost heroinu: jedná se o nelegální látku, proto se špatně shání a její cena je tak vysoká. Uživatel pak může začít krást, aby měl na heroin peníze. Špatná dostupnost heroinu tak může vést k nekontrolovanému užívání. Pokud má uživatel vysoký příjem, tak je pro něj dostupnost heroinu dobrá a může užívat kontrolovaně. Životní struktura pak odkazuje na zakotvenost uživatele ve všedním životě – zda plní své každodenní povinnosti, zda má stabilní příjem, rodinné zázemí nebo koníčky či s jakými lidmi se stýká.

K podobnému výsledku jako Grund dospěli i Waldorf et al. (1991). Kontrolované užívání je podle nich postaveno na 3 základních pilířích. Předpokladem kontrolovaného užívání je *životní struktura* – tedy stejně jako u Grunda zakotvenost v běžném životě. Druhý faktor představují *zvyky, rituály a*

*pravidla*, která užívání regulují (omezují) – například nikdy neužívat kokain ráno. Třetí faktor pak představuje to, že v rámci kontrolovaného braní se *drogy neužívají k řešení problémů*. Důležitost je samozřejmě přisuzována také farmakologickým účinkům dané látky. Autoři této koncepce byli skeptičtí k myšlence, že by prvek sociální kontroly byl dominantní. Jednotlivé faktory jsou podle nich naopak rovnocenné. Nabízí se zde otázka, zda je výše uvedená životní struktura (resp. zakotvenost v běžném životě) předpokladem kontrolovaného užívání nebo spíše jeho důsledkem. Obě odpovědi mají své opodstatnění – oba jevy se vzájemně ovlivňují a je možné předpokládat, že zde bude platit princip cirkulární kauzality.

Za multifaktoriální a také integrativní je možné označit teorii Warburtona et al. (2005). Tito autoři v podstatě integrovali dílčí výsledky jednotlivých výzkumů a teorií. Kontrolované užívání je tak podmíněno následujícími faktory:

- předchozí zkušenosti – včetně negativních důsledků z předchozího užívání,
- pravidla užívání – na základě vlastní zkušenosti i na základě sociální kontroly,
- životní struktura – zaměstnání, plnění povinností, vztahy s jinými lidmi, hierarchie hodnot (kde drogy nezaujímají čelní pozici),
- droga – dostupnost, účinky, frekvence a množství užívání,
- prostředí (setting) – kde a s kým je užíváno,
- uživatel (set) – osobnost, postoje k droze,
- vnější zpětná vazba – jak je užívání vnímáno a hodnoceno kamarády, rodinou, kulturou, společností.

Jedná se tedy o komplexní teorii, která vidí kontrolované užívání drog jako multifaktoriálně podmíněné. U každého jedince tak nastane zcela jedinečná konfigurace těchto faktorů a u každého uživatele tak budou mít jednotlivé faktory různou váhu – u někoho tak bude dominantní například sociální složka, u jiného uživatele pak složka osobnosti.

### 3.4 Pravidla užívání

Za klíčový prvek kontroly bývá považována existence pravidel užívání, jejich konkrétní podoba a jejich dodržování. Tato pravidla vznikají vzájemným působením faktorů na straně uživatele, jeho okolí i samotné drogy (Shewan et al., 2000). Pravidla a jejich uplatňování je to, v čem se kontrolovaní uživatelé liší od těch nekontrolovaných. Zajímavé je, že si uživatelé vůbec nemusí být vědomi toho, že nějaká pravidla mají (Decorte, 2001) – užívání regulují v podstatě automaticky, přirozeně. Chovají se tak podle řady pravidel, ale často je nejsou schopni reflektovat (jako pravidla) a následně verbalizovat. Uitermark, & Cohen (2006) v této souvislosti rozlišují seberegulaci na *implicitní* (neuvědomovanou) a *explicitní* (vědomou a verbalizovatelnou). V rámci implicitní regulace například uživatelé určovali vhodnost okolností braní – uživatelé většinou uváděli, že by si nikdy nevzali drogy v zaměstnání (ale málokdo z nich uváděl, že se jedná o pravidlo braní). Pomocí explicitní regulace pak uživatelé stanovovali optimální množství nebo frekvenci braní (a byli si vědomi toho, že se jedná o pravidlo). Oba druhy seberegulace pak vznikají jako důsledek sociálního učení. Důležitou úlohu při tomto procesu hrají i lidé, kteří látky měnící vědomí neberou. Například už jen tím, že braní drog neschvalují – řada uživatelů se tak naučí, že v přítomnosti těchto lidí se drogy neberou, hrozí totiž negativní zpětná vazba (regulace ve vztahu k okolnostem braní).

Jednotlivá pravidla, omezení a hranice se mohou týkat způsobu aplikace (nikdy neužívat injekčně), frekvence braní (brát jen o víkend), užívaného množství (maximálně 0,5 g za víkend), kombinací s jinými látkami (nekombinovat s alkoholem), plánování užívání (nebrat drogy, když musí jít uživatel druhý den do práce), okolností užívání (nikdy neužívat sám), utajení braní před okolím nebo nákupu drog a jejich přechovávání (kupovat jen za určitou finanční částku, nakoupit si drogy jen na víkend a víc u sebe nemít) (Warbutron et al., 2005).

### 3.5 Vzorce kontrolovaného užívání

V otázce vzorců užívání panují značné neshody. Na jedné straně se lze setkat s názorem, že kontrolované užívání různých látek vykazuje značnou



pravidelnost a stabilitu díky důslednému uplatňování (osvědčených) pravidel užívání. Výzkumy kontrolovaného braní popisují řadu různých pravidelných vzorců, velmi často bývá jako nejfrekventovanější uváděn tzv. typ *up-top-down* (Cohen, & Sas, 1993; Uitermark, & Cohen, 2006). Tento styl braní je charakteristický tím, že je v úvodu kariéry postupně zvyšováno užívané množství. Myšleno je absolutní množství užití za jednotku času, např. za den či týden (vliv má tedy jak frekvence, tak velikost jedné dávky). Po určité době dosáhne užívání svého vrcholu a následně dochází k více či méně pozvolnému poklesu. Je možné předpokládat, že počáteční období funguje jako zkušební. Uživatel v této fázi může postupně zkoušet, kam až může zajít a učí se s danou látkou zacházet. Fáze vrcholu je pak spojena s nejčastějším výskytem problémů spojených s užíváním (zdravotních či finančních). V tomto bodě ovšem nastává u kontrolovaných uživatelů většinou určitý zlom – je možné předpokládat, že se zde sejde dobrá reflexe situace ze strany uživatele či okolí, působení regulačních mechanismů a v neposlední řadě také silná motivace (uživatel má co ztratit). Od tohoto vrcholu pak užívané množství začne postupně klesat. Jako pravidelný a stabilní vzorec může být považováno i často uváděné kontrolované braní, kdy se střídají období zvýšeného a sníženého užívání s obdobími abstinence (Siegel, 1984). Jedná se tedy o cyklickou formu užívání. Shewan, & Dalgarno (2005) dokládají, že z dlouhodobého hlediska je styl braní kontrolovaných uživatelů spíše stabilní. Tento jev je tak viděn převážně staticky (nikoli však rigidně).

Decorte (2001) naopak uvádí, že až 90 % kontrolovaných uživatelů bere drogy značně nepravidelně. Kontrolované braní je podle tohoto autora velmi dynamický jev a těžiště kontroly spočívá spíše ve schopnosti užívajícího přizpůsobit se nastalým okolnostem. Kontrolované užívání vidí jako značně nepravidelný jev také Singer, & Schensul (2011). Uživatelé extáze, které zkoumali, uplatňovali v různých situacích různá pravidla a omezení a jejich vzorce užívání byly velmi proměnlivé.

Z poněkud jiné perspektivy zkoumal vzorce užívání Apsler (1982). Tento autor popisuje pět různých typů vzorců, které jsou natolik univerzální, že je možné použít je k popisu užívání (resp. konzumace) v podstatě čehokoli – jídla, sladkostí, pití a v neposlední řadě také drog. Jedná se o následující styly užívání:

- 1) Užívání stejného množství jako ostatní spoluživatelé.
- 2) Zvyk užívat vždy stejné množství, např. každý večer si dát 3 piva.
- 3) Užívání množství, o kterém je předpokládáno, že vyvolá požadovaný účinek. Toto množství je určeno na základě doporučení jiných lidí či je zjištěno z literatury, televize, z internetu nebo z příbalových letáků u léků.
- 4) Užívání do doby, kdy daná osoba cítí, že by měla přestat. Člověk například přestane s pitím alkoholu ve chvíli, kdy se mu začne "motat jazyk".
- 5) Užívání do doby, dokud se nedostaví požadovaný účinek. Daná osoba například pije alkohol tak dlouho, dokud se necítí příjemně uvolněná.

První tři typy odpovídají vnější kontrole, zbylé dva pak vnitřní. Externí kontrola je pak u nelegálních drog spojena s nižším rizikem závislosti. Podle autora této studie to svědčí o faktu, že dominantním faktorem udržení kontroly je sociální složka užívání (setting). Nejdůležitějším indikátorem kontroly je pak styl braní.

Pět různých typů kariéry kontrolovaného braní kokainu popsali ve svém longitudinálním výzkumu Murphy, Reinerman, & Waldorf (1989). Prvním typem je stabilní kontinuální kontrolované užívání (zhruba třetina respondentů). Dalším je kontrolované užívání s ohraničenou etapou nadměrného (většinou denního) užívání (také třetina respondentů). V podstatě se jedná o variantu výše popsaného up-top-down braní. Zajímavé ovšem je, že ani období nadměrného braní nezpůsobovalo uživatelům žádné závažné problémy (zdravotní, pracovní či rodinné). Třetí typ představuje kontrolované užívání, které se vyvine v nadměrné užívání, po kterém následuje abstinence. Důvodem k ukončení braní kokainu byly problémy, které nastaly jako důsledek nadměrného užívání. Kontrola se pak projevila ve schopnosti reflexe nastalé situace a ve schopnosti tuto situaci řešit. Čtvrtý typ je dlouhodobé kontrolované užívání (kolem 10 let), které vyústilo v abstinenci. Zajímavé je, že tito uživatelé neskončili s braním kokainu proto, že by kvůli němu měli problémy (jak to bylo v předchozí skupině), ale proto, že jim užívání nepřinášelo už nic pozitivního – z braní kokainu už neměli potěšení. I zde se tedy projevila důležitost reflexe vlastního užívání. Posledním typem je pak dlouhodobé nadměrné užívání (pouze jedna respondentka), kdy samotné vzorce

braní odpovídaly spíše rizikovému užívání. I přesto toto braní nezpůsobovalo zmíněné uživatelce žádné problémy. Jedná se však o výjimku, kde důležitou úlohu mimo jiné hrály i příznivé dispozice na straně uživatelky (zdravotní, psychické a také finanční).

Z výše uvedeného výzkumu je zřejmé, že je abstinence důležitou součástí kontrolovaného užívání (Siegel, 1984; Cohen, & Sas, 1993; Uitermark, & Cohen, 2006). V podobě ohraničených epizod se může jednat o důsledek vnějších událostí (např. dočasné zhoršení dostupnosti drogy, životní změny), ale také o záměrnou regulační strategii (např. z finančních či zdravotních důvodů). Je možné konstatovat, že abstinence v souvislosti s ukončením drogové kariéry čeká v podstatě každého kontrolovaného uživatele. Důvody pro ukončení užívání mohou být různé, např. problémy spojené s užíváním, tlak okolí či změna hodnot daná věkem. Motivace tak může vycházet jak z uživatele, tak z jeho okolí. Stejně jako v případě epizodických abstinencí může být důvodem k definitivnímu ukončení braní také řada různých vnější události – např. stěhování do jiného města a tím i ztráta kontaktu s původními dodavateli drog. Uživatelé se mohou s touto situací “smířit“ a nové kontakty již nevyhledávají. Nechutný, & Morávek (2010) uvádějí, že za většinou případů ukončení užívání u konzumentů marihuany stojí určitá zlomová událost. Jedná se tedy spíše o jednorázový akt než o dlouhodobý proces. Je ovšem nutné dodat, že někteří uživatelé se po “ukončení“ drogové kariéry k užívání opět vrátí. Ukončení drogové kariéry tak u některých uživatelů může proběhnout hned několikrát.

V otázce vlivu období nekontrolovaného užívání na pozdější možnost kontroly panují neshody. Decorte (2001) se domnívá, že epizoda nekontrolovaného užívání může být využita k získání zkušeností, ze kterých se mohou uživatelé poučit a v budoucnu pak mohou vědět, na co si mají dát pozor. K podobnému závěru dospěl i výzkum uživatelů marihuany, který provedli Nechutný, & Morávek (2010). Opačný názor zastávají např. Dean, Saunders, & Bell (2011). Podle těchto autorů mají na aktuální braní největší vliv zkušenosti z počátků užívání. Naučené vzorce braní se tak v budoucnu jen velmi špatně přeučují a zkušenosti z počáteční fáze užívání považují tito autoři za klíčové.

### 3.6 Kontrolovaní uživatelé

Popis kontrolovaných uživatelů se v jednotlivých studiích značně liší v závislosti na tom, jak jednotliví autoři definují zkoumaný jev a jaké kladou požadavky na účastníky výzkumu. Studie, které mají přísná kritéria, často nacházejí v řadě ohledů jen velmi malé rozdíly mezi kontrolovanými uživateli a běžnou populací (např. Shewan, & Dalgarno, 2005). Na druhé straně jsou pak výzkumy, ve kterých jsou kontrolovaní uživatelé ve srovnání s běžnou populací méně často zaměstnaní, mají nižší vzdělání a často se pohybují na okraji společnosti (např. Korf, van Ginkel, & Benschop, 2010). Tyto výzkumy mají ovšem často nižší nároky na kontrolované uživatele (např. pouze neexistence závislosti nebo nezapojení do kriminální činnosti). Většina výzkumů pak zahrnuje celé spektrum uživatelů, které se pohybuje mezi výše uvedenými póly (např. Waburton et al., 2005). Z pohledu věku je nejsilnější kategorie 25-35 let. Drtivá většina studií zaměřených na kontrolované užívání drog měla (z etických důvodů) požadavek na minimální věk účastníků – většinou se jednalo o věk 18 let, někdy i více. Lze ovšem předpokládat, že kontrolované braní se týká i uživatelů mladších. Mnoho uživatelů si tak může svou drogovou kariéru odbít dříve, než splní požadovaná věková kritéria. Velikost této mladší kategorie tak může být podhodnocena. Po čtyřicítce je užívání relativně vzácné.

Zajímavé výsledky přinášejí studie primárně zaměřené na popis uživatelů drog. Kaal (2001), který zkoumal uživatele drog v Holandsku, dospěl k závěru, že většinu uživatelů tvoří mladí muži, kteří jsou zaměstnaní, nebo studují. Z hlediska dosaženého vzdělání a výše příjmu se tito uživatelé téměř nelišili od běžné populace. Rozdíl mezi oběma skupinami byl v tom, že uživatelé drog žili více společenským životem, častěji byli bez partnera a častěji také vyhledávali aktivity, které jim přinášely potěšení. Lidé, kteří brali drogy, je v průměru užívali v relativně krátkém časovém období (v řádech spíše jednotek let) a málokdy je užívali intenzivně.

Test osobnosti MMPI, který kontrolovaným uživatelům kokainu předložil Siegel (1984), neodhalil žádné odchylky směrem k psychopatologii. U některých uživatelů byl zjištěn výskyt vyšších hodnot na škále deprese a paranoidity, nejednalo se však o signifikantní rozdíly ve srovnání s běžnou populací.

Cohen et al. (1995) provedli srovnání celkového zdravotního stavu (psychického, fyzického i “sociálního”) uživatelů nelegálních drog s “neuživateli” pomocí dotazníku SF-36 Health Survey. Ve srovnání lidí, kteří trávili svůj volný čas spíše mimo domov (kluby, koncerty, restaurace či divadlo), nebyl mezi uživateli “tvrdých” drog a neuživateli nalezen ve zdravotním stavu významný rozdíl. Horší výsledky ovšem vykazovali venku se bavící uživatelé marihuany a převážně doma užívající lidé, kteří brali “tvrdé” drogy. Tyto výsledky je možné interpretovat tak, že u lidí, kteří berou drogy doma, je výrazně oslaben vliv sociální kontroly. Výsledky tohoto výzkumu je možné vysvětlit také pomocí vlivu strukturace užívání na dosažení kontroly, kdy je kontrolované braní drog často spojeno s různými tanečními akcemi, koncerty a dalšími událostmi (většinou o víkendech) a k užívání mimo tyto dny v podstatě nedochází. U braní drog doma může být tato strukturace hůře dosažitelná. To, zda člověk užívá raději doma nebo venku může být ovšem ovlivněno také jeho osobností (set) či sociálními charakteristikami (např. výše popisovaná životní struktura). Je tedy možné očekávat spíše multifatoriální podmíněnost (Warburton et al., 2005).

### 3.6.1 Typologie uživatelů

Při studiu uživatelů opiátů, kterým se podařilo vyhnout závislosti, identifikoval Blackwell (1983, in Morávek, 2007) 3 ideální typy. *Tuláci* (drifters) byli příležitostní uživatelé, pro které byly jiné aspekty života důležitější než užívání drog. Farmakologické účinky opiátů udělaly na tyto uživatele jen malý dojem. *Regulátoři* (controllers) byli naopak účinky drog velmi přitahováni. Své užívání dokázali omezovat pomocí systému pravidel a byli schopni dobře reflektovat dopady užívání. Pro *překonávače* (overcomers) byli typické různě dlouhé epizody závislosti, které ovšem nikdy nepřerostly do závislosti chronické.

Typologie uživatelů kokainu Kaplana et al. (1992) vychází z analýzy sociální sítě uživatelů. *Příležitostní uživatelé* (casual users) se stýkali s jinými uživateli, kteří pocházeli z různorodého prostředí (z několika odlišných skupin). Kokain však užívali jen s malým počtem těchto osob – jinými slovy, velmi si vybírali, s kým budou kokain brát. Opakem byli *kompulsivní uživatelé* (compulsive users). Ti se stýkali jen s omezeným typem jiných uživatelů (s jinými kompulzivními uživateli).

S většinou z nich pak užívali. Tito uživatelé sdíleli velmi podobné vzorce braní drog (často nevhodné) a postoje – díky malé různorodosti v sociálním prostředí u nich nemohl proběhnout proces (sociálního) učení nerizikovému braní. *Kontrolovaní uživatelé* (controlled users) se nejvíce distancovali od drogové komunity. Znali se s malým počtem lidí, kteří užívali kokain – většinou se jednalo o jeden okruh lidí. Navíc pouze s některými z těchto osob užívali. Redukce styků s jinými uživateli byla většinou záměrná a sloužila jako obranný mechanismus před rizikovým užíváním. *Salientní uživatelé* (salient users) se pak znali s řadou jiných uživatelů, kteří pocházeli z různorodého prostředí a s většinou z nich také kokain brali – jejich sociální síť byla v rámci drogové komunity největší. Tito uživatelé se pak velkou část dne věnovali aktivitám souvisejícím s kokainem. Autoři této studie předpokládají, že se jedná o uživatele, kteří jsou na začátku své drogové kariéry a kontakty s jinými uživateli v budoucnu zredukují na základě negativních zkušeností.

Tři typy kontrolovaných uživatelů podle aktuálních vzorců užívání heroinu popsal Warburton et al. (2005). *Příležitostní uživatelé bez znaků závislosti* ('occasional' non-dependent) brali heroin jednou za půl roku až 1 za měsíc. Impulzem k užívání byla chuť na heroin nebo to, že se naskytla příležitost. *Pravidelní uživatelé bez znaků závislosti* ('frequent' non-dependent) brali heroin minimálně 1 měsíčně. Převládalo u nich užívání ve volném čase, hlavními motivy byly potěšení a relaxace. *Kontrolovaní závislí uživatelé* ('Controlled' dependent) byli na heroinu sice fyzicky závislí (většinou užívali denně), ale stále ještě byli schopni své užívání regulovat a předcházet tak řadě problémů spojených s braním drog. Mezi uživateli bez znaků závislosti bylo zcela běžné, že měli řadu pravidel, která omezovala braní heroinu. Hlavním pravidlem bylo neužívat injekčně, dále pak nekupovat heroin, pokud si to uživatelé nemohli dovolit nebo neřešit si užíváním své problémy. Tito uživatelé uváděli, že výše popsaná pravidla měli proto, aby se na heroinu nestali závislí. Zejména příležitostní uživatelé popisovali, že je to proto, že mají co ztratit (práci, partnery). Tito lidé udržovali minimální styky s lidmi, kteří heroin prodávali. Kontrolovaní závislí uživatelé měli naopak pravidel málo, většinou se týkala pouze finančních aspektů braní – jestliže neměli na heroin peníze, omezili jeho užívání. V jejich případě tato pravidla sloužila spíše k udržení stability užívání.

Korf et al. (2010) rozdělili uživatele opiátů, kteří nebyli závislí do 4 kategorií na základě jejich životního stylu. *Konvenční* (conventional) typy měli stabilní zaměstnání, nebo se věnovali studiu. *Marginální* (marginalised) typy tvořili bezdomovci a další lidé žijící na okraji společnosti. Těchto uživatelů bylo jednoznačně nejméně. Nejpočetnější skupinu uživatelů naopak představovali *alternativní* (alternative) typy. Jednalo se osoby, které v různé míře vyjadřovali kritiku vůči většinové společnosti. Tito lidé neusilovali o kariéru a málokdy měli práci. Svůj čas trávili na různých akcích s přáteli, kteří sdíleli stejné hodnoty. Sami sebe definovali jako součást undergroundové subkultury. *Umělecké* (artistic) typy se pak věnovali tvůrčí činnosti, živil se brigádami, měli přechodná zaměstnání, využívali sociální podpory a přivydělávali si také uměleckou činností. Zajímavé bylo porovnání aktuálního životního stylu se stylem v počátcích užívání. Zatímco v počátcích drogové kariéry jednoznačně dominoval alternativní styl, tak aktuální styl vykazoval rovnoměrnější rozložení mezi typy alternativní (39 %, pokles z původních 60 %), umělecké (30 %, nárůst ze 13 %) a konvenční (24 %, nárůst ze 14%). V kariérách těchto uživatelů je tedy možné zaznamenat dílčí posun ke “společensky více žádoucím” životním stylům.

### **3.7 Vliv polymorfního užívání na udržení kontroly**

Závěrem drtivé většiny výzkumů je, že kontrolovaní uživatelé berou zároveň se sledovanou látkou také řadu jiných (nelegálních) drog – jejich užívání je tedy polymorfní. Warburton et al. například (2005) zjistili, že kontrolovaní uživatelé heroinu, kteří nebili závislí, brali více jiných drog, než kontrolovaní závislí uživatelé. Shewan, & Dalgarno (2005) uvádějí, že uživatelé, kteří berou heroin příležitostně, užívají zároveň více jiných drog, než ti, kteří berou heroin často a ve velkých dávkách.

Polymorfní užívání tak může být viděno jako jistý protektivní faktor. Pokud uživatel drogy (pravidelně) střídá, prodlužuje tím interval užívání jednotlivých látek – je tedy menší riziko vzniku závislosti z důvodu častého užívání, daná droga tak rychle “nezevšední” a její braní si tak spíše zachová nádech výjimečnosti, uživatel se může lépe naučit, že se různé drogy berou při různé příležitosti, uživatel takto s větší pravděpodobností najde látku, která “mu sedí”, zkušenosti z braní jedné

drogy mohou být přeneseny na užívání jiných drog, u polymorfního uživatele je větší pravděpodobnost, že se bude pohybovat v rozmanitějším prostředí a bude tak mít více podnětů v rámci sociálního učení. Dalším důvodem může být také to, že negativní důsledky po užití konkrétní drogy mohou být zmírňovány pomocí ostatních drog (Siegel, 1984).

### **3.8 Kontrolované užívání nelegálních drog v České republice**

V České republice je na vědecké úrovni kontrolované braní nelegálních látek relativně málo frekventovaným tématem. V první řadě je nezbytné zmínit osobu Jana Morávka, který se věnuje teoretickým otázkám kontrolovaného užívání všech drog (Morávek, 2007; Morávek, & Kabele, 2010), ve výzkumu se pak zaměřuje převážně na kontrolované braní marihuany (Morávek, nedatováno). Problematikou kontrolovaného užívání se (byť nepřímo) do jisté míry zabývají například studie Tanec a drogy (Seberžanovová, & Vacek, 2011), které se orientují na uživatele tzv. tanečních drog – jedná se tedy o studie, které jsou zaměřené na rekreační užívání, nikoli však na kontrolované. V praxi je možné odhalit určitou styčnou plochu s kontrolovaným užíváním v koncepci harm reduction, která je aplikována především v terénních programech a nízkoprahových kontaktních centrech. Za specifickou formu kontrolovaného užívání je možné považovat také substituční programy (Janíková, 2008).

