

UNIVERZITA HRADEC KRÁLOVÉ

Filozofická fakulta

Ústav sociální práce

Příčiny a prevence vzniku drogové závislosti

Bakalářská práce

Autor:	Dominika Hanusová
Studijní program:	B6731-Sociální politika a sociální práce
Studijní obor:	Sociální práce
Vedoucí bakalářské práce:	Mgr. Miroslav Kappl, Ph.D.

Hradec Králové 2020



Univerzita Hradec Králové
Ústav sociální práce

Zadání bakalářské práce

Autor: Dominika Hanusová

Studium: U1710

Studijní program: B6731 Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce

Název bakalářské práce: Příčiny a prevence vzniku drogové závislosti

Název bakalářské práce AJ: Causes and prevention of drug addiction

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce se zabývá příčinami vzniku drogové závislosti a její prevencí. V práci je popsáno, co je to droga, jsou zde uvedeny nejznámější drogy a jejich účinky, v neposlední řadě se práce zaměřuje na prevenci pro drogově závislé, na metody sociální práce s drogově závislými a také možnosti léčby v České Republice. V praktické části využívá formu kvalitativního výzkumu pomocí rozhovorů s respondenty.

KALINA, Kamil. Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. Monografie (Úřad vlády České republiky), No. 1. ISBN 80-86734-05-6. NOVOTNÝ, O., ZAPLETAL, J., A KOLEKTIV. Kriminologie. 3. vyd. Praha: ASPI-Wolters Kluwer, 2008, ISBN 978-80-7353-376-8, s. 447-449. ROTGERS, F., 1999. Léčba drogových závislostí. Vyd. 1. Překlad Martin Hajný, Magdalena Sláchalová. Praha: Grada, 260 s. Psyché (Grada Publishing). ISBN 80-716-9836-9

KALINA, K., 2003. Úvod do drogové politiky. In: KALINA, K. a kol., Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, s. 15-24. ISBN 80-86734-05-61

Garantující pracoviště: Ústav sociální práce,
Filozofická fakulta

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

Oponent: doc. PhDr. Ing. Emília Janigová, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 29.6.2018

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Příčiny a prevence vzniku drogové závislosti“ zpracovala samostatně a použila jsem literaturu uvedenou v seznamu použitých pramenů a literatury, který je součástí této bakalářské práce.

V Hradci Králové dne

Podpis autora

Poděkování

Velké poděkování patří především Mgr. Miroslavu Kapplovi, Ph.D, za odborné a trpělivé vedení mé bakalářské práce a také cenné rady. Další poděkování patří sociálním pracovníkům z kontaktního centra RIAPS, kde se mi ochotně věnovali a v neposlední řadě respondentům, kteří se mnou absolvovali rozhovory, bez nich by vypracování práce nebylo možné.

ANOTACE

HANUSOVÁ, Dominika. Příčiny a prevence vzniku drogové závislosti. Hradec Králové, 2020. Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové, Filozofická fakulta, Ústav sociální práce. Vedoucí práce: Mgr. Miroslav Kappl, Ph.D. Bakalářská práce se zabývá příčinami vzniku drogové závislosti a její prevencí. Cílem práce je odhalit příčiny vzniku závislosti oslovených respondentů v návaznosti na jednotlivé úrovně bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. Jde o vyhodnocení, zda lze vyvrátit všeobecný názor veřejnosti, že za závislost na drogách si uživatelé mohou sami, či nikoliv. Teoretická část se na úvod zabývá tím, co je to droga, jsou zde uvedeny nejznámější nelegální drogy, jejich charakteristika a účinky. Následuje seznámení se s pojmem závislost na drogách, zde se práce věnuje především zmíněnému bio-psycho-socio-spirituálnímu modelu závislosti, jelikož jej využívá v praktické části. V neposlední řadě se práce zaměřuje na prevenci pro drogově závislé a na metody sociální práce s drogově závislými. Jsou zde uvedeny i možnosti léčby, ale také instituce, které se péčí o drogově závislé v České republice zabývají. V praktické části práce využívá formu kvalitativního výzkumu pomocí polostrukturovaných rozhovorů, při kterých se řídí bio-psycho-socio-spirituálním modelem závislosti.

Klíčová slova: drogy, závislost, sociální práce

ANNOTATION

HANUSOVÁ, Dominika. Causes and prevention of drug addiction. Hradec Králové, 2020. Bachelor Degree Thesis. University of Hradec Králové, Philosophical Faculty, Institute of Social Work. Leader of the Bachelor Degree Thesis: Mgr. Miroslav Kappl, Ph.D. The bachelor thesis deals with the causes of drug addiction and its prevention. The aim of this work is to find out the causes of the drug addiction of the addressed respondents in relation to the individual levels of the bio-psycho-socio-spiritual model of addiction. Going on evaluating whether the general public's view that users are responsible for drug addiction or not can be rebutted. The theoretical part of the thesis deals with what a drug is, there are listed the most famous illegal drugs, their characteristics and effects. Following is familiarization with the concept of drug addiction, here the work focuses on the above mentioned bio-psycho-socio-spiritual model of addiction, because it uses it in the practical part. Last but not least, the thesis focuses on prevention for drug addicts and on methods of social work with drug addicts. There are also listed treatment options, but also institutions that care for drug addicts in the Czech Republic. In the practical part, it uses a form of qualitative research using semi-structured interviews, in which it follows the bio-psycho-socio-spiritual model of addiction.

Keywords: drugs, addiction, social work

OBSAH

SEZNAM ZKRATEK.....	10
ÚVOD	11
TEORETICKÁ ČÁST	14
1 Co je to droga	14
1.1.1 Drogy a jejich dělení	15
1.1.2 Drogy a jejich historie	16
1.1.3 Drogy a současnost v České republice	17
2 DRUHY NELEGÁLNÍCH DROG A JEJICH CHARAKTERISTIKA ..	17
2.1 Opiáty.....	17
2.1.1 Heroin.....	18
2.1.2 Morfin, braun a metadon.....	18
2.2 Stimulanty	19
2.2.1 Pervitin	20
2.2.2 Kokain	20
2.2.3 Extáze	21
2.3 Konopí a jeho produkty	22
2.3.1 Marihuana a hašiš.....	22
2.4 Halucinogeny	23
2.4.1 Kanabinoidy a lysohlávky	24
2.4.2 LSD	24
3 ZÁVISLOST NA DROGÁCH.....	25
3.1 Typy závislostí.....	26

3.2	Příčiny vzniku a vznik závislosti	27
3.2.1	Bio-psycho-socio-spirituální model	28
3.2.2	Úroveň biologická	28
3.2.3	Úroveň psychologická	29
3.2.4	Úroveň sociální	30
3.2.5	Úroveň spirituální	30
4	PROTIDROGOVÁ PREVENCE	31
4.1	Typy prevence	31
4.1.1	Primární prevence	31
4.1.2	Sekundární prevence	32
4.1.3	Terciární prevence	32
5	Metody sociální práce s drogově závislými	33
5.1.1	Z hlediska individuální sociální práce	33
5.1.2	Z hlediska skupinové práce	35
5.1.3	Z hlediska sociální práce s komunitou	36
6	SYSTÉM PÉČE O DROGOVĚ ZÁVISLÉ	36
6.1	Terapeutické komunity	36
6.2	Terénní programy	37
6.3	Nízkoprahová kontaktní centra	38
6.4	Substituční léčba	39
6.5	Ambulantní léčba	39
6.6	Denní stacionáře	40
6.7	Doléčovací programy	41
7	PRAKTICKÁ ČÁST	42
7.1	Hlavní cíl a dílčí cíle	42

7.2	Kvalitativní metoda a polostrukturovaný rozhovor	42
7.2.1	Tazatelské otázky	44
7.3	Organizace výzkumného šetření a zpracování získaných dat.....	44
7.4	Výzkumný vzorek.....	45
7.5	Rizika z pohledu etiky a metodologie.....	46
8	Analýza získaných dat a její výsledky	47
8.1	Seznámení s respondenty	47
8.2	Dílčí cíl 1: Biologická úroveň-zjistit genetickou a dědičnou výbavu respondenta. 48	
	Shrnutí dílčího cíle 1	49
8.3	Dílčí cíl 2: Psychologická úroveň-zjistit rodinné faktory respondenta projevující se v jeho dětství.	50
	Shrnutí dílčího cíle 2	56
8.4	Dílčí cíl 3: Sociální úroveň-zjistit sociální okolí respondentů.....	57
	Shrnutí dílčího cíle 3	61
8.5	Dílčí cíl 4: Spirituální úroveň-zjistit smysl života respondentů, jejich životní hodnoty a víru.....	63
	Shrnutí dílčího cíle 4	64
8.6	Shrnutí výzkumného šetření	66
9	Závěr a diskuze.....	68
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	72
	INTERNETOVÉ ZDROJE	74
	SEZNAM TABULEK.....	74
	SEZNAM OBRÁZKŮ	74
	SEZNAM PŘÍLOH.....	74

SEZNAM ZKRATEK

KT = kontaktní centra

R 1-5 = Respondent 1-5

T = tazatel

HR = Harm Reduction

ÚVOD

Pro svou bakalářskou práci jsem si vybrala téma Příčiny a prevence vzniku drogové závislosti. Velmi mne zajímá, proč lidé začnou užívat drogy, co je k tomu vede, když je všeobecně známo, jaké důsledky užívání drog má. Z tohoto důvodu jsem si vybrala toto téma. Přála bych si, aby respondentům, se kterými jsem se v průběhu příprav na tuto práci setkala, pomohly naše rozhovory a spolupráce si uvědomit si, co vše jim drogy berou.

Jako mnoho mých vrstevníků, i já, jsem se v životě setkala a setkávám s drogami. Myslím tím, že i v mém nejbližším okolí se vyskytuje pár jedinců, kteří s drogami experimentují a někteří jsou už bohužel dál. Drogy jsou problém, který se nedotýká jen dospělé populace, ale také mládeže. Proto si myslím, že je dobré se touto problematikou zabývat, a že není od věci si přečíst knihu nebo publikaci, týkající se této problematiky. Pro mne je tato problematika velmi zajímavá, jelikož se s ní osobně setkávám, rozhodla jsem se pojednávat ve své práci právě o ní. Nikdy nevíme, kdy se nás toto téma bude týkat, ať už osobně, nebo skrz naše blízké či potomky. Drogová závislost je v současné době určitě aktuální téma, a je dobře, že se o této problematice mluví a dostává se tak do stále většího povědomí veřejnosti. Veřejnost bere drogové závislé jako ty méně inteligentní, slabé, jako ty, co si za svou závislost mohou sami. To je všeobecně rozšířený názor ve společnosti, přitom spouštěčem mohou mnohdy být i situace, do kterých se můžeme dostat všichni. Právě proto jsem se rozhodla ve své bakalářské práci mimo jiné objasnit skutečné příčiny, které vedly k závislosti respondentů, se kterými jsem měla možnost se setkat a hovořit. Mou snahou bylo, aby tato bakalářská práce měla pro veřejnost přínos v podobě informativnosti, pro lepší pochopení této problematiky a případnou změnu názoru na uživatele samé. Je veřejně známo, že návykové látky ničí osudy lidí, jejich zdraví, rodiny a následně berou v některých případech i život. Proto bych chtěla znát pohled samotných uživatelů a hlavní příčiny vzniku jejich závislosti, a doufat, že tyto poznatky pomohou odradit čtenáře od experimentů s drogami.

Cílem práce je odhalit příčiny vzniku závislosti oslovených respondentů v návaznosti na jednotlivé úrovně bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. V závěru práce vyhodnocuji, zda lze vyvrátit všeobecný názor veřejnosti, že za

závislost na drogách si uživatelé mohou sami, či nikoliv. Vyhodnocuji zde také účinnost a účel terciární prevence. Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. Teoretická část je rozdělena na 6 hlavních kapitol, které mají své podkapitoly.

V první kapitole se nejdříve zabývám s všeobecnými pojmy, které jsou s drogovou závislostí spojené. Přijde mi vhodné stručně objasnit, co vlastně droga je a jaké názory na pojem droga mají různí autoři. Poté se snažím nastínit základní dělení drog pro lepší pochopení tematiky a uvádím čtenáře do historie drog, stručně přibližuji jejich původ. Na závěr se v této kapitole krátce věnuji tomu, jak drogy vnímáme dnes.

V druhé kapitole stručně charakterizuji mnou považované nejčastější ilegální drogy. Tato kapitola je velmi důležitá pro představu, jak uživatelé drogy ovlivňují.

V kapitole třetí se věnuji závislosti na drogách. Ve veřejných publikacích je mnoho definic pojmu závislost na drogách, a tak jsem vybrala dle mého názoru ty nejvíce pochopitelné, stručně a jasně řečené. Následuje rozdělení závislostí podle typu a v neposlední řadě se věnuji důležitému bodu mé bakalářské práce, což jsou možné příčiny vzniku, a vznik závislosti jako takové dle literatury.

V návaznosti na kapitolu třetí se ve čtvrté kapitole věnuji protidrogové prevenci. Protidrogová prevence je dle mého názoru velmi důležitá k případné eliminaci, či zmírnění závislosti na drogách, a je nutné jí v teoretické části stručně představit. Prevenci jsem rozdělila podle typu pro lepší představu čtenáře, přičemž se více zaměřuji na prevenci terciární a přístup Harm Reduction. To z toho důvodu, že tázaní respondenti tuto službu využívají a mohu pak určit na základě vlastních poznatků, zjištěných při práci s nimi, zda je tato prevence přínosem a je účinná.

Cílem páté kapitoly je vytvořit přehled metod, které jsou dle mého názoru nejvíce využívané při práci s drogově závislými klienty. Chtěla bych se zde zaměřit spíše na to, jak by taková spolupráce mohla vypadat. Popisuji zde jaký úkol má sociální pracovník při jednotlivých metodách s klienty. Dále bych chtěla v této kapitole představit mnou vybrané techniky, které se využívají už při konkrétní práci s daným klientem, přičemž jsem vybrala ty techniky, které se mi zdají nejúčinnější.

V poslední kapitole se věnuji velmi důležité složce, a to systémů péče o drogově závislé. V této kapitole jsem se pokusila nastínit určité možnosti, které

mohou uživatele drog využít. Vysvětluji, jaké služby tento systém odborné pomoci nabízí a jakým způsobem jejich sociální pracovníci se závislími na drogách pracují. Vybrala jsem dle mého názoru ty nejúčinnější, i když jsem si vědoma, že možností je daleko více.

V praktické části mé bakalářské práce se pokusím nalézt příčiny vzniku drogové závislosti přímo z pohledu uživatelů návykových látek a také nastínit pohled závislých klientů na sebe samé. Výzkum probíhal formou kvalitních polostrukturovaných rozhovorů s respondenty. S těmito respondenty mám dobrý vztah, a to díky KC RIAPS Trutnov, kde jsem absolvovala praxi. S těmito respondenty jsem se v průběhu praxe seznámila, když jsem s nimi průběžně pracovala a domnívám se, že se mi k nim podařilo najít cestu. Myslím si, že respondenti byli upřímní a otevření, rozhovory probíhaly v příjemné náladě a díky tomu jsem mohla dosáhnout cíle, tedy porovnání pohledu uživatelů versus veřejnosti a poznatků literatury. V neposlední řadě se během výzkumného šetření zaměřuji na prevenci drogově závislých, konkrétně na terciární prevenci a přístup Harm Reduction, jelikož ten tázaní respondenti využívají. Díky kontaktu s těmito klienty pak budu moci posoudit účinnost a důležitost této prevence.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Co je to droga

Vzhledem k tomu, že tato práce pojednává o příčinách a prevenci drogové závislosti, je nutné vymezit a objasnit, co to vlastně droga je, kam sahají její kořeny a jak známe drogy dnes.

Droga, v literatuře se setkáváme s mnoha definicemi tohoto pojmu. Tyto definice si jsou dost podobné. Například podle Jiřího Presla (1994), je drogou každá látka, ať už je syntetická, či přírodní, která má dvě vlastnosti. První vlastností je, že látka ovlivňuje jakýmkoliv způsobem naše vnímání reality a prožívání pocitů, zkrátka působí na naši psychiku. Druhou vlastností, kterou látka má, je to, že v nás může vyvolat závislost. (Presl, 1994)

Jiří Beran definuje drogu jako „*každou látku, která má psychotropní účinek, tedy ovlivňuje nějakým způsobem naši psychiku, prožívání, vnímání apod.*“ (Beran, 1995, s.3)

Podle Karla Nešpora (2018) lze za drogu považovat každá chemická nebo přírodní látka, která ovlivňuje myšlení, citění a jednání člověka, a především mění jeho duševní stav. (Nešpor, 2018)

Můžeme tedy říct, že je droga chemická nebo přírodní látka, která po užití působí na naše tělo tak, že může změnit naši náladu, chování, co vidíme, co slyšíme a co a jak cítíme. Užíváním těchto látek, riskujeme, že se na nich staneme natolik závislími, že bez nich nebudeme schopni normálně fungovat.

V trestním zákoníku je uveden pojem návyková látka, tento pojem je důležitý pro trestní řízení. „*Návykovou látkou se rozumí alkohol, omamné látky, psychotropní látky a ostatní látky způsobitelné nepříznivě ovlivnit psychiku člověka nebo jeho ovládací nebo rozpoznávací schopnosti nebo sociální chování*“ (AION CS, 2010-2020)

1.1.1 Drogy a jejich dělení

Je mnoho způsobů, jak dělit psychotropní látky. Společensky nejužívanější je zajisté dělení na drogy legální a nelegální. Další nepoužívanější způsoby se dělí na tři typy klasifikace:

1. podle vzniku,
2. podle typu způsobení a chemického složení,
3. podle stupně společenské nebezpečnosti. (Zábranský, 2003)

Podle vzniku se drogy dělí do tří skupin. Do první skupiny řadíme drogy přírodní, kam patří různé konopné produkty, jako je marihuana, hašiš, hašišový olej. Dále pak koka, opium, psychoaktivní látky jako je durman, mandragora, blín, petúnie atd. Další drogy, které řadíme do přírodních jsou psychoaktivní houby (muchomůrky, lysohlávky a dalších asi 2500 známých psychoaktivních rostlin a hub). Druhou skupinu tvoří drogy syntetické, jako jsou různé amfetaminy a jejich deriváty, opioidy, extáze (MDMA, MDEA, MDBD) a dále těkavé látky atp. Poslední skupinou jsou látky semisyntetické, do této skupiny řadíme LSD, heroin, morfin, crack, kokain a spousty dalších. (Zábranský, 2003)

Druhým dělením drog dle Zábranského (2003) je podle typu působení a chemického složení. Dělení tohoto typu se rozděluje do tří skupin. První tvoří látky tlumivé jako jsou anxiolytika, hypnotika a opiátová skupina. Látky, kterým se říká stimulanty se řadí do druhé skupiny. Do stimulantů se řadí amfetaminy, kokain, těkavé látky a crack. Třetí a poslední skupinu tvoří halucinogeny, do kterých se řadí LSD, psylocibyn, mescalín, PCP (andělský prach), konopné produkty a těkavé látky. (Zábranský, 2003)

Třetím a posledním dělením je dle stupně společenského nebezpečí. V tomto případě se rozděluje především kriminogenní, zdravotní a ekonomická rizika, které plynou z užívání drog. (Zábranský, 2003)

1.1.2 Drogy a jejich historie

Počátek objevení drog lze stanovit stěží, ale podle archeologických nálezů je počátek užívání rostlinných omamných látek obdob paleolitu či neolitu. Lze tedy říci, že jsou drogy stejně staré jako lidstvo samo. V prvopočátcích byly drogy považovány za něco nadpozemského. Účinky drog postupně lidé využívali zejména k léčebným účelům, ale také při duchovních a šamanských obřadech. V těchto obdobích lidé užívali zejména opium, které bylo dostupné v pěstitelském centru máku, které se nacházelo na ostrově Kypr. (Valíček, 2002)

Co se ale pěstovalo mnohem dříve, bylo konopí. Tuto informaci lze odvodit z nálezů zbytků konopných provazů, které jsou z doby kolem 3000 př. n. l. Z počátku se využívalo zejména pro výrobu látek, později pak byli zjištěny jeho omamné účinky na lidský organismus. Užívalo se v nádobách či hrncích, které byly naplněny konopím a po jeho zapálení vdechováno. Vdechovalo se při duchovních či jiných obřadech. Již ve starověkém Řecku používali Řekové různé odvary a masti z omamných bylin, aby ulevili svým bolestem. Drogy tedy již nebyly považovány za něco nadpřirozeného, nýbrž za látky, které umí vyvolat spánek a utlumit bolest, a také látky, které vyvolají teplo, chlad a sucho. (Escohotado, 2003)

Již v období 1500 let př. n. l. byly nalezeny v Peru zmínky o užívání kokainu, což je extrakt z rostliny *Erythroxylon coca*. (Kalina, 2003)

V období 16. – 17. století díky rozvoji vědy a techniky docházelo k mnoha objevům i v oblasti výroby léčiv. Jedná se především o objev jménem morfin. V 19. století, v roce 1858 byl poprvé z kokových lístků vyroben kokain. Nejdříve se kokain používal v medicíně, kde byl používán pro znecitlivění částí těla člověka při operačních zákrocích. V roce 1887 byl poprvé syntetizován amfetamin a v roce 1989 byl synteticky vyroben heroin, předepisovaný především ke zbavení závislosti na morfinu. (Kalina, 2003)

Dostáváme se k 20. století, které je provázeno bojem proti užívání drog a obchodu s drogami. Na počátku 80. let má totální prohibice za následek vývoj nových drog. Nové drogy jsou více a více toxičtější. Mezi ně patří i MDMA neboli extáze. (Escohotado, 2003)

1.1.3 Drogy a současnost v České republice

Dnes mají drogy zcela jiný význam a od roku 1990 patří mezi globální problém. Zejména mezi mladistvými je konzumace návykových látek na vzestupu, a to jak pro relaxaci, tak i pro experimentování. Dlouhodobě bylo užívání omamných psychotropních látek vyšší u mužského pohlaví, ale v posledních letech dochází k vyrovnání rozdílů mezi pohlavími. (Kalina, 2003)

Uživatelé návykových látek jsou stále vynalézavější v nových možnostech užití drog a nových druhů návykových látek. Drogy se stávají více a více dostupnějšími.