### **3.9 Možnost aplikace poznatků z výzkumu kontrolovaného užívání drog**

Poznatky z výzkumu kontrolovaného užívání je možné aplikovat hned v několika oblastech. V první řadě mohou sloužit k lepšímu pochopení fenoménu užívání drog v obecné rovině i v rovině patologické. Na základě výsledků výzkumů kontrolovaného užívání je možné konstatovat, že brát kontrolovaně je možné všechny drogy. Neobstojí tedy námitka, že užívání (nelegálních) drog je nevyhnutelně spojeno se závislostí a s neschopností fungovat ve společnosti. Poznatky z výzkumu kontrolovaného užívání by tak mohly sloužit jako další zdroj



relevantních informací v otázkách celospolečenské debaty o (proti)drogové politice.

V rámci primární prevence jsou lidé přesvědčováni, aby drogy neužívali – učí se tedy, jak drogy nebrat. Lze si ovšem představit situaci (i když značně kontroverzní), kdy by se lidé již v rámci primární prevence učili, jak užívat drogy “správně“ (Apsler, 1982), tedy co nejméně rizikově. Tato varianta se nevylučuje s tím, že by jako ideál byl i nadále prezentován život bez drog. Je ovšem nepopiratelným faktem, že lidé drogy vždy užívali, užívají je dnes a je možné předpokládat, že je s velkou pravděpodobností budou užívat i v budoucnu. Autorovi této práce se tak jeví jako realistický a zejména velmi pragmatický takový přístup, který by budoucí uživatele na jejich braní předem připravil – pomocí procesu učení. Určitou analogii je možné v současné době nalézt například v sexuální výchově na školách, kdy jsou žáci mladší 15 let učeni, jak se správně používají kondomy (ze zákona je pohlavní styk do 15 let také zapovězený).

Další oblast aplikace poznatků z výzkumu kontrolovaného užívání může představovat posilování kompetencí v otázkách braní u současných uživatelů nelegálních drog (Morávek, 2007). V podstatě by se jednalo o rozšíření a prohloubení poznatků přístupu harm reduction. Větší důraz by byl ovšem kladen na schopnost uživatelů fungovat ve společnosti. V současné době často převažuje soustředění na samotné vzorce užívání a přístup harm reduction se tak může zúžit pouze na výměnu injekčního materiálu.

V neposlední řadě je možné zmínit možnost využití kontrolovaného užívání v léčbě závislosti na nelegálních drogách (Schippers, & Nelissen, 2006). V České republice je jediným uvažovaným cílem této léčby (doživotní) abstinence. Zkušenosti z léčby závislosti na alkoholu ovšem dokládají, že kontrolované pití může být pro řadu léčených velmi efektivní (Vondráčková, 2012). Lze tak předpokládat, že by podobný výsledek mohl nastat i v případě léčby u nelegálních drog. Abstinence, jako jeden z možných cílů léčby, by samozřejmě zůstala zachována i nadále.

### III. Empirická část

#### 4 Výzkumný problém, cíle a otázky

S užíváním nelegálních substancí bývá spojována řada různých problémů a společnost vynakládá nemalé finanční prostředky na prevenci, represi a v neposlední řadě též na léčbu závislých uživatelů. V České republice bylo v roce 2011 vynaloženo na protidrogovou politiku více než půl miliardy Kč (Mravčík, et al., 2012). Aktuálnost této otázky je v posledních letech ještě umocněna bezprecedentní dostupností drog na internetu – jak “klasických” nelegálních (Silk road, nedatováno), tak nových syntetických látek. K získání jakýchkoliv drog tak dnes v podstatě postačuje pouze několik kliknutí myší na počítači a potřebný finanční obnos.

Řada odborníků se dlouhou dobu domnívala, že braní drog nevyhnutelně vede ke vzniku závislosti a ke zdravotnímu a sociálnímu úpadku uživatelů. Na vědecké úrovni pak byli zkoumáni téměř výhradně problémoví uživatelé drog. Výzkumy z posledních 30 let ovšem naznačují, že vedle těchto uživatelů existuje řada dalších, kteří s drogami umějí zacházet, chovají se odpovědně, aktivně snižují možné riziko plynoucí z braní drog, úspěšně se vyhýbají závislosti a užívání drog jim často nezpůsobuje žádné závažné problémy (Morávek, 2007). Tito kontrolovaní uživatelé mají zaměstnání, rodiny, přátele, věnují se svým koníčkům – braní drog těmto lidem většinou nijak nenarušuje jejich schopnost fungovat ve společnosti.

V České republice se jedná o oblast jen velmi málo prozkoumanou. **Prvním cílem** této práce je tak zjistit, zda jsou čeští uživatelé nelegálních stimulačních drog schopni užívat tyto látky kontrolovaným způsobem (na základě definice v teoretické části). **Dalším cílem** je podat komplexní popis fenoménu kontrolovaného užívání nelegálních stimulantů. Důraz je kladen jak na aktuální podobu užívání u jednotlivých respondentů, tak i na vývoj jejich užívání v čase. **Třetím cílem** je pak vysvětlit, jak jednotliví uživatelé dosahují kontroly u sledovaných drog. **Čtvrtým cílem** je pak určit, jak se liší možnost kontroly u jednotlivých drog.

Výzkumná otázka vztahující se k **prvnímu cíli** je:

- Je možné užívat nelegální stimulační drogy kontrolovaným způsobem?

Výzkumné otázky vztahující se ke **druhému cíli** jsou:

- Jaké jsou vzorce užívání stimulačních drog u kontrolovaných uživatelů?
- Jaké jsou okolnosti kontrolovaného užívání?

Výzkumné otázky vztahující se ke **třetímu cíli** jsou:

- Jaké faktory se u jednotlivých uživatelů podílejí na vytvoření a udržení kontroly?
- Jaká pravidla regulují braní sledovaných drog u jednotlivých uživatelů?
- Jaký je rozdíl v dosahování kontroly u jednotlivých zkoumaných drog?

Výzkumné otázky vztahující se ke **čtvrtému cíli** jsou:

- Jaký je rozdíl v obtížnosti kontroly jednotlivých drog?

## **5 Metodologický rámec**

Empirická část této práce vychází z kvalitativního přístupu. Braní drog (obecně) představuje velmi komplexní jev, který je potřeba studovat v celé jeho bohatosti, jedinečnosti a zároveň neopakovatelnosti. Důležitou úlohu zde hraje mimo jiné i kontextuálnost a dynamika jednotlivých procesů a jejich vzájemné propojení. Vzhledem k tomu, že je sledovaný fenomén v českém prostředí jen velmi málo prozkoumaný, jedná se o výzkum orientační.

## 5.1 Typ výzkumu

Jako typ výzkumu byly zvoleny případové studie. Objektem zkoumání je vždy braní drog jednoho konkrétního uživatele – objektem je tedy vždy jeden konkrétní případ. Jedná se o strategii, která umožňuje studovat daný jev v celé jeho komplexnosti a umožňuje hledat, popisovat a vysvětlovat různé faktory a souvislosti v kontextu daného případu (Miovský, 2006). Od relativně malého počtu osob je tak získáván velký objem dat. Výhodou tohoto typu výzkumu je, že: *„důkladným prozkoumáním jednoho případu lépe porozumíme jiným podobným případům“* (Hendl, 2005, 104).

## 5.2 Metody získávání dat

Data byla získávána (resp. tvořena) třemi způsoby: pomocí polostrukturovaného rozhovoru, metodou životní křivky a pozorováním. Různé zdroje dat byly zvoleny záměrně z důvodu zvýšení validity výzkumu – jedná se o tzv. triangulaci metod (Miovský, 2006).

### 5.2.1 Polostrukturovaný rozhovor

Jde se o nástroj, který umožňuje dostatečné ohraničení probíraného tématu, ale zároveň dává výzkumníkovi možnost pružně reagovat na průběh rozhovoru. Jednotlivé otázky tak mohou být s konkrétními respondenty probírány s různou intenzitou (Miovský, 2006). Tento způsob tvorby dat je ve výzkumu kontrolovaného braní drog jednoznačně nejčastěji používaný. Jako osvědčený nástroj byl tedy polostrukturovaný rozhovor zvolen jako hlavní prostředek tvorby dat i v této práci.

Po prostudování výsledků provedených výzkumů a příslušné literatury související se studovaným fenoménem byly vytipovány následující tematické okruhy otázek:

1) sociodemografické údaje

- 2) životní struktura
- 3) užívání legálních drog (konkrétně alkoholu a tabáku)
- 4) obecný přehled užívání jednotlivých nelegálních drog
- 5) užívání zkoumané stimulační drogy

Na základě těchto okruhů byla sestavena první konkrétní osnova rozhovoru, která byla složena z jednotlivých tematických záchytných bodů (tedy jednotlivých podtémat). Konkrétní podoba otázek byla operativně tvořena při rozhovoru s ohledem na jeho průběh. Díky připravené osnově bylo ovšem zaručeno, že jednotlivá témata (a jejich podtémata) budou probrána při každém rozhovoru.

S první verzí obsahové osnovy byly provedeny úvodní dva rozhovory a na základě důkladné analýzy došlo k dílčím úpravám této kostry – některé tematické okruhy byly rozšířeny, jiné zredukovány. Přidán byl samostatný šestý okruh zaměřený na kontrolu užívání. S touto druhou verzí osnovy byly provedeny další dva nové rozhovory a došlo také k doptání se prvních dvou respondentů. Další provedená analýza ukázala, že nově upravená obsahová osnova byla pro potřeby výzkumu již dostačující a byly v ní provedeny spíše už jen drobné změny. Finální podoba kostry rozhovoru (viz příloha č. 2) tak vznikala v duchu tzv. hermeneutické spirály v několika vlnách a “za pochodu”.

U tohoto nástroje tvorby dat je možné zmínit jedno úskalí. Jedná se o subjektivní výpovědi respondentů, které mohou být ovlivněny jak jejich ochotou podělit se o všechny informace, tak kvalitou jejich paměti. Otázka v souvislosti s kvalitou paměti je u uživatelů drog zřejmě na místě – řada látek totiž paměť negativním způsobem ovlivňuje (stimulanty nevyjímaje). Stejně tak hrozí ze strany respondentů možnost (i nevědomého) zkreslení informací z důvodu subjektivně vnímané “správnosti” či žádoucnosti některých odpovědí.

## **5.2.2 Životní křivka**

Užívání drog je jev, který probíhá v čase, mnohdy v rádech let – má tedy svou historii, určitým způsobem se vyvíjí. Zároveň se jedná o jev, který lze jen velmi těžko vytrhnout z kontextu všedního života uživatele – je tedy ve vzájemné interakci s řadou dalších jevů, které se vyskytují v životě užívajícího. Jako další metoda tvorby dat tak byla použita životní křivka. Při rozhovoru byly na časovou osu zaznamenávány jednotlivé zkoumané jevy. V rámci životní struktury se jednalo o průběh vzdělání, zaměstnání, významných partnerských vztahů a zásadních životních událostí. Dále bylo do časové osy zaznamenáváno užívání jednotlivých sledovaných drog. V případě, že zkoumaný uživatel bral intenzivně i jiné látky, došlo také k jejich zaznamenání (ukázka viz příloha č. 4).

## **5.2.3 Pozorování**

Tato metoda byla použita spíše jako pomocná. Pozorování bylo provedeno jako zúčastněné a skryté. Zaznamenávány byly jak informace týkající se uživatele (např. styl oblékání, stav chrupu u uživatelů pervitinu) tak informace týkající se prostředí (např. výzdoba interiéru v bytě respondenta).

## **5.2.4 Organizace a průběh sběru dat**

Komunikace s respondenty probíhala prostřednictvím mailu nebo telefonu. Rozhovory byly realizovány od ledna do září 2013. Provedeny byly ve dvou typech prostředí. Jedna část rozhovorů proběhla doma u respondentů, zbytek pak v restauračních zařízeních. Bylo přitom ponecháno na respondentech, jaké prostředí jim více vyhovuje. Jeden rozhovor byl pak proveden na výslovnou žádost zkoumaného uživatele v parku. S nekontrolovaným uživatelem (antitipem) byl rozhovor proveden v konzultační místnosti kontaktního centra, které tento uživatel navštěvoval.

V úvodu proběhlo vždy krátké představení výzkumu a jeho cílů (při mailové komunikaci byly tyto informace zaslány předem). Samotný rozhovor byl po

předchozím souhlasu účastníků výzkumu nahrán na diktafon (všichni respondenti souhlasili). Pořadí jednotlivých témat nebylo závazné a mohlo se měnit dle průběhu rozhovoru – tento postup byl zvolen proto, aby rozhovor působil co nejvíce přirozeně a nenuceně (vzhledem k probíranému tématu). Ze stejného důvodu byl volen celkově spíše neformální přístup, rozhovor byl veden v nespisovné řeči. Respondenti byli oslovováni vždy pomocí tykání a stejně tak i oni vždy tykali tazateli. Zkoumaní uživatelé byli vybízeni k tomu, aby k danému tématu řekli vše, co je aktuálně napadlo. Otázky pak byly pokládány v takové formě, aby vedly spíše k obsáhlejším odpovědím a aby podněcovali k vyprávění “životního příběhu“. Uzavřené otázky byly pokládány jen v nezbytné míře. Rozhovor trval většinou kolem hodiny a půl (s touto předpokládanou délkou byly účastníci vždy dopředu seznámeni).

Souběžně s rozhovorem byla průběžně vytvářena životní křivka uživatelů. Ta byla tvořena tazatelem na papír formátu A4 na základě informací z odpovědí respondentů. Účastníci výzkumu byli po celou dobu dotazováni na správnost údajů zanášených do životní křivky. Ta byla hotova většinou v polovině rozhovoru. Po dokončení následovala její společná reflexe ze strany výzkumníka i ze strany dotazovaného. Tato metoda často zachytila souvislosti, které by jinak během rozhovoru zřejmě nebyly odhaleny a podnítila tak řadu doplňujících otázek. Dva respondenti uvedli, že prostřednictvím životní křivky získali nový náhled na některé události ve svém životě a uvědomili si tak souvislosti, o kterých do té doby neměli tušení – tuto zkušenost hodnotili velmi kladně.

Po celou dobu rozhovoru pak byly zaznamenávány informace z pozorování. Ty byly bezprostředně zapisovány na papír formátu A4 tak, aby respondenti nemohli vidět jeho obsah – tento proces byl zkoumaným uživatelům již v úvodu prezentován jako psaní poznámek. Tato metoda byla vybrána jako pomocná a doplňující, zapisování poznámek z pozorování tak probíhalo spíše příležitostně.

Při průběžně prováděné analýze dat bylo několikrát zjištěno, že u některých respondentů nedošlo k požadované saturaci dat ve všech tematických bodech. Tento fakt se týkal několika prvních rozhovorů a byl způsoben průběžnou tvorbou obsahové kostry rozhovory a především pak nezkušeností výzkumníka. Z toho důvodu proběhlo po domluvě s těmito respondenty další setkání a potřebné

informace byly zjištěny pomocí doplňujících otázek. Tyto druhé rozhovory nikdy nepřesáhly půl hodiny.

Ačkoli byl rozhovor s jednotlivými respondenty domluven vždy jako individuální, bez přítomnosti dalších osob, v jednom případě nastala výjimka. Do bytu respondentky, kde probíhal rozhovor, přišel její přítel a velmi aktivně se zapojil do zbytku rozhovoru (i když bylo domluvené, že rozhovoru přítomen nebude). Získat zpět narušené soukromí se pak jevilo jako velmi obtížné. Zásah přítele se ovšem ukázal jako plodný a konstruktivní. Přítel respondentky reflektoval její vyprávění a často tak došlo ke zpřesnění řady faktů. Mnoho dalších informací pak na respondentku "prozradil", je možné předpokládat, že by uživatelka tyto informace sama neřekla (ať už proto, že je říct nechtěla nebo proto, že si na ně nevzpomněla). Zbytek rozhovoru byl v podstatě proveden s párem. Je možné konstatovat, že výše zmíněná párová dynamika posloužila jako další zdroj relevantních dat. Vzhledem k tomu, že přítel splňoval všechna požadovaná kritéria, byl následně také zařazen do výzkumu. Při rozhovoru s ním byla již od začátku přítomna jeho přítelkyně a stejně jako v předešlém případě reflektovala, komentovala a doplňovala jeho vyprávění. Na druhou stranu je samozřejmě otázka, zda tak nedošlo k zamlčení některých důležitých informací, které partneři mezi sebou mohli tajit, a které by jinak při rozhovoru o samotě sdělili.

#### **5.2.4 Etické problémy a způsob jejich řešení**

Během výzkumu byly respektovány etické zásady, principy a zvyklosti uplatňované v psychologické výzkumné praxi (Miovský, 2006). Tato práce se zabývá jevem, který se pohybuje na hraně zákona, často spíše za hranou. Respondenti tak nikdy nebyli dotazováni na jméno, adresu a další údaje, které by mohli sloužit k jejich případné identifikaci. Ze stejného důvodu byl informovaný souhlas proveden v ústní podobě. Všichni účastníci výzkumu byli srozuměni s tím, že poskytnuté informace nebudou předávány dalším osobám či institucím. Všichni respondenti byli také výslovně upozorněni na to, že nemusí odpovídat na otázky, na které se jim z jakéhokoli důvodu odpovídat nechtělo (tato situace ovšem nikdy nenastala). Z výzkumu pak mohli účastníci kdykoliv odstoupit.



Jednotlivé rozhovory probíhaly bez nároku na honorář. V případě, že byly realizovány v restauračních zařízeních, byla za respondenty zaplacená útrata, většinou okolo 100 Kč. Účastníci výzkumu o placení útraty předem nevěděli, tento fakt jim byl oznámen až po ukončení rozhovoru.

Z důvodu zachování anonymity byli zkoumaní uživatelé v záznamech vedeni pod fiktivním křestním jménem. Přiřazená fiktivní jména jsou použita i v následujícím textu této práce. V případě, že respondenti v rozhovoru uvedli informace, které by mohly sloužit k jejich identifikaci, byla tato data v prepisech rozhovorů vynechána.

### **5.3 Metody zpracování a analýzy dat**

Všechny rozhovory byly nahrány na diktafon a po té byly ručně přepsány do textové formy na počítači v programu MS Word (formát docx). Pro přehlednost byl přepsaný text strukturován na jednotlivé otázky (tučně vyznačené) a odpovědi. Při prepisu byla provedena redukce prvního řádu

Životní křivky byly naskenovány do počítače (v bitmapové podobě ve formátu jpg) a následně byly převedeny do digitální (vektorové) podoby pomocí CAD softwaru Nemetschek Allplan. Pomocí tohoto kroku došlo sjednocení měřítka u všech křivek (sjednocení měřítka se týkalo obou os všech křivek). Na základě toho mohly být jednotlivé křivky dobře porovnávány mezi sebou. Ruční zápisy z pozorování byly přepsány do počítačové formy pomocí programu MS Word (formát docx).

Analýza dat byla průběžná, výsledky této analýzy pak ovlivňovaly podobu osnovy rozhovoru. Upravená podoba rozhovoru pak generovala nová (a jiná) data. Proces tvorby, zpracování a analýzy dat tak probíhal v neustálé interakci, v určitých vlnách (či kruzích) podle principu tzv. hermeneutické spirály (Miovský, 2006).

Všechna data byla podrobena analýze prostřednictvím zakotvené teorie. Pomocí dílčích procesů otevřeného, axiálního a selektivního kódování byla data analyzována, konceptualizována a poskládána novým způsobem. Touto cestou

byla společně analyzována data z rozhovorů, z životních křivek i z pozorování. I když jsou níže uvedeny jednotlivé procesy samostatně, v praxi probíhaly často současně.

### 5.3.1 Otevřené kódování

V tomto procesu byly v záznamech rozhovorů identifikovány tzv. informační jednotky (datové segmenty) – tedy dílčí segmenty textu, které obsahují určitou informaci. Tyto jednotky byly ze záznamů extrahovány a seřazeny pod sebe do tabulky v programu MS Excel. V každém rozhovoru bylo identifikováno několik stovek těchto jednotek. V extrahovaných jednotkách byly dále hledány jednotlivé pojmy – tedy označení jednotlivých událostí (jevů, soudů či pocitů). Tyto pojmy pak byly mezi sebou porovnávány a následně byly řazeny do kategorií a subkategorií. Výsledkem otevřeného kódování byl pak seznam několika desítek kategorií. Kategorie u jednotlivých uživatelů byly mezi sebou neustále porovnávány a průběžně doplňovány. Jestliže byl tedy zjištěn vliv určité kategorie na kontrolované braní u jednoho uživatele (např. vliv přijetí braní drog rodiči), byla tato kategorie automaticky přiřazena i ostatním uživatelům a byl zkoumán její vliv. Docházelo tak k neustálému a vzájemnému obohacování dat u jednotlivých rozhovorů. Stejným způsobem byly identifikovány pojmy i v životních křivkách a v záznamech z pozorování.

Jako příklad výše popsaného procesu je možné uvést identifikovanou významovou jednotku jedné z respondentek: *„Asi je jim to jasný (rodičům) ... ale nikdy to někdo neřešili ....“* Tuto jednotku je možné zakódovat například pod pojem “reakce rodičů”. V dalších významových jednotkách této uživatelky je pak možné odhalit pojmy “reakce přátel” či “reakce kolegů v zaměstnání”. Tyto pojmy je pak možné sdružit do společné (pod)kategorie “reakce okolí na užívání”. Poté je možné sledovat, zda se tato kategorie vyskytuje i u ostatních uživatelů a jaký vliv má na jejich užívání. Touto cestou tedy postupně vznikl finální seznam kategorií od všech uživatelů. Jednotlivé kategorie se pak u konkrétních uživatelů buď vyskytovaly (tedy měly vliv) či nikoli. Tímto způsobem bylo možné určit, co mají jednotliví respondenti společného a v čem se naopak liší. Pomocí procesu

odhalování kategorií pak byla upravována a rozšiřována osnova rozhovorů. Ukázka identifikovaných pojmů je uvedena v příloze č. 5.

### **5.3.2 Axiální kódování**

Během axiálního kódování byly kategorie a subkategorie uváděny do vzájemných vztahů. Mezi jednotlivými kategoriemi a subkategoriemi pak byla hledána příčinná souvislost. Tento krok tak představuje přechod od deskripce k explanaci. V návaznosti na výše uvedený příklad je možné uvést, že identifikovaná kategorie “reakce okolí na užívání” byla zhodnocena jako důsledek (kontrolovaného) braní a zároveň jako jeden z jeho předpokladů.

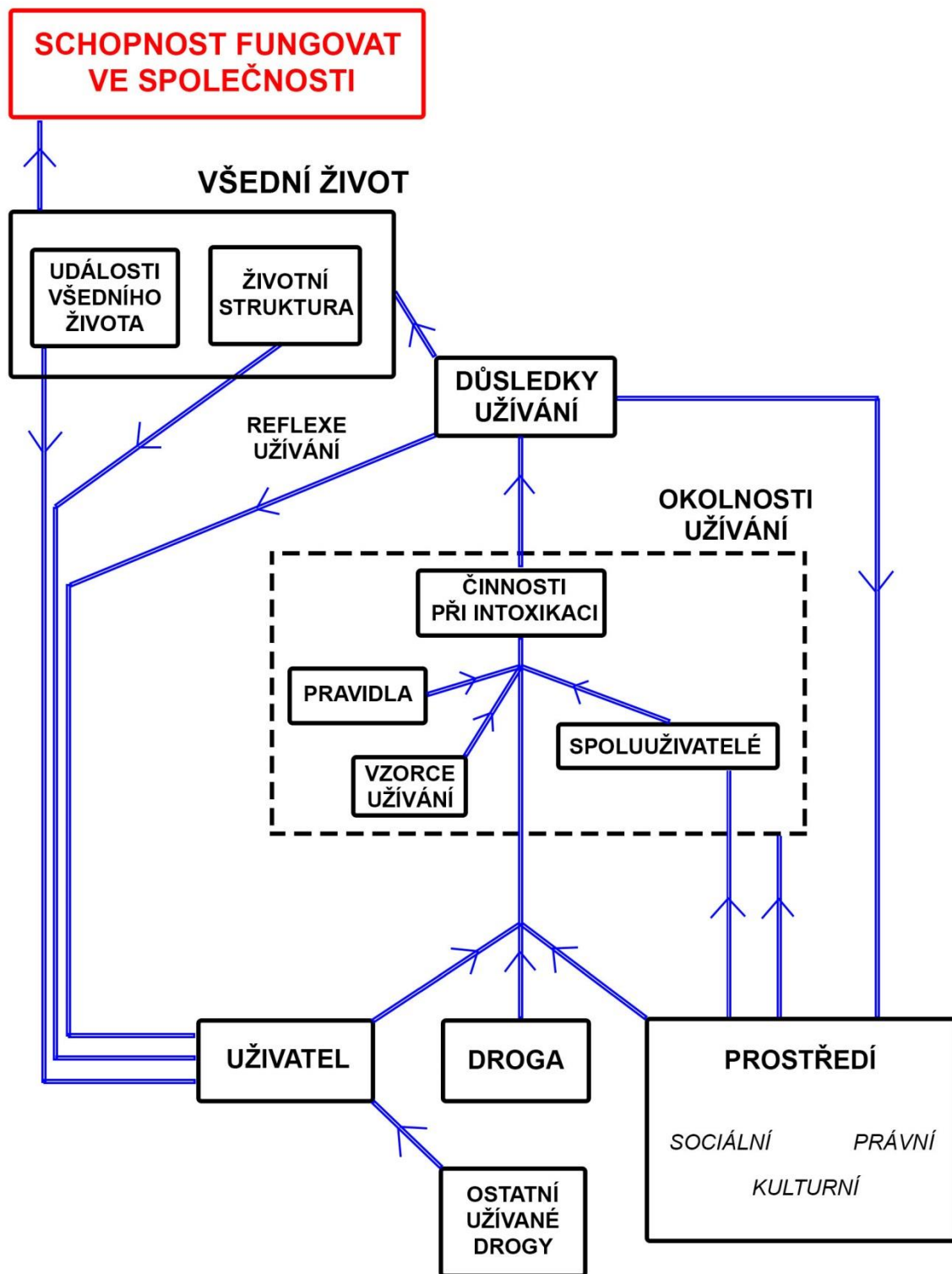
### **5.3.3 Selektivní kódování**

V této fázi byly jednotlivé kategorie a subkategorie seskupeny kolem tzv. centrální kategorie. Jedná se o hierarchicky nejvýše postavenou kategorii. Tato kategorie byla pojmenována jako “schopnost fungovat ve společnosti”. Tímto způsobem bylo vytvořeno finální schéma kategorií (tento model je uveď na obrázku č. 1). V podstatě se jednalo o obecné a abstrahované schéma – tedy o obecný model kontrolovaného užívání. Tento obecný model byl pak zpětně aplikován na každého zkoumaného uživatele a byl tak vytvořen jeho “příběh” – tedy narativně pojatá deskripce ústředního jevu (Miovský, 2006). Ve finále pak došlo k porovnání příběhů jednotlivých uživatelů a bylo zkoumáno, v čem jsou si příběhy podobné a v čem se naopak liší. Získaný model byl také východiskem pro identifikování jednotlivých faktorů užívání.