Nárůst užívání nelegálních návykových látek sebou přineslo další potíže, a to zdravotní i sociální. S tím souvisí i riziko šíření závažných infekčních chorob a mimo jiné i přibývání zločinů. (Kalina, 2003)

2 DRUHY NELEGÁLNÍCH DROG A JEJICH CHARAKTERISTIKA

Protože tato práce pojednává o nelegálních drogách a jejich vlivu na uživatele, je na místě seznámit čtenáře s nejznámějšími a nejčastěji užívanými nelegálními drogami a stručně vypsát jejich charakteristiku.

2.1 Opiáty

Opiáty jsou rozsáhlou skupinou látek, které mají přírodní a syntetickou povahu. Jejich účinnou látkou je morfin a jeho deriváty. Opiáty mají největší potenciál vyvolávat závislost, odvykání je velmi těžké a ze závislosti se uživatel nemusí nikdy vyléčit. Uživatel je malátný, zmatený, euforický, s poruchami výbavnosti, špatně artikuluje, normální fungování je na bodu mrazu až skoro nemožné. (Kalina, 2003)

Psychotropní efekt opiátů lze obecně popsat jako celkově zklidňující. Po aplikaci nastává stav uvolnění a uklidnění, příjemného a intenzivního prožívání okamžiku, který je spojený s odstraněním problémů běžného života. Pokud uživatel užil svou běžnou dávku, nic zvláštního není na venek poznat, jedná se tedy jen o vnitřní pocit uživatele. (Presl, 1995)

2.1.1 Heroin

Nejčastěji zneužívanou látkou z opiátů je heroin. (Kalina, 2003) Je tedy na místě mu v této práci věnovat větší pozornost. Heroin je nejobávanější nelegální látka, od které není úniku. Jedná se o polosyntetický derivát morfinu – diacetylmorfin. Obecně pro opiáty je typická rychlá tolerance drogy. Díky tomu musí uživatel dávky neustále navyšovat. Je zde jen malé rozpětí mezi dávkou, která vyvolá intoxikaci a dávkou, která je smrtelná. S narůstající tolerancí se rozpětí ještě více zužuje a snadno dochází k předávkování. Eliminace heroinu je přibližně 3-20 minut. Tento krátký čas má za následek zkracování doby mezi jednotlivými aplikacemi dalších dávek, kdy si závislý dávku aplikuje 2-4 x denně. Pokud tak závislý neučiní, jeho tělo chybění látky vnímá jako „abstinenci“ a dochází ke snížení tolerance. V těch „lepších“ případech se objevují příznaky jako průjemy, bolest břicha, špatná nálada, nespavost, úzkostlivost. V těch vážnějších, tedy „horších“ případech, dochází ke zvýšení tělesné teploty a těžší nespavosti, dále se zde objevují poruchy řeči, dehydratace, nechutenství a snadno pak může dojít ke kolapsu a úmrtí. (Kalina, 2003) Uživatelé heroinu líčí své stavy jako s ničím nesrovnatelnou slast, radost a pohodu, která stojí za všechny negativní následky užívání této drogy. (Hajný, 2001)

Nejčastější aplikací heroinu je intravenózní aplikace, tedy nitrožilní. Tento způsob zajistí vyšší účinnost, je ale také zároveň nejrizikovější. Jsou zde i další způsoby podání, a to šňupání, inhalace či kouření. Avšak forma aplikace není důležitá tak, jako dávkování a pravidelnost užívání. Největším rizikem je rychlé klesnutí tolerance, které je výrazné i po vynechání jedné dávky. (Kalina, 2003)

Heroin je tedy příkladem nelegální návykové látky s velmi vysokým rizikem, kdy závislost vzniká pravidelně a velmi rychle. Heroin poškozuje osobnost uživatele, vede k sociálnímu úpadku a také vede uživatele ke kriminalitě. Při užívání heroinu vzniká závislost jak fyzická, tak i psychická. (Kalina, 2003)

2.1.2 Morfin, braun a metadon

Morfin je jeden z alkaloidů opia. V prvopočátcích se užíval perorálně, to však vyvolávalo pocity nevolnosti až zvracení. Je tedy oblíbenější aplikace intravenózně. Tlumí bolest a při častém užívání dochází k závislosti, a to jak psychické, tak i fyzické. (Valíček, 2000)

Braun je typickou českou drogou, která je vyráběna v domácích laboratořích z léků, které obsahují kodein. Vznikne tak hnědá kapalná látka, která je vhodná pro nitrožilní aplikaci. Vytvoření závislosti na této droze je nižší než u heroinu. (Policie ČR, 2019)

Metadon je vyráběn farmaceutickými firmami legálně k substituční léčbě. Avšak drogově závislý si jej opatřují na černém trhu a užívají ho při nedostatku heroinu. Metadon se užívá nejčastěji perorálně, najdou se však i případy nitrožilního užívání. Vytvoření závislosti na této droze je podobně jako u braunu nižší, než jako u heroinu. (Policie ČR, 2019)

2.2 Stimulanty

Stimulanty jsou drogy, jejichž základním efektem je stimulace a povzbuzení. Tento druh drog patří mezi oblíbené a po celém světě jsou opravdu hojně zastoupené. Mezi nejznámější zastupitele této skupiny patří ilegální drogy jako je pervitin, kokain a extáze. (Presl, 1995)

Psychotropní efekt amfetaminových derivátů je výrazný a velice příjemný, proto je také vysoce žádaný. Dochází k celkovému povzbuzení, odstranění únavy, pocitu zvýšené psychické a fyzické výkonnosti, dále dochází ke zrychlení psychiky a nabídky představ, tyto drogy také zvyšují empatii u uživatele, tedy schopnost vcítit se do problémů ostatních a celkově porozumět. Dochází také k uvolnění zábran atp. (Presl, 1995)

Po častém užívání dochází ke vzniku psychické závislosti, vyznačující se především cravingem, tedy pocitem bažení. Dalším rizikem opakovaného užívání stimulantů je také riziko zdravotní, stoupá totiž riziko srdečních a mozkových příhod. Dochází také ke snížení chuti k jídlu, což má za následek prudké snížení hmotnosti. (Kalina, 2003)

U dlouhodobých uživatelů stimulantů, nebo po jednorázově vysoké dávce, může dojít k toxické psychóze. Tato psychóza se projevuje paranoidními domněnkami, že chce jedinci někdo ublížit, dále také halucinacemi a zřetelným postižením nálady. (Kalina, 2003)

2.2.1 Pervitin

Jedná se o chemický přípravek, jehož hlavní vyhledávané účinky jsou ve stimulačním, tedy povzbuzujícím efektu. Pocit euforie je spojený se zvýšeným pocitem sebevědomí, díky kterému překonává uživatel pocit únavy či bolesti, ale také spánku. Účinek pervitinu se dostaví téměř okamžitě a mizí až po několika hodinách. (Hajný, 2001)

Dále pervitin zrychluje psychomotorické tempo, zvyšuje krevní tlak a tep. Jeho užitím je ovlivněna také motorika. Celkově se zvyšuje výkonnost celého organismu. Po odeznění účinku nastává deprese společně s pocitem vyčerpání. Při opakovaném užívání pervitinu vzniká riziko psychické závislosti, fyzická závislost je u pervitinu nemožná. (Kalina, 2003)

Je nutno uvést také rizika pervitinu. Po určité době, která je u každého uživatele individuální, dochází takřka u každého k zásadním proměnám psychiky. Mezi uživateli má tento jev svůj výraz, a to „stíha“. Situace potom vypadá tak, že jedinec začíná mít pocit, že se v jeho okolí děje cosi divného. Pocit, že se ho ostatní snaží podrazit, stává se nedůvěřivým. Pervitinový uživatel pak kolem sebe vidí vše proti němu a snaží se tomu utéci. Jde o rozvoj závažné duševní poruchy způsobené právě pervitinem, či jinou stimulační drogou. Jedná se o paranoidní či paranoidně-halucinatorní syndrom v rámci vznikající toxické psychózy. (Presl, 1994)

2.2.2 Kokain

Dalším klasickým představitelem skupiny stimulačních drog je kokain. Jedná se o přírodní drogu, alkaloid obsažený v listech keře Erythroxylon coca. Tato droga je velmi zajímavá tím, že její užívání v původní podobě – tedy žvýkání listů obsahujících kokain – je klasickým příkladem tzv. společenského abúzu, tedy společensky tolerovaného dlouhodobého brání drogy, spjatého s určitou kulturou – zde s kulturou jihoamerických Indiánů. (Presl, 1994, str. 17)

Vzhledově kokain vypadá jako bílý lesklý prášek, často křídového nebo krystalově šupinovitého vzhledu. To se odvíjí od metody, kterou byl kokain krystalizovaný. Kokain má typický zápach, v Evropě oproti Jižní Americe se může

zápach lišit dle druhů příměsí, nebo být zcela bez zápachu. Typická je hořká chuť a znečitlivující účinek na jazyku či dásni. (Prev-centrum, 2017)

Po užití kokainu má uživatel vysoký krevní tlak, zrychlený puls, rozšířené zornice, objeví se nevolnost a pocení. Pokud ale dojde k opakovanému užití, přináší tato droga euforii. Pravidelný uživatel kokainu je euforický, družný a energický. Co se sexuality týče, má žena po užití kokainu až nymfomanické chování, u mužů vede kokain též k touze po sexu, ale často pak mívají poruchu potence. Kokain nevyvolává fyzickou závislost, jen psychickou. (Kalina, 2003)

2.2.3 Extáze

Další stimulační drogou, která je celosvětově velmi oblíbená, je MDMA – 4-metylendioxy-N-metylamfetamin, neboli extáze. U extáze se vyskytuje řada nepřesností v popisech složení a účincích. Dokonce i chemická struktura je v některých publikacích uváděna pokaždé jinak. Důvodem je to, že derivátů amfetaminu, což je základní droga, je celá řada. Mezi ně patří i pervitin. Na černém trhu se pak objevují tyto deriváty ve všech různých podobách, tyto deriváty jsou pak vydávány za to, co je právě nejvíce žádáno. V tomto případě mluvíme o tzv. fake ecstasy. (Presl, 1994)

MDMA je stimulační a také zároveň empatogenní ilegální droga. Svým účinkem spadá na pomezí stimulancií a psychedelik. Uživatelé na extázi cítí sounáležitost s hudbou a také jim umožňuje snadnější komunikaci s lidmi. Na extázi je uživateli zkrátka dobře, vnímá pohodu, má dobrou náladu, zažívá štěstí a lásku. (Kalina, 2003)

MDMA je droga, která tlumí agresivitu. Přivádí člověka k tomu, co dnešní civilizace stále postrádá, což je schopnost vcítění se do druhého, tedy být empatický. Cca půl hodiny po polknutí dávky, tedy tablety nebo kapsle, se dostaví pocit příjemného tělesného, prohlubování vzájemného porozumění, solidarity a euforizace. Tento efekt se poté cca dvě hodiny výrazně prosazuje a je označován jako „rush“ (jízda). Poté následuje zklidnění s prožíváním. Účinky drogy závisí na zkušenosti uživatele této drogy, na jeho metabolismu, ale také je důležitá vstřícnost vůči této droze. (Presl, 1994)

Mezi další účinky MDMA patří halucinace, zvýšené vnímání barev, zvuků, hudby. Patří sem ale i křeče v čelistech, napětí kosterního svalstva, rozšířená zorničky a také problém se vymočit. Také dochází ke vzrůstu tepové frekvence a tělesné teploty. Uživatelé nemají chuť k jídlu a mají sníženou spotřebu spánku. Při intoxikaci mají uživatelé sucho v ústech a tím i větší potřebu častěji doplňovat tekutiny. (Kalina, 2003)

Mezi nejvýznamnější riziko užití MDMA patří hypertermie, což je přehřátí organismu. K tomu může dojít opravdu snadno, jelikož intoxikovaný člověk přehřátí nevnímá, navíc když je v prostředí noční zábavy, kde je i vyšší teplota okolí. K hypertermii pomáhají i vyšší dávky, nadměrná tělesná aktivita, jako je v tomto případě tanec, opakované užití během noční zábavy a nedostatečná konzumace tekutin. Pravidelné užívání zhoršuje imunitní systém a impulzivitu. (Kalina, 2003)

2.3 Konopí a jeho produkty

Cannabis sativa, konopí set, je jednoletá, dvoudomá bylina. Tato rostlina pochází původně z Indie. Má mnoho různých forem lišících se obsahem pryskyřice a množstvím účinné látky THC (tetrahydrocannabinol). Produktem může být například marihuana a hašiš. Jde o nejstarší rostlinu, která byla pěstována pro její psychotropní účinky. Jedná se pravděpodobně o vůbec nejvíce rozšířenou psychotropní drogu, jejíž užívání se rozšířilo po celém světě. Marihuana a hašiš obsahují stejnou účinnou látku, jde pouze o rozdílnou formu úpravy a výsledného produktu. Hašiš je zaschlá a zformovaná pryskyřice ze samičích rostlin konopí. Sušené a jinak upravované listy a květenství stejné rostliny jsou označovány jako marihuana. (Presl, 1995)

2.3.1 Marihuana a hašiš

Marihuana je zařazována do skupiny drog, které jsou označovány jako lehké drogy. Pro jedny je tato droga představitelem „zla“, pro druhé je to droga, která zaslouží legalizaci. Marihuana je zkrátka droga jako každá jiná, má svá pozitiva a negativa. Jelikož jsou ale tyto dvě strany vyvážené, radí se díky tomu do drog méně rizikových. (Presl, 1995)

Účinky marihuany není však snadné popsat. Jako u řady jiných drog závisí často na osobnosti jedince, na jeho aktuálním stavu a psychickém a fyzickém rozpoložení.

Účinek první intoxikace může být velmi rozdílný. Od žádného efektu přes závratě, nepříjemné tělesné prožitky, suchosti v ústech až po pozitivní náladu, dosažení očekávané euforie, smíchu a zvýrazněného vnímání okolí. (Presl, 1995)

Obecně lze ale říci, že po vykouření přiměřeného množství drogy v jedné či více cigaretách nastupuje nejprve pocit suchosti v ústech spojené s někdy až dráždivým suchým kašlem. Může nastat i nepříjemně vnímané bušení srdce spojené s pocity úzkosti. Nepříjemných prožitků může nastat mnoho, ale ne vždy. Při opakované intoxikaci se docíluje očekávaného stavu rychleji, bez nežádoucích doprovodných účinků. Po odeznění první fáze se často dostavuje fáze pohody a klidu, doprovázená výraznou euforizací a tendencí ke smíchu. Smích je vyvoláván prakticky všemi podněty okolo a je vyvolán velmi lehce. Dalším efektem vykouření marihuany jsou i určité poruchy vnímání spíše příjemného rázu, jako je subjektivně zpomalené vnímání času, zostření barev ale i chuti, jídlo se tedy stává zajímavějším. Dochází také k ostřenému vnímání zvuků. Tento stav trvá až několik hodin, záleží na dávce THC a individuální vnímavosti. (Presl, 1995)

Podle Kaliny (2003), se při velmi častém a nadměrném užívání konopných drog dostavují jemné poruchy poznávacích funkcí. Především nastává zhoršení v oblasti krátkodobé paměti a schopnosti soustředění.

Dle Kaliny (2003) je hašiš konopná pryskyřice, která obvykle obsahuje malý obsah květenství a drobných nečistot. Obsah aktivních látek může přesahovat množství až 40 %. Hašiš má tmavě zelenou až tmavě hnědou barvu. (Kalina, 2003)

2.4 Halucinogeny

Jedná se o skupinu látek přírodních a syntetických, jejichž efektem při požití je změna vnímání. Vnímání je porušeno do různé hloubky a intenzita změny může vyvolat až obraz halucinatorní psychózy – závažného stavu srovnatelného s těžkými duševními onemocněními. (Presl, 1995)

Účinky halucinogenních drog si jsou velmi podobné. Jejich nástup bývá pozvolný, obvykle však do jedné hodiny, ale záleží na množství dávky a individuální citlivosti. Celková délka intoxikace trvá okolo 4-8 hodin. Po aplikaci uživatel pocítuje chvění, nekoordinovanost, závratě atp. Následuje citlivější vnímání předmětů,

prostorů, vnímání barev je o mnoho citlivější. Vše vyjmenované doprovází mírná euforie, dobrá nálada a mnohdy i stavy typické pro extáze. Pokud je uživatel intoxikován vyšší dávkou, nemusí být stavy ovladatelné vlastní vůlí. Mohou způsobit výraznější poruchy myšlení, vztahovačnost až paranoiu doprovázenou s poruchami paměti, úsudku a pozornosti. V nějakých případech může docházet až k negativním požítkům doprovázených úzkostí či depresi. (Shultes, 1996)

Celkový průběh intoxikace halucinogeny je nepředvídatelný a podílí se na něm řada všemožných faktorů okolo, jako jsou očekávání, únava, citlivost jedince. Další důležitým faktorem je i prostředí, ve kterém se dotyčný nachází, s kým, kde, proč, dále pak hudba a celkové naladění. Dobrou stránkou těchto drog je, že nevyvolávají závislost, tím pádem ani odvykací syndrom u nich nelze očekávat. Velkým rizikem je možný rozvoj paranoidních myšlenek a stavů souvisejících s navozeným stavem. (Kalina, 2003)

2.4.1 Kanabinoidy a lysohlávky

Jak už bylo výše zmíněno, dělí se na přírodní a syntetické halucinogeny. Mezi přírodní patří např. kanabinoidy – což je rostlina čeledi Cannabaceae, která je v dnešním světě nejrozšířenější halucinogenní rostlinou, avšak stále málo probádanou rostlinu ukrývající mnoho záhad. Dalším zástupcem přírodních halucinogenů je psilocybe, což jsou lysohlávky. Houby s bohatou historií patří v České republice k nejrozšířenějším přírodním halucinogenním látkám. Umožňují pronikat do zcela „jiného“ světa. Na venek omámený působí dojmem podnapilého stavu, uvnitř se ocitá úplně jinde a ztrácí se ve smršti fantazie. (Shultes, 1996)

2.4.2 LSD

Mezi syntetické drogy patří LSD, což je trip, nejznámější synteticky vyrobený halucinogen. Účinnou látkou je alkaloid paličkovice nachové – diethylamid kyseliny lysergové. Trip je na trhu ve formě malých barevných čtverečků. LSD působí již v malých dávkách. Vyvolává změny vnímání a myšlení. Dávky, které jsou vyšší jak 300 mg silně ovlivňují psychiku člověka a mohou až změnit osobnost člověka. (Kalina, 2003)

Účinek běžně nastupuje po 20-60 minutách. Typickými příznaky jsou pseudohalucinace, nutkání se smát a celková veselost. Uživatel intenzivněji vnímá podměty okolo, vše je dá se říct „živé“, jasnější barvy, tvary, předměty. Uživatel má rychlé jednání a myšlení, často provozuje vnitřní promluvu. Říká se, že na LSD je sexuální zážitek intenzivnější. Jako každá droga, tak i LSD má i své stinné stránky. Mohou navodit zcela odlišné pocity, zvláště je-li v okolí něco, co může daného uživatele negativně ovlivnit. Člověk, co užil LSD je celkově zmatený a cítí strach. Může se objevit takzvaný „bad trip“, který provází úzkost až paranoia. (Shultes, 1996)

3 ZÁVISLOST NA DROGÁCH

Tato kapitola je nezbytně nutná pro pochopení respondentů ve výzkumném šetření práce. Je nutné vědět, co je to závislost na drogách, a tím se pak umět lépe vžít do situace uživatelů závislých na drogách.