### **5.3.4 Grafická analýza**

Digitalizované životní křivky byly podrobeny grafické analýze v programu Nemetschek Allplan. Křivky jednotlivých uživatelů byly porovnávány mezi sebou (zejména z hlediska užívaného množství), byly hledány podobnosti i rozdíly.

Zároveň došlo k promítnutí všech životních křivek na jednu osobou soustavu a bylo tak možné porovnat užívání všech probandů jako jeden celek.



Obrázek č. 1: Příčinný model užívání

## 6 Výzkumný soubor

Výzkumy kontrolovaného užívání drog dokládají, že kontrolovaně je možné brát v podstatě všechny drogy. V teoretické části bylo popsáno, že je možné dívat se na kontrolované braní jako na obecný fenomén. Z toho důvodu se jeví jako účelné, aby bylo (pomocí jednotné metodologie) zkoumáno užívání většího počtu látek (resp. jejich uživatelů) – bylo by pak možné porovnat, jak se kontrola u jednotlivých drog liší (resp. jak hodně se shoduje). Potřebná velikost výzkumného souboru by ovšem v takovém případě několikanásobně překračoval kapacitní doporučení a zvyklosti u bakalářské práce. Z toho důvodu byla zvolena “střední cesta” a základní populace byla zúžena pouze na kontrolované uživatele stimulačních drog, konkrétně pak na uživatele pervitinu, kokainu, MDMA nebo extáze (polymorfní užívání stimulačních i ostatních drog nebylo na závadu, nebylo ovšem ani záměrně vyhledáváno). Bylo předpokládáno, že tato redukce (na uživatele stimulantů) vytvoří dostatečně silnou styčnou plochu a bude tak možné porovnat jednotlivé uživatele navzájem (jako uživatele jedné látkové skupiny). Na druhou stranu mají jednotlivé stimulační látky své jedinečné charakteristiky a z určitého úhlu pohledu je možné hodnotit je jako různé (a tedy odlišné) drogy. U zaměření na jednu látkovou skupinu bylo zároveň možné očekávat, že vzniklá populace bude natolik velká, že umožní bezproblémové sestavení výzkumného souboru (i méně zkušenému výzkumníkovi).

Velikost stanovené základní populace (kontrolovaní uživatelé stimulantů) nebyla nikdy empiricky zjištěna. Tuto hodnotu je možné určit pouze hrubým odhadem na základě porovnání statistik prevalence užívání stimulantů (v posledních 12 měsících) a statistik problémových uživatelů těchto drog. Všechny statistiky byly čerpány z výroční zprávy Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti za rok 2011 (Mravčík et al., 2012). Touto metodou bylo určeno, že ve zmíněném roce bylo 49 000 neproblémových uživatelů pervitinu, 60 000 neproblémových uživatelů kokainu a 160 000 neproblémových uživatelů extáze (vč. uživatelů čistého MDMA). Je možné předpokládat, že vedle experimentálních, příležitostných či rekreačních uživatelů je tato skupina tvořena také uživateli kontrolovanými. Zároveň je ovšem nutné počítat s tím, že řada uživatelů může brát více sledovaných drog současně (polymorfní užívání). Pomocí hrubého (a střízlivého) odhadu je možné očekávat, že se velikost základní

populace tohoto výzkumu bude pohybovat v řádech tisíců až několika desetitisíců. Zároveň je ovšem nutné upozornit na to, že se jedná o populaci velmi skrytou – tak skrytou, že dlouhá desetiletí úspěšně unikala pozornosti většiny odborníků (tito uživatelé totiž málokdy vyhledávají odbornou pomoc). Velikost výzkumného souboru byla předběžně stanovena na 10 uživatelů.

## 6.1 Výběr účastníků

Výběr účastníků výzkumu probíhal pomocí kombinace několika metod. V souladu s kvalitativním metodologickým rámcem se jednalo o nepravděpodobností metody výběru (není kladek požadavek na reprezentativnost výzkumného souboru). Konkrétně byly použity metody samovýběru (2 uživatelé), příležitostného výběru (2 uživatelé) a záměrného výběru (6 uživatelů). U některých účastníků byl použit záměrný výběr ve zprostředkované podobě (u 2 uživatelů).

Metoda samovýběru byla provedena pomocí výzev umístěných na internetových diskuzních serverech zaměřených na drogovou tematiku ([www.grower.cz](http://www.grower.cz), [www.shroomer.cz](http://www.shroomer.cz) a [www.lide.cz](http://www.lide.cz)). Zajímavá byla reakce na serverech specializovaných na konkrétní drogy – na [www.shroomer.cz](http://www.shroomer.cz) (halucinogeny) byla výzva zablokována administrátorem fóra, na serveru [www.grower.cz](http://www.grower.cz) (marihuana) bylo možné ze strany diskutujících zaznamenat výraznou vlnu nevole směrem ke zkoumaným drogám. Velká řada diskutujících vyjadřovala skepsi k možnosti užívat “tvrdé” drogy kontrolovaně. Na těchto dvou serverech se tak nepřihlásil ani jeden uživatel. Opačná situace nastala na serveru [www.lide.cz](http://www.lide.cz), kde se do výzkumu původně přihlásilo 8 účastníků – 2 nesplňovali podmínky pro vstup do výzkumu a další 4 postupně přestali komunikovat. Zbyli tedy 2 uživatelé, se kterými byl rozhovor nakonec proveden.

Záměrný výběr (i zprostředkovaný) byl proveden pomocí kontaktů v rámci sociální sítě výzkumníka. Jeden uživatel tvořil tzv. antityp, jednalo se o závislého nekontrolovaného uživatele, dlouholetého klienta kontaktního centra – tento respondent byl osloven prostřednictvím zmíněného K-centra. Příležitostný výběr byl realizován v restauračním zařízení (1 uživatel) a při rozhovoru s jednou z respondentek, kdy oproti očekávání přišel její přítel (viz předchozí kapitola).

Metodou příležitostného výběru bylo osloveno několik dalších uživatelů na tanečních akcích a na koncertech (asi 10 uživatelů) – ani jeden z nich se však do výzkumu nakonec nezapojil (často z obavy o zachování anonymity).

Jeden z uživatelů, se kterým byl rozhovor proveden, byl z výzkumu nakonec vyřazen. Důvodem bylo to, že tento respondent během rozhovoru nebyl schopen adekvátně odpovídat na položené otázky (příčinou byla zřejmě velmi silná intoxikace marihuanou). Tohoto uživatele se následně nepodařilo znovu kontaktovat a domluvit s ním náhradní termín rozhovoru.

Účastníci výzkumu museli splňovat všechna následující kritéria:

- 1) Věk minimálně 18 let.
- 2) Užívání dané látky (pervitin/MDMA/extáze/kokain) po dobu min. dvou let.
- 3) Minimálně 10 zkušeností s užitím zkoumané drogy.
- 4) Uživatel nebyl nikdy léčen s drogovou závislostí a v důsledku užívání drog nemá žádné závažné zdravotní poškození (HIV, trvalé poškození jater atd.).
- 5) Uživatel nebyl nikdy odsouzen v souvislosti s užívanou drogou.

Ačkoli definice kontrolovaného braní, uvedená v teoretické části, klade důraz na schopnost uživatele “fungovat ve společnosti“, tak je nutné konstatovat, že tento požadavek se jen velmi těžko operacionalizuje. Teoreticky je to sice možné, ale spíše než o kontrolovaného uživatele se pak jedná o ideálního občana. Jako minimum tak byly stanoveny požadavky na nepřítomnost závislosti, závažného zdravotního poškození a problémů se zákonem v souvislosti s užíváním drog. Požadované 2 roky užívání vycházejí z předpokladu, že kratší doba odpovídá spíše experimentálnímu braní, resp. počáteční fázi kontrolovaného užívání, kdy se daný uživatel teprve učí, jak s danou látkou zacházet. Ze stejného důvodu byly stanoveny také požadavky na minimální počet užití. V různých výzkumech se k tomuto požadavku staví jednotliví autoři různě. Někteří považují za dostačující již 5 zkušeností (Korf et al., 2010) jiní jich požadují minimálně 25 (Cohen & Sas, 1994; Decorte, 2001). Jako kompromis mezi těmito hodnotami bylo zvoleno minimálně 10 užití. Horní limit pro počet užití nebyl stanoven – i když v praxi je možné setkat se i s tímto požadavkem, Korf et al. (2010) například

uvádějí, že více než 100 užití již odpovídá závislosti. Zmíněné požadavky nebyly u jednotlivých respondentů ověřovány, vždy se jednalo o jejich subjektivní výpovědi.

## 6.2 Charakteristika výzkumného souboru

Tabulka č. 2: Charakteristika výzkumného souboru

Uživatel	Věk	Dokončené vzdělání	Probíhající studium	Zaměstnání	Bydlení
Lenka*	20	základní	-	nezaměstnaná	v pronajatém bytě s přítelem
David*	23	základní	-	skladník	v pronajatém bytě s přítelkyní
František	23	základní	-	stavební práce, internetový obchod, finanční poradenství	s matkou v jejím RD
Klára	23	gymnázium	bc. prezenční studium na VŠ	-	ve všední dny v pronajatém bytě s dalšími studenty, o víkendech u přítele
Michal	23	gymnázium	mgr. prezenční studium na VŠ	-	s rodiči v jejich bytě
Ondřej**	26	základní	-	nezaměstnaný	bezdomovec, na ulici
Pavel	26	gymnázium	mgr. prezenční studium na VŠ	dlouhodobá brigáda – dispečer	v pronajatém bytě s kamarádem
Jana	28	gymnázium	-	recepční v hotelu	sama ve vlastním bytě
Petra	30	gymnázium	-	učitelka, překladatelka	sama v pronajatém bytě
Martin	32	střední odborné učiliště bez maturity	kombinované studium na střední odborné škole s maturitou	terénní pracovník s uživateli drog	ve vlastním bytě s přítelkyní

\* jedná se o uživatele, se kterými byl rozhovor proveden v páru

\*\* nekontrolovaný uživatel, tzv. antityp

Celkem byla analyzována data 10 uživatelů. Výzkumný soubor byl tvořen 4 ženami a 6 muži. Nestaršímu uživateli bylo 32 let, nejmladší byla uživatelka, které bylo 20 let. Průměrný věk účastníků byl 25,4 let.



Většina uživatelů měla zaměstnání (5) nebo studovala na vysoké škole (3). Dva probandi byli nezaměstnaní. Všichni kontrolovaní uživatelé měli stabilní bydlení, výjimkou byl zmíněný antityp (Ondřej), který žil na ulici (podrobnosti jsou uvedeny v tabulce č. 2). Všichni respondenti byli svobodní a bezdětní. Pět probandů mělo v době rozhovoru partnera (ve všech případech se jednalo o vztah trvající déle než rok). Zbylí respondenti pak uváděli, že v minulosti měli několik dlouhodobých vztahů.

Tabulka č. 3: Přehled užívaných nelegálních drog u jednotlivých respondentů

Uživatel	Věk	Zkoumaná droga	Počet užití	Doba užívání	Věk prvního užití	Zkušenosti s dalšími drogami
Lenka*	20	pervitin	100	5 let	15	marihuana, LSD, lysohlávky
David*	23	pervitin	40	2 roky	21	marihuana, lysohlávky
František	23	pervitin	20	8 let	15	marihuana, LSD, MDMA
Klára	23	pervitin	120	7 let	16	marihuana, LSD, lysohlávky, heroin, opium, extáze, MDMA, listy koky, šalvěj divotvorná
Michal	23	kokain	10	4 roky	19	marihuana, LSD, lysohlávky, extáze, pervitin, mefedron, fluoramfetamin, dextrometorfan, methoxetamin ...
		MDMA	20	3 roky	20	
Ondřej**	26	pervitin	350	13 let	13	marihuana, benzodiazepiny, subutex, heroin, lysohlávky
Pavel	26	extáze	15	9 let	17	marihuana, LSD, lysohlávky
Jana	28	pervitin	30	6 let	22	marihuana, LSD, lysohlávky, heroin, opium, MDMA, kokain, listy koky, šalvěj divotvorná, benzodiazepiny
Petra	30	extáze	25	13 let	17	marihuana, LSD, lysohlávky, MDMA
		kokain	40	7 let	23	
		pervitin	10	12 let	18	
Martin	32	pervitin	30	15 let	17	marihuana, LSD, lysohlávky, extáze, MDMA

\* jedná se o uživatele, se kterými byl rozhovor proveden v páru

\*\* nekontrolovaný uživatel, tzv. antityp

Mezi zkoumanými drogami byla výrazná převaha pervitinu. Jeden uživatel splňoval kritéria pro kokain i MDMA zároveň, další uživatelka pak pro extázi,

kokain i pervitin. U těchto uživatelů byly zkoumány všechny drogy, jejichž užívání splňovalo požadovaná kritéria. Všichni uživatelé měli zkušenost i s jinými nelegálními drogami, často s větším počtem látek (všichni pak mněli zkušenost s marihuanou a s halucinogeny). Polymorfně bralo 8 z 10 uživatelů (mimo Lenky a Davida). Tento výsledek platil i v případě, že do ostatních užívaných drog nebyla započítána marihuana. Přehled užívaných nelegálních drog u jednotlivých respondentů je uveden v tabulce č. 3. Všichni respondenti kromě jednoho užívali pravidelně alkohol (většina několikrát do týdne) – výjimkou byl pouze uživatel Ondřej, který se označil za abstinenta. Většina účastníků výzkumu pravidelně kouřila cigarety. Přehled užívání alkoholu a tabáku je uveden v tabulce č. 4.

Tabulka č. 4: Přehled užívání alkoholu a tabáku u jednotlivých respondentů

Uživatel	Věk	Užívání alkoholu	Užívání tabáku
Lenka*	20	1-4 krát do měsíce	od 13 do 18 let kouřila příležitostně, od 18 kouří pravidelně krabičku denně
David*	23	4-6 krát do měsíce	od 14 let kouří pravidelně krabičku denně
František	23	1-3 krát týdně	od 16 let kouří pravidelně krabičku denně, ve 20 letech s kouřením na půl roku přestal
Klára	23	2-3 krát týdně	od 14 let kouří pravidelně krabičku denně
Michal	23	1 do týdne	kouří příležitostně několik cigaret za večer (hospoda, večírky)
Ondřej**	26	abstinent	od 17 let kouří pravidelně krabičku denně
Pavel	26	2-3 krát týdně	půl roku nekouří, od 16 do 25 kouřil pravidelně krabičku denně, příležitostně i víc
Jana	28	1-4 krát týdně	od 15 let kouří příležitostně několik cigaret za večer (hospoda, večírky)
Petra	30	3-5 krát týdně	od 16 let kouří pravidelně krabičku denně
Martin	32	1-4 krát týdně	od 15 let kouří pravidelně krabičku denně, dvakrát přestal kouřit na 3 měsíce

\* jedná se o uživatele, se kterými byl rozhovor proveden v páru

\*\* nekontrolovaný uživatel, tzv. antityp

## 7 Výsledky

V následujícím textu jsou uvedeny výsledky empirické části. Vzhledem k tomu, že uživatelé popisovali u MDMA a u extáze mírně odlišné účinky, budou

tyto substance uváděny jako dvě samostatné drogy (ačkoli by se z chemického hlediska mělo teoreticky jednat o identické látky).

## 7.1 Existence kontrolovaného užívání

Hodnocení míry kontroly u jednotlivých uživatelů bylo provedeno dvěma způsoby. Respondenti měli za úkol posoudit, zda je jejich užívání ve shodě s uvedenou definicí kontrolovaného braní. Důraz byl přitom kladen na to, zda jejich užívání nějak ovlivňuje jejich schopnost “fungovat ve společnosti” – všem uživatelům byla vždy přečtena definice kontrolovaného braní (uvedená v teoretické části) a bylo jim uvedeno několik příkladů. Všichni uživatelé označili braní sledovaných substancí za kontrolované po celou dobu své drogové kariéry. Výjimkou byla uživatelka Klára, která ve své kariéře označila období (trvajících asi rok), které považovala za nekontrolované. Zajímavé je, že za kontrolované považoval své užívání také Ondřej, klient K-centra. Schopnost kontroly pak byla posouzena při analýze na základě dat získaných při rozhovorech. Tyto závěry se shodovaly s posouzením samotnými uživateli. Rozpor ovšem nastal u výše zmíněného Ondřeje. Tento injekční uživatel byl bezdomovcem, žil na ulici, několikrát byl ve výkonu trestu (jednou za výrobu pervitinu) a měl hepatitidu typu C, kterou se nakazil od své přítelkyně, také injekční uživatelky pervitinu. Na základě těchto údajů byl tento respondent hodnocen jako nekontrolovaný, zbylí uživatelé pak jako kontrolovaní. Uživatelka Klára byla posouzena jako kontrolovaná s nekontrolovaným obdobím.

Všichni respondenti uvedli, že znají několik dalších osob, které užívají kontrolovaně. Většinou byl uváděn počet do deseti dalších uživatelů. Uživatelka Petra uvedla několik desítek dalších kontrolovaných osob – tato respondentka užívala tři sledované drogy zároveň a měla jednoznačně nejširší sociální síť ze všech zkoumaných uživatelů, stýkala se tak s největším počtem lidí. Lze tedy předpokládat, že poměr známých kontrolovaných uživatelů ve vztahu k sociální síti respondentů nebyl řádově příliš odlišný. Většinou se jednalo o vrstevníky probandů. Je ovšem třeba poznamenat, že vrstevníci tvořili největší část sociální sítě respondentů – jinými slovy: s vrstevníky se zkoumaní uživatelé stýkali jednoznačně nejvíce. Starší známé kontrolované uživatele (pervitinu) uvedla pouze

respondentka Lenka: „*Já znám chlápka, kterému je 53 a ještě bere ... přes net znám jednu ženskou, ona má manžela, už jsou spolu 20 let, maj dvě děti a ona bere, já nevím kolik jí je, asi 45? Ona bere už šíleně dlouho a nikdo od ní z rodiny to neví.*“ Je tedy možné konstatovat, že kontrolované užívání nelegálních stimulantů tak, jak je vymezeno v této práci, **je možné**.

## **7.2 Popis kontrolovaného užívání**

U jednotlivých respondentů je možné vysledovat různý průběh jejich drogové kariéry. Užívání bylo u každého respondenta vždy něčím jedinečné, u některých uživatelů se měnilo v čase. Odlišnosti byly nalezeny jak v užívání jednotlivých drog, tak v užívání stejné drogy u různých uživatelů. Na druhou stranu byl u kontrolovaných uživatelů nalezen také dostatek společných znaků. Braní sledovaných drog u kontrolovaných probandů pak ve většině ukazatelů ostře kontrastovalo s braním nekontrolovaného uživatele Ondřeje.

### **7.2.1 První užití**

Průměrný věk prvního užití sledovaných drog byl u kontrolovaných respondentů 18,3 let. Naproti tomu věk prvního užití nekontrolovaného uživatele Ondřeje byl 13 let. Zajímavé je srovnání prvního věku užití ve vztahu ke zkoumaným látkám. Nejnižší byl u kontrolovaných uživatelů průměrný věk prvního užití u extáze (17 let). Následovalo první užití pervitinu (17,7 let), MDMA (20 let) a kokainu (21 let). Respondenti, kteří začali brát v nejnižším věku (15-17), začínali vždy s pervitinem.

U všech kontrolovaných respondentů sehrál při prvním užití důležitou úlohu blízký člověk – přítel nebo kamarád. Tento člověk nejčastěji přímo nabídl sledovanou drogu respondentovi. Ilustrovat je to možné na příkladu prvního užití extáze u Petry: „*Dostala jsem se k tomu přes přítele a kamarády ... chodili jsme na techno, teď přines tabletu do auta, rozpůlil to a tumáš ... já jsem na to koukala. Tak to rozpůlili a už to začalo.*“ Určitá část probandů byla při prvním užití velmi aktivní. Tito uživatelé chtěli již delší dobu drogu ochutnat a využili tak některého ze svých

kamarádů, o kterém věděli, že má k drogám přístup. Prvnímu užití byl vždy přítomen blízký člověk, který měl ve většině případů s danými drogami nějaké zkušenosti. Droga byla užitá buď doma, nebo na kulturní akci (koncert, technoparty). Pervitin nebyl nikdy poprvé aplikován injekčně, vždy se jednalo o šňupnutí. Stejně byl napoprvé aplikován i kokain. Extáze a MDMA byly polknuty. Míra informovanosti byla při prvním užití různá. Je možné konstatovat, že s vyšším věkem prvního užití stoupala i informovanost – o účincích dané substance i o možných negativních důsledcích plynoucích z užití. Z dnešního pohledu hodnotili všichni respondenti tyto informace jako správné (pravdivé), někteří ovšem dodávali, že nebyly úplné. Důležitou úlohu tak sehrálo jejich sociální okolí, které je prvním užitím náležitě (a relativně bezpečně) „provedlo“.

Většina probandů hodnotila své první užití pozitivně, méně často pak neutrálně. Negativně nehodnotil první užití žádný z kontrolovaných respondentů. Vždy pozitivně hodnotili svou první zkušenost uživatelé kokainu, MDMA a extáze. U nikoho se pak nevyskytly žádné komplikace (např. zdravotní). Velmi kladně hodnotila své první užití např. Klára (pervitin): *„Bylo to úplně úžasný, dokonalý, strašně super. Šňupli jsme si to, bylo to s mým přítelem a několik hodin jsme kecali o všem možným, šli jsme na dlouhou procházku, vykouřili jsme hodně cigaret, ušli jsme asi 20 nebo 30 kilometrů za ten den a cejtla jsem se hodně bezvadně.“* Spíše neutrálně pak hodnotila své první užití například Lenka (pervitin): *„Ale teda nic jsem z toho neměla ... vůbec ... nic, taková normálka.“*

S výše popsaným prvním užitím kontrolovaných probandů ostře kontrastuje první zkušenost s pervitinem u nekontrolovaného uživatele Ondřeje. Tento respondent dostal pervitin od známého (nejednalo se o kamaráda) výměnou za televizor. Své první užití, které proběhlo injekčně, popsal takto: *„A na stole ležel nějaký prášek a já říkám: „co to je?“ A von: „to je péčko, teď ho dodělali.“ a já říkám: „tak mi dej trochu, ne?“ a von „jasný!“ a rozdělal jak pro nějakýho frajera a já mu říkám: „tak mi to vodjed!“ a von mi to vodjed a bum ... 6 hodin jsem o sobě nic nevěděl ... mě se všechno roztáhlo .. stáhlo, rozjasnilo, rozpuclíkovovalo ... pak nevidím nic a najednou jsem se probudil. Ve 13 ... hned nitrožilně, já hrdina.“* U tohoto respondenta tedy nebyl přítomen onen druh (bezpečné) sociální opory zmíněný u kontrolovaných uživatelů.