V literatuře a veřejných publikacích je k nalezení mnoho definic závislosti na drogách. Hajný (2001) definuje závislost jako onemocnění, které je charakteristické naléhavou touhou po drogách, tedy spíše jejich účincích. Uživatel drog tuto touhu má i přes to, že si užíváním této drogy způsobuje řadu nepříjemných problémů. K závislosti se uživatel obvykle dostane přes experimentování a postupem času následuje pravidelné užívání drogy.

Podle Kaliny (2003) lze definovat závislost jako chronickou a postupující poruchu, která se rozvíjí na základě přirozené touhy člověka po změně prožívání života. *Za určitých okolností tato přirozená touha může přejít v nutkavost a zavdat tak příčinu rozvoji chorobných znaků. Kritický bod nastává, když se změna prožívání stává iluzí a záměnou za změnu reality samotné.* (Kalina, 2003, str. 107)

Emmerová (2010) definuje závislost jako duševní stav, při kterém má člověk neodolatelnou a nepopsatelnou touhu drogu opět užít. Také uvádí, že fyzická závislost vzniká, když se droga stane součástí metabolismu uživatele, což je důvod proč organismus reaguje spíše negativními příznaky při její absenci.

Závislost na účincích drogy je doprovázena také sociální závislostí na skupině lidí, ve které se droga distribuuje a užívá. (Hajný, 2001) S tím se ztotožňuje

i Emmerová (2010), která uvádí a potvrzuje tvrzení Hajného, že má závislost také stránku sociální, která ohrožuje jedince pokaždé, co je v kontaktu s lidmi, kteří drogy užívali s daným jedincem a užívají dále. Vede to tedy k tomu, že jedinec může během pobytové léčby zvládnout drogy neužívat, avšak jakmile se vrátí do rizikového prostředí, může s užíváním znovu začít. Je tedy nezbytně důležité a nutné podrobit se pobytové léčbě doléčovacích programů.

Nešpor (2011) ve své knize definuje závislost dle 10. revize Mezinárodní klasifikace a tvrdí, že by se závislost měla stanovit tehdy, dojde-li během jednoho roku ke třem či k více následujícím jevům. Silná touha či pocit puzení užívat látku, potíže v sebeovládání při užívání látky, když jde o začátek, ukončení a množství látky, postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů. Dále pokračování v užívání přes nespočet jasných důkazů, které vedou ke škodlivým následkům, tělesný odvykací stav, kdy je látka užívána s úmyslem zmenšit příznaky vyvolané předchozím užíváním této látky, případně dochází k odvykacímu stavu, který je typický pro tuto látku nebo průkaz tolerance k účinku látky jako vyžadování vyšších dávek látek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami. (Nešpor, 2011, s.10)

3.1 Typy závislostí

Typy závislostí na psychoaktivních látkách se liší podle druhu drogy a jejích účincích na uživatele.

Psychická závislost se projevuje těžko zvladatelnou touhou vzít si svou dávku drogy, ovlivněnou pocity podrážděnosti a úzkosti pocitu z nedostatku drogy. Závislý jedinec tak reaguje na své pocity uspokojení a blaha, které mu droga přináší, už si nedokáže představit život bez dávky, droga se stala jeho každodenní nutností. (Vágnerová, 2008 s. 549)

Somatická závislost – je definována jako stav adaptace organismu na drogu, někdy doprovázený zvyšující se tolerancí (k dosažení stejného efektu je zapotřebí stále zvyšovat dávku) s častými tělesnými obtížemi při nedostatku drogy, tzv. abstinenčním syndromem. Ten může mít v závislosti na druhu látky různé příznaky, ale téměř vždy zahrnuje neklid, napětí a vegetativní potíže, např. zvýšené pocení, třes. (Vágnerová 2008, s. 549)

3.2 Příčiny vzniku a vznik závislosti

Dle názvu této kapitoly je zřejmé, že se jedná o kapitolu stěžejní. Pro pochopení práce je zde nutné uvést vybrané důvody, které mohou zapříčinit závislost na drogách. Především se tato kapitola věnuje bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti, který je nástrojem ve výzkumném šetření této práce.

Příčin vzniku závislosti je nepřeberně více, než je zatím možné určit a popsat v literatuře. Je celá řada důvodů, které vedou ke vzniku závislosti. Nelze tedy říci, že ke vzniku závislosti vede nedostatek volnočasových aktivit, nesprávná výchova či nezáměr rodičů. Je zde souhra mnoha okolností a příčin, aby dítě začalo experimentovat s drogou, poté ztratilo nad užíváním kontrolu, a nakonec se stalo závislým. (Šindelářová, 2013)

Podle Šindelářové (2013) se mezi faktory potřebné pro vznik závislosti řadí mimo jiné i dědičné předpoklady, neexistují ale geny, které by jedince jednoznačně předurčily pro vznik závislosti a zároveň neexistují ani geny, které by dotyčného před drogami mohly ochránit. Dalším faktorem pro vznik závislosti je prostředí, které vytvoří vhodné podmínky a v neposlední řadě samostatná droga, se kterou se dotyčný setká a její vlastnosti umožňují vytvořit si závislost. (Šindelářová, 2013)

Například synové otců alkoholiků, mají častěji vrozenou vyšší toleranci alkoholu. U těchto jedinců, kteří mají vrozenou vyšší toleranci alkoholu je současně 4násobně vyšší pravděpodobnost brzkého vzniku závislosti na alkoholu. Ke vzniku závislosti inklinují také jedinci s psychickými poruchami – známým rizikovým faktorem jsou poruchy osobnosti. Nejčastěji se uvádí vztah mezi vznikem závislosti a antisociální a hraniční poruchou osobnosti. Další psychická porucha, která je rizikovým faktorem pro vznik závislosti je porucha aktivity s poruchou pozornosti – ADHD. Porucha pozornosti, hyperaktivita a zvýšená impulzivita značně handicapuje tyto jedince v období povinné školní docházky. Snižuje jim šance dosáhnout vyššího vzdělání a omezuje je i při výběru povolání. (Kolibáš, 2007)

Závislost je také spjata s vlivem prostředí, ve kterém se daný jedinec pohybuje. Například nedostatečné sebevědomí, útek před problémy, tlak party apod. bývá důsledkem hlubších psychických a psychologických problémů. (Šindelářová, 2013)

Cena, dostupnost, vědomosti o účincích a postoje společnosti jsou faktory, které rozhodují o prvním užití drogy. Legální a lehce dostupné nelegální drogy jsou nejčastěji užívanými drogami a závislost je tedy běžnější, než závislost na hůře dostupných drogách. (Kolibáš, 2007)

Vznik závislosti na drogách podmiňují tři skupiny etiologických faktorů. Mezi tyto faktory řadíme vlastnosti návykových látek, psychologické a biologické charakteristiky jedince a také faktory prostředí. Význam jednotlivých faktorů u různých lidí je rozdílný, důležitá je jejich vzájemná interakce. Drogovou závislost je tedy nutné pojímat a studovat komplexně jako bio-psycho-socio-spirituální onemocnění, kde se tyto jednotlivé faktory vzájemně doplňují. (Kolibáš, 2007)

3.2.1 Bio-psycho-socio-spirituální model

Pro mou výzkumnou část je nezbytné objasnit, co je to tzv. bio-psycho-socio-spirituální model závislosti na drogách. Tento model vymezuje zdraví jako stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody. Podle této teorie se na vzniku a rozvoji závislosti podílí hned několik faktorů, které se neustále mění, vyvíjí a také vzájemně ovlivňují. Tyto faktory jsou biologické, psychologické, sociologické a spirituální. Jinými slovy u každého jedince, jsou důležité genetické a psychické dispozice, jedincův vztah s rodinou, se svými vrstevníky a s celkovým okolím jedince. Ale také vztah této konkrétní osoby k víře, nějaké vyšší moci. (Kalina, 2003)

3.2.2 Úroveň biologická

Podle Kudrleho (2003) zde hovoříme o genetických a dědičných vlivech, které mohou zvýraznit sklon jedince k návykové látce, nebo k této závislosti predisponovat, ale také o problematických okolnostech během těhotenství. Například když matka užívala návykové látky a zda se plod s účinky návykové látky setkával ještě před narozením. Významné jsou i okolnosti porodu a poporodním období, například přítomnost traumat, nemocí a dalších omezujících či stresujících faktorů.

3.2.3 Úroveň psychologická

Na rozvoji a vzniku závislostí se také podílí **psychogenní faktory**. „Psychogenní faktory můžeme najít již v období nitroděložního vývoje a období porodu. Nejde tedy o biologické faktory perinatálního poškození, ale o souvislosti psychických zážitků, tedy prožívání toho, co eventuálně působilo nějaké biologické poškození.“ (Kudrle in Kalina, 2003, str. 92) Pro představu, prožívá-li žena v těhotenství stres, tento stres se přenáší i na plod. Nebo pokud žena užívá antistresové látky, narodí se jí dítě s určitým kódem o efektu těchto látek v období stresu, který pak čeká na oživení v období postnatálním. (Kudrle, 2003)

Mezi **rodinné faktory**, které mohou být významné z pohledu vzniku a rozvoje závislostí patří například kodependence, což je určitý způsob chování blízkých osob uživatele tak, že mu umožňují setrvávat v závislostních vzorcích chování. Dalším faktorem může být také „hyperprotektivní matka“, což je matka, která je nadměrně pečující a ochraňující svého potomka. Matka, která díky své nezdravě přehnané péči nemožní dítěti prosadit se ve vrstevnických vztazích, naplňovat své vývojové úkoly a v určité fázi se separovat od matky. (Hajný, 2008)

Především zde hovoříme o problematických rysech rodinných vztahů. Jde o užívání návykových látek ze strany jednoho nebo obou rodičů, dále pak trestná činnost rodičů, nedostatečná, nebo naopak přehnaná péče rodičů o dospívajícího jedince. Příliš časté pocity studu a viny, nadměrná náročnost či naopak volnost a kontrola nad dítětem. Dalším velkým problémem je špatná komunikace v rodině a také znehodnocování názorů a hodnot členů rodiny. (Hajný, 2008)

Trauma a závislost je velmi velkým faktorem příčiny závislosti na návykových látkách. Může jít například o úmrtí blízké osoby, odebrání dětí, dramatické konflikty mezi rodiči, znásilnění, zneužívání, těžkou nehodu, stresující hospitalizaci a podobné špatné zkušenosti. Dle Kudrleho (2003), lze rozdělit trauma do dvou typů. Prvním typem je trauma jednorázové, které ústí do postraumatické stresové poruchy. Pokud jde o pohled vzniku a rozvoje závislosti, hovoříme především o druhém typu, který je chronický a většinou vzniká v raném věku. Čím mladší věk, tím těžší dopad má na vývoj a psychiku, zvláště pokud je dítě tak malé, že ještě nedokáže verbalizovat. „Trauma přerušuje kontinuitu a tím se stává věčným. Trauma způsobuje nenávist

k sobě samému, nízké sebehodnocení a neschopnost ocenit druhé. Nakonec vyvolává pocit izolace v nitru člověka i mezi lidmi. Bezmocnost, izolace a ochromující strach jsou jádrovými prožitky psychického traumatu.“ (Kudrle, 2003, str. 131)

3.2.4 Úroveň sociální

Mluvíme zde o celkovém nastavení současné společnosti. Společnosti, která klade tlak na výkon, na úspěch, výkonnost a dokonalost. Úroveň sociální se dle mého názoru týká především adolescentních generací a jejich potřebu identifikovat se s partou, ovlivnitelností party a přijetí do skupinových norem.

Je celá řada faktorů, které se mohou podílet na rozvoji závislosti na užívání návykových látek. Mezi ně patří výchova, celkový vliv rodinného prostředí, jakým směrem je jedinec veden, ale také vrstevnické vztahy.

Dá se říci, že jiný postoj k droze budou mít jedinci, kteří vyrůstali v bezpečném a milujícím rodinném prostředí, oproti těm, kteří takové štěstí neměli. Na užívání nelegálních návykových látek má jistě i vliv prostředí ve kterém žijí. Jinak budou drogu vnímat jinak ti, kteří žijí na venkově a jinak ti, kteří žijí ve městech, a jejich životní styl je odlišný.

3.2.5 Úroveň spirituální

„Jde o intimní oblast přímého prožitku toho, co je za každodenním úsilím, co dává smysl tomuto úsilí, co dává smysl životu vůbec.“ (Kudrle in Kalina, 2003, s. 93)

Spiritualitu vnímáme jako vztahující se k nejhlubším myšlenkám lidí. Jde lze také o víru lidí. Spiritualita může být cestou k osobním hodnotám, smyslu života, spokojenosti a moudrosti. Některé hodnoty života mohou být pro uživatele nedostupné potlačí je v sobě. Tím potom smysl života ztrácí a často jsou demotivováni bojovat s krizí a raději se utopí ve stavu po návykové látce, která jim pro danou chvíli smysl života přináší. Dle mého názoru se absence smyslu života, duchovních hodnot a duchovní autority dá považovat za významný spouštěč pro braní drog.

4 PROTIDROGOVÁ PREVENCE

Tato kapitola se zabývá protidrogovou prevencí. Je velmi důležitá, vzhledem k tomu, že užívání drog a následná závislost na drogách je velkým problémem postižených jedinců, ale i společnosti, a díky drogové prevenci se snažíme tento problém zmírnit.

Protidrogová prevence je soustava opatření, mající předcházet či zamezit drogovým závislostem. Lze ji rozdělit na tři typy prevencí, které jsou v další podkapitole popsány důkladně. U primární prevence jde o předcházení užívání drog u populace, která s drogou ještě nepřišla do kontaktu. Předcházet se dá např. formou akcí na školách či v klubech pro mládež, kde mohou probíhat přednášky o problémech spojených s užíváním drog. U sekundární prevence jde o předcházení vzniku a rozvoje závislosti u osob, které se již s užíváním drogy setkali nebo se stávají závislými. Pomoc se může uskutečňovat včasnou intervencí, poradenstvím a léčením. Terciární prevence je stupeň poslední, který se snaží předcházet trvalému zdravotnímu či sociálnímu poškození u užívání drog. Do této prevence patří zejména sociální rehabilitace, návštěva doléčovacího centra nebo podpora v abstinenci, která může probíhat formou odborné institucionální podpory nebo podpory od blízkých abstinujícího jedince. (Kalina, 2003)

4.1 Typy prevence

4.1.1 Primární prevence

Tato prevence se soustřeďuje na stranu poptávky na drogovém trhu. Primární prevence usiluje o to, aby se potenciální spotřebitel doopravdy spotřebitel nestal. Specifickým cílem je dosáhnout alespoň odložení kontaktu s drogou do vyššího věku, jelikož u dětí a teenagerů mají drogy na rozvoj osobnosti a sociální integraci mimořádně destruktivní vliv. (Kalina, 2003)

Cílovou skupinou je ta populace, která s drogou ještě nepřišla do kontaktu.

Podle Nešpora (2011) má program primární prevence začínat co možná nejdříve a má odpovídat věku, má být malý a interaktivní, zahrnovat podstatnou část žáků. Jde o získávání relevantních sociálních dovedností a dovedností potřebných pro život

včetně dovedností odmítání, zvládání stresu atd. Bere v úvahu místní specifika, využívá pozitivní vrstevnické modely, zahrnuje legální i nelegální návykové látky a zahrnuje i snižování dostupnosti návykových rizik a poptávky po nich. Program je soustavný a dlouhodobý, komplexní a využívá více strategií, počítá s komplikacemi a nabízí dobré možnosti, jak je zvládat. (Nešpor, 2011)

4.1.2 Sekundární prevence

Cílovou skupinou této prevence jsou lidé, kteří již drogu užili, nebo užívají. Spočívá tedy v předcházení vzniku, rozvoji a přetrvání závislosti u osob, které již drogu užívají nebo se již staly na ní závislými. Léčba se dělí na a) léčbu vedoucí k abstinenci, b) léčbu vedoucí ke kontrolovanému užívání a c) léčbu s udržovací substitucí, zde je podávána v terapeutickém záměru substituční látka. Léčebné úsilí nezávisí jen na jedinci, ale také na jeho rodině a okolí. Využívá se zde i nemedicínský přístup jako např. resocializace, reedukace, právní a sociální poradenství apod. (Kalina, 2008)

4.1.3 Terciární prevence

Cílem je předcházení trvalému a vážnému poškození z důvodu užívání drogy. Jde tedy především o snižování rizik a důsledků spojených s užíváním návykových látek. Nehovoříme zde tedy o úplném odstranění závislosti na drogách, ale spíše o cestě „menšího zla“. Hojně užívaný a také jeden z hlavních přístupů se nazývá Harm Reduction. (dále HR). Podle Kaliny (2008) se přístup HR snaží zabránit následkům poškození spojených s užíváním návykových látek. HR jsou přístupy snižování či minimalizace poškození drogami u uživatelů drog, kteří v současné době nejsou motivováni k tomu, aby užívat přestali. HR se snaží omezit, minimalizovat či zmírnit riziko život a zdraví ohrožujících infekce, které se šíří sdílením injekčního náčiní při nitrožilní aplikaci drog a nechráněným pohlavním stykem, jako je AIDS a hepatitida typu B a C. Mezi nejznámější postupy užívání v HR patří výměna použitého injekčního náčiní za sterilní, poskytování informací o možnostech léčby či jiné odborné pomoci, kontaktní poradenství a edukace o rizicích. (Úřad vlády ČR, 2015)

5 Metody sociální práce s drogově závislými

V sociální práci existují metody, které se přímo využívají při práci s drogově závislými klienty. Vzhledem k tomu, že se autoři publikací na metody sociální práce dívají každý jinak, vybrala jsem ty, které jsou uváděny nejčastěji. Jedná se o individuální sociální práci, sociální práci se skupinou a sociální práci s komunitou. Tyto metody jsou nezbytnou součástí práce s uživateli drog.

5.1.1 Z hlediska individuální sociální práce

Aby byla intervence s klientem úspěšná, musí být klient motivován ke spolupráci a musí sám chtít svou životní situaci řešit. Musí také vědět, že cílem intervence není vždy nutně odstranění určitého problému. Klient musí chápat, že cílem intervence je, aby se tento daný problém zmenšoval či postupně upadal. Pokud klient nespolupracuje na 100 %, je potřeba klienta ke spolupráci namotivovat a připravit jej. Řezníček doporučuje provést těchto 5 kroků:

1. vysvětlit a popsat potřebnost následujících společných setkání,
2. zjistit, s klientem, proč nechce spolupracovat,
3. navrhnout další setkání a vysvětlit detailně důvody,
4. vyčlenit nejvíce problematické oblasti v životní situaci klienta,
5. neustále klienta povzbuzovat (Řezníček, 1994).