Zajímavé je, že Ondřej byl také jediný, který v době svého prvního užití sledovaných stimulantů ještě neměl zkušenost s marihuanou. Podobná situace panovala také u alkoholu (Ondřej je abstinent). Ostatní respondenti tak měli v době prvního užití stimulantu vždy určité zkušenosti s rozšířeným stavem vědomí, stejně tak měli i jisté zkušenosti s negativními důsledky braní těchto látek (všichni měli zkušenost s opitím, většina pak také s nevolností a slabostí způsobenou nadměrným užitím marihuany). Většina probandů pak uvedla, že při prvním užití cítila určitý respekt k dané substanci.

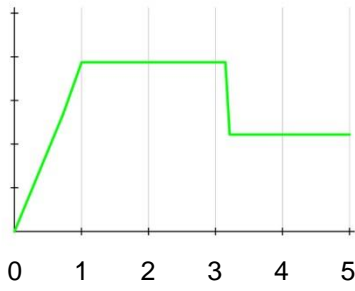
### 7.2.2 Vzorce užívání

Frekvence užívání byla u jednotlivých respondentů různá. Zhruba u poloviny bylo užívání kontinuální (nepřerušované) a frekvence se měnila. U druhé poloviny pak bylo užívání v čase přerušované, ale frekvence byla spíše stabilní. Průběh užívání z hlediska frekvence u jednotlivých uživatelů je uveden na obrázku č. 2. Srovnání průběhů drogových kariér všech kontrolovaných respondentů je uvedeno na obrázku č. 3.

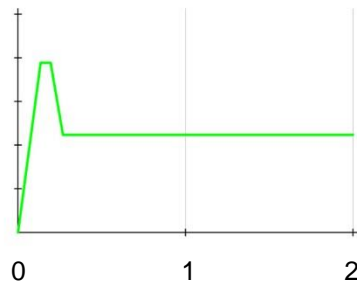
Mezi užíváním jednotlivých sledovaných látek byly nalezeny určité rozdíly. Nejintenzivněji ze všech drog byl užíván pervitin. Užívání této látky také v čase nejvíce kolísalo. Nejintenzivnější braní pervitinu bylo zaznamenáno spíše v počátku drogové kariéry (v prvních letech). Z hlediska věku se jednalo o období 15-22 let. Po tomto období mělo užívání pervitinu tendenci spíše klesat (z hlediska intenzity i z hlediska výskytu).

Užívání ostatních stimulačních drog bylo naopak relativně stabilní. Pouze uživatelka Petra měla období, kdy užívala extázi častěji než jednou měsíčně. Podobně jako u uživatelů pervitinu se jednalo o počáteční období braní, jak Petra popisuje: *„To jsou spíš experimenty z toho období 18-20 a přesně technoparty, houseparty a tydlety.“* Braní nekontrolovaného uživatele Ondřeje pak nejlépe vystihuje jeho vlastní popis: *„Čím víc toho bylo, tím lepší. Pak jsem bral ... furt ... imrvére.“*

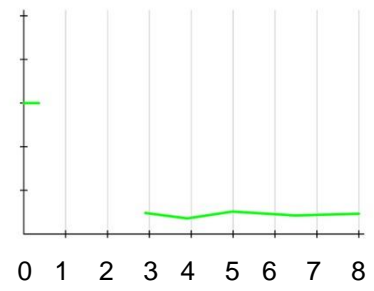
Lenka



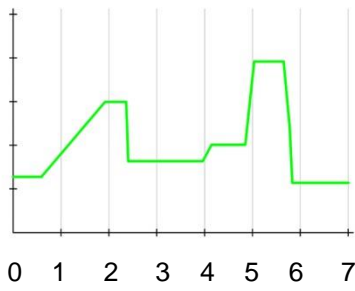
David



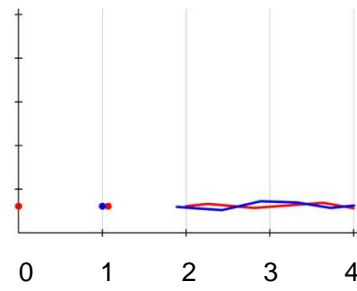
František



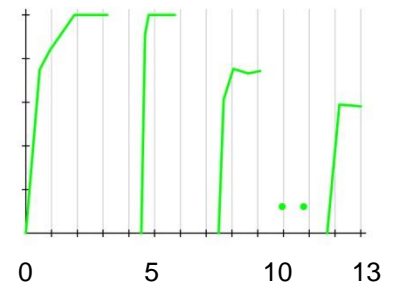
Klára



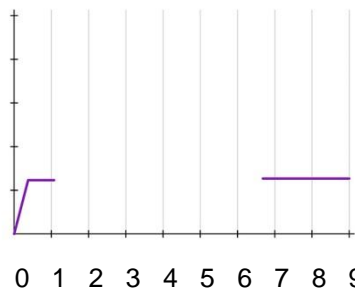
Michal



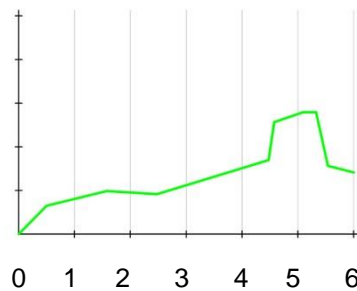
Ondřej



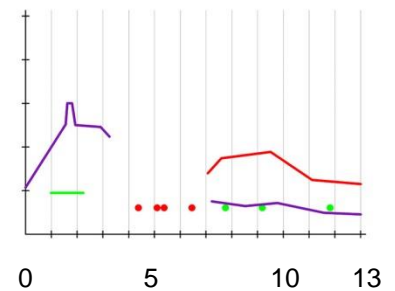
Pavel



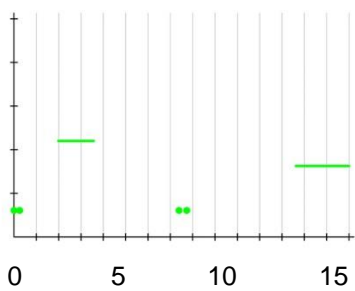
Jana



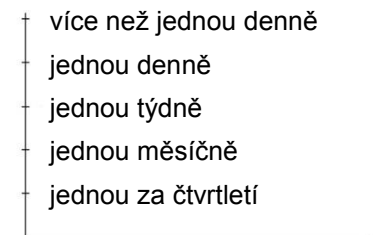
Petra



Martin



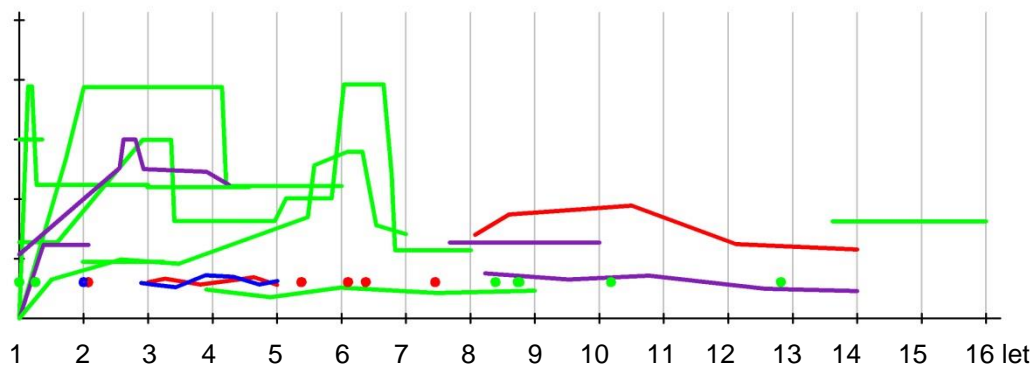
měřítka svislé osy:



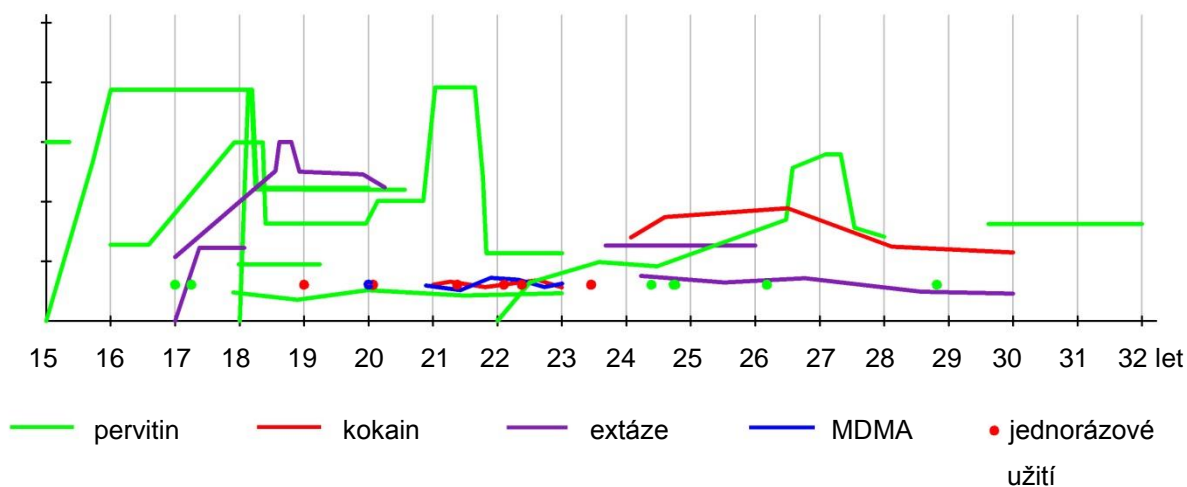
— pervitin   
 — kokain   
 — extáze   
 — MDMA   
 • jednorázové užití

Obrázek č. 2: Frekvence užívání u jednotlivých respondentů

Srovnání užívání všech kontrolovaných respondentů podle průběhu drogové kariéry



Srovnání užívání všech kontrolovaných respondentů podle věku



Obrázek č. 3: Srovnání užívání všech kontrolovaných respondentů

Velikost jedné dávky se u jednotlivých respondentů v čase příliš neměnila (bez ohledu na užívanou drogu). Většina probandů, která brala pervitin, uváděla, že užívá raději menší dávky častěji (během jednoho večera) než jednu velkou (mají tedy několik vrcholů užití). Respondenti udávali, že mají takto užívání lépe pod kontrolou. Stejným způsobem užívali probandi také kokain a MDMA. U extáze byla většinou užitá jedna tableta, u které bylo předpokládáno, že vyvolá požadované účinky. Extáze pak byla málokdy užívána víckrát za jeden večer. Velké dávky pak preferoval nekontrolovaný uživatel pervitinu Ondřej – ve srovnání s kontrolovanými uživateli bral vysoké dávky a velmi často.

Z pohledu několikadenního užívání byl mezi jednotlivými drogami výrazný rozdíl. Tento jev se vůbec nevyskytoval u uživatelů extáze a MDMA. Tito uživatelé se shodli na tom, že by několikadenní užívání bylo téměř nemožné. Jako důvod



uváděli specifickou formu dojezdu u těchto látek. Dojezd po extázi a MDMA hodnotili uživatelé jako horší a intenzivnější než po pervitinu. Z několika vlastních zkušeností a ze zkušeností svých kamarádů věděli, že další užití by tento stav ještě více prohloubilo. To, že MDMA a extázi málokdy užívaly několik dní v kuse, je možné přičíst také tomu, že je užívání těchto látek nejčastěji vázáno na určité prostředí – taneční akce, kluby, koncerty. Tato místa byla většinou navštěvována pouze o víkendu a k užívání v jiné dny tak v podstatě nedocházelo. Opačná situace panovala u pervitinu. Ten svým uživatelům také způsoboval dojezd, ale většina respondentů uváděla, že z vlastní zkušenosti ví, že se tento stav dá odstranit (či výrazně zmírnit) dalším užitím. Určitou daní za tuto skutečnost ovšem většinou bylo, že dojezd, který přišel po dalším užití, byl často intenzivnější. Někteří uživatelé uváděli, že si někdy v životě vyzkoušeli užívat pervitin několik dní po sobě. Někteří pak sdělovali, že pervitin k několikadennímu užívání “svádí”. Martin například uvedl, že: *„U mě to je tak, že když si koupím za 2 stovky, tak si kolikrát připadám jak utržený ze řetězu .. mám to, tak to šňupu ... a jdu spát jenom proto, že si rozumově uvědomím, že jsem vzhůru 24 hodin a že bych se měl asi chvilku vyspat. Probudím se, nasnídam se, šňupnu si.“* Někteří respondenti ovšem uváděli, že od takového užívání je odrazuje odkládaný a o to intenzivnější dojezd. Specifická situace byla u užívání kokainu. U něj se několikadenní užívání nevyskytovalo téměř nikdy. Důvodem byla především jeho vysoká cena – respondenti tak u sebe nikdy neměli dostatečně velké množství na to, aby mohli užívat několik dní po sobě. Nekontrolovaný uživatel Ondřej naopak užíval pervitin často v dlouhých jízdách trvajících běžně dny, někdy i týdny: *„nejvíc jsem bral tři měsíce ... nonstop. To už ale bylo tak, že jsem si dal a šel jsem se najíst, vykoupat, na 3 hodiny lehnout, znova sem si píchnul, znova jsem se najed ... a takhle jsem fungoval. Já takhle funguju normálně ... mě to ani nepřijde.“*

Z hlediska způsobu aplikace jednoznačně převažovalo neinjekční užívání. Kokain uživatelé vždy šňupali, extázi pak vždy polykali. Michal, který jako jediný užíval i MDMA, tuto drogu polykal, příležitostně i šňupal. Uživatelé, kteří brali pervitin, ho nejčastěji šňupali. Injekční aplikace byla většinou zkoumaných uživatelů ze zásady odmítána jako příliš riziková. Pouze dvě respondentky (Lenka a Klára) uvedly, že měly období, kdy si pervitin aplikovaly injekčně. U Lenky korespondovalo toto období s nadměrným užíváním (trvalo dva roky), u Kláry se

pak jednalo o období nekontrolované (jeden rok). Injekční užívání obou těchto uživatelů odpovídalo téměř dennímu braní. Obě respondentky se shodly na tom, že injekční aplikace je spojena s nejintenzivnějšími (a subjektivně nejlépe hodnocenými) účinky. U Kláry vykazovalo injekční užívání prvky závislosti na jehle: *"Já i když jsem měla úplně jenom drobeček perníku, a stejně jsem věděla, že to nemá cenu si píchnout, že mi to stejně neudělá žádnéj nájezd, tak jsem si stejně píchlá, protože už ten samotnej úkon toho píchnutí je hrozně návykovej."* Obě zmíněné uživatelky začaly s injekční aplikací relativně brzy, po několika měsících braní. Kláru naučil injekčně užívat její tehdejší přítel, který takto sám bral, Lenku naučila užívat injekčně skupina přátel, se kterými pervitin užívala. Na ukončení injekčního užívání měli u obou respondentek vliv jejich životní partneři, kteří s tímto užíváním nesouhlasili. Obe respondentky shodně uvedly, že partneři pro ně byli důležitější, než injekční užívání a neměli tak problém vzdát se tohoto způsobu braní.

Injekční užívání tak bylo u obou respondentek výrazně ovlivněno sociálními faktory. Na způsob aplikace měly vliv tyto faktory také u ostatních kontrolovaných uživatelů – injekční aplikace byla u jejich blízkých přátel a partnerů vždy hodnocena jako velmi riziková a často byla spojována s nekontrolovanými uživateli. Je tedy možné konstatovat, že způsob aplikace jednotlivých drog byl vždy ve shodě s nejbližším sociálním okolím. V případě, že došlo k rozporu mezi způsobem aplikace schvalovaným normami sociálního okolí a způsobem aplikace probandů, bylo možné sledovat tlak okolí na změnu aplikace. Klára tak například výrazně měnila způsob aplikace v závislosti na svém sociálním okolí: *„Než jsem začala chodit s Vojtou, tak jsem si víc píchala .. i když zase když jsem byla s Jirkou, tak jsem šňupala. Když jsem ale byla sama, tak jsem si to vždycky píchlá. Když jsem byla s Vojtou, tak on to nerad viděl, tak s nim jsem vždycky šňupala, jenom když jsem si sama dávala bez něj, tak jsem si vždycky píchala. Když jsem byla s Vaškem, tak jsme si to píchlí jenom jednou, jinak jsme vždycky šňupali. Potom s Kamilem jsme vždycky jenom šňupali, protože on byl vždycky proti tomu.“*

### 7.2.3 Kombinace s jinými drogami

Všichni respondenti kombinovali užívané látky s jinými drogami. Nejčastěji se jednalo o marihuanu, druhou zmiňovanou drogou byl alkohol. S jinými “tvrdými” drogami stimulanty naopak většinou nemíchali – tři respondenti uvedli, že vyzkoušeli kombinaci pervitinu a lysohlávek.

Marihuanu kouřili probandi většinou v době, kdy začali účinky sledovaných drog ustupovat. Užití marihuany dokázalo obnovit ustupující účinky (tento jev se vyskytoval napříč sledovanými drogami). Užití marihuany pak respondenti většinou opakovali několikrát za večer (vždy ze stejných důvodů). Marihuana byla některými respondenty při užití pervitinu přímo vyžadována, jak popisuje Klára: „... je na hovno, když člověk si dá perník a nemá trávu, takže s trávou určitě.“

Všechny sledované drogy byly také míchány s alkoholem. Respondenti většinou uváděli, že si konzumaci alkoholu hlídali a nikdy se jim nestalo, že by se opili. Výjimkou byly situace, kdy respondenti užili pervitin a šli do hospody, mezi své přátele, kteří “pouze” pili alkohol a kouřili marihuanu. V těchto případech se pak respondentům výrazně zvýšila výdrž, jak uvádí Martin: „Párkrát jsem udělal to, že jsem šel na párty nebo na koncert nebo na nějakou oslavu a vzal jsem si perník proto, abych nevytuhnul v 11, ale aby sem moh pít až do rána.“

### 7.2.4 Okolnosti užívání

Respondenti brali sledované drogy v různých typech prostředí. Nejčastěji byly zmiňovány následující čtyři:

- Vnější prostředí – Většinou se jednalo o užívání v přírodním prostředí (v parku nebo v lese). Málokdy byly drogy užívány v obydlí zástavbě (například na sídlišti). V tomto prostředí byl užíván téměř výhradně pervitin. Jeden uživatel extáze (Pavel) uvedl, že zcela záměrně jednou užil tuto drogu s kamarádkou v centru města. Je ale nutné upozornit na to, že se jednalo o výjimku a toto prostředí bylo pro užívání extáze jinak velmi netypické.

- Domácí prostředí – Drogy byly užívány doma u respondentů, u partnera nebo u blízkého kamaráda. To se týkalo především uživatelů pervitinu a v určité míře také kokainu. V tomto prostředí pak uživatelé často zůstali po celou dobu působení látky (často se jednalo o mnoho hodin, výjimečně i o několik dní). Někteří uživatelé shodně udávali, že někdy užili drogu doma (v bezpečném prostředí), počkali, až nastoupí účinky (aby je “nájezd“ nezastihl v nevhodnou dobu a na nevhodném místě) a poté šli ven.
- Hospoda – Respondenti užívající pervitin a částečně také kokain se v tomto prostředí pohybovali při intoxikaci relativně často. Někdy si aplikovali drogu doma a až poté šli do hospody, někdy ji užili přímo v restauračním zařízení. Velmi často bylo v těchto případech užívání utajené (zejména v případě pervitinu). Probandi se zde většinou pohybovali mezi lidmi, kteří stimulační drogy neužívali a nechtěli, aby ostatní o jejich užití věděli.
- Prostředí noční zábavy, taneční akce, koncerty – Toto prostředí bylo vždy spojeno s poslechem hudby nebo s tancem. Extáze a MDMA byly užívány především v tomto prostředí. Stejně jako v předešlých případech byl i zde užíván pervitin. Kokain se u sledovaných uživatelů v tomto prostředí vyskytoval minimálně. Jen pro zajímavost je možné uvést, že v souvislosti s prostředím užívání uvedlo šest z devíti kontrolovaných respondentů jméno jednoho českého vyhlášeného hudebního klubu (tito respondenti se vzájemně pravděpodobně neznali).

Většina kontrolovaných respondentů uváděla, že ze zásady neužívala sledované drogy v práci nebo ve škole. Několik respondentů vyzkoušelo užít v zaměstnání pervitin, nikdy se jim to ovšem neosvědčilo a proto v tom nepokračovali. Martin to popisuje následovně: *„Asi dvakrát .... bylo to v práci .. dřív, když jsem ještě dělal manuálně. To jsem si dvakrát lajznul. To jsem byl spíš zvědavěj, jestli mi práce půjde od ruky ... ale nakonec mě to nebavilo úplně stejně.“* Podobnou zkušenost měli i Jana: *„když jsem dělala jako recepční ... na noční ... jednou. Protože jsem zjistila, že jsem hrozně paranoidní, tak jsem si už pak nikdy nedala.“* Ve svém nekontrolovaném období užívala pervitin ve škole Klára. Jiné drogy než pervitin nikdo z respondentů v zaměstnání ani ve škole neužil.

Většinu probandů velmi záleželo na tom, kde (a také před kým) si drogu aplikují. Ve většině případů užívali respondenti s jinými lidmi. Extázi, MDMA i kokain užívali probandi vždy s dalšími osobami. Převážně se jednalo o někoho blízkého (kamarád nebo partner). Okruh lidí, se kterými užívali, byl většinou úzký a stabilní. S cizími lidmi naopak respondenti často ze zásady neužívali, jak například uvádí Pavel (extáze): *"... nikdy jsem neudělal to, že bych vyrazil někam a s cizíma lidma bych bral drogy, to ne."* Zajímavé je, že stejné pravidlo měl i nekontrolovaný uživatel pervitinu Ondřej: *"Radši sám ... když už si s někým dávám, tak toho člověka musím znát dobře a musím mu věřit."* Užívání o samotě se vyskytovalo i u řady kontrolovaných uživatelů pervitinu. Užití extáze a MDMA o samotě naopak probandi rezolutně odmítali – nikdo z nich s tím neměl zkušenost a nikdo z nich si to ani nedokázal představit. Užívání těchto drog pro ně bylo spojeno s dalšími lidmi. Užívání ve dvou (často s partnerem) bylo naopak rozšířené u uživatelů všech sledovaných drog. Užívání s partnerem popisovali respondenti často jako značně intimní záležitost.

Relativně vzácné bylo spojení braní sledovaných drog s určitými významnými dny v roce (např. svátky). Jediným uváděným rituálem bylo u některých respondentů braní pervitinu na Silvestra.

### **7.2.5 Motivy užívání a činnosti při intoxikaci**

Napříč všemi sledovanými drogami panovaly tři základní motivy. Prvním byly příjemné pocity, které užívání drog způsobovalo. První důvod tedy byl, že po užívání drog bylo respondentům (velmi) dobře. Tento motiv byl oslaben u Kláry (pervitin) v jejím nekontrolovaném období. Slabší byl tento motiv také u respondentů při několikedenním užívání pervitinu – při každém dalším užití byly příjemné pocity vždy méně intenzivní (šlo spíše o to odstranit pocity nepříjemné). Nejintenzivnější příjemné pocity byly naopak popisovány u uživatelů MDMA a extáze. Michal (MDMA) popisuje tento stav následovně: *"Já jsem měl návaly euforie jako při orgasmu podobně a prostě jsem tam takhle byl a úplně pořad dokolečka a bylo to úplně supr"*. Druhým motivem bylo dodání energie. Třetím pak bylo zlepšení schopnosti komunikovat s jinými lidmi a navazovat nové vztahy (drogy zde fungovali jako tzv. sociální lubrikant).

Další (naprosto specifický) motiv užívání bylo možné nalézt u výše zmíněného Michala. Braní všech drog pro něj bylo velkým koníčkem a je možné konstatovat, že užívání látek měnících vědomí pro něj bylo samo o sobě odměnou (je myšlen samotný proces braní drog). Tento respondent se o drogy velmi zajímal, aktivně si o nich vyhledával informace, o drogách velmi rád diskutoval. Rád také zkoušel nové drogy. Zároveň ovšem uváděl, že látky měnící vědomí u něj nejsou v žebříčku hodnot na předním místě. Větší důraz kladl na rodinu, partnerský vztah či kariéru. S určitou nadsázkou je možné označit tohoto respondenta za "hobby uživatele".

Kontrolovaní respondenti nikdy pomocí sledovaných drog (vědomě) neřešili své problémy. Takové řešení problémů většinou zcela explicitně odsuzovali a považovali ho za kontraproduktivní. Zároveň ovšem respondenti uváděli, že jim několikrát pomohla droga vyřešit problém nezáměrně, jak uvádí například Pavel (extáze): *„funguje to tak, že v tý droze není nic, co by nebylo v tobě ... ale může ti to pomoci nahlídnout ... určitej úhel, stránku .. nesmíš to chápat tak, že tady byl problém a ve chvíli stavu problém zmizel ... nejseš takovej napjatej z toho, z práce a tadyto, hodiš se do pohody ... a ta mysl je hrozněmoc akcelerovaná a umožní to ... takový to reprogramování myslí ... a přemejšlíš nad těma věcmá, který tě normálně tíží, nad kterejma prokrastinuješ a najednou se ti zdaj takový volný, že to pude, že to bude fajn ... a funguje to.“* Tento efekt byl nalezen u všech zkoumaných drog. Nejintenzivnější však byl u MDMA a extáze, nejčastěji se jednalo o (spontánní) vyřešení partnerských problémů (respektive o vzhled do podstaty problému).

Probandi se pod vlivem sledovaných drog věnovali velkému množství aktivit. Tyto činnosti byly různé mezi jednotlivými drogami i respondenty. U MDMA a extáze byl nejčastěji uváděn tanec. Na druhém místě pak byl zmiňován sex nebo intimní druh komunikace (ve formě doteků nebo rozhovoru s prožitkem blízkosti, porozumění a sounáležitosti). Petra své užívání extáze popisuje jednoduše takto: *„Bud' jdu tancovat, nebo jdem do postele.“* Nejčastěji uváděnou aktivitou na kokainu byla komunikace s přáteli. Respondenti si tedy na této droze nejraději povídali. U pervitinu bylo možné zaznamenat nejrozmanitější aktivity. Probandi popisovali, že na této droze tančí v klubech, rádi si povídají s přáteli, provozují sex, hrají si hry na počítači, sledují filmy nebo chodí na procházky. U

pervitinu bylo ovšem možné zaznamenat i relativně všední činnosti (uklizení či dělání úkolů do školy). Charakter aktivit (jejich výjimečnost) byl u probandů užívajících pervitin často úměrný frekvenci braní. S narůstající frekvencí přibývaly i všední činnosti. U uživatelů pervitinu bylo relativně časté instrumentální užívání (například z důvodu uklizení nebo stěhování).

Nekontrolovaný uživatel Ondřej popisuje obvyklé činnosti na pervitinu takto: *„Jak kdy, jak to sedne ... někdy mám toulavou, někdy chci prcat, někdy jsem agresivní, chci se prát, někdy mám toulavou a vyrazim někam na 3 dny ... takovej úlet někam, někdy mám uklízací.“*

Tabulka č. 5: Nejčastěji uváděné aktivity při intoxikaci

Droga	Aktivity
Pervitin	Povídání s přáteli, procházky, společenské hry, hraní na počítači, výtvarné činnost, sex, uklizení, dělání úkolů do školy, sledování filmů.
MDMA	Tanec, sex, mazlení, povídání s blízkými lidmi.
Extáze	Tanec, sex, mazlení, povídání s blízkými lidmi.
Kokain	Povídání s přáteli.

## 7.2.6 Obstarávání a přechovávání drog

Obstarávání i přechovávání sledovaných látek podléhalo u většiny respondentů záměrné regulaci (mezi sledovanými substancemi nebyly nalezeny téměř žádné rozdíly). Nejčastěji byl uváděn finanční limit na nákup drog. Respondenti většinou nenakupovali drogy do zásoby. Jednalo se tak o nákup na jednu konkrétní příležitost nebo na krátké časové období. Tuto strategii popisuje Martin (pervitin): *„Mám limit. Kupuju si vždycky za 200. Párkrát jsem udělal výjimku, že sem si koupil za 400. Ale to jsem vždycky věděl, že mám před sebou dlouhý volno ... měl jsem třeba dovolenou nebo něco takovýho. Nikdy jsem si nekoupil za 400 na víkend. To nepřipadá v úvahu.“* Nákup pouze na jednu konkrétní událost popisuje Pavel: *„Většinou to funguje tak, že když někam jdeš, tak se cestou na párty stavíš pro pár koláčů ... pro ten počet lidí, který si to*

*plánují vzít ... a většinou po akci už koláče nemáš, protože je na akci sežereš a máš jich ten počet, kterej plánuješ zbaštit.*“ Výjimku je možné najít u Jany (pervitin), která si kupovala pervitin do zásoby: *„Jasně, protože kupuju i jinejm lidem, tak vždycky aby se to sešlo nějak ten odběr ... takže koupim, i když nepotřebuju třeba, a pak to mám dlouho.“* Zásoby si ovšem dělala proto, aby mohla vyhovět svým přátelům, pro které kupovala pervitin. Člověk, u kterého nakupovala, nerad prodával malé množství. Tato uživatelka ovšem uvedla, že neměla problém mít zmíněné zásoby u sebe a neužít je (i několik týdnů).

Většina respondentů neměla přímý kontakt na prodejce drog. Tyto látky pak sháněli nejčastěji s pomocí svých přátel (viz příklad Jany, která takto nakupuje pro své přátele). Milan tento způsob popisuje následovně: *„Přes jednoho kluka ... prostě mu většinou řeknu, že až se sejdeme, tak ať mi vezme MDMA, kokain nebo něco takovýho ... von si to kupuje pro sebe, tak on až bude kupovat znova, tak vezme i mě.“* Většině uživatelů tento způsob nákupu vyhovoval a o přímý kontakt na dealera nikdo z nich příliš nestál. K těmto lidem měli často ambivalentní vztah. Na jednu stranu pro ně byly zdrojem užívaných substancí (a proto je potřebovali), na druhou stranu se s nimi stýkat nechtěli. Nepřáli si být viděni v jejich přítomnosti, báli se “nálepky feťáka“, obávali se, že by se u dealera mohli setkat s jinými, především nekontrolovanými, uživateli.

Všichni respondenti uváděli relativně dobrou dostupnost užívaných látek (i přesto, že se jednalo o zprostředkovaný nákup) – dostupnost sami hodnotili jako dobrou. Drogy v případě potřeby dokázali sehnat během několika málo dní, často pak do druhého dne. Vzhledem k výše popisovaným strategiím nákupu ovšem málokdy potřebovali sehnat drogy okamžitě, takže jim případná časová prodleva nezpůsobovala žádné problémy. Pokud nebyla aktuálně požadovaná droga k dispozici, tak to uživatelům většinou nevadilo, jak popisuje David: *„Stane se, že oni (prostředníci) jsou na tom finančně tak blbě, že chceme ten den a ona třeba řekne za týden ... ale v pohodě ... nedá se nic dělat.“* To, že dostupnost příliš neovlivňovala užívání, popisuje Petra (extáze, kokain, pervitin): *„To je ironický – (pervitin je) možná nejdostupnější, ale přesto se tomu vyhejbám, jak čert kříží.“* U Kláry byla naopak dobrá dostupnost jedním ze spouštěcích faktorů (respektive předpokladů) nekontrolovaného období (viz samostatná podkapitola).



S výjimečnou a nečekanou situací byl konfrontován uživatel Martin, který na autobusové zastávce našel v igelitovém pytlíku odhadem 25 gramů pervitinu. Přechovávat tak velké množství se mu zdálo příliš rizikové (bál se, že by ho tak velké množství svádělo k častému užívání). S touto situací si poradil následovně: *„... z toho jsem si nechal asi gram nebo dva ... něco jsem rozdál a zbytek jsem vyhodil.“*

Zcela specifická situace byla v této otázce u nekontrolovaného Ondřeje. Pervitin si od svých 14 let sám vyráběl. Často měl u sebe desítky gramů této drogy. Dostupnost pervitinu tak u něj byla v podstatě neomezená. Jako zajímavost je možné uvést, že si tento uživatel dokázal několikrát obstarat pervitin i ve výkonu trestu.

### **7.2.7 Plánování užívání**

Téměř všichni respondenti své užívání dopředu plánovali a přizpůsobovali tomu také výše popsaný nákup drog. Plánování bylo uváděno vždy u užívání MDMA a extáze. Užití bylo většinou naplánované na nějakou kulturní akci, o které probandi věděli dlouho dopředu. Užívání kokainu bylo většinou také plánované, lišila se pouze okolnost užití – jednalo se buď o večírek, nebo o užití s přáteli v hospodě. Náhlé a spontánní braní bylo popisováno u některých uživatelů pervitinu. Jana například uvádí, že: *„je to spíš spontánní ... teď jsem měla tři dny volnej víkend a nemohla jsem pít, tak jsem si v pátek trochu šňupla.“*

U většiny uživatelů (bez ohledu na užívanou drogu) bylo ovšem patrné plánování užívání vzhledem k povinnostem. Respondenti tak většinou nikdy neužívali, když věděli, že budou muset jít druhý den do práce. Řada uživatelů naopak počítala při plánování s minimálně denní rezervou na zotavení. Michal, student VŠ, počítal dokonce s týdnem na rekonvalescenci po užití MDMA. Byl si vědom toho, že v této době bude po intelektuální stránce méně výkonný. Nikdy proto neužíval MDMA, když musel v následujícím týdnu odevzdávat seminární práci do školy, zásadně se pak vyhýbal užívání této látky ve zkouškovém období. Většina kontrolovaných uživatelů tak byla v této otázce velmi svědomitá (a

důsledná). Důvodem bylo to, že měli co ztratit – škola nebo práce pro ně byla vždy přednější.

## 7.2.8 Období abstinence

Období abstinence bylo možné vysledovat u 5 z 9 kontrolovaných uživatelů a také u nekontrolovaného Ondřeje. U něj se vždy jednalo o nucenou abstinenci z důvodu výkonu trestu. Důvody pro abstinenci u kontrolovaných uživatelů byly různé. Buď se k užívání nenaskytla příležitost a respondenti jí sami aktivně nevyhledávali (tato situace se vyskytla u 4 respondentů). Tento případ popisuje například Pavel (extáze): *„měl jsem na tom vždycky perfektní zážitek a nechtěl jsem si ho zkazit a věděl jsem, že tu možnost budu v budoucnu určitě mít, ale že není potřeba v tom nějakým způsobem pokračovat ... pak jsem přišel na vejšku, potkal jsem nějaký lidi .. bavili jsme se o tom, kdo co, kdy co a říkám, že koláč jsem měl asi nejradši, že mám na to skvělý vzpomínky ... a kámoš povídá, že to měl asi dvakrát třikrát a nic z toho a já říkám, že si můžeme loupnout kulatou.“*

Odlišná situace nastala u Františka (pervitin), který přerušil užívání naopak zcela záměrně na základě negativní zpětné vazby ze svého sociálního okolí: *„když jsem viděl, co to s lidma dělá a jak se na mě ostatní lidi koukaj, když jsem k nim přišel s nadšením: „hele bylo to super, pojd' si to se mnou dát“ ... tak na mě čumněli: „ty feťáku!“ a začalo se o mě povídat, že jsem úplně ztracenej případ.“*

Abstinence u zmíněných respondentů trvala v řádech let. Důvodem k dalšímu užívání bylo vždy to, že se naskytla situace k užívání (kterou ovšem respondenti nikdy aktivně nevyhledávali). Abstinence z důvodu výskytu problémů spojených s užíváním se u žádného probanda nevyskytla. Respondenti, kteří měli období, kdy brali nekontrolovaně nebo nadměrně, své užívání v reakci na nastalé komplikace nikdy neukončili (po určité době ho ovšem korigovali). Stejný postoj ke svému braní zaujímal i nekontrolovaný uživatel Ondřej (o korekci užívání u něj ovšem nemůže být řeč).

### 7.2.9 Období nadměrného užívání

Období nadměrného užívání bylo možné zaznamenat u pěti z devíti kontrolovaných respondentů (ve čtyřech případech se jednalo o pervitin, v jednom o extázi). Nadměrné užívání takto označili sami respondenti, většinou se jednalo o užívání jednou za týden a častější. S tímto obdobím většinou nebyly spojeny výraznější problémy a komplikace. U čtyř uživatelů se jednalo o přizpůsobení se užívání nejbližšímu sociálnímu okolí. Tito respondenti prostě užívali stejně jako lidé v jejich okolí. Změna v sociálním prostředí pak také vedla ke snížení intenzity užívání. U uživatelky Jany (pervitin) korespondovalo nadměrné braní s dobou, kdy došlo k narušení její jinak stabilní životní struktury – respondentka byla vyhozena z vysoké školy, během krátkého období ji zemřeli dva blízcí rodinní příslušníci, nemohla sehnat stálé zaměstnání. Tato uživatelka uvádí následující důvod, proč po čase zmírnila své užívání: „... pak mi to prostě už nedávalo a přišlo mi to zbytečný.“ Z její časové křivky je ovšem možné vyčíst, že snížení intenzity užívání se krylo s dobou, kdy si sehnala stabilní zaměstnání a rozešla se s přítelem (také uživatelem pervitinu).

### 7.2.10 Období nekontrolovaného užívání

Období nekontrolovaného braní bylo identifikováno u jedné (jinak kontrolované) respondentky, Kláry, která užívala pervitin: „... já jsem narazila na nový zdroj perníku, moje kamarádka to dovedla sehnat a ... takže jsem znova, když jsem k tomu měla přístup, začala brát víc a když se se mnou Vojta rozešel, tak jsem začala brát hrozně moc.“ U této uživatelky se tak sešel rozchod s přítelem s dobrou dostupností drogy. Klára navíc v tuto dobu začala užívat téměř výhradně injekčně, převážně denně. Její užívání pak vyústilo v problémy ve škole a také ve zdravotní problémy. Tuto událost je možné interpretovat dvěma způsoby. Mohlo se jednat o reakci na narušení stabilní a funkční životní struktury, kdy tato struktura slouží jako nezbytný předpoklad kontrolovaného užívání. Mohlo se ale také jednat o nevhodnou (byť nevědomou) copingovou strategii. Ze získaných dat bohužel nebylo možné přesnou příčinu určit.

Na ukončení tohoto období měly vliv dvě zásadní události. Klára začala navštěvovat psychologa a seznámila se s novým přítelem: „... pak nějak konec třetáku ..... jsem se seznámila s Kamilem, začala jsem s ním chodit. První měsíce našeho vztahu jsem neměla vůbec perník a pak jsem ... já jsem mu o tom řekla, on měla taky nějaký zkušenosti z dřívějšíka ... a pak v prosinci mezi Vánoce a Silvestrem jsme se rozhodli, že si Kamil dá se mnou. To jsme si poprvý dali spolu, bylo to hrozně moc fajn, bylo to super.“ Klára se pak ve frekvenci užívání i ve způsobu aplikace (šňupání) přizpůsobila novému příteli (i když její psycholog trval na abstinenci). Od té doby užívala Klára stabilně a kontrolovaně více než rok (do doby rozhovoru) s frekvencí zhruba jednou do měsíce. Je ovšem nutné poznamenat, že pro Kláru ztratilo užívání pervitinu své kouzlo: „už to nebylo jako dřív, přišlo mi to už jako moc málo a že to se mnou nedělalo takový věci jako dřív ... a že mi bylo spíš blbě a měla jsem fyzicky nepříjemnej pocit a byla jsem taková roztěkaná ... a já jsem to nijak nevyužila, že to byl takovej prázdněj čas.“ To mimo jiné souviselo i s tím, že se Klára vzdala injekčního užívání. Tato respondentka k tomu uvádí, že: „dát si jehlou je tisíckrát lepší.“ Určité “ochuzení” užívání lze vysledovat i u Lenky, která popisuje, jakým způsobem se změnila její prožitky na pervitinu poté, co skončila s injekční aplikací: „Samožřejmě, že to není, co to bejvalo ... ale furt to má skoro ten samej efekt, jen tomu pár dobrejch věcí chybí.“ Je tedy možné konstatovat, že (minimálně v případě Kláry) může existovat určitá kritická hranice. Když dojde k jejímu překročení, tak může být návrat do původního stavu obtížný (ne-li nemožný). Po překročení oné kritické hranice tak může dojít k určitému nevratnému “poškození užívání” ve smyslu schopnosti (původního) pozitivního prožitku.

### **7.2.11 Problémy spojené s užíváním**

Většina kontrolovaných respondentů uváděla, že nikdy v životě neměla v důsledku užívání žádné problémy. Komplikace přiznaly pouze Klára a Lenka. U Kláry vedlo nekontrolované období ke vzniku problémů ve škole (záškoláctví, výrazné zhoršení prospěchu) a ke zdravotním komplikacím (deprese, problémy se zuby a s dásněmi). Zvýšená spotřeba drogy v tomto období způsobila Kláře také finanční problémy (zadlužila se). Po skončení tohoto období zmizeli i zmíněné

zdravotní a školní problémy. V souvislosti s depresemi ovšem musela vyhledat pomoc odborníků. Lenka pak uvedla událost, kdy si nepovedenou injekční aplikací způsobila bouli na ruce. Ta jí po čase zmizela, ale na jejím místě došlo ke ztrátě pigmentu. U obou respondentek se jednalo o pervitin. Jiní kontrolovaní uživatelé žádné problémy nevedli. Nekontrolovaný Ondřej měl v souvislosti s užíváním pervitinu hepatitidu typu C, byl ve výkonu trestu a žil na ulici.

### 7.3 Dosahování kontroly

Na dosahování kontroly se u všech uživatelů vždy podílelo velké množství různých faktorů (bez ohledu na užívanou drogu) – braní drog tak u nich bylo vždy **multifaktoriálně podmíněné**. U všech respondentů bylo možné vysledovat téměř stejné faktory. U každého uživatele se ovšem lišila míra vlivu jednotlivých složek užívání. Těchto faktorů bylo možné nalézt několik desítek. Vhodnější je tedy mluvit spíše o kategoriích faktorů. Je důležité poznamenat, že zmíněné faktory byly vždy v interakci a ovlivňovaly se navzájem (v rámci jedné kategorie i mezi kategoriemi navzájem) – s určitou nadsázkou je možné mluvit o propojení “každý s každým”. Zjištěny byly následující kategorie:

- Zkoumaná droga – Její farmakologické účinky, dostupnost, cena či její pověst.
- Ostatní užívané drogy – Jak legální, tak nelegální.
- Uživatel – Jeho osobnost, žebříček hodnot, drogové preference, zdraví, copingové strategie, zkušenosti, informace o drogách, reflexe užívání nebo schopnost užívat drogy (jak na obecné úrovni, tak na úrovni jednotlivých zkoumaných drog).
- Vzorce užívání jednotlivých drog – Užívané množství, frekvence, způsob aplikace či kombinace s jinými látkami.
- Plánování užívání – Rozvržení užívání vzhledem k povinnostem všedního života.
- Pravidla užívání – Řada omezení, která regulovala užívání sledovaných drog.
- Okolnosti užívání – S kým, kde a kdy bylo užíváno.

- Utajení užívání – Před blízkými lidmi, před širším okolím.
- Prostředí (okolí) uživatele – Sociální prostředí (spoluuživatelé, neuživatelé, kamarádi, partneři, rodina ...), právní prostředí (právní normy platné v České republice), kulturní prostředí (např. příslušnost k určité subkultuře).
- Činnosti při intoxikaci – Jejich výjimečnost či rizikovost.
- Životní struktura – Zaměstnání (a z něho vyplývající finanční zdroje), bydlení, koníčky, ale také uspokojivé vztahy s jinými lidmi.
- Události všedního života – Včetně všedních problémů nebo náhodných událostí.

Vzorce užívání, okolnosti užívání, plánování a činnosti při intoxikaci byly popsány v předešlých podkapitolách. Zbylé faktory budou probrány v následujícím textu.

### 7.3.1 Droga

Každá látka má svá specifika, způsobuje jiné účinky, má jinou dobu působení, je užívána v jiném prostředí, má jinou pověst atd. V rámci užívání jedné drogy nebyl tento faktor u jednotlivých respondentů tolik patrný. Jeho význam bylo možné zaznamenat spíše na základě srovnání respondentů jednotlivých sledovaných drog a na základě analýzy užívání respondentů, kteří brali více sledovaných látek zároveň. Faktory drogy například výrazně ovlivňovaly uplatňování pravidel a omezení. U jednotlivých drog bylo také možné zaznamenat různé plánování. Vliv měla i cena drogy – tento efekt se projevil například u kokainu. Jeho cena byla důvodem, proč uživatelé u sebe nikdy neměli větší množství. Příliš snadnou dostupnost je možné hodnotit vzhledem ke kontrole spíše negativně. Velmi snadná dostupnost se u 4 uživatelů (spolu)podílela na vzniku období nadměrného a nekontrolovaného užívání. Většina uživatelů proto měla strategie ovlivňující (limitující) nákup a přechovávání.

### 7.3.2 Užívání ostatních drog

Sedm kontrolovaných respondentů z devíti užívalo drogy polymorfně. Všichni tito uživatelé uvedli, že sledované drogy pro ně nebyly látkami primárními. Pro většinu byla primární drogou marihuana a alkohol (obě substance pro ně byly primární). Výjimkou byl pouze respondent Michal (“hobby uživatel“), který bral tolik druhů různých látek, že u něj v podstatě primární drogu určit nešlo – užívání žádné látky u něj nedominovalo, velmi pozitivní vztah uvedl asi k deseti substancím. Střídání jednotlivých drog bylo u kontrolovaných uživatelů relativně častým jevem. Tento efekt byl patrný u uživatelů všech sledovaných drog. Žádný respondent ovšem neuvedl, že by se jednalo o záměrnou strategii vedoucí k dosažení kontroly. Pro respondenty to bylo spíše automatické a “přirozené“. U některých probandů bylo možné sledovat, že v jejich kariéře dosáhlo užívání drog jistého nasycení. V případě, že po tomto bodě začali užívat novou drogu, snížilo se jejich užívání ostatních látek. V určité paradoxní podobě bylo možné zaznamenat tento efekt i u nekontrolovaného Ondřeje. Intenzitu braní pervitinu mírně snížil poté, co se stal závislým na subutexu a na benzodiazepinech.

U všech kontrolovaných uživatelů bylo zjištěno, že užívali marihuanu. Všichni ji začali užívat v relativně nízkém věku, často kolem 15 let. Velká většina kontrolovaných respondentů uvedla, že měla období, kdy užívala marihuanu nadměrně (většinou denně). Někteří respondenti uváděli, že u nich marihuana způsobovala snížení motivace k jakékoli činnosti. Toto období popisuje například Pavel: *„ale měl jsem fakt huličský období ... a hodně mě to rozzevlovalo, protože hodně hulit trávu znamená hodně zevlovat.“* Všichni respondenti ovšem dokázali toto období překonat (kouření marihuany se nikdy nevzdali), jak popisuje Michal: *„hned potom, co jsem poznal hulení v 15, tak jsem hodně často hulil. To jsme hulili vždycky po škole před odpoledním vyučováním, každý den asi půl roku a to bylo asi nejvíc, co jsem bral nějakou drogu. Potom se to dozvěděli rodiče, a začli s tím mít nějaký problémy ... tak jsem začal hulit prostě míň často a už mě to zas tak nebralo.“* V rozhovorech pak bylo u některých respondentů patrné, že na základě této zkušenosti si byli vědomi toho, že užívání drog může spadnout do nekontrolované podoby a dávali si při užívání “tvrdších látek“ větší pozor. S určitou nadsázkou je tak možné konstatovat, že u těchto uživatelů mohla marihuana fungovat jako “tréninková droga“. Užívání marihuany a popsané nekontrolované

období většinou předcházelo prvnímu užití sledovaných drog. Pouze u Kláry, která měla nekontrolované období pervitinu a u Lenky, která pervitin užívala v jednom období nadměrně, bylo zjištěno, že marihuanu i pervitin začaly užívat téměř současně. Nekontrolovaný uživatel Ondřej pak ochutnal pervitin dříve, než marihuanu.

U respondentů byl zjištěn zajímavý vztah k halucinogenům. Je možné konstatovat, že vyšší míra kontroly (u všech sledovaných drog) byla spojená s pozitivním vztahem k halucinogenním látkám. U kontrolovaných uživatelů bylo možné identifikovat období, kdy rádi užívali halucinogeny (LSD a lysohlávky). Většinou se jednalo o období 17-23 let. Všichni tito respondenti se shodli na tom, že jim užívání halucinogenů přineslo mnoho zkušeností – s objevováním sebe sama, s hledáním nových obzorů či s nalézáním smyslu existence. Zhruba polovina těchto uživatelů pak ve vyšším věku halucinogeny brát přestala – jako důvod uváděli probandi to, že co jim halucinogeny měly dát, jim daly a další užívání by podle nich už nebylo přínosné. Petra (extáze, kokain, pervitin) k tomu uvádí, že: *„už jsem si asi užila dost v tadytěch sférách .. už jsem si otestovala, čeho ten mozek je schopnej ... a teď už mám radši takový ty společenštější věci .. než si lítat někde ... ve svejch sférách.“* Většina kontrolovaných uživatelů popisovala užívání halucinogenů jako určitý druh “psychické inventury”. Některým respondentů pak vydržel zájem o tyto látky po celou dobu jejich kariéry až do doby rozhovoru. Méně kontrolovaní uživatelé měli k těmto drogám naopak výrazně negativní vztah. Nekontrolovaný uživatel Ondřej ho popisuje takto: *„LSD, toho se bojím ... to je droga který se bojím prostě. Bojím se toho, že bych tam moh zůstat ... tam člověk nikdy neví ... stačí maličkost.“*

Obecně je možné uvést, že téměř všichni kontrolovaní uživatelé měli velmi podobné pořadí prvních zkušeností s jednotlivými drogami. To bylo následovné: alkohol – marihuana – halucinogeny – stimulanty (někteří uživatelé pak mluvili o posunu “od přírody směrem k chemii”). U většiny respondentů bylo možné konstatovat, že vždy když začali užívat novou drogu, tak využívali zkušenosti z předchozího užívání drog jiných.