Pro klienta je velmi důležitý vztah, který se sociálním pracovníkem má. Drogově závislý jedinec velmi těžko tyto vztahy navazuje a může to pro něj být těžké, navázat kontakt s někým, kdo je pro něj cizí. Proto je v tomto typu problému navázání vztahu s klientem první krok k tomu, aby sociální pracovník alespoň zmírnil klientovu nepříjemnou situaci. Pro usnadnění navázání kontaktu s klientem musí sociální pracovník používat komunikační dovednosti jako je neustálé povzbuzování, citlivé překonání chvil mlčení, verbalizace pocitů klienta a následně interpretace pocitů klienta, pochopení klienta, vyzdvihnutí a podpora silných stránek klienta a další. Nedílnou a moc důležitou součástí individuální práce s klientem je nonverbální komunikace, což znamená udržovat oční kontakt a mít příjemný tón hlasu. (Řezníček, 1994)

V práci s drogově závislými je velmi různorodá klientela, kde se klienti potýkají s nejrůznějšími problémy spojené s užíváním psychoaktivních látek. Proto nemůže být sociální pracovník připraven úplně na každého z nich. Existují ale používané strategie a postupy, které může sociální pracovník použít a pomoci si tak při vedení intervence. Mezi tyto postupy a strategie patří například plánování rozhovoru, výměna rolí, povzbuzování, konfrontace, změna perspektivy a další. (Řezníček, 1994)

Pro drogově závislé klienty je dle mého názoru tato metoda sociální práce vhodná. Vzhledem k tomu, že je individuální, klienti mají více soukromí a jsou sociálnímu pracovníkovi otevřenější. Tím pádem mohou navázat lepší a intimnější vztah, práce se může opřít o důvěru a sociální pracovník se lépe orientuje v problémech klienta.

Technika sociální statut

Pokud sociální pracovník spolupracuje jen s jedním klientem, má vyhrazený čas, soustředí se a koncentruje pouze na něj. Při intervenci může použít sociální pracovník dané techniky. Já jsem vybrala techniku nazývanou sociální statut. Díky této technice můžeme zjistit, jak klient vnímá sám sebe, kam se zařazuje a kam vůči sobě řadí jiné osoby. Sociální pracovník také lépe zjistí, zda klient se svou situací spokojený, co by mohl udělat pro to, aby se viděl v zařazení lépe, apod. Záleží na konkrétní intervenci, kdy tuto techniku použít, je vhodná např. pro zjištění, jak se klient cítí v rodině, jak v partě atd. (Králová, 2002)



Obrázek 1 - Technika statut (Králová 2002, str. 19)

5.1.2 Z hlediska skupinové práce

Skupinová práce je odlišná od individuální, a to jak svým zaměřením, tak i celkovým průběhem intervence. Pro drogově závislé klienty by mohla být podstata skupinové intervence přínosná, jde zde totiž o vzájemné sdílení pocitů členů této skupiny, kteří se cítí komfortněji a mají pocit, že se svým problémem nejsou na světě sami. Je zde také možnost, že členové skupiny zde naváží vztahy s ostatními a díky tomu by mohli mít větší motivaci pro zlepšení své životní situace. Dle mého názoru je tato metoda sociální práce pro drogově závislé vhodná, záleží ovšem na povahách klientů, jestli jsou radši v kolektivu či preferují soukromí.

Dle Navrátila (2001) má skupinová práce pět fází. První fáze se nazývá **formování**. V této fázi komunikuje klient převážně se sociálním pracovníkem, zatímco se postupně začíná rozvíjet i komunikace s ostatními členy skupiny. Druhou fázi nazývá Navrátil (2001) jako fázi **bouření**. Název se odvíjí od faktu, že se mohou vyskytovat konflikty mezi klienty. Třetí fáze **normalizace** je pro klienty klíčová, probíhá zde totiž skupinová soudržnost. Fáze **uskutečňování** je předposlední fází, v tuto chvíli skupina již nepotřebuje sociálního pracovníka, ten je již zde jako pozorovatel. Poslední fází je fáze **zakočení**. Ta nastává v situaci, kdy členové již dosáhnou svého cíle, což například znamená, že najdou řešení, jak lépe zvládat svou závislost apod. (Navrátil, 2001)

Technika kruhu aktivit

Tato technika je využívána především za předpokladu, budeme-li spolupracovat s rodinou klienta. Důležitou částí klientova života je, jak tráví svůj volný čas. Při této technice klient do kruhu zaznačí, jaké aktivity a kolik času se denně věnuje. To samé učiní i ostatní členové rodiny z jejich pohledu.

Výšece klienta a výšece ostatních členů rodiny se následně porovnají a následuje pobavení zúčastněných, proč si myslí, že se výšece klienta a výšece rodiny neshodují. Při této technice může například vyjít najevo, že má klient až moc volného času a v tomto volném čase možná dělá to, proč je vlastně s celou rodinou ve skupinové intervenci. (Králová, 2002)

5.1.3 Z hlediska sociální práce s komunitou

Komunita je místo, kde může člověk získat emocionální podporu, praktickou pomoc v každodenním životě a ocenění. Komunita má společný základ sdílených hodnot, vyznačuje se vzájemnou péčí, důvěrou a týmovou prací, má rozvinutou vnitřní komunikaci, usnadňuje lidem účast na veřejných věcech. Komunita si vytváří vlastní identitu a je schopna předávat hodnoty. V praxi se můžeme potkat s pojmy jako je

- občanská komunita – osoby, které ve společném prostředí vykonávají každodenní aktivity,
- spirituální komunita – osoby, které sdílí podobné myšlenky a snaží se o společný rozvoj,
- terapeutická komunita – je specifická forma léčebné instituce, která umožňuje otevřenou komunikaci a podílení se na léčbě. (Matoušek, 2008)

Komunitní sociální práce je velmi využívanou metodou. Techniky, které se dají využít v práci s komunitou jsou obdobné jako například u práce s jednotlivcem – tedy technikou statut.

6 SYSTÉM PÉČE O DROGOVĚ ZÁVISLÉ

V této kapitole jsou uvedeny jednotlivé programy péče o drogově závislé. Dle mého názoru jsou zde vybrány programy, které jsou nejčastěji využívány.

6.1 Terapeutické komunity

Terapeutické komunity (dále jen „TK“) mají souvislost s oblastí zdravotnictví. Původně byla léčba zaměřena především na klienty, kteří jsou závislí na alkoholu, ale postupem času TK rozvinuly svou specializaci i na osoby závislé na psychoaktivních látkách. *Terapeutická komunita je zvláštní formou intenzivní skupinové psychoterapie, kde klienti, většinou různého věku, pohlaví a vzdělání, spolu určitou dobu žijí, a kromě skupinových sezení sdílejí další společný program s pracovní a jinou různorodou činností.* (Kratochvíl (1979) v Kalina, 2003, str. 53.

V TK pracují kvalifikovaní odborníci různého zaměření, lékařského, ale také psychoterapeutického či pedagogického. Tito odborníci poté prochází specializovanými výcviky v oblasti psychoterapie. Samotná terapie probíhá

v uzavřené komunitě, kde jsou léčeny specifické skupiny osob. Tyto skupiny mohou být mladiství, závislé matky s dětmi apod. Hlavním programem TK jsou skupinová sezení, kde se vykonávají programy různých činností. TK je jistota při léčbě, poskytuje bezpečí klientovi a také možnost zbavit se závislosti a pokusit se změnit si život k lepšímu, bez drog. (Kalina, 2003)

Fungování TK závisí na aktivním podílu klientů na léčení, komunikace mezi klienty a odborným personálem, kolektivnost, přítomnost na terapeutických sezeních a zodpovědnost za jejich chování. (Nešpor, 2011)

Terapeutické komunity můžeme rozdělit dle několika typů:

- v zařízení, které poskytuje střednědobou léčbu,
- působící ve specifických podmínkách – vězení,
- pracující se specifickými pacienty,
- v zařízení, kde léčba trvá jeden rok i déle a dělí se do několika stádií

(Nešpor, 2011, str. 94).

Aby klient mohl v TK působit měl by si uvědomovat základní principy, které sebou komunita nese. Jedná se o motivaci klienta k vlastní změně, schopnost přijímat zodpovědnost za své chování. Přestože terapie probíhá ve skupině, podmínky života v komunitě se co nejdůvěrněji podobají běžnému životu. Závislý člověk je svobodná bytost a vstup do komunity je dobrovolný. Přejít z komunity do běžného života probíhá postupně a pomalu, terapeutický tým je poradcem a průvodcem, nikoliv expertem na klientův život. (Kalina 2003, s. 201)

6.2 Terénní programy

Terénní programy jsou základním článkem systému péče o drogově závislé. Jsou určeny k navázání prvního kontaktu v terénu s drogově závislým jedincem. Tyto programy zahrnují program Harm reduction – již zmiňovaný na str. 30. Jedná se o aktivity, které snižují rizika spojená s užíváním drog. Cílem terénních programů je motivace jedince ke změně životního stylu, nejlépe k ukončení konzumace drog a také doporučení příslušného zařízení k léčbě.

Terénní práce je forma sociální služby, je to služba anonymní a bezplatná. Činnost terénní práce se provádí na ulicích, v bytech a objektech, kde se drogově závislí jedinci zdržují. V daných prostorách se pak instalují velké kontejnery na použitý injekční materiál, které vyměňují pracovníci terénního programu.

Cílovou skupinou terénních programů jsou uživatelé nelegálních návykových látek, kteří nedochází do adiktologických zařízení. Další skupinou jsou i ti uživatelé, kteří si aplikují drogy nitrožilně a také uživatelé s rizikovým chováním. (Kalina, 2003)

6.3 Nízkoprahová kontaktní centra

Kontaktní centra (dále jen „KC“) jsou nízkoprahová zařízení, jejichž cílem je snižování zdravotních a sociálních rizik, které jsou spojené s užíváním návykových látek. I zde jde o formu „Harm Reduction“ podobně jako u terénních programů. Jedná se o aktivity a programy, které primárně směřují ke snížení zdravotních, ekonomických a sociálních rizik, které jsou spojené s užíváním drog a při tom nemusí nutně docházet ke snižování spotřeby drogy. (Kalina, 2003)

Ráda bych zde představila konkrétně KC RIAPS, kde jsem absolvovala praxi v rámci studia oboru sociální práce. Toto KC se nachází v Trutnově a nabízí mnoho služeb. Mezi služby KC patří výměnný program (výměna stříkaček), poskytování informací ohledně relativně bezpečného užívání a bezpečného sexu, poskytování zdravotnického materiálu (destilované vody, filtry, alkoholové a suché tampony, kyselina askorbová, želatinové kapsle, kondomy), těhotenské testy, ošetření drobných poranění (dezinfekce, náplasti, masti...), hygienický servis (sprcha, praní prádla) a potravinový servis (káva, čaj, instantní polévky, šťáva). Dále zajišťuje asistenci (doprovod na úřady, zdravotnická zařízení...), internet pro klienty (vyhledání volných pracovních míst, e-mailová komunikace s institucemi). (RIAPS, 2020)

Dále KC RIAPS uživatelům návykových látek a jejich blízkým nabízí služby jako individuální poradenství (zdravotní, sociální, motivace k abstinenci, udržení motivace před nástupem do léčebny...), individuální a skupinové poradenství pro rodiče a blízké osoby, sociální práce (pomoc s vyřízením dokladů, sociálních dávek, s hledáním bydlení, práce...), zajištění léčby na specializovaných pracovištích, zajištění potřebných vyšetření, telefonické konzultace, krizovou intervenci.

Mezi služby KC RIAPS patří také služby pro veřejnost, kdy poskytují sběr a bezpečnou likvidaci pohozených stříkaček, pořádají besedy. V neposlední řadě centrum provádí testování uživatelů na infekční choroby HIV, VHC, VHB, Syfilis. (RIAPS, 2020)

6.4 Substituční léčba

Principem substituční léčby je náhrada ilegálně a draze získávané drogy, aplikované intravenózně, krátkodobě účinné drogy za látku s obdobným účinkem. Ovšem tato látka se podává pravidelně, legálně a zdarma či velmi levně. Tato náhradní látka je v čisté formě a podávána perorálně, výjimečně jiným způsobem. Nástrojem této léčby je podávat tuto substituční návykovou pod lékařským dozorem. Látka snižuje abstinenci příznaky a pomáhá závislému zbavit se závislosti.

Hlavním cílem je snižování konzumace návykových látek, celkové zlepšení fyzického a psychického zdraví pacientů, pomoc při obnovení sociálních vztahů pacienta a také snižování kriminálních sklonů, které mohou drogy vyvolávat.

Aby byl pacient zařazen do substituční léčby, musí splňovat určité faktory. Mezi tyto například patří, klient neužívá drogy nitrožilně a je závislý na opiátech déle jak půl roku, substituční léčba nezvýší poškození vyvolané látkou a pomůže dosáhnout cílů léčby, pacient má opakované neúspěšné pokusy o abstinenci, trpí drogovou kriminalitou, těhotné pacientky, jedinci s virem HIV.

V substituci se nejčastěji užívají preparáty jako je metadon, se kterým jsme již seznámeni na str. 16 a subutex, což je lék obsahující látku buprenorfin. (Kalina, 2008)

6.5 Ambulantní léčba

Základem ambulantní léčby je nevyčlenění klienta z původního prostředí. Tato léčba je nelůžková. Klient při ní dochází do zařízení, kde se léčba poskytuje. Délka, frekvence a doba kontaktu je individualizovaná, přizpůsobená potřebám klienta a je zakotvená v písemné či ústní podobě. (Kalina, 2001)

Skládá se z týmu odborníků ve zdravotnictví, z lékařů, zdravotních sester a psychologů. V zařízení je poskytována zdravotní péče pro jedince závislé na návykových látkách. Ambulantní léčba může poskytovat poradenské, terapeutické

a sociální služby. Léčba je dobrovolná a je mířena na osoby, které jsou ohroženy díky užívání návykových látek, a to bez omezení věku, pohlaví, vzdělání a zaměstnání. (Kalina, 2008)

6.6 Denní stacionáře

Podstatou intenzivní péče je strukturovaný program, jehož principy převzala denní centra pro závislé nejen z terapeutických komunit, ale i z denních center pro duševně nemocné, s nimiž často koexistovala v jednom městském společenství. (Kalina, 2001, str. 179)

Cílovou skupinou denních stacionářů mohou být závislí na alkoholu, na opioidech, nejčastěji na heroinu a na stimulačních drogách. Také sem spadají i nedlouho abstinující klienti nebo ti, kteří drogy stále užívají, ale chtějí přestat. Strukturovaný program je definován jako léčebný program a podle Kaliny (2003) má tyto charakteristiky:

1. *přesný časový rozvrh*
2. *soubor pravidel, která stanoví podmínky léčby a definují žádoucí a nežádoucí chování účastníků programu včetně případných sankcí,*
3. *vyvážená skladba programu: skupinové terapeutické aktivity, aktivity pracovní, aktivity sportovní, kulturní, klubové apod.,*
4. *v denní, ústavní a rezidenční léčbě rozsah minimálně 20 hodin týdně rozvržený do 5 pracovních dnů.* (Kalina, 2003, str. 179-180)

Cílem denní intenzivní léčby je dosažení a udržení abstinence od původní drogy, ale také od spouštěcí drogy, dále přimět klienta ve změnu sebepojetí a v jeho vztazích. Cílem je také podpořit klienta v osobním zrání, zlepšit jeho sociálního fungování a také osvojení základních dovedností každodenního života, které jsou potřeba pro studium či zaměstnání. (Kalina, 2001)

6.7 Doléčovací programy

Programy následné péče jsou vhodné a doporučované po ukončení ústavní léčby nebo pobytu v terapeutické komunitě. Cílem těchto programů je podporovat bývalého uživatele návykových látek v abstinenci a také ho doprovázejí při návratu do společnosti.

Klienti doléčovacích programů jsou tedy ti, kteří trpěli závislostí na návykových látkách. Nejlépe ti, co abstinují 3 měsíce – preferuje se zde absolvování detoxifikace nebo krátkodobé léčby. Je potřeba reagovat na potřeby klientů, jedině tak může být program přínosný a úspěšný. Pokud se nejedná o lékařské zařízení, není nutná trvale přítomnost lékaře nebo psychiatra, je ale nutné mít služby dohodnuty externě. Tým odborníků tvoří psycholog, speciální pedagog a sociální pracovník. (Kalina, 2003)

7 PRAKTICKÁ ČÁST

7.1 Hlavní cíl a dílčí cíle

Hlavním cílem výzkumného šetření je odhalit příčiny vzniku závislosti oslovených respondentů v návaznosti na jednotlivé úrovně bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti.

Abych dosáhla přesnějších výsledků hlavního cíle, je potřeba jej rozdělit na dílčí cíle a tyto cíle rozebrat. Šetření probíhá v návaznosti na bio-psycho-socio-spirituálního model závislosti. Znamená to tedy, že se během jednotlivých dílčích cílů snažím najít nejpravděpodobnější „kámen úrazu“, díky kterému je možné, že je daný respondent závislý na drogách. První dílčí cíl se zabývá úrovní biologickou, zde tedy hovoříme o genetické a dědičné výbavě respondenta. Druhým dílčím cílem je úroveň psychologická. V tomto případě mne zajímají rodinné faktory respondenta, jaké měl dětství a zda si z něj případně nenese nějaká trauma. Úroveň sociální je třetím dílčím cílem, zde se zaměřuji na okolí respondenta, snažím se zde zjistit, jak vnímá výchovu svých rodičů, jaký vliv na něj měli jeho vrstevníci a jeho sociální okolí. Posledním dílčím cílem je úroveň spirituální, kde s respondenty hovoříme o smyslu jejich života, jeho hodnoty a jak vidí svou budoucnost. Z odhalených příčin lze vyhodnotit, zda lze vyvrátit všeobecný názor veřejnosti, že za závislost na drogách si uživatelé mohou sami, či nikoliv.

7.2 Kvalitativní metoda a polostrukturovaný rozhovor

Odborníci rozlišují dvě stěžejní výzkumné metody, což je kvantitativní a kvalitativní výzkum, který jsem si vybrala. Kvalitativní výzkum představuje interpretativní, hloubkový a naturalistický přístup. Cílem kvalitativního výzkumu je porozumět lidem v jejich sociálních situacích. Tento výzkum jsem zvolila z toho důvodu, že otázky, které jsem zařadila do polostrukturovaných rozhovorů vyžadují často hluboké zamyšlení a velkou otevřenost při výpovědi respondenta. Jednou z výhod kvalitativního výzkumu je především volnost odpovědí na mé otázky.

Mezi kvalitativní metodu patří strukturovaný, polostrukturovaný nestrukturovaný rozhovor. Já jsem pro své výzkumné šetření zvolila polostrukturovaný rozhovor. Tato volba podle mne byla správná, jelikož mi umožnila

držet se předem mnou připravených otázek a neodbočit tak nevědomky od tématu. Zároveň, ale díky otevřeným otázkám poskytnout svým respondentům dostatek prostoru pro jejich vlastní výpověď. V případě odpovědi respondenta, která navazovala na možnost doplňujících otázek, jsem tak učinila a téma se nám tak podařilo více rozvinout. Myslím si, že se mi s respondenty podařilo navázat spojení a získat jejich důvěru. Díky tomu byly naše rozhovory mnohdy velmi důvěrné.

V následující tabulce jsou znázorněny tazatelské otázky rozdělené dle dílčích cílů.

Tabulka 1 - Hlavní a dílčí cíle

Hlavní cíl	Dílčí cíl	Otázky na respondenty
Odhalit příčiny vzniku závislosti oslovených respondentů v návaznosti na jednotlivé úrovně bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti.		
	Biologická úroveň – zjistit genetickou a dědičnou výbavu respondentů.	1. Léčí nebo léčil se někdo z rodiny na psychiatrii? Pokud ano, s čím? 2. Má někdo z rodiny zkušenosti s drogami/alkoholem? Pokud ano, s jakými?
	Psychologická úroveň – zjistit rodinné faktory respondentů projevující se v jeho dětství.	1. Povězte mi o Vaší rodině, o rodičích, o sourozencích. Jaký máte vztah? 2. Jak vzpomínáte na své dětství? 3. Jaké máte nejhezčí vzpomínky z dětství? 4. Jaké vzpomínky naopak byste vnímal jako špatné? 5. Jak myslíte, že Vás rodiče vychovali?

	Sociální úroveň – zjistit zázemí a sociální okolí respondentů.	6. Kdo Vás s drogou seznámil? Jaký byl důvod, proč jste si drogu dal/a? 7. Jaké osoby byste jmenoval jako své nejbližší a jaké k nim máte vztahy? 8. Jak Vám drogy ovlivnili život? Jak by Váš život vypadal, kdybyste drogy neužíval?
	Spirituální úroveň – zjistit smysl života respondentů, jejich životní hodnoty a víru.	9. Věříte v něco? Pokud ano, v co? 10. Co je smyslem Vašeho života, jaké hodnoty jsou pro Vás důležité? Jak vidíte svou budoucnost?