### 7.3.3 Uživatel

Jako významný faktor kontroly byl identifikován na straně uživatele jeho hodnotový žebříček. Pro všechny kontrolované uživatele bylo typické, že drogy v jejich životě nebyly ve zmíněném žebříčku na prvním místě. Přednost vždy dostávala rodina, partneři, škola či pracovní kariéra. To se týkalo i Michala, pro kterého bylo užívání všech drog velkým koníčkem. Příčinu kontroly svého užívání popisuje následovně: *„... celý je to o tom, že ty když máš nějaký věci, co tě naplňují v životě a nějaký dlouhodobý cíle a hodnoty, na kterých ti fakt záleží, tak ty pak poznáš něco, co ti způsobí nějaký supr silný pocit štěstí a euforie, tak ty kvůli tomu neopustíš něco, na čem ti záleží ... a to může být cokoliv, i rodina podle mě hodně, že nechceš zklamat a kariéra a dlouhodobý cíle v životě.“*

Nutné je počítat i s vlivem osobnosti uživatele. Tu zmiňuje v souvislosti s kontrolou například Klára (pervitin): *„... že jsem docela chytrý člověk a nejsem úplně debil.“* Největší důraz na vliv osobnosti uživatele (celkem paradoxně) uvádí nekontrolovaný uživatel Ondřej: *„... to je postavený hlavně jaké máš charakter ... to záleží na tobě, jaké seš ... to je můj názor.“*

Velmi důležitý faktor na straně uživatele je dobrá reflexe užívání (vlastního i cizího). Ta je důležitým předpokladem pro správné vyhodnocení míry kontroly vlastního užívání. Následně pak mohou být přijata vhodná opatření (aplikace pravidel) s cílem zabránit vzniku možných problémů. Druhý význam dobré reflexe spočívá v možnosti poučit se z vlastních i cizích chyb.

Všichni kontrolovaní respondenti byli této reflexe schopni. Ke svému užívání se “stavěli čelem“. Označení období nekontrolovaného, nadměrného nebo rizikového období v jejich kariéře vždy korespondovalo s konstruovanými životními křivkami (resp. s intenzitou užívání) a s popisovaným způsobem aplikace. Z těchto období se vždy uživatelé dokázali poučit a pouze u respondentky Kláry (pervitin) došlo k tomu, že období nadměrného užívání zopakovala. Opačná situace byla u nekontrolovaného uživatele Ondřeje, který i přes zjevná fakta označoval své brání za bezproblémové a považoval se za kontrolovaného uživatele.

U všech kontrolovaných uživatelů bylo zjištěno, že zcela specifickým způsobem refletovali negativní důsledky užívání jiných osob. Tato skutečnost je

od braní neodradila. Posloužila ale jako negativní a varovný případ – z nekontrolovaných uživatelů si probandi vytvořili antivzory. Respondenti chtěli drogy i nadále užívat, ale nechtěli dopadnout jako zmínění nekontrolovaní uživatelé. Tento efekt byl nejsilněji patrný u filmů a u literatury s drogovou tematikou, kde hlavní hrdina (většinou) skončil tragicky. Petra k tomu uvádí: „ ... *i když to byli sračky, tak mě na tom něco fascinovalo a strašně jsem to chtěla zkusit, samozřejmě ne do toho spadnout jako oni.*“ Uživatelé se tak často učili z chyb druhých. Podobným způsobem reagovali respondenti také na školní prevenci, ta je nikdy od užívání nedokázala odradit. Určitý přínos odrazující prevence je ovšem možné nalézt v tom, že se pak uživatelé většinou chovali obezřetněji (aby nedopadli jako prezentované odstrašující případy, ze kterých si opět vytvořili antivzory). Někteří probandi zcela explicitně uváděli, že jako přínosnější by jim připadala prevence zaměřená na posilování kompetencí uživatelů, jinými slovy: byli by raději, kdyby je někdo naučil užívat drogy správně, jak to uvádí například Pavel: „*někdo řekne, že si můžeš vzít extázi a může tě to zabít ... ale nikdo ti neřekne, co se vlastně děje a neřekne ti, jak to můžeš kompenzovat.*“

Důležité je upozornit také na copingové strategie uživatele – jde o to, aby si uživatel byl schopen vyřešit své všední problémy vhodným způsobem a nedocházelo tak k řešení problémů pomocí drog. Většina respondentů uváděla, že takové řešení problémů nepovažuje za vhodné. Jako důvod vzniku nekontrolovaného období ve své drogové kariéře Klára uvádí: „... *že jsem si opravdu tím řešila problémy a všechno se to nakupilo.*“

V nespolední řadě je možné zmínit také náladu uživatele před užitím drogy. Většina uživatelů se shodla na tom, že (všechny) stimulační drogy fungují jako určitý akcelerátor nálady. V případě neutrální a pozitivní nálady se po užití posunuje tato nálady pozitivně. Pokud je nálada špatná, dojde k jejímu zesílení.

#### **7.3.4 Pravidla užívání**

Všichni kontrolovaní uživatelé měli vekou řadu pravidel, pomocí nichž regulovali své užívání. Většina uživatelů si ovšem tato pravidla často

neuvědomovala a nebyla schopna jejich verbalizace. Při analýze jejich užívání bylo ovšem pravidel nalezeno mnoho.

Popsaná pravidla bylo možné rozdělit do dvou skupin. První byla tvořena závaznými a neporušitelnými pravidly. Petra popisuje, že se jedná o pravidla: „*přes který vlak nejede.*“ Nejčastěji se jednalo o tabu injekční aplikace. Dalším z těchto pravidel bylo například neužívat v zaměstnání a ve škole, neaplikovat si drogu před neznámými lidmi, neužívat, pokud respondent čekal druhý den neodkladné povinnosti nebo nikdy neužít příliš velké množství najednou (riziko předávkování).

Druhou skupinu tvořila pravidla, která byla aplikována situačně a spíše „pružněji“. Byla tak dodržována pouze za některých okolností nebo byla naopak příležitostně porušována. Tuto skupinu pravidel popisuje Michal (kokain, MDMA): „... *já bych to nevydržel dodržovat ... já se vždycky rozhoduju podle momentální situace a podle toho nakolik vnímám, že by mi to přineslo negativa ... když si myslím, že by to ten den bylo vhodné, tak si dám libovolně ... takže někdy fetuju často, potom když mi přijde něco .. co si myslím, že by mi vadilo nebo omezovalo ... tak klidně přestanu fetovat na měsíc úplně.*“ Tato pravidla se týkala například kombinací s jinými drogami, maximálního množství užitého za 1 večer či několikedenního užívání.

Menší množství pravidel si respondenti uvědomovali a dokázali je dobře verbalizovat. Převážnou většinu však nedokázali respondenti explicitně vyjádřit, v popisu vzorců užívání je ovšem bylo možné identifikovat. Některá pravidla byla stejná bez ohledu na užívanou drogu (neužít příliš velké množství najednou), jiná pravidla byla pro jednotlivé drogy specifická (např. injekční aplikace u pervitinu, tabu několikedenního užívání u extáze). Nejméně pravidel bylo možné zaznamenat u kokainu, nejvíce pak u pervitinu (u něj ovšem také docházelo k nejčastějšímu porušování). Probandi v rozhovorech většinou uváděli, že pravidla měli proto, aby se z nich nestali nekontrolovaní uživatelé (primárním cílem tedy nebylo stát se kontrolovaným uživatelem).

### 7.3.5 Utajení užívání

O tom, že respondenti drogy užívali, vědělo pouze pár vybraných nejbližších osob. Užívání většinou tajily i před řadou svých kamarádů. Vždy a důsledně pak před všemi kolegy z práce, v případě studentů o braní drog nevěděla většina spolužáků a nikdo z vyučujících. U většiny probandů pak o braní drog věděli rodiče a sourozenci (téměř nikdy pak prarodiče). Důvod pro utajení užívání byl vždy stejný: strach ze stigmatizace, z nálepky “feťáka” a z možných důsledků, které by to mohlo mít, jak uvádí Martin: *„neni to o tom, že by sem se za to styděl, ale mě poměrně záleží na tom, co si o mě lidi myslěj ... a to by bylo pro některý lidi zavádějící ... co se týče názoru na mojí osobu.“* Strach ze stigmatizace většinou souvisel s všeobecně vžitou pověstí dané drogy. Nejhorší pověst uváděli respondenti u pervitinu. U jeho uživatelů bylo také možné nalézt nejvyšší míru utajení. Nejmenší obavu z prozrazení pak měli uživatelé extáze a MDMA (se svým užíváním se pak také nejméně skrývali).

### 7.3.6 Sociální složka užívání

Respondenti užívali téměř ve všech případech stejně jako lidé, se kterými brali. To se týkalo velikosti užívané dávky, frekvence i způsobu aplikace. V tomto ohledu se silně uplatňoval vliv sociálního tlaku a sociálního učení. Respondenty vždy učil užívat drogy někdy blízký, nikdy se neučili “z knížky” či “naslepo”. Z hlediska vzájemného ovlivňování platilo, že téměř vždy ovlivňovala skupina jednotlivce (respondenta), málokdy však jednotlivec skupinu. Příklad vlivu sociálního faktoru je možné uvést u Marina: *„tady se mi nabízí myšlenka, že dostávám chuť na perník, když někdo z mejch kamarádů říká, že má.“*

Většina respondentů popisovala, že jsou si vědomi toho, že je sociální okolí, se kterým užívají, svým způsobem ovlivňuje a “drží”. Probandi si byli jisti tím, že kdyby se jejich užívání vymykalo kontrole, tak by se v jejich okolí našlo několik osob, které by je na to upozornili. Je ovšem nutné dodat, že tato situace v praxi téměř u nikoho nenastala, probandi to vysvětlovali tím, že k tomu nikdy nebyl důvod. Uživatele tak většinou ovlivňovala pouze představa sociálního tlaku, který by mohl nastat, pokud by porušili normy sdílené skupinou. Na této skupině jim

často velmi záleželo, protože se jednalo o blízké osoby (dobří přátelé, životní partneři). Pokud probandi vnímali své užívání jako porušující skupinové normy, tak se před očekávaným sociálním tlakem někdy raději dopředu stáhli do soukromí, jak popisuje Klára své nekontrolované období: „*dělala jsem to hlavně tajně, aby vo tom nikdo nevěděl, když jsem byla na akci, tak jsem dělala, že jsem unavená, aby na mě lidi nepoznali, že jsem naspeedlá. Tak jsem třeba dělala ááááá (zívání) „tak si teda ještě jedno dáme“ ... snažila jsem fakt dělat nenápadnou.*“

Jak je vidět na výše uvedeném případě Kláry, jedinec ve svém sociálním okolí nebyl nikdy zcela pasivní. Aktivita probandů spočívala v tom, že si vybírali, s kým budou užívat a komu se naopak budou stranit. Probandi se vždy distancovali od nekontrolovaných uživatelů, jak popisuje Martin: „*já neznám moc lidí, který s tím umí pracovat ... většina perníkářů co znám ... bych je nepovažoval za přátele ... jsem k tomu ostražitej.*“ Aktivitu jedince ve společnosti je možné ilustrovat i na příkladu Petry, u které byla sociální složka vyjádřena zřejmě nejvýrazněji. Tato uživatelka byla v braní málokdy iniciativní, drogu jí většinou vždy nabídl někdo z jejího okolí. Její aktivita spočívala v tom, že si vždy zvolila, zda drogu přijme či nikoli: „*ale když nechci, tak je to fakticky nemožný (přemluvit ji).*“ Role okolí se pak projevila v respektování její volby. Na období nadměrného či rizikového braní u některých respondentů je tedy možné hledět dvěma způsoby: jako na negativní vliv sociální skupiny a zároveň jako na selhání jedince.

Významným faktorem byly také reakce sociálního okolí na užívání respondentů. Většina probandů popisovala velmi podobné reakce blízkých lidí na užívání. Reakce rodičů byla u řady respondentů spíše neutrální. Nikdo se tak neseťkal od svých nejbližších s odmítnutím, se stigmatizací či s nálepkou “feťáka”. Probandi většinou popisovali, že ve chvíli, kdy se to jejich rodiče dozvěděli, tak o ně měli obavy. Když během času viděli, že své užívání zvládají, tak jejich braní většinou “tiše tolerovali”. O užívání se tedy většinou rodiče s respondenty příliš nebavili, ale také jim ho nerozmlouvali. Podobná situace pak panovala i u jejich kamarádů (kteří drogy neužívali), což popisuje Jana: „*... oni to vůbec neřeší ... prostě vidí na mě, že s tím nemam problém ... nejsem žádná troska.*“ Zároveň si díky těmto reakcím mohli respondenti potvrdit, že užívají kontrolovaně a dá se předpokládat, že to pak mělo zpětný vliv na jejich kontrolu (která se tím utvrdila). Tento jev se tedy stal jak důsledkem, tak předpokladem kontrolovaného braní.

Většina probandů projevovala při rozhovorech v souvislosti s vlastním užíváním určitou míru hrdosti. Zkoumaní uživatelé byli hrdí na to, že svým nejbližším dokázali, že nejsou problémovými uživateli

### 7.3.7 Kulturní prostředí

Pouze dva kontrolovaní uživatelé měli v životě období, kdy by mohli být označeni za členy (drogové) subkultury. Jednalo se o oba uživatele extáze (Pavla a Petru). Oba byli součástí tzv. taneční scény, Petra byla výrazně orientovaná na technoscénu. Toto prostředí sehrálo důležitou úlohu při tom, když se učili s drogami zacházet. Oba si tak zafixovali pravidlo, že drogy se užívají pouze o víkendu a ve spojitosti s navštěvovanými akcemi. Mezi členy této subkultury panovala na zmíněných akcích určitá sounáležitost. Tito lidé se vnímali jako členové jedné skupiny a to se často odráželo i v užívání drog. Tito lidé tak například neměly na party problém užívat před "cizími" lidmi. Výjimečné nebylo ani to, že si tito lidé na akcích vzájemně poskytovali drogy (v případě, že to bylo za úplatu, tak to nebylo vnímáno jako "klasické dealování", ale spíše jako "bratrská výpomoc"). U obou zmíněných respondentů bylo také možné zaznamenat, že z této subkultury po nějaké době "vyrostli" (zhruba po jednadvacátém roce). U kontrolovaných uživatelů jiných drog nebylo možné vysledovat příslušnost k žádné subkultuře.

### 7.3.8 Právní prostředí

Všechny sledované drogy byly nelegální. Respondenti se velmi lišili v názoru na to, zda to možnost kontroly ovlivňuje pozitivně či negativně. Někteří se domnívali, že současné právní nastavení způsobuje, že jsou drogy příliš drahé, špatně dostupné a méně kvalitní. O tom, že nelegální postavení drog naopak přispívá k udržení kontroly, byli přesvědčeni někteří uživatelé pervitinu, například Martin: „s legalizací by se zvýšila dostupnost a pro některý lidi je to fatální.“

### 7.3.9 Životní struktura

Bylo zjištěno, že životní struktura je jak předpokladem kontrolovaného užívání drog, tak jeho důsledkem. Ve většině případů se vyskytovaly kontrolované užívání a stabilní a funkční životní struktura vedle sebe (bez ohledu na sledovanou drogu). Pokud v životě uživatele došlo ke změně životní struktury, došlo často i ke změně užívání (jak bylo například uvedeno v podkapitolách o období nadměrného a nekontrolovaného užívání). Životní struktura sloužila u kontrolovaných uživatelů jako hodnota, o kterou uživatelé nechtěli přijít. Tomu pak přizpůsobili i své užívání. Respondenti například uváděli, že spíše než závislosti se báli toho, že by mohli přijít o práci, bydlení či o partnera. Studenti se pak obávali vyhození ze školy. Pro uživatelku Janu byla životní struktura jasně stanoveným cílem: „*nechci dopadnout blbě, chci být normální člověk v normální společnosti.*“ Ačkoli více než polovina respondentů pocházela z rozvedených rodin, tak bylo možné sledovat, že (relativně) stabilní a funkční životní strukturu měli již od dětství.

U všech kontrolovaných uživatelů bylo zjištěno, že jako ochranu proti narušení životní struktury používali tito respondenti důslednou „izolaci“ braní drog od všedního života. Braní drog tak představovalo samostatný jev, který do životní struktury (téměř) nezasahoval.

To, jak zásadní změna v životní struktuře naopak výrazně ovlivnila podobu užívání, je možné ilustrovat například u Perty (extáze, kokain, pervitin). Velký zlom nastal v jejích 21 letech, kdy byla vyhozena ze školy (která ji příliš nebavila), odstěhovala se do Anglie a našla si tam práci (která ji naopak naplňovala) – došlo tak k zásadní změně životní struktury. V té době výrazně omezila své užívání (všech drog). Negativní vliv životní struktury na eskalaci užívání do nadměrné intenzity popisuje Lenka: „*ono to bylo v tej době, kdy se všechno sypalo, v rodině, škola a všechno a hlavně ... práci jsem neměla, David taky nemakal, byli jsem tam v jeho bytě, jeho táta sem tam jídlo koupil, dal do lednice, takže co jíst bylo. Ani nechtěl žádný peníze.*“ Nadměrné užívání Lenky mělo ovšem zpětně vliv na to, že si nehledala práci.

### 7.3.10 Události všedního života

Ačkoli bylo výše uvedeno, že všichni kontrolovaní respondenti velmi důsledně izolovali užívání od všedního života, tak se i přesto někdy stalo, že se v určitých situacích tyto "dva světy" propojily. V jedné z předchozích podkapitol byla uvedena historka Martina, který našel na autobusové zastávce igelitový pytlík s pervitinem. Do užívání se také někdy promítaly problémy všedního života (i přes jinak stabilní životní strukturu). Tyto faktory ovlivňovaly užívání spíše negativně. Za prvek kontroly (spíše sekundární) je tak možné považovat to, že se respondenti snažili plnit své povinnosti v běžném životě a předcházeli tak situacím, kdy by jejich problémy mohly svádět k různým únikům (to se týká především pervitinu). U žádného respondenta ovšem nebylo zjištěno, že by se jednalo o záměrnou strategii směřující ke kontrole.

### 7.4 Kontrolovatelnost jednotlivých drog

Výsledky analýzy dat v otázce kontrolovatelnosti jednotlivých látek byly ve shodě s kontrolovatelností, kterou probandi uváděli při rozhovoru. Téměř všichni respondenti se shodli na tom, jak obtížné je kontrolovat užívání jednotlivých drog. Ze sledovaných látek byl označen za obtížně kontrolovatelnou substanci pervitin. Petra popisuje, že se jedná o jednu z drog: *„co tě vyléčeje z toho stavu, co máš kvůli nim. To je největší průšvih.“* Většina respondentů sdílela podobný názor. Za jednu z nejhůře kontrolovatelných drog byla označena marihuana. Důvodem byla především její "zrádnost" v tom smyslu, že je možné užívat jí denně, aniž by to dlouhou dobu způsobovalo závažné problémy. Toto užívání ale zároveň podle probandů přinášelo snížení motivace ke smysluplným činnostem a narušovalo výkonnost (pracovní, školní), jak uvádí například Martin: *„prostě jsem zjistil, že když jí mám, tak hulim ... já když to mám doma, tak si zahulim .. pak nejsem schopnej dělat to, co chci.“* Podobnou zkušenost popisuje i Pavel: *„asi největší problém u kontroly, u množství a frekvence jsem měl s trávou ... to je prostě takový ... nedělá to jenom ta dostupnost, můžeš hulit dlouhodobě ... a je to takový, stačí pár dní zevlovat a už se to protáhne na pár tejdů. Není to jenom, že ležíš a kouříš trávu, ale už je to takový, že se ti změní priority.“* Respondenti tedy u



marihuany i u pervitinu uváděli, že jejich nebezpečí spočívá (mimo jiné) v tom, že je možné užívat je denně. Většina probandů si někdy v životě vyzkoušela, že denní užívání obou drog je možné. Obě drogy jsou relativně levné a dobře dostupné. Z podobných důvodů byl u poloviny probandů označen za obtížně kontrolovatelný také alkohol, jak uvádí Jana: *„Je to alkohol ... protože je všude dostupnej a je společensky tolerovanej ... není problém sehnat někoho na to pivo ... když se opiješ, tak se na tebe nikdo nešklebí.“* Dva respondenti za obtížně kontrolovatelný uvedli také heroin. S ním ovšem neměli zkušenosti (a neznali také nikoho, kdo by ho užíval), jednalo se pro ně spíše o určité tabu. Heroin byl pro ně určitým symbolem nekontrolovaného užívání.

Za velmi snadno kontrolovatelné drogy pak byly shodně označeny extáze a MDMA. Většina uživatelů se shodla na tom, že užívat tyto drogy nekontrolovaně snad ani není “technicky možné”. Pavel to popisuje následovně: *„Vono ti spíš dřív cvakne ... že ti z toho bude tak zle, že se na to nebudeš moct podívat ... ládovat se jedním koláčem za druhým, nějak dlouhodobě .... to až technicky nejde.“* Respondenti naráželi na výše popsany specifický dojezd a na to, že opakovanou aplikací těchto látek se z tohoto dojezdu nedá vyléčit (jak je to možné například u pervitinu). U těchto drog někteří zmiňovali i vázanost na prostředí užívání a na společnost jiných lidí, což popisuje například Petra: *„to jsou fakt vyložené párty věci, to si jako vyprošťovák sám doma nedáš.“* Za velmi snadno kontrolovatelnou drogu byl považován i kokain. Někteří uživatelé označili za snadno kontrolovatelné také halucinogeny, jak například popisuje Jana: *„Asi halucinogeny ... protože se nedaj brát každéj den ... ani každéj víkend ... to je prostě takovej nápor ... na vědomí i podvědomí, že ... to prostě nejde .. to brát často.“* Je možné konstatovat, že i u těchto drog bylo pro respondenty často uváděným vodítkem denní užívání. U těchto látek s ním nikdo z respondentů neměl zkušenost a neznal ani nikoho jiného, kdo by takto užíval. Tato situace nenastala ani u kokainu, který byl pro uživatele natolik vzácný, že k dennímu užívání neměli nikdy příležitost (nikdy u sebe neměli větší množství, které by denní užívání umožnilo).

I když jednotliví respondenti (téměř shodně) udávali u různých drog různý stupeň obtížnosti kontroly, většina z nich se shodla na tom, že **kontrolovaně je možné užívat všechny drogy.**

## 8 Diskuse

Zvolený kvalitativní rámec se v této práci osvědčil, stejně jako metody tvorby dat (polostrukurovaný rozhovor, metoda životní křivky a pozorování) a jejich analýza (zakotvená teorie a grafická analýza). Saturaci dat je možné vzhledem ke stanoveným cílům označit za dostačující.

Zvolené metody výběru účastníků výzkumu zřejmě výrazně ovlivnily věkové složení výzkumného souboru. Většina účastníků byla rekrutována prostřednictvím kontaktů ze sociální sítě výzkumníka. Tito prostředníci pak v podstatě svým věkem odpovídali věku respondentů (20-32 let). Vzhledem k charakteru a zaměření drogových threadů na diskusním serveru, odkud byly rekrutováni 2 účastníci metodou samovýběru, bylo možné očekávat, že se bude jednat o mladší ročníky. Tento fakt se také potvrdil – jednalo se o probandy staré 20 a 23 let.

Výsledky výzkumu potvrzují, že kontrolované užívání sledovaných drog je možné. Byly tak potvrzeny výsledky zahraničních studií, které byly zaměřeny na užívání jednotlivých substancí (např. Cohen, & Sas, 1993; Uitermark, & Cohen, 2007; Singer, & Schensul, 2011). Různí uživatelé vykazovali různou míru kontroly. Kontrola se však měnila v průběhu kariéry i u jednotlivých uživatelů. Lze tedy konstatovat, že kontrolované užívání není kategorie, ale spíše jeden pól kontinua. Druhý pól pak představuje rizikové užívání.

Méně kontrolované a stabilní bylo v rámci sledovaných drog užívání pervitinu. Tento fakt platil zejména v prvních letech užívání – tedy v počátcích kariéry. Je možné předpokládat, že na následné stabilizaci užívání se podílelo učení uživatelů, jejich (osobnostní) zrání, zrání jejich sociálního prostředí a v neposlední řadě také stabilizace jejich životní struktury při přechodu do dospělého života. Začínající uživatelé pervitinu se jeví jako nejzranitelnější skupina respondentů (z hlediska ztráty kontroly). Období nadměrného užívání v počátku kariéry bylo možné nalézt i u jedné uživatelky extáze. Lze proto doporučit, aby byla skupině začínajících mladých uživatelů drog věnována přiměřená preventivní péče. Kromě prevence zaměřené na odrazování od braní drog se jeví jako účelné realizovat také prevenci směřující k posilování kompetencí těchto uživatelů v duchu filozofie harm reduction. Jako pragmatický se

pak jeví takový přístup, který by nabídl uživatelům možnost učit se drogy užívat dříve, než k samotnému braní dojde.

Zjištěné vzorce užívání naznačují, že braní drog kontrolovaných uživatelů vykazuje jak prvky stability (Uitermark, & Cohen, 2006), tak prvky dynamiky (Decorte, 2001). Stabilitu je možné nalézt například ve velikosti užívané dávky. Proměnná byla naopak u některých uživatelů frekvence. Tu je možné označit u sledovaných probandů za indikátor míry kontroly. Tento závěr se mírně rozchází s poznatky Apslera (1984), který považoval za hlavní indikátor spíše styl užívání, (který ovšem nic nevyovídá o frekvenci). Za další (a velmi spolehlivý) indikátor kontroly je možné označit injekční užívání (u pervitinu).

Je třeba upozornit na to, že vzorce užívání u žádného uživatele nedosahovaly ideální podoby, téměř všichni uživatelé například kombinovali sledované drogy s marihuanou a alkoholem – nebylo však možné konstatovat, že by to nějak snižovalo možnost kontrolovat užívání (se zaměřením na schopnost fungovat ve společnosti).

Nejednoznačné závěry byly získány při analýze dostupnosti sledovaných drog. U respondentů byla tato dostupnost většinou dobrá. Na druhou stranu bylo zjištěno, že téměř všichni uživatelé měli záměrné a vědomé strategie, pomocí nichž se bránili před možnými negativním dopadem dostupnosti, který většina z nich viděla v nadměrném užívání. V případě, že se sešlo několik rizikových faktorů (na straně životní struktury, životních událostí či na straně sociálního prvku braní), tak to skutečně vedlo k tomu, že se dobrá dostupnost stala jedním z předpokladů nadměrného či nekontrolovaného užívání. Nelze tedy zcela souhlasit se závěry Grunda (1993), který vidí v dobré dostupnosti jeden z klíčových faktorů kontrolovaného braní. Jako ideální se jeví spíše dostatečná, ale regulovaná dostupnost drog.

Výsledky výzkumu potvrzují závěry Decorta (2001), který uvádí, že období nekontrolovaného braní může být v rámci procesu učení efektivně využito k pozdějšímu získání kontroly. Tento jev byl potvrzen nejen v rámci sledovaných drog, ale bylo zjištěno, že uživatelé jsou schopni přenášet tyto zkušenosti i mezi jednotlivými drogami. Nekontrolované období u jedné drogy tak může být využito k získání kontroly u drogy jiné. Tento efekt se projevil nejsilněji u marihuany, která

proto byla (s určitou nadsázkou) označena jako tréninková droga. Tato látka je zřejmě "tak měkká", že si při jejím užívání mohou lidé dovolit to, co s žádnou jinou (nelegální) drogou. Pro zdolávání nadměrného či nekontrolovaného období se jeví jako klíčová souhra faktorů na straně uživatele, životní struktury a v neposlední řadě také na straně sociální složky. Na druhou stranu výsledky této studie naznačují, že může v užívání existovat určitá hranice, jejíž překročení může vést k tomu, že návrat do původního stavu užívání nebude možný, nebo bude velmi obtížný. Tyto závěry se týkají mimo jiné i injekční aplikace, které se tak jeví jako velmi riziková (z hlediska kontroly). Tyto poznatky tak mohou zpochybňovat možnost využití kontrolovaného braní při léčbě drogových závislostí. Je proto možné doporučit, aby byla tato možnost v budoucím výzkumu prověřena.

V souladu se závěry Uitermarka, & Cohena (2006) bylo zjištěno, že je řada uplatňovaných pravidel neuvědomovaných. Výsledky empirické části pak potvrzují výsledky Decorta (2001) podle kterého jsou jednotlivá pravidla uplatňována velmi pružně podle nastalých okolností. V této dynamice je pak možné spatřovat jeden z prvků kontroly.

Závěry tohoto výzkumu také potvrzují výsledky dříve provedených studií, které naznačovaly, že by polymorfní užívání drog mohlo mít vliv na kontrolu jednotlivých substancí (Warburton et al., 2005; Shewan, & Dalgarno, 2005). Tento jev bylo možné nalézt téměř u všech respondentů. Střídání jednotlivých drog se tak (z pohledu kontroly u sledovaných substancí) jeví jako žádoucí. Je otázka, jak by bylo možné využít tento poznatek v praxi, například při léčbě závislosti na jedné konkrétní látce nebo při prevenci. Lze proto doporučit, aby byla možnost praktického využití tohoto poznatku v budoucím výzkumu dále prověřena.

Výsledky této práce jasně potvrzují, že kontrolované užívání je multifaktoriálně podmíněné. Tento závěr je v souladu se zjištěním Warburtona et al. (2005), shody bylo dosaženo i u většiny faktorů. Jednotlivé faktory se u různých uživatelů uplatňovaly různou mírou, žádný ovšem nebyl dominantní. Nepotvrdil se tak často prezentovaný dominantní vliv sociální složky (např. Zinberg, 1984). Stejně tak je možné konstatovat, že složka drogy byla ve většině dosud provedených výzkumů spíše podceňována. Nelze tak souhlasit s tvrzením, které

uvádí Dalgarno, & Shewan (2005), že je-li dobře nastaven set a setting, tak je složka drogy v podstatě irelevantní. Závěry této práce naopak dokládají, že minimálně z dlouhodobého hlediska bude složka drogy významná vždy. Jednotlivé identifikované složky byly mezi sebou ve vzájemné interakci. Ve vztahu těchto složek k dosažení kontroly je možné konstatovat, že se často jednalo o cirkulárně kauzální vztah. Jednotlivé faktory byly často předpokladem i důsledkem kontrolovaného braní. V rámci identifikovaného multifaktoriálního modelu je možné předpokládat, že seznam jednotlivých faktorů nemusí být konečný. U respondentů například nebyl zjištěn vliv přesahového faktoru, ačkoli podle obecně přijímaných psychologických poznatků je možné očekávat, že tento faktor by se u některých uživatelů mohl uplatnit. Důvodem jeho nepřítomnosti v tomto výzkumu může být mimo jiné míra sekularizace české společnosti. Je tedy možné doporučit, aby byla tomuto faktoru v budoucím výzkumu kontrolovaného braní věnována pozornost.

U všech sledovaných drog byly identifikovány stejné faktory. To by odpovídalo tomu, že kontrolované braní drog je spíše obecným fenoménem (dovedností), který se u každé drogy projevuje specifickým způsobem. Tomuto závěru by odpovídalo i to, že respondenti byli schopni přenášet zkušenosti z užívání mezi jednotlivými drogami.

Výsledky této studie naznačují, že kontrolovaně je možné užívat všechny drogy. Jako obtížné se jeví kontrolování pervitinu (ne však nemožné), snadné bylo u probandů naopak kontrolování MDMA a extáze. Málo obtížné bylo pro respondenty kontrolovat také kokain. Je proto možné doporučit, aby byla obtížnost kontroly jednotlivých drog i nadále zkoumána – v případě, že dojde k potvrzení výsledků z této práce (u MDMA a extáze je to možné podle dostupných znalostí předpokládat), tak se jeví jako vhodné využít tyto poznatky jako relevantní zdroj informací v rámci celospolečenské debaty o drogové politice.

Určitým překvapením bylo (náhodné) zjištění pozitivního vztahu dobře kontrolovaných uživatelů k halucinogenním drogám. To lze interpretovat tak, že užívání halucinogenů je na kontrolu extrémně náročné – kdo je schopný kontrolovat tyto drogy, tak bude zřejmě schopný kontrolovat i další látky (obecná dovednost). Druhým důvodem může být to, že užívání halucinogenních substancí často provází “odhalení neskrytějších zákoutí lidské duše” a můžou si ho tak

dovolit pouze uživatelé, kteří jsou schopni do tohoto “zrcadla“ nahlédnout (osobnost).

Nutné je zmínit také limity provedeného výzkumu. Vzhledem k velikosti a nereprezentativnosti výzkumného souboru není možné výsledky této práce s jistotou generalizovat. Lze je pouze využít jako výchozí zdroj informací při realizaci rozsáhlejších výzkumných projektů. Dalším limitem můžou být použité metody tvorby dat, které se spoléhají téměř výhradně na pravdivost subjektivních výpovědí respondentů (metoda pozorování byla použita pouze jako pomocná). V neposlední řadě je nutné zmínit také nezkušenost výzkumníka.

## 9 Závěry

Závěry výsledků empirické části této práce jsou následující:

- Kontrolované užívání sledovaných nelegálních stimulačních drog je možné.
- Užívání respondentů vykazovalo prvky stability i dynamiky. Stabilní byla u všech uživatelů velikost dávky. U poloviny respondentů se měnila frekvence braní. Nejčastěji se vzorce užívání měnili u pervitinu. Nejintenzivnější užívání bylo nalezeno v prvních letech u uživatelů této substance. Užívání ostatních sledovaných látek bylo naopak relativně stabilní a méně intenzivní.
- Z chyb v užívání drog se respondenti většinou dokázali poučit a tuto zkušenost pak využili k dosažení kontroly. Respondenti byli často schopni přenášet zkušenosti s užíváním i mezi jednotlivými drogami. Důležitou úlohu v tomto procesu sehrála marihuana. Většina uživatelů popisovala, že měla období, kdy jí užívala nekontrolovaně.
- Pro většinu respondentů bylo primárním cílem nebýt nekontrolovaný uživatel (nikoli být kontrolovaný).
- Kontrola byla u všech respondentů bez ohledu na sledovanou látku vždy multifaktoriálně podmíněná. Jednotlivé faktory byly přítomny u všech uživatelů, u každého však s různou intenzitou. Žádný faktor nebyl hodnocen jako dominantní.

- Všichni uživatelé měli množství pravidel regulujících užívání. Ta se týkala například způsobu aplikace, užívaného množství, plánování nebo nákupu sledovaných drog a jejich přechovávání. Velká řada pravidel byla neuvědomovaná. Tato pravidla byla často uplatňována situačně a velmi pružně. Většina respondentů měla ovšem také několik klíčových pravidel a omezení, jejichž dodržování pro ně bylo závazné vždy a všude.
- Jako protektivní faktor kontroly jednotlivých látek bylo odhaleno polymorfní užívání drog.
- Ze sledovaných drog byl obtížně kontrolovatelný pervitin. MDMA, extáze a kokain byly naopak snadno kontrolovatelné. Z ostatních drog byla u respondentů obtížně kontrolovatelná marihuana. Obtížnost kontroly velmi úzce souvisela se zkušeností s denním užíváním hodnocených látek.

## IV. Souhrn

První kapitola teoretické části práce se zabývá definováním pojmu droga a následně pak dělením drog. Ty je možné třídit podle různých kritérií – nejčastěji podle právního postavení, míry rizika a účinků na psychiku. Na základě dělení podle účinků na psychiku je možné mluvit o opiátech, halucinogenech a stimulantech. Vzhledem k tomu, že se empirická část práce věnuje užívání stimulantů, byla tato skupina podrobněji popsána. Mezi nejznámější a v České republice nejužívanější nelegální stimulační substance patří pervitin, MDMA, extáze a kokain. Ačkoli se jedná o jednu látkovou skupinu, tak má každá z těchto látek svá specifika (dobu účinku, vedlejší účinky, rizika nebe cenu).

Druhá kapitola se věnuje obecnému fenoménu užívání drog. Ten není možné popsat a vysvětlit jen pomocí farmakologických účinků jednotlivých substancí. Vliv má také osoba uživatele a jeho sociální prostředí. Na různé uživatele tak může stejná dávka stejné drogy působit zcela odlišně. Různý účinek může nastat i u jednoho uživatele, který si vezme stejnou dávku stejné drogy za různých okolností. Příčiny užívání látek měnících vědomí jsou různé, jedena univerzální zřejmě neexistuje. Z hlediska teorie motivace a potřeb je možné dívat se na užívání drog dvěma způsoby: jako na jeden z mnoha procesů, který vede k uspokojení základních lidských potřeb. Tyto potřeby je ovšem možné uspokojit mnoha jinými způsoby. Druhý pohled pak popisuje braní drog jako vrozený a nenahraditelný drive, který je na stejné úrovni jako například sexuální puzení. Braní drog je některými autory viděno jako jev, který je podmíněný výhradně sociokulturně. Zásadní je pak podle těchto teorií proces sociálního učení. Na závadné straně spektra užívání je možné mluvit o problémovém, rizikovém a škodlivém braní a o abúzu. Za jeden z nejzávažnějších důsledků nezvládnutého užívání látek měnících vědomí je považována závislost. Na závislé uživatele je v České republice hleděno jako na nemocné. Léčba závislosti je velmi komplexní a dlouhodobý proces, často s nejistým výsledkem. Zmírňovat rizika plynoucí z užívání drog se snaží filozofie harmn reduction. Tento přístup je uplatňován především v nízkoprahových kontaktních centrech a v terénních programech. Součástí této strategie je například výměnný program, poskytování informací či



poradenství. Na závěr této kapitoly je uveden statistický přehled užívání nelegálních látek v České republice.

Třetí kapitola je věnována tématu kontrolovaného užívání nelegálních substancí. To je definováno jako takové užívání, které nenarušuje schopnost užívající osoby “fungovat ve společnosti” – tedy mít rodinu, přátele, zaměstnání, koníčky. Vhodným chováním jsou pak minimalizována rizika plynoucí z braní drog. Na základě výsledků provedených zahraničních výzkumů je možné konstatovat, že kontrolovaně je možné brát všechny drogy. Představeny jsou jednotlivé teoretické modely, které spatřují možnost kontroly v odlišných faktorech. Jako nejlivnější je možné označit teorie zaměřené sociálně a multifaktoriální koncepty. Představeny jsou pak poznatky z jednotlivých realizovaných výzkumů. Závěry těchto studií se někdy v jednotlivých otázkách braní rozcházejí. V České republice se jedná o málo prozkoumaný jev. V praxi je pak kontrolované užívání realizováno ve formě harm reduction v kontaktních centrech a v terénních a v substitučních programech. Poznatky z výzkumu kontrolovaného užívání je možné aplikovat v řadě oblastí: pro lepší pochopení obecného fenoménu braní drog a tím i pro lepšímu pochopení nekontrolovaného užívání, dále v prevenci nebo v léčbě závislosti.

Empirická část se zabývá výzkumem kontrolovaného užívání nelegálních stimulačních drog, konkrétně pak pervitinu, MDMA, extáze a kokainu. Cílem výzkumu je popsat jev kontrolovaného užívání uvedených látek a určit, pomocí jakých prostředků bylo kontroly u jednotlivých uživatelů dosahováno. Dalším cílem je určit, jak obtížné bylo kontrolovat jednotlivé drogy. Vzhledem k tomu, že se jedná o orientační výzkum, tak byl zvolen kvalitativní metodologický rámec. Ve shodě s většinou zahraničních studií byl zvolen typ případových studií. Data byla získávána (resp. tvořena) pomocí tří metod: polostrukturovaného rozhovoru, metody životní křivky a skrytého zúčastněného pozorování (pomocná metoda). Počet tří metod byl zvolen z důvodu zvýšení validity výzkumu (triangulace metod). Během celého výzkumu byla věnována dostatečná pozornost etickým otázkám (např. zabezpečení anonymity respondentům). Data byla analyzována pomocí zakotvené teorie (otevřené, axiální a selektivní kódování) a pomocí grafické analýzy.

Výzkumný soubor byl tvořen deseti uživateli a byl získán pomocí kombinace několika nepravděpodobnostních metod. Šest respondentů bylo získáno pomocí záměrného výběru, dva pomocí příležitostného výběru a zbylí dva pomocí metody samovýběru (výzvy uveřejněné na internetových diskusních serverech zaměřených na drogovou problematiku). Jeden ze zmíněných deseti uživatelů byl nekontrolovaný – tzv. antityp. Jednalo se o uživatele pervitinu, klienta kontaktního centra, který žil na ulici a v souvislosti s užíváním pervitinu měl hepatitidu typu C a v minulosti byl ve výkonu trestu. Věk respondentů se pohyboval v rozpětí 20-32 let.

Výsledky výzkumu potvrzují, že kontrolované užívání sledovaných látek je možné. Různí respondenti vykazovali různou míru kontroly. Kontrolované užívání je tedy chápáno jako jeden pól kontinua (spíše než kategorie), kde druhý pól je tvořen rizikovým užíváním.

Méně kontrolované a stabilní bylo u některých probandů užívání pervitinu. V průběhu drogové kariéry pak bylo postupem času toto užívání stabilnější a méně intenzivní. Užívání extáze, MDMA a kokainu bylo naopak z hlediska intenzity spíše stabilní a méně intenzivní. Období nadměrného a nekontrolovaného braní bylo spojeno s užíváním pervitinu a s jeho injekční aplikací. Z těchto období se ovšem respondenti dokázali poučit a nabyté zkušenosti využili k dosažení kontroly. Poznatky z užívání jedné drogy dokázali většinou respondenti uplatnit i na užívání jiných drog. Významnou úlohu v procesu učení sehrála marihuana, která byla u většiny probandů v pozici “tréninkové drogy” – respondenti si tak mohli vyzkoušet, co všechno si k drogám mohou dovolit, aniž by to vedlo ke vzniku závažných problémů. Užívání sledovaných drog vykazovalo jak prvky stability (např. velikost užívané dávky), tak dynamické prvky (např. frekvence). Frekvenci užívání a způsob aplikace (injekční užívání) bylo možné označit za významné indikátory míry kontroly.

Užívání všech respondentů (bez ohledu na užívanou látku) bylo vždy multifaktoriálně podmíněné. U všech probandů se uplatňovaly stejné faktory (několik desítek), u každého ovšem v různé míře. Žádný faktor nebylo možné označit za dominantní. Všechny faktory pak byly mezi sebou ve vzájemné interakci.

Pravidla regulující užívání bylo možné rozdělit na uvědomovaná (a také verbalizovatelná) a neuvědomovaná. Pravidla pak byla většinou uplatňována situačně a velmi pružně. Většina respondentů měla i několik málo klíčových pravidel. Tato pravidla pro ně byla velmi důležitá a závazná za všech okolností.

Jako výrazný protektivní prvek kontroly jednotlivých drog bylo odhaleno polymorfni užívání. V případě, že byly drogy pravidelně střídány, tak bylo sníženo riziko závislosti z důvodu častého užívání jedné látky. Poznatky z užívání jednotlivých drog pak byly přenášeny na užívání jiných látek.

Kontrolovatelnost jednotlivých substancí byla respondenty hodnocena velmi podobně. Za obtížně kontrolovatelné látky byly označeny pervitin a marihuana. Snadná kontrola byla naopak udávána u MDMA, extáze i u kokainu. Někteří uživatelé do této kategorie řadili i halucinogeny. Obtížnost kontroly vždy souvisela se zkušeností probandů s denním užíváním dané substance. Většina respondentů se shodla na tom, že kontrolovaně je možné užívat všechny drogy, rozdíl byl spatřován pouze v míře obtížnosti.

## V. Seznam použitých zdrojů a literatury

Apsler, R. (1982). Measuring how people control the amounts of substances they use. In Zinberg, N. E., & Harding, W. M. (Eds.), *Control over Intoxicant Use: Pharmacological, Psychological, and Social Considerations* (37-51). New York: Human Sciences Press.

Běláčková, V. (5. listopadu 2013). *Světové trhy s konopím - směrem k regulaci nabídky*. Získáno 16. listopadu 2013 z <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/78/4326/Svetove-trhy-s-konopim-smerem-k-regulaci-nabidky>

Cohen, P. D. A., & Kaal, H. L. (2001). *The Irrelevance of Drug Policy: Patterns and careers of experienced cannabis use in the populations of Amsterdam, San Francisco and Bremen*. Amsterdam: CEDRO – Universiteit van Amsterdam.

Cohen, P. D. A., & Sas, A. (1993). *Ten years of cocaine. A follow-up study of 64 cocaine users in Amsterdam*. Amsterdam: Department of Human Geography, University of Amsterdam.

Cohen, P. D. A., & Sas, A. (1994). Cocaine use in Amsterdam in non deviant subcultures. *AddictionResearch*,2(1), 71-94.

Cohen, P. D. A., & Sas, A. (1995). *Cocaine use in Amsterdam II. Initiation and patterns of use after 1986*. Amsterdam: Department of Human Geography, University of Amsterdam.

Cohen, P. D. A., Sandwijk, J. P., Musterd, S., & Langemeijer, M. P. S. (1995). *Licit and illicit drug use in Amsterdam II. Report of a household survey in 1994 on the prevalence of drug use among the population of 12 years and over*. Amsterdam: Instituut voor Sociale Geografie, Universiteit van Amsterdam.

Dalgarno, P., & Shewan, D. (2005). Reducing the risks of drug use: The case for set and setting. *Addiction Research and Theory*, 13(3), 259-265.

Danning, P., Jeannie, L., & Glickman, A. (2004). *Over the Influence: the harm reduction guide for managing drugs and alcohol*. New York: TheGuilfordPress.

- Dean, A. J., Saunders, J. B., & Bell, J. (2011). Heroin Use, Dependence, and Attitudes to Treatment in Non-Treatment-Seeking Heroin Users: A Pilot Study. *Substance Use & Misuse*, 46, 417-425.
- Decorte, T. (2001). Drugusers' perceptions of 'controlled' and 'uncontrolled' use. *International Journal of Drug Policy*, 12, 297-320.
- Dvořáček, J. (2008). Neurobiologie závislosti. In Kalina, K. (Ed.), *Základy klinické adiktologie* (25-39). Praha: Grada.
- MDMA. (2010, zima). *Dekontaminace*, 14, 4-7.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2009). *An overview of the problem drug use (PDU) key indicator*. Lisboa: European Monitoring Centre for Drugs and drug Addiction.
- Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost. (2013). *Evropská zpráva o drogách 2013: trendy a vývoj*. Lucemburk: Úřad pro publikace Evropské unie.
- Ferjenčík, J. (2010). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál.
- Gallà, M., Aertsen, P., Daatland, C., DeSwert, J., Fenk, R., Fischer, U., ... Sannen, A. (2005). *Jak ve škole vytvořit zdravější prostředí: příručka o efektivní školní drogové prevenci*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Grof, S., & Grof, C. (2011). *Holotropní dýchání: Nová cesta k sebeobjevování a léčení*. Opava: Holos.
- Grund, J-P. C. (1993). *Drug Use as a Social Ritual: Functionality, Symbolism and Determining of Self-Regulating*. Rotterdam: Instituut voor Verslavingsonderzoek.
- Harding, G. (1988). Patterns of Heroin Use: what do we know? *British Journal of Addiction*, 83, 1247-1254.
- Hartl, P., & Hartlová, H. (2000). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
- Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: základní metoda a aplikace*. Praha: Portál.

- Herzog, A., & Termer, A. (2010). Časopis Dekontaminace: Informační a vzdělávací médium pro uživatele drog. *Adiktologie*, 10(3), 174-179.
- Holcnerová, P. (2010). Vzorce užívání alkoholu ve vybraných kulturách. *Adiktologie*, 10(3), 154–162.
- Hrdina, P. (2003). Harm reduction – Snižování poškození drogami. In Kalina, K. (Ed.), *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup* (263-268). Praha: Úřad vlády České republiky.
- Childress, A. C., & Berry, S. A. (2012). Pharmacotherapy of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in Adolescents. *Drugs*, 72(3), 309-325.
- Jay, M. (1999). Why do people take drugs? *International Journal of Drug Policy*, 10(1), 5-7.
- Janáková, B. (2008). Harm reduction: častné intervence v nízkoprahových službách. In Kalina, K. (Ed.), *Základy klinické adiktologie* (99-110). Praha: Grada.
- Jeřábek, P. (2008). Psychopatologie závislosti. In Kalina, K. (Ed.), *Základy klinické adiktologie* (53-74). Praha: Grada.
- Kaal, H. (2001). *Who are drug users in the Netherlands*. Amsterdam: CEDRO.
- Kalina, K., Dvořák, D., Frouzová, M., Hajný, M., Minařík, J., Miovský, M., & Nešpor, K. (2001). *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Filia Nova.
- Kaplan, C. D., Bieleman, B., & TenHouten, W. D. (1992). Are there 'casual users' of cocaine? In Ciba Foundation Symposium (Ed.), *Cocaine: Scientific and Social Dimensions (Ciba Foundation Symposium 166)* (57-80). Chichester: John Wiley & Sons.
- Korf, D. J., van Ginkel, P., & Benschop, A. (2010). How to find non-dependent opiate users: A comparison of sampling methods in a field study of opium and heroin users. *International Journal of Drug Policy*, 21, 215-221.