7.2.1 Tazatelské otázky

Tazatelské otázky jsem rozčlenila do 5 okruhů. První okruh je úvod a zjištění vztahu respondenta (dále jen R) ke droze. Bavíme se zde o závislosti jako takové, o drogách a o pocitech R, zkrátka seznámení se s jeho drogovou závislostí. Pozvolna přecházím do druhého okruhu, kde s R hovoříme o možných psychických problémech v rodině a zda má jeho rodina zkušenosti s drogami, snažím se tak zjistit biologické faktory R. Dále navazuji na jeho rodinu, vztah R s rodinnou a vzpomínky z dětství. Tyto informace mi slouží k posouzení psychologické úrovně R. V dalším okruhu, který se týká jeho sociální situace, zjišťuji, jak si myslí, že ho rodiče vychovali, ptám se na blízké osoby, jeho vztah k těmto osobám a názor na to, jak by jejich život vypadal bez drog. Posledním okruhem jsou otázky na názor R na jeho život, jak vidí svou budoucnost, co by si přál, kam by chtěl směřovat a kde se sám vidí za pár let. Tento okruh slouží k posouzení spirituální úrovně R. Seznam tazatelských otázek je uveden v příloze č. 1.

7.3 Organizace výzkumného šetření a zpracování získaných dat

Výzkumné šetření probíhalo v lednu 2019 v KC RIAPS, kde jsem absolvovala praxi v rámci studia oboru sociální práce. K dispozici jsme měli s respondenty samostatnou místnost, která nám umožnila soukromí při rozhovoru. Před samotným rozhovorem jsem respondenty poučila, že se jedná o zcela anonymní záležitost, že tedy nebudou uvedena jejich jména, co je cílem mé práce a z jakého důvodu rozhovor

realizujeme, jak bude naše spolupráce probíhat a v čem bude spočívat. V neposlední řadě jsem je informovala, o jaký typ rozhovoru se bude jednat a ujistila se, zda souhlasí s nahrávkou našeho rozhovoru. Také jsem respondenty ujistila, že mají možnost rozhovor dle svého uvážení kdykoliv ukončit, nicméně této možnosti nikdo nevyužil.

Jak už bylo zmíněno, data byla zaznamenávána v podobě elektronické nahrávky po předchozím souhlasu respondentů. Tyto nahrávky jsem poté doslovně přepsala do písemné podoby. Otázky včetně odpovědí respondentů jsem pak seřadila dle dílčích cílů. Z těchto přehledně roztríděných odpovědí, jsem pak vyvozovala své vlastní názory a teorie, ze kterých v závěru vyplyne odpověď na hlavní cíl práce.

7.4 Výzkumný vzorek

Pro výzkum jsem vybrala 5 respondentů. S těmito respondenty mám již bližší vztah, díky vykonávání praxe v KC RIAPS, jak už bylo zmíněno. Aby mé šetření bylo zajímavé, vybrala jsem respondenty s rozdílnými životními příběhy, rozdílných povah, zaměstnané i nezaměstnané a také dále respondenta bez domova. V následující tabulce je jejich stručná charakteristika, kde jsem vypsala důležité body, aby měl čtenář představu o daném respondentovi a o jeho životě.

Tabulka 2 - Charakteristika respondentů

Respondenti	Základní charakteristika
R1	Žena, 33 let, zaměstnaná. Respondentka vyrůstala na vesnici, v rodinném domě s rodiči a dvěma sourozenci. Měla běžné dětství. Ve 21 letech se přestěhovala do Prahy. V Praze měla partu kamarádek, které užívaly pervitin. Po narůstajících dlužích se vrátila domů k rodičům do rodinného domu, kde s nimi nyní žije. Dnes drogy užívá dvanáctým rokem.
R2	Muž, 31 let, nezaměstnaný. Respondent byl jako malé dítě odebrán rodičům a svěřen do péče své tety. V pubertě byl umístěn do diagnostického zařízení. Po propuštění se mu a jeho partnerce postupně narodili dvě děti. S partnerkou se rozešel a v důsledku užívání návykových látek se respondent stal bezdomovcem. Žije na ulici již několikátým rokem, je tak spokojený. Před rokem mu zemřela matka, na otravu alkoholem. S otcem, který je také bezdomovec a uživatel návykových látek se vídá minimálně. Drogy užívá šestnáct let.

R3	Muž, 27 let, nezaměstnaný. Respondent vyrůstal v běžné rodině. Když se jeho rodiče rozvedli, žil nejdříve s otcem a poté s matkou. Ve 21 letech se mu narodila dcera, poté se s přítelkyní rozešel. V této chvíli začal pervitin užívat a dnes je závislý na substitucích. S šestiletou dcerou se nevidá a neplatí alimony, proto ho v blízké době čeká soud ohledně výživného na dceru. Žije u své babičky. Závislý na pervitinu a substitucích je šestým rokem.
R4	Muž, 37 let, zaměstnaný. V pubertě byl umístěn do diagnostického zařízení. Respondent několik let žil ve Francii a nyní se vrátil zpátky do Čech. Momentálně se rozvádí a má šestiletou dceru. Byl nepodmíněně odsouzen za pokus o vraždu, také byl krátkodobě hospitalizován v psychiatrické léčebně v Kosmonosech, za napadení sestřičky v nemocnici. Žije v bytě. Drogy užívá šestnáct let.
R5	Žena, 25 let, zaměstnaná. Respondentka vyrůstala pouze s matkou, její otec tragicky zemřel, když jí bylo 7 let, čehož byla svědkem. Matka měla několik dalších partnerů, minimálně s jedním užívala pervitin. Matka je dlouhodobě neléčená alkoholička. Žije v bytě se třemi kamarády. Závislá na drogách je pět let.

7.5 Rizika z pohledu etiky a metodologie

Z počátku jsem se domnívala, že při realizaci praktické části práce by mohly vzniknout překážky z pohledu etiky, vzhledem k tomu, že předpokladem etiky je svobodná vůle jedince, který se sám a svobodně rozhoduje. Obávala jsem se, že klienti centra nebudou mít zájem a chuť se mnou spolupracovat, vzhledem k tomu, že jsem pro ně byla novou tváří a mnou strávený čas v centru byl omezený.

S respondenty, kteří se mnou spolupracovali na rozhovorech, jsem se znala jen zběžně, a to z jejich návštěv v kontaktním centru. Postupem času si na mne však respondenti začali zvykat, svěřovat se mi se svými každodenními situacemi a starostmi a počáteční nedůvěra pomalu opadávala. Přesto jsem se obávala, že konkrétní otázky by mohly být respondentům nepříjemné či, že náš rozhovor nebudou brát vážně. Toto riziko se však ukázalo být neopodstatněné. Vesměs všichni ochotně spolupracovali, dle mého názoru měli dobrý pocit, že mohou svým životním příběhem někomu pomoci, a že mohou být součástí této práce.

Dalším rizikem, při spolupráci s respondenty byli osobnostní vlastnosti uživatelů drog. Tito respondenti jsou aktivní uživatelé a jejich osobnostní rysy se mohou měnit v závislosti na užívané návykové látce. Psychický, ale i fyzický stav uživatelů je jiný, když je intoxikovaný nebo naopak, když vykazuje abstinenci příznaky. Vzhledem k tomu, si naše setkání respondenti určovali sami a vždy před rozhovorem jsme s respondentem probrali, zda se cítí dobře a zda si je respondent jistý, že mu mohu klást připravené otázky.

Z pohledu metodologie, jsem pro svůj výzkum aplikovala metodu polostrukturovaných rozhovorů. Jejich výhodou je možnost volných odpovědí, kde jsou respondentům kladeny otevřené otázky a ti pak mají možnost dané téma více rozvést. Rizikem této metody je ovšem možnost, že na základě osobnosti respondenta, se může rozhovor od dané otázky odchýlit a svést mne i respondenta k tématu, které není již pro výzkumné šetření přínosné. Tohoto rizika jsem si byla vědoma, a v průběhu rozhovorů jsem se tedy maximálně soustředila a v případě, že jsem měla pocit, že se respondenti ve svém vyprávění již od tématu odchýlili, naváděla jsem je doplňujícími otázkami zpět k tématu.

8 Analýza získaných dat a její výsledky

Tato kapitola rozebírá jednotlivé dílčí cíle a pracuje s odpověďmi respondentů na tazatelské otázky. Každý dílčí cíl má pak svou podkapitolu, ve které je po rozboru odpovědí a osobního názoru uvedené shrnutí dílčího cíle.

8.1 Seznámení s respondenty

Pro lepší pochopení situace respondentů (dále R 1-5) bylo dle mého názoru na místě položit následující otázku.

Jak dlouho užíváte drogy? V jaké míře si myslíte, že jste závislý?

Na tuto otázku mi R1, R2, R3 a R4 odpověděli, že jsou závislí na drogách, a to ve velké míře. Také byli všichni ihned schopni uvést věk, kdy drogy začali užívat. Ve všech případech se jednalo o dobu dospívání a všichni R si byli vědomi, že drogy užívají již dlouhou dobu.

R 5 byla jediná, která je o sobě přesvědčena, že je závislá v malé míře a vzápětí svou závislost popírá.

(R 5) „Myslím si, že v malý míře, dávám si sice zhruba každý den, někdy vynechám, ale to, když prostě není no. No, prostě ne nejsem, nejsem závislá, když to několik dní třeba nemám, že jo. Nemyslím si o sobě, že jsem nějak extrémně velká smažka. Ale když mám, tak to jo.“

Tato R byla jedinou, která svou závislost nepřiznává. Popírá svůj problém, nechce ho vidět a přesvědčuje se, že závislá není, oproti ostatním, kteří svou závislost vidí naprosto jasně. Z výpovědi R je zřejmá touha po droze a potíže se sebeovládáním po období abstinence a zanedbávání jiných povinností a zájmů. To potvrzuje následující otázka, kterou jsem položila jako doplňující:

(T) Takže když drogu máš, tak si dáš nebo si řekneš, ne teď si nedám?

*(R 5) „No jo, tak to je jasný, že jo. Když už ji mám, tak radši hned, aby se to pak třeba nějak nepo*ralo, to víš, teď máš, tak šup do toho, to už neovládneš.“ (smích)*

8.2 Dílčí cíl 1: Biologická úroveň-zjistit genetickou a dědičnou výbavu respondenta.

Cílem této části práce bylo zjistit, zda v rodinách R byl nebo je někdo z jejich členů ovlivněn psychickou poruchou. Užívání návykových látek má na psychiku jistě krátkodobý vliv. Může mít ale i dlouhodobý dopad a v tomto případě může odhalit duševní onemocnění, o kterých nemusela osoba ani její okolí mít ani tušení.

Léčí nebo léčil se někdo z rodiny na psychiatrii? Pokud ano, s čím?

Z odpovědí R vyplynulo, že žádný z rodičů či osob, které R vychovávali se nikdy neléčil ambulantně ani nebyl hospitalizován s diagnostikovanou psychickou poruchou a ani neužíval žádná předepsaná antidepresiva. Na základě tohoto zjištění tedy vycházím z předpokladu, že ani jeden z R není v tomto směru geneticky ovlivněn.

Má někdo z rodiny zkušenosti s drogami/alkoholem? Pokud ano, s jakými?

R 1, 3 a 4 společně a jednoznačně na tuto otázku odpověděli:

(R 1) „Naše rodina? Ne! Drogy vůbec nic a alkohol málo, od jakživa. Jen třeba nějaký narozky, když se slavily.“

(R 3) „*Ne, jako nikdo nechlastá no a nic nebere. Naši i babička jsou z toho hotový, že já jo, ale tak co s tím nadělej.*“

(R 4) „*Rodina ne, to jen já, ségra a brácha, my jsme takový tři černý ovce.*“

Z uvedených odpovědí R vyvozují, že v těchto případech se R v rodině nesetkávali s návykovými látkami a jejich vývoj v dětství tímto tedy zřejmě nebyl ovlivněn. Stejně tak, v těchto případech předpokládám, že ani v prenatálním věku nepřišli do styku s návykovými látkami.

Zatím co v rodinách R 2 a 5 dle jejich odpovědí setkávání se s návykovou látkou nebylo nic neobvyklého a dle toho mohu usuzovat, že by tato skutečnost mohla ovlivnit jejich budoucí vztah k droze.

(R 2) „*Jo tak táta má, ten žere piko a bůh ví, co ještě, táta ten taky chodí sem (do KC) a máma ta umřela na chlast, když ji našli. Ta lila pořád, byla to alkoholička, proto mě taky dali k tetě. No, takže jdu stejnou cestou prostě. Sourozenci ty se na to vykašlali. Jeden hraje na klávesy. Ale v jednu chvíli taky frčeli.*“

(T) „*A nevíš, jestli rodiče užívali návykové látky ještě před tvým narozením?*“

(R 2) „*Jo tak asi odjakživa, vím, že v tom lítali už jako v pubertě.*“

(R 5) „*No, moje máma miluje hospodu, co si pamatuju tak pije pořád. A když mi bylo asi 16, tak měla takovýho dementního přítele, se kterým žrala perník, protože to se chovala šíleně, nedávno mi to přiznala.*“

(T) „*A nevíš, jestli tvoje mamka pila i v těhotenství?*“

(R 5) „*Nikdo jí nezná jinak, prej jo.*“

Shrnutí dílčího cíle 1

V tomto dílčím cíli se zaměřuji na úroveň biologickou, která ovlivňuje genetickou a dědičnou výbavu. V těhotenství užívání jakékoliv návykové látky, je pro plod ohrožující. Určitě ale také závisí na tom, zda matka s drogou jen experimentovala nebo byla již na droze závislá. Každopádně užívání drogy v těhotenství pro vývoj plodu představuje velké zdravotní a sociální riziko, stejně tak jako všechno ostatní, co s užíváním drog souvisí, jako je nejistota, stres se sháněním návykových látek a finančních prostředků na ně, injekční aplikace drogy a tím spojené velké riziko nákazy nemoci, která se může přenést z matky na plod, špatná životospráva.

Z odpovědí všech R, kde uvedli, že se ani v jednom případě nikdo z jejich rodičů neléčil s psychickou poruchou, vyvozují, že v tomto ohledu by teoreticky a dle mého názoru žádný z R ovlivněn geneticky být neměl. Oproti tomu R 2 a 5 uvedli, že jejich matky užívaly v těhotenství návykové látky. Pokud by tomu tak skutečně bylo, což není možné pouze na základě rozhovorů s R s přesností určit, je zde v těchto případech předpoklad, že v genetické výbavě si tito dva R nesou vyšší riziko spojené s užíváním návykových látek, a to i vzhledem k tomu, že v dětství pravděpodobně zažili minimálně jednoho z rodičů ve stavu, který droga vyvolává, například střídání nálad a dá se předpokládat, že i menší zájem rodičů o ně a špatné prostředí. Vzhledem k tomu, že naše dětství a podmínky, ve kterých jsme vyrůstali, nás v našem životě ovlivňují, lze předpokládat, že děti, které žijí s osobami, které užívají drogy nebo jsou závislé na jiných návykových látkách budou mít k užívání drog větší tendenci. Je tedy možné, že budou chtít chování dospělých napodobit nebo tím tak řešit své problémy, které jim život v takové rodině přináší, a aniž si to uvědomují berou vše jako něco normálního a až dospějí mohou toto chování nevědomky napodobovat, protože vlastně žádné jiné chování v rodině neznají. Život v takové rodině může být tedy jednou z příčin užívání návykových látek v dospělosti, což mi R 2 a 5 svými odpověďmi na otázky potvrzují. Oproti tomu R 1, 3 tuto teorii vyvracejí, vzhledem k tomu, že dle jejich slov rodiny těchto R návykové látky neužívali ani neužívají. R 4 též uvádí, že z rodiny nikdo drogy neužívá, čímž také vyvrací teorii o rodině, kde je užívání drog samozřejmostí, ovšem vyjma sestry a bratra. Příčiny, proč se někteří jedinci ocitnou v bludném kruhu drogové závislosti jsou různé, ale v těchto případech lze předpokládat, že užívat začali R působením jiných faktorů.

8.3 Dílčí cíl 2: Psychologická úroveň-zjistit rodinné faktory respondenta projevující se v jeho dětství.

Cílem této části bylo zjistit v jakém rodinném prostředí R vyrůstali, jak vzpomínají na své dětství a jejich vztah k těm, kteří by měli patřit mezi nejbližší osoby.

Povězte mi o Vaší rodině, o rodičích, o sourozencích. Jaký máte vztah?

R 1 a 3 jako jediní ze všech dotázaných jsou se svou rodinou v pravidelném kontaktu.

(R 1) „*No tak bydlím u našich, takže vztah v pohodě, naši jsou v pohodě. Normálně se všichni bavíme, v pohodě.*“

(R 3) „*No máma dělá v kanclu, táta je dělník. S mamkou si voláme a fotr jezdí k babičce a tam jsem že jo teď.*“

V těchto případech R u rodičů a ve druhém případě u prarodiče bydlí. R 1 s oběma rodiči (v jejich domě probíhal náš rozhovor) a R 3 sice jen s babičkou, ale s rodiči, kteří jsou rozvedení, je v kontaktu. Rodiny těchto R jim poskytl zázemí, a to i po jejich předchozích problémech.

R 2, 4 a 5 v kontaktu s rodinou nejsou nebo jen minimálním.

(R 2): „*Já nevidám rodinu, maximálně s tátou, ale toho vidím jednou za uherskej rok, ten je snad někde ve Smiřicích. No a máma ta umřela před Vánocemi. A sourozenci ty ani nevím kde bydlí, neviděl jsem je dlouho.*“

(R 4): „*Tak máma a táta no. Sice asi po 20 letech se s nimi bavím, ale dobrý no, a s tátou půl na půl. Ale nevidám je.*“

(R 5): „*No, mám jen mámu, táta umřel, když mi bylo 7. S mámou si někdy zavoláme, ale nijak extra často ne. Asi před třema měsíce naposledy, tak nějak, nevím.*“

V těchto případech vztah R s rodinou nefunguje, a když tak jen formou telefonického kontaktu, a to spíše zřídka. Co mě překvapilo, že při rozhovoru na toto téma R 2, 4 a 5 neprojevili žádnou viditelnou emoci. Očekávala bych, že v případě, kdy nemáte rodiče, na které se můžete spolehnout a kteří tu pro Vás pořád jsou nebo naopak, kterým jste způsobili svým chováním a životem jakým vedete bolest, tak že R projeví nějakou emoci, hněv, vztek, budou na ně naštvaní nebo naopak smutek, trápení či bezmoc. Že by prožívali nějaký takový pocit jsem z jejich chování a výrazu nezaregistrovala, což mne vede k domněnce, že jejich vztah k té nejbližší rodině je nějak netrápí, alespoň co se prvního pohledu týče.

Emoce však projevili v případě, kdy jsme začali hovořit o jejich dětech. R 2, 3 a 4 mají malé děti, ale ani jeden z nich s nimi nežije a ani se s nimi nevidá.

(R 2) „*Ztratil jsem kvůli fetu sice všechno, ale v pohodě. Tím myslím ženu a děti, který nevidám, jinak jsem nic jinýho už stejně před tím ani neměl.*“

(R 3) „No tu jsem viděl, myslím že v prosinci jsem tam byl hodit nějaký čokoládky, ale to se nepočítá, to jsem jí jen pohladil, jako jí je 5 takže. No a naposled, to když jsem Michale dával v srpnu prachy, no a od té doby nic. Telefon nebere, holku dát nechce, a já jí m*d*m já jí žádný peníze nedám. Stejně půjdu sedět.“

(R 4) „Ne, dva roky už s nima nejsem. Ani jí nevidám (dceru), jednou do roka a deset dní, to je krásný ne? Ta p*nda už má dvě děti s tím z*rd*m. Nejsme spolu dva roky a už má další dvě děcka no. Já ho chtěl zabít, chtěl jsem ho vyhodit ze 7. patra.“

Své selhání z důvodu závislosti si uvědomuje jen R 2 a jako jediný z nich přiznává, že kvůli drogám přišel o ženu a děti. Zatímco R 3 a R 4 dávají vinu, za to že nevidají své děti svým bývalým partnerkám a zde je z jejich odpovědí patrný vztek a hněv vůči nim, ale ne smutek, že nejsou na blízku svým dětem.

Jak vzpomínáte na své dětství?

Ze všech R pouze R 1 a R 3 uvedli, že jejich dětství bylo „normální“ a nijak zvlášť odlišné od ostatních vrstevníků v té době. Rozdíl mezi nimi spočívá v tom, že R 1 žila v úplné rodině.