- Kudrle, S. (2008). Bio-psycho-sociálně-spirituální model závislosti jak východisko k primární, sekundární a terciární prevenci a kvalifikované pomoci. In Kalina, K. (Ed.), *Základy klinické adiktologie* (17-23). Praha: Grada.
- Leary, T. (1996). *Záblesky paměti*. Olomouc: Votobia.
- Leary, T., Metzner, R., & Alpert, R. (1969). *The Psychedelic Experience: A Manual Based on the Tibetan Book of the Dead*. London: Academic Press.
- Maloff, D., Becker, H. S., Fonaroff, A., & Rodin, J. (1982). Informal social controls and their influence on substance use. In Zinberg, N. E., & Harding, W. M. (Eds.), *Control over Intoxicant Use: Pharmacological, Psychological, and Social Considerations* (53-76). New York: Human Sciences Press.
- Minařík, J. (2003). Stimulancia. In Kalina, K. (Ed.), *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup* (164-168). Praha: Úřad vlády České republiky.
- Minařík, J. (2008). Přehled psychotropních látek a jejich účinků. In Kalina, K. (Ed.), *Základy klinické adiktologie* (339-367). Praha: Grada.
- Miovský, M. (2003). Halucinogenní drogy. In Kalina, K. (Ed.), *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup* (169-173). Praha: Úřad vlády České republiky.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- Miovský, M., & Bartošíková, I. (2003). In Kalina, K. (Ed.), *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup* (25-29). Praha: Úřad vlády České republiky.
- Morávek, J. (nedatováno). *Kontrolované užívání drog*. Získáno 17. listopadu 2013 z <http://www.jan-moravek.cz/?cat=10>
- Morávek, J. (2007). Kontrolované užívání drog: co nám přináší výzkum uživatelů, kteří s drogami umějí zacházet. *Adiktologie*, 7(4), 446-455.
- Morávek, J., & Kabele, J. (2010). Náruživost, koordinace a kontrolované užívání drog. *Sociální studia*, 7(2), 93-114.

- Mravčík, V., Grohmannová, K., Chomynová, P., Nečas, V., Grolmusová, L., Kiššová, L., ... Jurytová, L. (2012). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2011*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Mravčík, V., Škařupová, K., & Orliková, B. (2008). Rekreační užívání drog: užívání drog v prostředí zábavy a existující intervence v ČR. *Zaostřeno na drogy*, 6(3), 1-15.
- Murphy, S. B., Reinerman, G., & Waldorf, D. (1998). An 11-year Follow-up of a Network of Cocaine Users. *British Journal of Addiction*, 84, 427-436.
- Müller, C. P., & Schumann, G. (2011). Drugs as instruments: A new framework for non-addictive psychoactive drug use. *Behavioral and Brain Sciences*, 34(6), 293-347.
- Nechutný, T., & Morávek, J. (2010). Konec konopné kariéry očima někdejších náruživých uživatelů. *Adiktologie*, 10(4), 227 – 235.
- Nešpor, K. (2011). *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál.
- Páleníček, T. (2010). Taneční drogy: aktuální informace o drogách na taneční scéně. *Zaostřeno na drogy*, 8(4), 1-20.
- Páleníček, T., Kubů, P., & Mravčík, V. (2004). *Nové syntetické drogy: charakteristika a hlavní rizika*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Petroš, O., & Zábanský, T. (2003). Rekreační užívání drog – zásadní výzva: opatření je třeba zaměřit na snižování rizik. *Zaostřeno na drogy*, 1(5), 1-8.
- Saberžanovová, P. Ch., & Vacek, J. (2011). Adiktologické služby v prostředí zábavy: preventivní a harm reduction programy pro rekreační uživatele drog. *Zaostřeno na drogy*, 9(2), 1-15.
- Shewan, D., & Dalgarno, P. (2005). Evidence for controlled heroin use? Low levels of negative health and social outcomes among non-treatment heroin users in Glasgow (Scotland). *British Journal of Health Psychology*, 10, 33-48.



- Shewan, D., Dalgarno, P., & Reith, G. (2000). Perceived risk and risk reduction among ecstasy users: the role of drug, set, and setting. *International Journal of Drug Policy*, 10(6), 431–453.
- Schippers, G. M., & Nelissen, H. (2006). Working with controlled use as a goal in regular substance use outpatient treatment in Amsterdam. *Addiction Research and Theory*, 14(1), 51-58.
- Siegel, R. K. (1984). Changing Patterns of Cocaine Use: Longitudinal Observations, Consequences, and Treatment. In J. Grabowski (ed.), *Cocaine: Pharmacology, Effects and Treatment of Abuse*. NIDA Research Monograph Series 50 (92–110). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Siegel, R. K. (2005). *Intoxication: The Universal Drive for Mind-Altering Substances*. Rochester, Vt: Park Street Press.
- Silk Road*. (nedatováno). In Wikipedia. Získáno 18. listopadu 2013 z [http://en.wikipedia.org/wiki/Silk\\_Road\\_%28marketplace%29](http://en.wikipedia.org/wiki/Silk_Road_%28marketplace%29)
- Singer, E. O., & Schensul, J. J. (2011). Negotiating Ecstasy Risk, Reward, and Control: A Qualitative Analysis of Drug Management Patterns Among Ecstasy-Using Urban Young Adults. *Substance Use & Misuse*, 46(13), 1675–1689.
- Szasz, T. (1997). *Drogy: Historie jedné hysterie*. Olomouc: Votobia.
- Šejvl, J. (2011). Kokain (2. část). *Adiktologie*, 11(2), 83-90.
- Uitermark, J., & Cohen, P. (2006). Amphetamine users in Amsterdam. Patterns of use and modes of self-regulation. *Addiction Research & Theory*, 14(2), 159-188.
- Vágnerová, M. (2008). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- Vondráčková, P. (20. června 2012). *Harm reduction v léčbě užívání alkoholu*. Získáno 26. října 2013 z <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/72/3681/Harm-reduction-v-lecbe-uzivani-alkoholu>
- Waldorf, D., Reinarman, C., & Murphy, S. (1991), *Cocaine changes: The experience of using and quitting*. Philadelphia: Temple University Press.

Warburton, H., Turnbull, P. J., & Hough, M. (2005). *Occasional and Controlled Heroin Use: Not a Problem?* York: Joseph Rowntree Foundation.

Zinberg, N. E. (1984). *Drug, Set, and Setting: The Basis for Controlled Intoxicant Use*. New Heaven, CT: Yale University Press.

Zinbegr, N. E., & Harding, W. M. (1982). Introduction: control and intoxicant use: a theoretical and practical overview. In Zinberg, N. E., & Harding, W. M. (Eds.), *Control over Intoxicant Use: Pharmacological, Psychological, and Social Considerations* (13-35). New York: Human Sciences Press.

## ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

**Název práce:** Kontrolované užívání nelegálních drog

**Autor práce:** Michal Nesládek

**Vedoucí práce:** Mgr. Miroslav Charvát, Ph.D.

**Počet stran a znaků:** 105 s. (206 254)

**Počet příloh:** 5

**Počet titulů použité literatury:** 71

**Abstrakt:** Teoretická část práce se zabývá dělením drog, popisem obecného fenoménu užívání drog a souhrnem dosavadních poznatků v oblasti kontrolovaného užívání. Empirická část je zaměřena na kontrolované užívání nelegálních stimulačních drog (pervitin, MDMA, extáze a kokain). Prvním cílem práce je určit, zda je možné užívat nelegální stimulanty kontrolovaným způsobem. Druhým cílem je podat komplexní popis fenoménu kontrolovaného užívání těchto drog. Třetím cílem je vysvětlit, jak jednotliví uživatelé dosahují kontroly u zmíněných látek. Posledním cílem je pak určit, jak se liší možnost kontroly u sledovaných drog. Pro výzkum byl použit kvalitativní metodologický rámec. Typem výzkumu byly případové studie. Data byla získávána pomocí tří metod: polostrukturovaného rozhovoru, životní křivky a pozorování. Data byla analyzována pomocí zakotvené teorie a grafické analýzy. Výsledky této práce dokládají, že kontrolované užívání sledovaných substancí je možné. Užívání jednotlivých drog vykazovalo určité odlišnosti. Nejintenzivnější a nejméně kontrolované bylo užívání pervitinu v prvních letech drogové kariéry respondentů. Užívání MDMA, extáze a kokainu bylo naopak relativně stabilní a méně intenzivní. Hlavními indikátory míry kontroly byly frekvence užívání a způsob aplikace. Užívání všech respondentů bylo multifaktoriálně podmíněné. Jednotlivé faktory měly u různých respondentů odlišnou míru vlivu. Jako obtížně kontrolovatelná droga byl určen pervitin. Ostatní sledované drogy byly hodnoceny jako snadno kontrolovatelné.

**Klíčová slova:** kontrolované užívání, drogy, stimulanty, pervitin, MDMA, extáze, kokain

## ABSTRACT OF THESIS

**Title:** Controlled Illicit Drug Use

**Author:** Michal Nesládek

**Supervisor:** Mgr. Miroslav Charvát, Ph.D.

**Number of pages and characters:** 105 p. (206 254)

**Number of appendices:** 5

**Number of references:** 71

**Abstrakt:** Theoretical part of the paper deals with drugs classification, description of the general drug abuse phenomenon and summarizing up to now findings in the field of controlled use. Empirical research is focused on controlled use of illegal stimulants (methamphetamine, MDMA, ecstasy, cocaine). First goal is to determine possibility of using illegal stimulants in controlled way. Second one is the complex description of drug abuse phenomenon. Third goal is the explanation how single users are able to control drug use of substances mentioned above. Last goal is to specify differentiation of drugs monitored controlling possibilities. Type of research is case studies. Data was gathered with these methods: The semi-structured interview, the life curve and observation. Grounded Theory and graphic analysis helped to analyse data. According to the results, controlled use of analysed substances is possible, however using particular drugs displayed various differences. The most intense and the least controlled was using of methamphetamine in first years of respondents drug career. On the other hand usage of MDMA, ecstasy and cocaine was relatively stable and less intense. As the main control indicators were the frequency of using and the method of application. Drug usage of respondents was multifactorially dependent. Particular factors affected various respondents differently. Methamphetamine was identified as drug uneasy to control. The rest of the drugs monitored were set as easily controlled.

**Key words:** controlled use, drugs, stimulants, methamphetamine, MDMA, ecstasy, cocaine

# Příloha č. 1: Formulář zadání bakalářské práce

Univerzita Palackého v Olomouci  
Filozofická fakulta  
Akademický rok: 2011/2012

Studijní program: Psychologie  
Forma: Kombinovaná  
Obor/komb.: Psychologie (PSYB)

## Podklad pro zadání BAKALÁŘSKÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
NESLÁDEK Michal	Zd. Štěpánka 425, Most	I10273

### TÉMA ČESKY:

Kontrolované užívání nelegálních drog

### NÁZEV ANGLICKY:

Controlled Illicit Drug Use

### VEDOUCÍ PRÁCE:

Mgr. Miroslav Charvát, Ph.D. - PCH

### ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

Student se ve své práci zaměří na jev kontrolovaného užívání nelegálních drog. Cílem práce bude komplexní popis zkoumaného fenoménu: rituály a vzorce chování spojené s užíváním drog, mechanismy vědomého předcházení vzniku problémů spojených s užíváním OPL, identifikace faktorů umožňujících kontrolované užívání atd. Výzkumný soubor bude tvořit cca 10 uživatelů nelegálních drog - stimulancií, kteří mají zachovanou schopnost plnit běžné společenské požadavky. Výběr účastníků bude proveden kombinací metod příležitostného výběru, samovýběru, záměrného výběru a sněhové koule. Z metodologického hlediska půjde o kvalitativní přístup - případové studie. Data budou získávána pomocí polostrukturovaného rozhovoru, zúčastněného pozorování (nestrukturovaného) a kvalifikovaného odhadu. Kvalitativní analýza bude provedena metodami: výčtu, vyvrtávání trsů, zachycení vzorců. Svůj postup práce bude student pravidelně konzultovat s vedoucím práce. Student se též zavazuje k dodržování základních etických pravidel výzkumu. Práce bude zpracována dle aktuálních norem katedry.

### SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

- Cohen, P., & Sas, A. (1994). Cocaine use in Amsterdam in non deviant subcultures. *Addiction Research*, Vol. 2, No. 1, 71-94.
- Cohen, P., & Sas, A. (1994). Cocaine use in Amsterdam II. Initiation and patterns of use after 1986. Amsterdam: Department of Human Geography, University of Amsterdam.
- Grund, J. P. (1993). *Drug Use as a Social Ritual: Functionality, Symbolism and Determinants of Self- Regulation*. Rotterdam: Instituut voor Verslavingsonderzoek.
- Morávek, J. (2007). Kontrolované užívání drog: co nám přináší výzkum uživatelů, kteří s drogami umějí zacházet. *Adiktologie* (7)4, 445-455.
- Mravčík, V., Pešek, R., Horáková, M., Nečas, V., Chomynová, P., Šťastná, L., et al., (2011). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2010. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Nechutný, T., & Morávek, J. (2010). Konec konopné kariéry očima někdejších náruživých uživatelů. *Adiktologie*, (10)4, 226-235.
- Warburton, H., Turnbull, P. J., Hough, M. (2005). Occasional and Controlled Heroin Use: Not a Problem? [Electronic version]. York, Joseph Rowntree Foundation.
- Zinberg, N. E. (1984). *Drug, Set and Setting: The Basis for Controlled Intoxicant Use*. New Haven, CT: Yale University Press.

Podpis studenta:



Datum: 20.4.2012

Podpis vedoucího práce:



Datum: 20.4.2012

## **Příloha č. 2: Osnova rozhovoru**

### **1) Pohlaví**

### **2) Věk**

### **3) Rodinný stav**

### **4) Děti**

### **5) Partnerské vztahy**

### **6) Bydlení**

### **7) Vzdělání**

### **8) Zaměstnání (vč. období nezaměstnanosti)**

### **9) Finance**

- zdroje příjmu
- závazky
- finanční závislost jiných osob na uživateli

### **10) Právní vztahy, problémy se zákonem**

### **11) Trávení volného času, koníčky, zájmy**

### **12) Významné životní události**

### **13) Tabák**

### **14) Alkohol**

- užívání rodičů
- okolnosti užívání
- epizody nekontrolovaného užívání
- historie užívání
- užívání okolí
- komplikace

### **15) Nelegální drogy**

- užívané látky
- negativní zkušenosti
- epizody nekontrolovaného užívání
- drogové preference
- užívání okolí
- komplikace

### **16) Historie užívání pervitinu/MDMA/extáze/kokainu**

- první užití
- období zvýšeného a sníženého užívání
- způsoby aplikace
- frekvence a množství
- abstinence

### **17) Současné užívání pervitinu/MDMA/extáze/kokainu**

- okolnosti
- spoluuživatelé
- kombinace s jinými látkami
- frekvence a množství
- způsoby aplikace
- nekolikadenní už.

- rituály
- užívání okolí
- plánování užívání
- důvody užívání, užívání jako zvládnání zátěže
- na čí straně je iniciativa
- utajenost užívání

## 18) Účinky pervitinu/MDMA/extáze/kokainu

- pozitivní, negativní
- dojezdy
- co užívání dává, co bere

## 19) Obstarávání pervitinu/MDMA/extáze/kokainu

- zdroje, dostupnost
- způsob obstarávání
- nakupování do zásoby

## 20) Informace o pervitinu/MDMA/extáze/kokainu

- kdo naučil užívat
- zdroje informací
- aktivní vyhledávání informací

## 21) Postoje k pervitinu/MDMA/extázi/kokainu

- vztah k užívané látce
- nezákonnost, legalizace
- postoje okolí
- vývoj postojů
- postoj k ostatním uživatelům
- vliv prevence a materiálů s drogovou tematikou
- vnímaná nebezpečnost

## 22) Budoucí užívání pervitinu/MDMA/extáze/kokainu

- představa o užívání
- ukončení užívání

## 23) Komplikace spojené s užíváním pervitinu/MDMA/extáze/kokainu

- negativní zkušenosti
- zdravotní důsledky užívání
- vliv užívání na život uživatele - vztahy s jinými lidmi, zaměstnání, škola, finance
- vyhledání odborné pomoci
- problémy osobní, se zákonem, v zaměstnání, ve škole, finanční, jiné

## 24) Rizikové užívání pervitinu/MDMA/extáze/kokainu

- závislost
- období rizikového užívání
- užívání v zaměstnání, škole

## 25) Kontrolované užívání pervitinu/MDMA/extáze/kokainu

- závazná pravidla a omezení, opatření proti negativním dopadům
- ideální užívání
- porušování kontroly, kontrola ve vztahu uživatele a okolí
- hranice kontrolovaného užívání
- vztah a postoj uživatele ke kontrolovanému užívání

## 26) Kontrolované užívání drog obecně

- kontrola u jiných drog



### **Příloha č. 3: Ukázka přepisu rozhovoru s uživatelem Martinem**

**Popiš mi, jak vypadalo tvoje užívání perníku z hlediska množství a frekvence od prvního užití do současnosti.**

Když jsem to měl poprvý, když jsem to vyzkoušel, tak jsem to měl dvakrát za sebou. Pak dlouho nic, pak jsem měl období, kdy jsem bral víc ...

**Jak dlouhá byla ta pauza?**

Asi 2 roky. Rok a půl? Nevím přesně. Pak jsem 2 roky bral ... to neznámá každé den, ale třeba jednou za 14 dní nebo jednou měsíčně. Pak hodně dlouho ne .... a pak až v poslední době ... asi poslední 2 roky. Moje experimentování s pervitinem vždycky bylo závislé na tom, jestli jsem znal někoho, z mého blízkého okolí, kdo mi to dokázal sehnat. Já jsem nikdy nedělal to, že bych se nějak snažil zaplout do drogové komunity, abych si sehnal perník. Když jsem měl dobrého kámoše, kterej mi to uměl sehnat, tak jó. Měl jsem takhle kámoše, kterej prodával perník, to jsou ty první dva roky .. tak k tomu jsme občas chodili. Pak s tím přestal a já jsem ve svém okolí neměl nikoho, kdo by mi to dokázal obstarat .. a upřímně, já jsem se po tom ani nějak nepídil. A až potom ty dva poslední roky.

**A kdy jsi měl perník naposledy ?**

Nevím, minulej rok .... asi 2 měsíce.

**Když se podíváme na ty poslední dva roky, jak často jsi užíval?**

Nebyly tam žádný moc větší pauzy ... mezi užitíma .. já to vysvětlím, bylo to tak, že jsem si třeba koupil sám pro sebe .. třeba za 4 stovky a dokázal jsem tejdenně v kuse šňupat. A pak jsem měsíc nic neměl .. pak jsem si koupil zase za 2 stovky a šňupal jsem v kuse 3 nebo 4 dny a pak jsem zase 14 dní nebo 3 neděle nic neměl ... nebylo to tak, že bych si to obstarával každé víkend ale spíš jednou

maximálně dvakrát do měsíce s tím, že jsem to sjel za víkend. A nikdy jsem si nedával žádný větší dávky.

### **Měnilo se nějak množství při jednom užití?**

To zůstávalo víceméně stejný.

### **Jakej způsob aplikace používáš?**

Bavíme-li se o perníku, tak vždycky šňupání. Jednou jsem zkoušel kapsli a jednou jsem si to zkoušel rozpustit do džusu.

### **Jaký to bylo v džusu?**

Stejný jako v kapsli, akorát ten džus byl hnusnej jako svině ... málem jsem ho nevpil.

### **Stříkačka tě nikdy nelákala?**

Ne, stříkaček jsem se vždycky bál a nepředpokládám, že by se na tom někdy něco změnilo ... spousta mejch kamarádů skončila na jehle a na předávkování a já jsem měl k tomu vždycky dost velkej odpor. I když už jsem nad tím párkrát přemejšlel, ale stejně jako s heroinem jsem to neudělal proto, že jsem se bál, že by se mi to líbilo.

### **Když si dáš perník ... kde si ho dáš, s kým si ho dáš a co potom děláš?**

Dám si ho většinou někde doma ... u sebe nebo u někoho. S kým? Za poslední dva roky většinou s partnerkou a nebo s vybranými přáteli. A v období před tím ... to bylo taky vždycky s vybranými přáteli. S jedním nebo s dvěma. A co dělám ... to je hrozně různý. Dokážu jít na pivo, dokážu jít na koncert, můžu sedět doma a

povídat si, můžu hrát hry nebo si kreslit ... je to hrozně různý. Můžu jít na procházku ... jak kdy.

### **A bereš o samotě ... jak často to je?**

... já to mám tak, že si perník dávám většinou sám ... když jsem byl s T. a T. to ještě brala, tak s T., ale mě to samotnému vyhovuje víc, pro mě perník není společenská droga, vůbec. Já jsem schopnej fungovat ve společnosti ... to jo .. ale nemám to jako ... MDMA je vyloženě společenská záležitost ... že přijdeme, že jsme skupina lidí a cejtíme sounáležitost ... ale na tom perníku ta sounáležitost není ... nebo aspoň ne pro mě ... i když není mi to nepříjemný bejt ve společnosti ... já se dokážu chovat tak, že to na mě nikdo nepozná ...

### **Máš nějaký rituály spojený s perníkem?**

Ne. Nemám ... vlastně mám jeden .... K perníku musím mít vždycky marihuanu .. perník mě nebaví bez trávy.

### **A máš užívání perníku spojený s určitejma svátkam nebo jinejma významnejma dnama v roce?**

Měl jsem nějakou dobu silvestrovskou tradici, že jsme si s pár lidma dávali každéj rok na silvestra ... a pak jsme šli ven. A jednu dobu jsem měl rychlý vánoce ...

### **Kombinuješ perník i s jinejma drogama?**

S marihuanou ... alkohol výjimečně .... někdy naopak záměrně. Párkrát jsem udělal to, že jsem šel na párty nebo na koncert nebo na nějakou oslavu a vzal jsem si perník proto, abych nevytuhnul v 11, ale aby sem moh pít až do rána.

**Jakým způsobem užíváš? Dáváš si větší dávky míň často, nebo si dáváš míň a došňupáváš se?**

Většinou se došňupávám. U mě to je tak, že když si koupím za 2 stovky, tak si kolikrát připadám jak utrženej ze řetězu .. mám to, tak to šňupu ... a jdu spát jenom proto, že si rozumově uvědomím, že jsem vzhůru 24 hodin a že bych se měl asi chvilku vyspat. Probudím se, nasnídam s, šňupnu si ... to znamená, že když si koupím za 200 na víkend, tak dokud to nevyšňupu, tak jsem furt sjetej. Proto si taky nikdy nekupuju větší množství, protože vim, že já mám dost velkej problém mít to doma .... mít to doma třeba 14 dní a nešáhnout na to.

**Proč vlastně bereš perník?**

Je to pro mě zábava ... podobně jako marihuana a jakýkoliv jiný drogy.

**Používáš někdy perník účelově? Například abys udělal hodně práce ... ?**

Ne, já nedokážu dělat hodně práce na perníku .... když řeknu, že jo, tak je to výjimka. Vzpomínám si, že jsem si dal asi dvakrát perník s tím, že budu doma uklízet, že si udělám generální úklid ... někdy si dám abych nevytuhnul .... ale jinak ne. Jinak je to jako zábava prostě ... jako když jdu na pivko.

**Vzal jsi někdy perník jako únik od problému?**

Ne ... nikdy.

**Jak hodně dopředu plánuješ užívání perníku? Jak hodně je to spontánní záležitost?**

Neplánuju ...



## Příloha č. 5: Ukázka ze seznamu identifikovaných pojmů

- bydlení
- copingové strategie
- dojezdy
- dostupnost
- drogové preference
- důsledky užívání
- důvod užívání
- finance
- frekvence
- historie užívání
- ideální užívání
- informace o droze
- iniciativa
- kombinace s jinými drogami
- koníčky
- konstrukt
- kontrola u jiných drog
- místo užívání
- náklady na užívání
- negativní zkušenosti
- několikadenní užívání
- období rizikového užívání
- plánování
- postoj k droze
- postoje k jiným uživatelům
- postoje okolí
- poučení se
- pozitivní zkušenosti
- pravidla
- právní vztahy
- problémy
- první užití
- přínosy užívání
- relaxace
- rituály
- rodina
- spoluživatelé
- styl braní
- širší okruh známých
- účinky
- utajení
- úzký okruh přátel
- užívané drogy
- užívání o samotě
- užívání okolí
- přesvědčení o kontrolovaném užívání
- vliv prevence
- vliv užívání na život
- vnímaná nebezpečnost
- významné životní události
- vztahy
- zakotvenost v životě
- zaměstnání
- zásoby
- zátěžové situace
- závislost
- zázemí
- zkušenosti s drogami
- zpětná vazba
- způsoby aplikace
- žebříček hodnot