(R 1) „Hele dětství jsem měla normální, nebo normální, prostě v rámci možností. Naši stavěli barák, neměli peníze a žilo se, jak se mohlo no. No prostě normální no, moc věcí si nepamatuju, to je podle mě normální, ale prostě hezký.“

Zatímco život R 3 byl ovlivněn rozvodem rodičů. Ti zřejmě do svých konfliktů zatáhli i děti, vzhledem k tomu, že klasický model, kdy děti zůstávají po rozvodu v péči matky, zde nebyl a děti zůstali po rozvodu u otce. Zřejmě také docházelo k psychickému nátlaku na děti ze strany matky, vzhledem k tomu, že R 3 uvádí,

(R 3) „Normálka, naši se rozvedli, když mi bylo 11. Já jsem teda pak chtěl být s fotrem, teda vlastně byl jsem s ním rok. Ale máma to bez nás sama nedávala, tak jsme šli k mámě, protože prostě to nedávala a bylo mi jí lito.“

Ostatní R své dětství jako normální nehodnotí, spíše se zaměřují jen na jednotlivé období. R 2 vztáhl otázku mimo jiné na svůj pobyt v diagnostickém ústavu,

(R 2) „No jako v pasťáku prostě nejseš doma, nemůžeš si jít kam chceš, nemůžeš si dělat co chceš, musíš se řídit vychovatelema, kterým seš jedno, musíš se prostě podřadit.“

A od ostatních se také liší R 5. V dětství její psychiku určitě musela ovlivnit smrt jejího otce a dělí tak své dětství na před a po nešťastné události,

(R 5) „Před tím než se to stalo(dlouhá odmlka) táta byl hodnej, to bylo pěkný, ale moc si to nepamatuju. Jinak jako moje dětství nic moc, máma většinou s flaškou u televize, a když ne to tak se svým chlapem víš co, kterýho zrovna měla.“

Úplně jiný postoj k této otázce zaujal R 4, který se ke svému dětství vyjádřil slovy,

(R 4) „Nic, vymazáno.“ a ani po doplňujících otázkách, kde jsem chtěla toto téma více rozvinout se jinak nevyjádřil. Přestože žil v úplně rodině společně se sourozenci a po výchovných problémech jej otec nechal umístit do nápravném zařízení, neměl zájem nebo nechtěl o tomto období svého života mluvit.

Jaké máte nejhezčí vzpomínky z dětství?

Překvapilo mne, že R 1, 2 a 4 na tuto otázku odpověděli velmi stručně, bez zamyšlení. Soudím, že člověk, který je „čistý“ si vybaví minimálně pár pěkných vzpomínek, ať už jeho dětství bylo harmonické nebo ne. Může se jednat o výlet, o hračku, se kterou si rád hrál, chvíle, které trávil se svými kamarády, o domácího mazlíčka, cokoliv, co mu vykouzlí úsměv na tváři.

(R 1) „Nejhezčího jo, to si nevzpomenu, nevím prostě, nic mě nenapadá.“

(R 2) „Já nevím, nevím, co říct.“

(R 4) „Všechno smazáno.“

Obzvláště u R 1, která měla dle svých slov normální dětství, nijak odlišné od svých vrstevníků a kde její rodina fungovala běžným životem, mne zarazilo, že si nebyla schopna vybavit nic na co by ráda vzpomínala.

Vzpomínka z dětství, kterou uvedl R 3 se váže prarodičům, tedy babičce, u které nyní R bydlí,

(R 3) „Nevím, asi jakože když jsem jezdil do Žaclu k dědovi a babičce, a měl jsem tam partu a chodily jsme na túry. To mi bylo třeba 11 a výš no, to bylo fajn.“

R 5 také nezmiňuje, žádnou vzpomínku, která by se vázala k rodině, pouze sportovní aktivity, které jí, jak vyplynulo z dalšího hovoru dříve vždy bavili.

(R 5) „Ten bazén asi. Jo a že jsem chodila na aerobik to mě bavilo.“

Ani jeden z R bohužel nezmiňoval vzpomínku, která by se týkala idylického dětství, milujících rodičů, chvály nebo nějaké úspěchu, kterého by dosáhl.

Jaké vzpomínky naopak byste vnímal jako špatné?

Tuto tazatelskou otázku jsem se rozhodla položit z toho důvodu, že by mi eventuelně mohla pomoci při odhalování možné příčiny jako budoucího spouštěče užívání návykových látkách.

R 1 si žádnou špatnou vzpomínku z dětství nevybavuje, jak sama řekla, její dětství bylo hezké, ale přesto se jí nepodařilo vzpomenout si ani na nic hezkého z dětství. R 2 a 4, kteří oba byli umístěny do nápravného zařízení, uvedli špatnou vzpomínku v souvislosti s touto etapou v jejich životě, i když umístění do tohoto zařízení muselo předcházet jejich konfliktní chování, které k tomuto vedlo,

(R 2) „Na dětství nevzpomínám. Nepamatuji si ho snad radši. Já nevím, třeba blbý bylo, když jsem utekl z pastáku a přišlo se na to.“

(R 4) „Všechno smazáno. I když možná..., že do dnes nechápu, proč jsem musel do pastáku zrovna já, když ségra například dělala stokrát horší věci.“

Už při jiných odpovědích R 4 jsem měla pocit, jako by R zazlíval svůj pobyt v diagnostickém ústavu rodičům. Do dnes nesouhlasí s tím, že si zasloužil být do diagnostického ústavu umístěn a často zmiňoval horší chování svých sourozenců.

R 3 a 5 jako špatnou vzpomínku z dětství uvedli situace z jejich životů, které již během našeho rozhovoru několikrát zmiňovali a dle mého názoru je evidentně spojena s jejich traumaty, která je v dětství poznamenala,

(R 3) „Hm, asi když se naši rozváděli, to bylo hustý. No a pak psycho mamky, když jsme bydleli u táty.“

(R 5) „Hm strach, když jsem slyšela, jak máma křičí na zahradě a pak viděla tátu ležet a byla tam krv. Tak to no. Nechci o tom mluvit. Na to se neptej.“

R 5 zažila tuto situaci v ranném období svého života a R 3 v době kdy pomalu přicházel do puberty, oba tedy v obdobích, kdy jsou děti zcela odkázány na své okolí a jejich psychika je velmi zranitelná.

Mimo R 1 všichni ostatní R uvedli špatný zážitek z dětství, který by se jistě dal spojit s traumatizující situací, ač to třeba sami ani tak nevnímají, ale je zde předpoklad, že jsou touto událostí poznamenáni i v dospělosti. Dle odborníků se tito lidé mohou v dospělosti vypořádávat s různými sociálními problémy, kde jedním z nich je i užívání drog.

Jak myslíte, že Vás rodiče vychovali?

R 1 a 3 jako jediní hodnotí své dětství jako běžné. R 1 vyrůstala v úplné rodině. R 3 v rodině, kde se rodiče rozvedli, což bohužel není v naší době nic nenormálního, přesto jejich rodina dál fungovala dle se řící normálním životem. V obou případech členové rodin návykové látky neužívali a R v rodinném prostředí s drogou nepřicházeli do kontaktu. Oba R svou výchovu hodnotí kladně,

(R 1) No já nevím, chodím do práce, platím si dluhy, tak podle mě v pohodě. Do školy jsem musela chodit, táta se se mnou učil, protože mi věčně něco nešlo. Fuj já nesnášela školu.“

*(R 3) „Podle mě dobře, mě jediný co do*ebalo tak ta Míša, moje bývalá.“*

Stejně kladně ovšem hodnotí výchovu své matky i R 5, přestože své dětství od doby úmrtí otce charakterizovala slovy „nic moc“, v závislosti na matce alkoholičce, která střídala partnery. V tomto případě R evidentně ovlivnilo prostředí, ve kterém vyrůstala, vztah matky k alkoholu a drogám a dle mého názoru R také musela pociťovat, že matka upřednostňuje partnery před ní. Přesto přebrala tak chování své matky jako vzor, jako něco, co jí nepřijde nenormální,

(R 5) „Jako máma není špatná máma, nemůžu jí zazlívat, že chlastala a fetovala, já to dělám taky. Takže podle mě, mě vychovala dobře. Jsem slušná, pracuju.“

Zbývající R 2 a 4 výchovu hodnotí negativně a oba jí shodně opět vztahují k jejich nucenému pobytu v diagnostickém zařízení. V případě R 2 se jedná o výchovu tety, které byl svěřen do péče,

*(R 2) „Tu (tetu) furt něco s*alo, nemohl jsem nic, byla asi nasraná, že se o mě musela starat. Tak jsem skončil tam kde jsem skončil. Myslím v tom pašáku.“*

R 4 vyrůstal v úplné rodině společně se svými sourozenci a na tazatelskou otázku odpověděl,

*(R 4) „Nevychovali. Pořád je na mě něco s*alo, tak mě radši dali do pašáku.“*

Odpovědi obou R jsou si velmi podobné, oba výchovu hodnotí negativně. Zaráží mne, že oba R vypovídají, že „je dali do pašáku“, ale ani jeden z nich dle odpovědí, nevidí chybu v sobě. Neuvádí, z jakých příčin a na základě čeho došlo k tomuto umístění, přičemž takový razantní krok jistě musel mít oprávněný důvod a to i vzhledem k tomu, že umístění do diagnostického ústavu předchází rozhodnutí

soudu o ústavní výchově. V těchto případech by bylo jistě zajímavé znát i pohled rodičů a celé rodinné zázemí.

Shrnutí dílčího cíle 2

V tomto dílčím cíle se zaměřuji na úroveň psychologickou. Ta je úzce spjata i s úrovní biologickou, vzhledem k tomu, že ji nalézáme i prenatálním období života, a kterou jsem se zabývala v prvním dílčím cíli. Začátkem tohoto shrnutí, bych ještě ráda zmínila, že nemohu posoudit úplnou psychologickou úroveň R, jelikož neznám dopodrobna celé jejich rodinné zázemí spojené s výchovou a spoustu dalších aspektů. Soudím a vycházím tedy pouze z odpovědí R, které nejsou dostačující pro to, abych tuto psychologickou úroveň mohla posoudila kvalifikovaně.

V této úrovni je jistě tedy na místě řešit rodinné zázemí, vzhledem k tomu, že právě rodina má největší vliv na duševní vývoj jedince. *„Ze všech výzkumů i praktických zkušeností vyplývá, že rodina plní nejvýznamnější úlohu ve vývoji a výchově dítěte.“* (Mühlpachr, P., 2008, s. 147)

Vztahy v rodině a s tím spojená výchova se potom totiž odvíjí také na jednání jedinců mezi svými vrstevníky. Dítě, které ví, že je milované, opečovávané, může se na rodiče vždy spolehnout, má jejich podporu v jakékoliv situaci, doma se cítí dobře a bezpečně, bude reagovat na drogy ve svém sociální okolí jinak než jedinec, který doma jisté zázemí nemá, necítí se bezpečně, rodiče se o něj nezajímají vůbec nebo naopak přehnaně, sráží jeho sebevědomí, dávají mu najevo jeho neschopnost. Tito jedinci pak jako výraz vzdoru nebo s pocitem, že nemají co ztratit, s největší pravděpodobností budou hledat uspokojení svých citových potřeb ve drogách, ve společnosti, v partě, kde jejich postavení doma nikdo nezná. Budou chtít „zazářit“ nebo alespoň zapadnout a tím pádem mít pocit, že konečně je někdo „bere“, nebo že někam patří.

Jak už jsem zmiňovala, z odpovědí R nelze jistě určit, zda jejich rodinné zázemí a vztah s rodinou mohli přispět k jejich budoucí závislosti na návykových látkách. Přesto se domnívám, že z uvedených odpovědí R 1 a R 3 mohu tuto pravděpodobnost jako spouštěče vyloučit. Oba svou rodinu hodnotí, spíše kladně, své dětství jako hezké, i když v případě R 3 rozhodně ovlivněné rozvodem rodičů, kde R 3 tento fakt uvedl jako odpověď na tazatelskou otázku týkající se špatné vzpomínky z dětství, kde

nejdříve žil u otce a následně pak u matky. R 1 neuvedla žádnou špatnou vzpomínku, ale také si nebyla schopna vybavit žádnou pěknou. To ale může dle mého názoru být ovlivněno užíváním návykových látek již několikátým rokem, kdy pak uživatelé nijak neocenují a neřeší svou minulost, ale spíše se zaměřují na přítomnost. Oba tito R se dále shodují, že jejich výchova, které se jim dostalo od rodičů byla v pořádku.

Naopak v případě R 2, 4 a 5 se přikláním k tomu, že jedním z rizikových faktorů spouštěče vzniku závislosti na drogách mohly být výchovné styly rodin, ve kterých R vyrůstali. R 2 byl ve dvou letech odebrán rodičům (matka alkoholička, otec drogově závislý) a svěřen do péče tety, kde zřejmě výchova také nebyla ideální, vzhledem k tomu, že v pubertě byl umístěn do diagnostického zařízení. Stejně tak R 4, který přestože byl vychováván v úplné rodině, byl taktéž umístěn do nápravného zařízení. V tomto případě jsem se od R nedozvěděla podrobnější informace o rodině, pouze to, že rodiče s drogami zkušenost nemají, ale oba jeho sourozenci, bratr a sestra jsou také uživateli drog. Což mne přivádí k myšlence, že když všichni sourozenci jsou na drogách, je zde velký předpoklad, že rodinné prostředí mohlo ovlivnit v tomto směru R vztah k drogám.

R 5 je z dětství poznamenána úmrtím svého otce, kterého měla ráda. Její vzpomínky na dětství se váží k této nešťastné události a na matku s „fлаškou u televize, nebo s chlapem, kterýho zrovna měla“. R tedy vyrůstala v rodině, kde osoba, která pro ni byla nejdůležitější měla kladný vztah k návykovým látkám a zřejmě upřednostňovala partnera před dcerou a je zde velký předpoklad, že tento vzorec chování, který zná z dětství opakuje i ona v dospělosti.

8.4 Dílčí cíl 3: Sociální úroveň-zjistit sociální okolí respondentů.

V této části se zaměřuji na sociální okolí R, zda byl či nebyl možným faktorem k užití drogy vliv vrstevníků, kdo je s drogou seznámil a jaký by dle nich byl život bez drog.

Kdo Vás s drogou seznámil? Jaký byl důvod, proč jste si drogu dal/a?

Zde mohu konstatovat, že všech případech R poprvé drogu užili z vlastní vůle, ve většině případů se jednalo řešení nějaké okamžité životní situace, experiment, který jim měl pomoci stát se něčeho součástí či zmírnit pocit osamění. R 1 uvedla,

(R 1) „Holky byly pařit v Roxy a já jsem se vzbudila někde na bytě, protože jsem nebyla sjetá, tak jsem spala. No a chtěla jsem být s nimi. To byl asi důvod, proč jsem začala no, žádný problémy nebo něco takovýho. Prostě jsem to chtěla zkusit.“

Jak sama R zmiňuje, nechtěla řešit drogou žádné své problémy. Mělo se jednat o experiment, který jí měl pomoci vyrovnat se kamarádkám, zahnat pocit osamělosti a bavit se. Evidentně jí drogu nikdo nenutil, užila jí z vlastní vůle.

Podobně je na tom i R 3, který chtěl drogu zprvu jen vyzkoušet. Nabídl mu ji kamarád. Poté další 4 roky drogy neužíval, šlo opravdu jen o experiment, který drtivá většina mladých, ať už v podobě cigaret, alkoholu, tanečních drog atd. vyzkouší. Do stadia příležitostného užívání spadl v době, kdy s přítelkyní čekali potomka,

(T) „S bývalou přítelkyní máš dceru, že ano?“

*(R 3) „Mám no, vlastně od té doby, co jsme jí čekali jsme se pořád hádali a nějak to prostě nešlo, tak mě to kámoš dal na uklidnění, jsem to zkusil a aspoň jsem to s ní vydržel. Někdy ráno jsem si dal a dobrý no a od té doby se to se mnou táhne. Já na tohle prostě nerad vzpomínám, tohle je vlastně to období, kdy to všechno začalo no. Všechny ty zkurvený sračky, kvůli jedné k*n*ě, protože jsem debil a nedokážu to pustit z hlavy.“*

Zlomový okamžik, kdy se R 3 stal pravidelným uživatelem a poté závislým, byl rozchod s přítelkyní. Rozchod s milovanou osobou nebo rozpad vztahu, kde je navíc i miminko určitě patří mezi velké psychické zátěže. Někteří se s tím nedokáží vyrovnat a v tuto chvíli je pro ně pomoc ve formě drog nasnadě. Užívat drogy ve vztahu začala i R 5, která na otázku odpověděla,

(R 5) „Začala jsem chodit se svým bejvalým, byli jsme spolu šťastný a já tak po roce zjistila, že celou dobu šnupe perník, no a aby nám bylo pořád hezky, tak jsem ho začala šňupat s ním, protože mi pořád říkal, že když už to teď vím, tak je divný, aby jeden bral a jeden ne, a já ho tak moc milovala. Tak jsem si řekla, že za zkoušku nic nedám.“

V tomto případě byla R 5 citově vázána na svého partnera, který byl prvním zdrojem, který ji drogu dal. Z obav o jejich vztah se mu přizpůsobila, a jak uvádí, sama se rozhodla drogu vzít na zkoušku. Musím, ale také zmínit, co R uvedla dále:

(R 5) „Ale tak já už jako dítě věděla, co to je, moje mamka v tom taky jednu dobu jela, když chodila s Michalem.“

Lze předpokládat, že důvodem, proč R 5 po zjištění, že její přítel užívá pervitin, jej neopustila nebo se jej nesnažila přesvědčit, aby se začal léčit, je její kontakt s drogami už v dětství, nevědomé napodobení své matky a rodinného prostředí, ve které vyrůstala.

Zbývající R 2 a 4, které pojí zkušenost s nápravným zařízením se shodují, že s drogami začali právě zde, díky vrstevníkům, které poznali v tomto zařízení,

(R 2) „Hlavně tam poznáš taky hodně špatných lidí a naučíš se od nich špatný věci, no pasták není dobrej na tohle. Já pak vlastně znal jen kámoše z pastáku no. Takže po tom, co mě pustili, jsem se tahal jen s nimi.“

(R 4) „Ono, když vyrůstáš v pastáku, tak to asi ani nikam jinam nesměruje. Takže důvod je jasnej, kluci, který jsem znal odtamtud. Prostě na drogy jsem přišel s nimi.“

V těchto případech měl vliv okolí na R jistě velký podíl. Vzhledem k umístění do tohoto zařízení, R 2 za útěky z domu, rvačky a R 4 za krádeže a absence ve škole, je zde předpoklad, že jako problémový jedinci, měli problém s okolím i po umístění do zařízení a užívání drog jim mohlo pomoci zvládat situace s větším přehledem, nevybočovat, přizpůsobit se, zapadnout.

Jaké osoby byste jmenoval jako své nejbližší?

U této otázky jsem předpokládala, že odpovědi R budou vesměs stejné, jako kdybych tuto otázku položila například lidem ze svého okolí. Tedy alespoň odpovědi R, kteří měli „normální dětství“. Dle mého názoru jsou pro každého člověka, který má rodinu, nejbližšími osobami především rodiče, prarodiče, sourozenci a samozřejmě pak také partneři a děti.

Přesto R 1, která vyrůstala v úplné rodině s rodiči a sourozenci tyto osoby nezmínila a odpověděla,

(R 1) „No asi takhle ti to řeknu, s nikým jiným, než s feťákama se nebavím. No dobrý, mám ráda své kámoše.“

Naopak R 3 jehož rodiče se tyto osoby zmínil:

(R 3) „Tak asi babička, mě napadla, když u ní bydlím, mamka, táta. Jinak ještě kluci, pár kámošů.“

R 2, 4 a 5 odpověděli takto,

(R2) „Nikoho. Já nemám nic, nikdo mě nenapadá, jen moje děti, který nemůžu vidět.“

(R4) „Já si na lidi dávám bacha, takže nic moc. Miluju svou dcerku, to je jediný.“

(R 5) „Bydlím teď se 3 kamarády, takže říkám je.“

Ze všech R pouze R 3 uvedl jako své nejbližší rodiče a babičku, u které bydlí. Co mne velmi překvapilo, byla odpověď R 1, která také žije u svých rodičů. Přestože jí jsou denně nablízku, poskytují jí zázemí svého domu, je nepovažuje za své nejbližší a uvádí „kámoše“, kteří jsou také závislí na drogách. U zbylých R jsem podobné odpovědi očekávala, vzhledem k jejich rodinným vztahům. Ani jeden z R tuto otázku nechtěl více rozvádět. Dle mého názoru i z toho důvodu, že poznání či uvědomění si, že vlastně nemají koho uvést, není příjemné.

Jak Vám drogy ovlivnily život? Jak by Váš život vypadal, kdybyste drogy neužíval?

Na základě této otázky jsem chtěla zjistit, jestli si R vůbec uvědomují, co vše jim drogy vzaly, o co přišli, kde by se dnes viděli, kdyby se drogy nestaly jejich životní potřebou. R1 si uvědomuje, že díky drogám nežije takový život, jaký by si přála mít a je zde zjevný vzorec, který si nese z dětství,

(R 1): „Hodně.“

(T) „To znamená jak?““

(R 1) „Určitě bych měla papíry (řidičský průkaz), asi bych vedla jiný život. Měla bych dítě, normálního manžela někde, měla bych třeba postavený barák a tak, nebydlela bych u rodičů. Asi bych taky měla jiný priority, to dítě třeba, a ne že dostanu výplatu a první co, jdeš si koupit dávku. To by bylo asi trošku jinak vše, neměla bych takový dluhy.“

R 2 díky drogám žije na ulici, rozpadl se mu vztah a nevidá se s dětmi,

(R 2) „Hele asi že nemám nic, protože to, co jsem chtěl, tak už dávno uteklo. Měl jsem babu a s ní děti, to už není, takže já na to vše se*u, všechno kvůli těm s*ačkám. Možná co bych chtěl by bylo najít si nějakou slečnu, třeba jako vypadáš ty.“

(T) „To ale není přece to hlavní ve tvé situaci, co myslíš, například práce, bydlení?“

(R 2) „No jasné prostě normální věci jako mají normální lidi, přijdeš domů, rozsvítíš si, uděláš si kafe, jdeš se vysprchovat. Prostě normální běžný život no, co ti na to mám říct. To já nemám no a vím, že to je kvůli mému zpackanému životu.“

R 3 a 4 uvedli,

(R 3) „Tak asi hodně, s ex bych ale i tak nebyl, jediný co, tak bych do toho asi tak moc nespadl, protože prostě já nezvládal ty naše hádky. Jako já čekám na soud a na všechno už seru. Já si chci nejdřív svý odsedět. A pak chci začít jinak a jinde. Jako já na to seru, jestli půjdu za měsíc sedět. Každopádně nebejt drog tak bych nedělal ty čórky a nečekal ted' na soud, no. Nebydlel bych u babičky, a tak no.“

(R 4) „Úplně ve všem a všelijak.“

Všichni tito R si uvědomují, jakým způsobem jim droga ovlivnila jejich životy, že všechny jejich životní prohry souvisejí s užíváním drog. Úplně jiný pohled má R 5, která je přesvědčena, že drogy v jejím životě nejsou negativním aspektem,

(R 5) „Nijak, hezkého chlapa si najdu tak i tak, sjetá nesjetá. Ale nebaví mě pořád shánět, kolikrát bych se na to vyprdla, tak ale to stejně většinou dělají spolubydlicí.“

Shrnutí dílčího cíle 3

Sociální okolí na dospívajícího jedince má ohromný vliv. Ovlivňuje jeho chování, názory, mnohdy i činy a postupně tak přetváří vlastnosti, aniž si to daný jedinec uvědomuje. V dětství je to samozřejmě vliv rodiny, v níž daný jedinec vyrůstá, v dospívání se pak přidává vliv vrstevníků ve škole nebo v partě. To platí, ale také v dospělosti, kde jsme ovlivněni naším okolím, ať už to jsou lidé z rodiny, partneři, kolegové v zaměstnání či blízcí přátelé. Říká se, že jsme „produktem“ pěti lidí, se kterými trávíme nejvíce času. Takže přestože jedinec vyrůstá v harmonické rodině a z nějakého důvodu se začne stýkat negativně orientovanou partou, se kterou tráví podstatnou část svého času, vliv jeho rodiny je značně oslaben.

Z tohoto důvodu jsem v tomto dílčím cíli chtěla mimo jiné zjistit, v jakém období jejich života a kdo R s drogou seznámil, které osoby ve svém životě R považují za nejbližší a na základě toho posoudit jejich sociální okolí, které je ovlivňovalo.

Úroveň sociální mohu potvrdit u R 1. V době, kdy s drogami začala experimentovat, žila v Praze, kde je užívání drog nejrozšířenější v ČR a oproti životu na vesnici, odkud R 1 pochází, také mimo jiné spousta společenských příležitostí. V jejím případě byla jasně ovlivněna svými kamarádkami, kterým se snažila vyrovnat a napodobovat jejich životní styl. Přestože výchova v rodině neselhala a dle slov R 1 byla slušně vychována, tyto faktory, určitá skupina přátel a život ve velkoměstě, byli spouštěčem k užívání návykových látek. Ani v současné době, kdy žije u svých rodičů a má představu, jak by její život bez drog měl vypadat, neuvádí jako nejbližší osoby nikoho ze své rodiny, ale kamarády “feťáky”.

Stejně tak u R 2 a 4 začátky experimentování s návykovými látkami mohu zařadit do úrovně sociální. Oba shodně uvádějí, že se s drogou poprvé seznámili a užili ji při pobytu v diagnostickém ústavu, kam byli na základě dřívějších výchovných problémů zařazeni. Je tedy zřejmé, že podlehli negativnímu vlivu jejich okolí, nejspíše z důvodu zařazení do této komunity. Oba shodně také neuvádějí žádnou osobu, kterou by mohli označit za sobě blízkou, vyjma jejich dětí, se kterými ale nejsou v kontaktu.

Dle mého názoru u R 3 úroveň sociální jako jednu z příčin závislosti mohu spíše vyloučit a klonila bych se spíše k úrovni psychologické. Je pravdou, že s drogou krátce experimentoval se svými vrstevníky, ale pak po dobu čtyř let drogy neužíval a to ani „rekreačně“. Příležitostně začal drogy užívat až ve vztahu s přítelkyní, kdy čekali miminko a jejich soužití nebylo ideální. K tomuto uvedl, že začal drogy užívat, aby unikl jakémusi psychickému vypětí a tlaku, které jejich soužití představovalo, a že mu pomáhaly zvládat situace v rodině. Soudím, že toto mohlo být spouštěčem začátku pravidelného užívání a posléze i závislosti, vzhledem k tomu, že v dětství byl psychicky ovlivněn rozvodem rodičů. Pouto na rodinu je zde zjevné, vzhledem k tomu, rodiče a babičku řadí mezi své nejbližší osoby.

Vliv sociálního okolí je na první pohled patrný u R 5. K užívání ji přivedl partner, kterého milovala. Z lásky k němu, dle jejích slov začala užívat drogy „jen na zkoušku“. V tomto případě bych se klonila k názoru, že se zde jedná i o úroveň

psychologickou, vzhledem k dětství R 5, které prožila s matkou závislou na alkoholu, ale které její závislost nezazlívá. Přesto ji jako nejbližší osobu neuvedla a nejbližšími jsou pro ni spolubydlící, se kterými právě bydlí.

8.5 Dílčí cíl 4: Spirituální úroveň-zjistit smysl života respondentů, jejich životní hodnoty a víru.

Tento dílčí cíl práce se zabývá úrovní spirituální. Cílem této části je zjistit, jak R vnímají víru, jaké jsou jejich prioritní osobní hodnoty a smysl jejich života, zda jej v současnosti vidí jinak než v době, kdy drogy neužívali.

Věříte v něco? Pokud ano, v co?

Tuto otázku pochopili R spíše v souvislosti s vírou v Boha a jejich první reakce byla negativní. Poté co jsem s jednotlivými R otázku více rozebrala, se mi dostalo odpovědí, za něž uvádím tuto odpověď,

(R 4) „Nevím, divná otázka.“

R se k této otázce nijak nevyjadřovali a v podstatě všichni odpovídali velmi podobně jako R 4 „nevím, dávno ne, čemu jako“. Mimo R 5, která uvedla,

(R 5) „Tak já třeba věřím na víc životů. Tak až se narodím příště tak si přeju, aby nezemřel táta, aby moje máma byla v pohodě, prostě jiná a já třeba bych chodila na výšku a navštěvovala takový ty party co mají vysokoškoláci. (Smích) Měla bych všechno nalajnovaný.“

Touto otázkou jsem R evidentně zaskočila, zřejmě nebyli připraveni, že by se naše rozhovory mohly týkat i této úrovně. Také je možné, že bylo mou chybou, že jsem R nedokázala více „rozmluvit“ a vést je rozhovorem. Jako jediná se více zamyslela R 5, která uvedla, že věří, že člověk prožije více životů a popsala tak příští život, jaký by si jej přála mít, kdyby měla možnost jej prožít znovu.

Co je smyslem Vašeho života, jaké hodnoty jsou pro Vás důležité? Jak vidíte svou budoucnost?

Každý člověk má ve svém životě nastavené nějaké priority, ať už se jedná o hodnoty celoživotní či něco co je v dané životní etapě to nejdůležitější. Touto

otázkou jsem chtěla od R zjistit jaké hodnoty to jsou, protože tyto hodnoty by měly dávat životu smysl, a mělo by to být něco pro co má smysl žít.

(R 1) „Smyslem mého života? To bylo vždycky odsad' vypadnout, no a jak to dopadlo, jsem zase tady. Takže teď asi zaplatit všechny dluhy, snažit se žít nějak normálně, najít si někoho, mít s ním děti a prostě zapadnout.“

(R 3) „Tak kdybych nemusel jít sedět, nebo takhle, kdybych mohl začít od znova bylo by to asi mít normální ženskou, s ní pár dětí a žít si s nimi do konce života. To je asi smysl života ne? Množit se a mít se dobře. Já mám děti rád. Každopádně teď čekám na soud, nemá cenu to řešit. Mým smyslem života byla Míša a malá, kterou jsme čekali. Teď je malá smyslem života jen pro ní, protože já s ní být nemůžu.“

(R 5) „Tak já jsem ještě mladá a žádnéj smysl jsem asi nenašla, ale tak co. Mám kámoše no, a jasně práci, nebaví mě to, ale dobrý. Ale vlastně jo, chtěla bych nějakýho normálního kluka, třeba i děti, prostě normálně žít, no, chodit s nima ven a tak. Nevidím to nějak černě, to přijde.“

(T) „Myslíš tím bez drog?“

(R 5) „To jo no, když bych měla děti, tak to je jasný. Chtěla bych holčičku, byly bysme pořád spolu. To už žádnéj chlast ani si něco shánět, to je jasný“.

Naopak R 2 a R 4 se nad svými životními hodnotami nijak nezamýšleli,

(R 2) „Smyslem? (Smích) Já nevím, fakt nevím, co bych ti řekl, to by byla těžká otázka i pro tebe, že jo. Smysl vidím v tom, že až odsud půjdu, tak si seženu a budu dál hloubat nad svým zpackaným životem.“ (Smích) A budoucnost, pche, co bude to bude, to neřeším.

(R 4) „Nevím, zase divná otázka. Nic.“

Shrnutí dílčího cíle 4

V dílčím cíli 4 hovoříme o úrovni spirituální. Spiritualitu vnímáme jako vztahující se k nejhlubším myšlenkám lidí a také jejich víru. Spiritualita může být cestou k osobním hodnotám, smyslu života, spokojenosti. Mnoho lidí propadne drogám z důvodu nespokojenosti se svým životem, kde droga slouží jako pomocník k nalezení smyslu života nebo postavení v životě či v určité skupině. Ve stavu, který po užití drogy přichází, má jedinec pocit, že se najednou v životě lépe orientuje, pohled na svět se mění k lepšímu a svůj život nepřežívá, ale skutečně prožívá. Droga pro něj představuje to, co mu zajistí únik z reality do světa, kde žádné problémy neexistují.

Je jisté, že co se týče hodnot nejdříve přichází na mysl potřeby, které jsou v našem životě základní, což jsou fyziologické potřeby člověka, tedy jídlo, pití,

spánek. Dalším stupněm jsou hodnoty představující jistotu a bezpečí, což je rodina, zdraví, bydlení, práce a dále následují společenské potřeby, přátelé, kamarádi. Tyto hodnoty představují to, co dává našemu životu smysl a jistě jej velmi ovlivňují. Pohledy jedinců mohou být na tyto hodnoty různé, vzhledem k tomu, že jsou ovlivněni výchovou a prostředím, ve kterém vyrůstali. Pro jednoho může být prioritou rodina, děti, pro jiného zase práce. Pro jedince závislé na návykových látkách je prioritou droga.

R 1, 3 a 5 neuvědli, aniž si to možná sami ani uvědomují, že by jejich nejvýše danou hodnotou byla droga. V podstatě všichni tito R shodně staví společenskou potřebu mít rodinu jako nejdůležitější na svém žebříčku hodnot. Toto mohu přisuzovat tomu, že tito R prožili dětství v rodinách, i když ne všichni v úplných, kde probíhala výchova, která je tímto způsobem ovlivnila. Dle mého názoru si uvědomují důsledky užívání drog, kam je jejich závislost dovedla a že díky drogám nemají to po čem touží, což je, jak je z jejich odpovědí patrné, fungující rodina. Z těchto odpovědí vyvozují, že takto by si R představovali svou budoucnost, v této jejich fázi života by jej mohli nazvat životním cílem, a to cílem, který by nebyl spojen s drogou a plnohodnotně jim nahrazoval stav, který po užití drogy přichází.

R 2 a 4 oproti výše uvedeným R zaujali k této otázce jiný postoj. V případě R 2 se myšlenky točí jen kolem drogy a jejího získání. Toto vyvozují na základě odpovědí, které vyplynuly z našeho dalšího rozhovoru. Vzhledem k dědičným předpokladům a sociálnímu zázemí v raném dětství R a jeho současného života na ulici, si myslím, že mu droga slouží jako úleva od psychické újmy, kterou jeho osobnost utrpěla. Díky tomu hledá smysl života skrze drogu, něco jako hledání řešení neřešitelného.

U R 4 bohužel nemohu tuto úroveň posoudit. Tazatelské otázky v tomto dílčím cíli se mu zdály „divné“ a neměl co nebo nechtěl na ně odpovědět. Jak jsem již uvedla výše, je možné, že díky mé nezkušenosti, že jsem jej nedokázala lépe navést, se R 4 k těmto otázkám vyjádřil.

Faktor, který by byl spouštěčem mohu v této úrovni vyloučit u všech R vyjma R 3. Přestože v pubertě s drogou experimentoval, drogy poté dále neužíval, a to ani rekreačně. V životní situaci, kdy vztah s jeho vztah s přítelkyní nefungoval a nezlepšil

se ani poté kdy přišla na svět jejich dcerka, začal na pomoc jako únik od reality opět drogy užívat a po rozchodu, kdy přišel o rodinu do toho „spadl“ naplno. Vzhledem k tomu, že v dětství zažil rozvod rodičů a jeho život byl poté tímto ovlivněn, což se prolíná i s úrovní psychologickou, mohl svůj rozchod vnímat tak, že opět přišel o rodinu. Z tohoto usuzuji, že spouštěčem u tohoto R byl rozpad rodiny, po které dle svých odpovědí touží a jejíž existenci staví jako nejdůležitější na svém žebříčku hodnot.

8.6 Shrnutí výzkumného šetření

Každý dílčí cíl, který rozebíral vždy jednu z úrovní bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti jsem ukončila shrnutím konkrétního cíle. Z těchto shrnutí vyplívají má následující zjištění. Mohu konstatovat, že u všech úrovní, výše uvedeného modelu závislosti, se našel minimálně jeden respondent, který vykazoval znaky dané úrovně, a bylo tak možné vyvodit, že ona úroveň mohla zapříčinit závislost konkrétního respondenta na návykových látkách. Potvrdili se mi také teze z literatury, která uvádí, že úrovně modelu se navzájem prolínají a jednotlivé faktory na sebe vzájemně působí.

Během svého šetření jsem společně s respondenty postupně procházela jednotlivými úrovněmi (díličními cíli) formou polostrukturovaných rozhovorů. Na základě odpovědí získaných od respondentů jsem se pak vždy pokusila určit, zda se zde objevil faktor, který by v dané úrovni mohl být příčinou vzniku závislosti na drogách jednotlivého respondenta.

Dílčí cíl 1 se zabývá úrovní biologickou. Mým cílem zde bylo pokusit se zjistit, zda bych mohla závislost přisoudit genetické či dědičné výbavě respondentů. Co se týče psychiatrické léčby rodinných příslušníků odpověděli všichni R negativně. Stejně tak odpověděli tři R, že drogy v rodině nebyly užívány. Ovšem z odpovědí R 2 vyplynulo, že oba rodiče a v případě R 5 matka, návykové látky užívali a v obou případech zřejmě i v průběhu těhotenství. Toto oba R předpokládají z doslechu, nicméně oba se s návykovými látkami setkávali již v ranném dětství a R 5 i následně dále, vzhledem k tomu, že žila se závislou matkou, na rozdíl od R 2, který byl závislým rodičům odebrán. Došla jsem tedy k závěru, že biologický faktor mohl ovlivnit užívání

návykových látek u R 2 a R 5. U R 1, 3 a 4 biologický faktor není primární příčinou jejich závislosti na drogách.

V dílčím cíli 2 jsem se zabývala úrovní psychologickou. V této části bylo mým cílem zmapovat rodinné zázemí R, vzhledem k tomu, že právě rodina a s tím spojená výchova má na jedince významný vliv, pod kterým pak jedinec jedná i mimo rodinu. Jak jsem již zmiňovala výše, tato úroveň velmi úzce souvisí jak s úrovní biologickou, tak i sociální. Výběrem otázek jsem se snažila získat co nejvíce informací, které mi pomohli zorientovat se v prostředí, ve kterém R vyrůstali, tedy vzorec chování, který je dozajista ovlivňoval v jejich budoucím životě. Přesto samozřejmě nebylo možné dopodrobna zjistit tyto informace, a opět zde vycházím pouze z odpovědí R, které přesto považuji pro můj výzkum za dostačující. Z odpovědí R se domnívám, že u R 1 a 3 mohu tuto pravděpodobnost jako spouštěče užívání návykových látek vyloučit. Rodinné zázemí tito R charakterizovali jako hezké, normální, běžné a zároveň výchovu rodičů vidí oba jako dostatečnou, a to i přestože R 3 v dětství prošel rozvodem rodičů a následně na něj byl vyvíjen ze strany matky psychický tlak ohledně péče o něj. Naopak u R 2 a 5 dle mého názoru na základě jejich odpovědí mohu určit, že tento faktor, týkající se rodinného zázemí, byl spouštěčem jejich budoucího užívání drog, a že jednoznačně ovlivnil jejich budoucí život. U R 4 se spíše kloním k tomu názoru také, vzhledem k tomu, že R k rodině vyjadřoval spíše negativně, byl umístěn v diagnostickém zařízení a zarážející je i skutečnost, že oba jeho sourozenci jsou také uživateli, přestože rodiče drogy neužívali.

Dílčí cíl 3 pojednává o úrovni sociální. Tato úroveň se zaměřuje na vliv sociálního okolí, jež nás ovlivňuje více, než si mnohdy vůbec uvědomujeme. Dle mého názoru je tento vliv jedním z vůbec nejčastějších spouštěčů užívání návykových látek. Co jsem zatím měla možnost se setkat s uživateli, tak převážná většina z nich začala užívat právě v dospívajícím věku, kdy je jedinec velmi ovlivňován svým okolím, vrstevníky a partou. Toto mi v podstatě také potvrdilo mé šetření. Evidentní je to v případě R 1, u které jsem v ostatních úrovních nemohla vliv týkající se faktorů těchto úrovní potvrdit. Zatímco úroveň sociální je u R 1 jasným spouštěčem. Stejně tak je to i v případě R 2, 4 a 5, kteří pod vlivem okolí vyzkoušeli drogu. U všech těchto R původní experiment postupně přešel v závislost. Ze všech R, pouze u R 3, který sice vlivem vrstevníků také s drogou experimentoval, nepřešel tento experiment do stádia

pravidelného užívání a následné závislosti, jako u ostatních R. U tohoto R jako jediného mohu faktory týkající se úrovně sociální vyloučit.

V posledním dílčím cíli se věnuji úrovni spirituální, což je vlastně určité uvědomění si sebe samého. Jedná se o poznání, jakým směrem se ubírá náš život, kam směřujeme, zda naše prioritní životní hodnoty docházejí naplnění. Pokud člověk není se svým životem spokojen, jeho osobní hodnoty nejsou naplněny, může sáhnout po berličce v podobě drogy z důvodu ulehčení si, úlevy od svého reálného života, a aniž si uvědomuje, droga se tak stává jeho prioritní osobní hodnotou. Faktor, který spadá do této úrovně a bylo jej dle mého názoru možné nazvat spouštěčem závislosti na návykových látkách mohu uvést u R 3, kdy se mu rozpadla rodina, jejíž existenci staví mezi své nejdůležitější hodnoty. Z odpovědí ostatních R mohu příčinu spadající do této úrovně vyloučit.

Následující tabulka znázorňuje přehled možných a více pravděpodobných příčin závislosti na návykových látkách u jednotlivých R.

Tabulka 3 - Přehled výsledků

Respondenti	Biologická úroveň	Psychologická úroveň	Sociální úroveň	Spirituální úroveň
R1			ANO	
R2	ANO	ANO	ANO	
R3		spíše ANO		ANO
R4		spíše ANO	ANO	
R5	ANO	ANO	ANO	

9 Závěr a diskuze

Z výše uvedených výsledků mého šetření vyplývá, že čtyři z pěti tázaných R jsou v jejich životě ovlivněni faktory týkající se úrovně biologické a psychologické. Tedy faktory, které jedince ovlivňují a výrazně na ně působí, aniž by daný jedinec toto mohl ovlivnit. Těmito faktory jsou ovlivněni buď už v prenatálním období nebo dětství a dospívání. Vzhledem k tomu, že úrovně bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti se vzájemně prolínají a působí na sebe, mohou být pak tyto faktory posíleny

ještě dalšími okolnostmi, které na daného jedince mají také vliv a společně pak mohou vést k užívání návykových látek.

Oproti tomu z mého šetření vyplývá, že z dotazovaných R pouze jeden R, byl ovlivněn jen jednou úrovní z modelu závislosti. Jedná se o R 1, která byla ovlivněna svým okolím, tedy se jedná o úroveň sociální. V jejím případě s drogou začala, když se snažila přizpůsobit se svým vrstevníkům a zapadnout do společnosti, ve které se pohybovala. Tedy jen z důvodu, aby se necítila mimo partu, aniž by byla v minulosti negativně ovlivněna svým dětstvím či rodinným zázemím. V tomto případě vyvozují, že R 1 si zapříčinila svou drogovou závislost sama, i když z počátku byla zřejmě přesvědčena, že s drogami přestane, jakmile bude chtít. R u kterého by se dalo polemizovat o jednotlivých úrovních je R 3. Ve výše uvedené tabulce s přehledem výsledků uvádím u psychologické úrovně spíše ano. Dle mého názoru je ovlivněn úrovní modelu závislosti spirituální, ale v návaznosti na úroveň psychologickou, vzhledem k tomu, že jako dítě prošel rozvedem rodičů a následně čelil psychickému tlaku matky, protože žil u otce. Rodinu přesto staví vysoko na svém žebříčku hodnot. Poté co se mu rozpadl vztah a ztratil smysl života, nezvládl tuto životní situaci a z příležitostného uživatele se stal uživatelem pravidelným, následně závislým. U zbylých R se prolínají úrovně biologické, psychologické, a navíc i sociální, kde úroveň sociální spíše vyplynula z jejich předchozího života a z jejich rodinného zázemí, které oni sami nemohli ovlivnit.

Výše uvedené výsledky mého šetření tedy nasvědčují, že mohu vyvrátit názor veřejnosti, která zastává především postoj, že uživatelé návykových látek si za svou závislost mohou sami, že jejich léčba nemá smysl. Mnozí z řad veřejnosti by si přáli, aby tito lidé byli izolováni a oni nemuseli být s nimi konfrontováni. (Hejda, 2002) Tento názor sdílí i převážná většina mého okolí. Když jsem začínala s praxí v KC RIAPS, slyšela jsem od svého okolí názory, jako „když nechtějí fetovat tak ať přestanou, jednoduchý“, „fetují, protože chtěli, nic jiného v tom není“, „proč by jim někdo měl pomáhat, můžou si za to sami, tak ať se s toho taky sami dostanou“, „fetáci jsou hloupí lidé, chytrý člověk by do toho nespádl“, a podobně. Na základě těchto a podobných názorů veřejnosti, jsem se rozhodla zjistit, zda tyto názory veřejnosti na drogově závislé jsou oprávněné a zda je budu moci potvrdit či vyvrátit. Že takový názor veřejnost má, přiřazuji k tomu, že je málo informována o skutečných možných

příčinách vzniku závislosti na návykových látkách. Myslím si, že cíl, odhalit příčinu závislosti na drogách oslovených respondentů v návaznosti na jednotlivé úrovně bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti a vyvrátit tak všeobecný názor veřejnosti, jsem dosáhla.

Dalším důležitým poznatkem mého šetření je účinnost terciární prevence s přístupem HR. Po dobu konání praxe v KC RIAPS jsem byla celé dny na blízku klientům tohoto centra, které přístup HR vykonává. Díky názorům klientů, zároveň i tázaných respondentů a osobních poznatků mohu potvrdit, že je tento přístup přínosný a účel splňuje. Jde zde především o zabránění následků poškození spojených s užíváním návykových látek u uživatelů, kteří nejsou motivováni k tomu, aby s drogami přestali. Mohu potvrdit, že rizika jsou snížena vzhledem k tomu, že klienti tuto službu rádi využívají a jsou si vědomi výhod této terciární prevence. Soudím tak dle osobní praxe s klienty, mezi které patří i tázaní respondenti mé práce. Nejen, že využívají výměny injekčních stříkaček, což je pro tuto prevenci velmi důležité, když už se tedy jedná o jedince, kteří jsou v této fázi závislosti, ale zároveň jim pracovníci poskytují informace o možnostech léčby. Působí tak intenzivně, nenásilnou formou na klienty, kteří se časem mohou změnit z nemotivovaného klienta v klienta motivovaného, který se bude chtít se svou závislostí léčit.

Zvolila jsem kvalitativní výzkumnou strategii pomocí metody polostrukturovaného rozhovoru. Tato strategie a metoda byla z mého pohledu i po provedení výzkumného šetření zvolena správně. Soudím tak, protože při zkoumání příčin bylo třeba mnohdy zapátrat hluboko v životech respondentů. Metoda polostrukturovaných rozhovorů mi umožnila držet se mnou předem připravených otázek a díky tomu nevědomky neodbočovat od tématu, ale zároveň díky otevřeným otázkám poskytnout respondentům dostatek prostoru pro jejich vlastní odpověď. Díky rozsáhlejším odpovědím respondentů bylo mé šetření podrobnější a přesnější pro výsledek mé práce. Samotné výzkumné šetření probíhalo v KC RIAPS, kde jsem realizovala svou praxi v rámci studie oboru sociální práce. Za to, že jsem měla tuto možnost pracovníkům centra moc děkuji. Díky nim jsem měla blíže k respondentům a mohla tak s nimi navázat bližší kontakt.

Protože jsem se pro téma této práce rozhodla na popud mého okolí, jak už bylo výše zmíněno, a také celkovému názoru veřejnosti a negativnímu postoji k drogově závislým. Snažila jsem se také, aby tato bakalářská práce měla právě pro tuto veřejnost přínos v podobě informativnosti. Že takový názor veřejnost má, přiřazuji k tomu faktu, že jsou pouze málo informovaní o skutečných možných příčinách vzniku závislosti na návykových látkách. Právě proto si myslím, že má bakalářská práce bude mít přínos pro vyplnění těchto neznalostí, jelikož teoretická část této práce poukazuje na základní informace okolo drogové problematiky a následně díky znalostem těchto informací pochopí čtenář i praktickou část, která přinese zlepšení informovanosti. Pokud si veřejnost přečte tuto práci, troufám si říci, že se bude umět lépe vžít do situace drogově závislých a změnit na ně názor.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BERAN, Jiří. Droga a my. Jihlava: Idea, 1995.

EMMEROVÁ, Ingrid. Základná terminológia. In: KRAUS, Blahoslav a Jolana HRONCOVÁ a kol. 2010. Sociální patologie. Vyd. 2. Hradec Králové: Gaudeamus, 325 s. ISBN 978-80-7435-080-1

ESCOHOTADO, Antonio. Stručné dějiny drog. Praha: Volvox Globator, 2003. Labyrint (Volvox Globator). ISBN 80-7207-512-8.

GANERI, Anita. Drogy: od extáze k agonii. Praha: Amulet, 2001. Alfabet. ISBN 80-86299-70-8.

HAJNÝ, Martin. O rodičích, dětech a drogách. Praha: Grada, 2001. Pro rodiče. ISBN 80-247-0135-9.

HEJDA, Jan a Rostislav DUBEN. Veřejně prospěšné organizace a jejich postavení v systému prevence a ochrany proti drogovým závislostem. Praha: Vltavín, 2002. ISBN 80-86587-02-9.

KALINA, Kamil. Jak žít s psychózou. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-563-6.

KALINA, Kamil. Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, K., 2003. Úvod do drogové politiky. In: KALINA, K. a kol., Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, s. 15-24. ISBN 80-86734-05-61

KALINA, Kamil. Základy klinické adiktologie. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1411- 0.)

KOLIBÁŠ, Eduard a Vladimír NOVOTNÝ. Alkohol - drogy - závislosti: psychické poruchy spojené s užíváním návykových látek. Bratislava: Vydavateľstvo UK, 2007. ISBN 978-80-223-2315-4

KRÁLOVÁ, Jaroslava. Speciální techniky sociální práce. Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky, 2002. ISBN 80-86568-16-4.

PRESL, Jiří. Drogová závislost: Může být ohroženo i Vaše dítě?. Praha: Maxdorf, 1994. Medica. ISBN 80-85800-18-7.

MÜHLPACHR, Pavel. Sociopatologie. Brno: Masarykova univerzita, 2008. ISBN 978-80-210-4550-7

NAVRÁTIL, Pavel. Teorie a metody sociální práce. Brno: Marek Zeman, c2001. ISBN 80-903070-0-0.

NEŠPOR, Karel. 2011. Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby. Vyd. 4., aktualiz. Praha: Portál, 173 s. ISBN 978-80-7367-908-8.

NEŠPOR, Karel. Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby. 5., rozšířené vydání. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1357-4.

NOVOTNÝ, O., ZAPLETAL, J., A KOLEKTIV. Kriminologie. 3. vyd. Praha: ASPI-Wolters Kluwer, 2008, ISBN 978-80-7353-376-8, s. 447–449

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

ŘEZNÍČEK, Ivo. Metody sociální práce: podklady ke stážím studentů a ke kazuistickým seminářům. Praha: Sociologické nakl., 1994. Studijní texty (Sociologické nakladatelství), sv. 5. ISBN 8085850001.

ROTGERS, Frederick. Léčba drogových závislostí. Praha: Grada, 1999. Psyché (Grada). ISBN isbn80-716-9836-9.

SHULTES, Richard Evans a Albert HOFMANN. Rostliny bohů: jejich posvátná, léčebná a halucinogenní moc. Praha: Volvox Globator, 1996. ISBN 80-7207-007-X.

VALÍČEK, Pavel. Rostlinné omamné drogy. Benešov: Start, 2000. ISBN 80-86231-09-7.

VÁGNEROVÁ, Marie, 2008. Psychopatologie pro pomáhající profese. 4. vyd. rozšířené a přepracované vydání Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-414-4.

ZÁBRANSKÝ, T. Drogová epidemiologie. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. 95 s. ISBN 80-244-0709-4

INTERNETOVÉ ZDROJE

© 2019 Policie ČR Opioidy a opiáty [cit. 2019-11-20] Dostupné z: <http://www.policie.cz/narodni-protidrogova-centrala-skpv.aspx>

© 2013 MeDitorial Závislost na drogách: Proč závislost vzniká? [online] [2019-11-27]. ŠINDELÁŘOVÁ, Hana Dostupné z: <http://www.substitutni-lecba.cz/proczavislost-vznika>

© Prev centrum [online]. 2017 Prev-centrum, [cit. 2019-11-27]. Dostupné z: <https://www.prevcentrum.cz/informace-o-drogach/kokain/>

© AION CS, s.r.o. 2010-2020 Pojem návykové látky je uveden v § 130 zákona č. 40/2009 Sb. (Trestní zákoník). Zákony pro lidi [online] [cit. 2020-01-23]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-40>

© RIAPS Trutnov 2020 RIAPS kontaktní centrum [online] – terénní programy [cit. 2020-01-24] Dostupné z: <http://www.riaps.cz/kc/sluzby.html>

© 2015 NMS, Úřad vlády ČR [online] – Info drogy [cit. 2020-04-30] Dostupné z: <https://www.drogy-info.cz/publikace/glosar/?g=108>

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - Hlavní a dílčí cíle	43
Tabulka 2 - Charakteristika respondentů.....	45
Tabulka 3 - Přehled výsledků	68

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 - Technika statut (Králová 2002, str. 19)	34
---	----

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č.1 – seznam tazatelských otázek.	
Příloha č.2 – přepis rozhovoru s R2	

Příloha č. 1 – seznam tazatelských otázek.

1. Jak dlouho užíváte drogy?
V jaké míře si myslíte, že jste závislý?
2. Povězte mi o Vaší rodině, o rodičích, o sourozencích.
Jaký máte vztah?
3. Lečí nebo léčil se někdo z rodiny na psychiatrii? Pokud ano, s čím?
4. Má někdo z rodiny zkušenosti s drogami/alkoholem? Pokud ano, s jakými?
5. Jak vzpomínáte na své dětství?
6. Jaké máte nejhezčí vzpomínky z dětství?
7. Jaké vzpomínky naopak byste vnímal jako špatné?
8. Jak myslíte, že Vás rodiče vychovali?
9. Kdo Vás s drogou seznámil? Jaký byl důvod, proč jste si drogu dal/a?
10. Jaké osoby byste jmenoval jako své nejbližší a jaké k nim máte vztahy?
11. Jak Vám drogy ovlivnili život?
Jak by Váš život vypadal, kdybyste drogy neužíval?
12. Věříte v něco? Pokud ano, v co?
13. Co je smyslem Vašeho života, jaké hodnoty jsou pro Vás důležité? Jak vidíte svou budoucnost?

Příloha č. 2 – přepis rozhovoru s R2.

1. **Jak dlouho užíváte drogy? V jaké míře si myslíte, že jste závislý?**

R: „No už od 16, takže nějakých 15 let. A závislý jsem v hodně veliký míře.“

2. **Povězte mi o Vaší rodině, o rodičích, o sourozencích.**

Jaký máte vztah?

R: „Já nevidám rodinu, maximálně s tátou, ale toho vidím jednou za uherskej rok, ten je snad někde ve Smiřicích. No a máma ta umřela před Vánocemi. A sourozenci ty ani nevím kde bydlí, neviděl jsem je dlouho.“

T: „Ostatní členi rodiny ti nechybí?“

R: „No chybí jasně že jo. Komu by nechyběli tak to jsou bezpáteční krysy. „Ztratil jsem kvůli fetu sice všechno, ale v pohodě. Tím myslím ženu a děti, který nevídám, jinak jsem nic jinýho už stejně před tím ani neměl.““

3. Lečí nebo léčil se někdo z rodiny na psychiatrii? Pokud ano, s čím?

R: „Ne.“

T: „Nikdo třeba nedocházel pro prášky na deprese?“

R: „Ne.“

T: „Touhle otázkou se jen snažím zjistit nějaký určitý faktory, který tě mohli ovlivnit. Někaký duševní onemocnění a tak podobně.“

4. Má někdo z rodiny zkušenosti s drogami/alkoholem? Pokud ano, s jakými?

R: „Jo tak táta má, ten žere piko a bůh ví, co ještě, táta ten taky chodí sem (do KC) a máma ta umřela na alkohol, když ji našli. Ta lila pořád, byla to alkoholička, proto mě taky dali k tetě. No, takže jdu stejnou cestou prostě. Sourozenci ty se na to vykašlali. Jeden hraje na klávesy. Ale v jednu chvíli taky frčeli.“

T: „A nevíš, jestli rodiče užívali návykové látky ještě před tvým narozením?“

R: „Jo tak asi odjakživa, vím, že v tom lítali už jako v pubertě.“

T: A co maminka, myslíš, že se dá opravdu říct, že byla alkoholička?“

R: „Jo, vždyť umřela na alkohol ne asi, když ji našli.“

5. Jak vzpomínáte na své dětství?

R: „,,Já jsem od dvou let s tetou žil jen s tetou, od táty a mámy mě odebrali, máma chlastala, táta fetoval, no tak já byl v pasťáku. Takhle ti to řeknu, byl jsem od dvou let vychovávaný od tety, táta byl po kriminálech do mých 14 let. To jsem prostě dělal pořád nějaký nesmysly, utíkal jsem z domu. Teta taky nebyla hodná. No a ve 12 mě prostě kopli do pasťáku. Odtamtud' jsem šel v 15ti ještě na školu. No jako v pasťáku prostě nejseš doma, nemůžeš si jít kam chceš, nemůžeš si dělat co chceš, musíš

se řídit vychovatelem, kterým seš jedno, musíš se prostě podřadit. Hlavně tam poznáš taky hodně špatných lidí a naučíš se od nich špatný věci, no past'ák není dobrej.“

6. Jaké máte nejhezčí vzpomínky z dětství?

R: „Já nevím, nevím, co říct.“

7. Jaké vzpomínky naopak byste vnímal jako špatné?

R: „Na dětství nevzpomínám. Nepamatuju si ho snad radši. Já nevím, třeba blbý bylo, když jsem utekl z past'áku a přišlo se na to.“

8. Jak myslíte, že Vás rodiče vychovali?

R: Tu (tetu) furt něco s*alo, nemohl jsem nic, byla asi nasraná, že se o mě musela starat. Tak jsem skončil tam kde jsem skončil. Myslím v tom past'áku.“

9. Kdo Vás s drogou seznámil? Jaký byl důvod, proč jste si drogu dal/a?

R: „Kdo mě s tím seznámil? Můj švagr s kámošema a poslal mi to (tím myšlena aplikace), no a pak jsme v tom nějak frčeli spolu, já to teda jako znal už z dřívějška vlastně, ale se švagrem jsem se rozjel.“

Já: „A co to bylo, co ti poslal?“

R: „Pervitin, to jsem řekl špatně že švagr, úplně poprvý jsem si dal s kámošema, který znám z past'áku. Hlavně tam poznáš taky hodně špatných lidí a naučíš se od nich špatný věci, no past'ák není dobrej na tohle. Já pak vlastně znal jen kámoše z past'áku no. Takže po tom, co mě pustili, jsem se tahal jen s nimi.“

10. Jaké osoby byste jmenoval jako své nejbližší a jaké k nim máte vztahy?

R: „Nikoho. Já nemám nic, nikdo mě nenapadá, jen moje děti, který nemůžu vidět.“

11. Jak Vám drogy ovlivnili život? Jak by Váš život vypadal, kdybyste drogy neužíval?

R: „Hele asi že nemám nic, protože to, co jsem chtěl, tak už dávno uteklo. Měl jsem babu

a s ní děti, to už není, takže já na to vše se*u, všechno kvůli těm s*ačkám. Možná co bych chtěl by bylo najít si nějakou slečnu, třeba jako vypadáš ty.“

T: „To ale není přece to hlavní ve tvé situaci, co myslíš, například práce, bydlení?“

R: „No jasný prostě normální věci jako mají normální lidi, přijdeš domů, rozsvítíš si, uděláš si kafe, jdeš se vysprchovat. Prostě normální běžný život no, co ti na to mám říct. To já nemám no a vím, že to je kvůli mému zpackanému životu.“

12. Věříte v něco? Pokud ano, v co?

R: „To nevím.“

13. Co je smyslem Vašeho života, jaké hodnoty jsou pro Vás důležité? Jak vidíte svou budoucnost?

R: „Smyslem? (Smích) Já nevím, fakt nevím, co bych ti řekl, to by byla těžká otázka i pro tebe, že jo. Smysl vidím v tom, že až odsud půjdu, tak si seženu a budu dál hloubat nad svým zpackaným životem.“ (Smích) A budoucnost, pche, co bude to bude, to neřeším.