

**Univerzita Palackého v Olomouci**

**Cyrlometodějská teologická  
fakulta**

**Katedra křesťanské sociální práce**

**Bakalářská práce**

**2014**

**Milan Martinec**

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI**  
**CYRILOMETODĚJSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA**

**Katedra křesťanské sociální práce**

*Charitativní a sociální práce*

Milan Martinec

*Narativní analýza klientů drogově závislých: Bariéry  
a pozitivní faktory vedoucí k trvalé abstinenci*

**Vedoucí práce: Mgr. Lenka Tkadlčíková**

**2014**

## **Prohlášení**

„Prohlašuji, že jsem práci vypracoval samostatně a že jsem všechny použité informační zdroje uvedl v seznamu literatury.“

V Olomouci dne:

Milan Martinec

## Poděkování

Děkuji Mgr. Lence Tkadlčíkové a také Mgr. Pavlíně Valouchové za jejich cenné rady, náměty a připomínky i respondentům z výzkumného souboru za jejich ochotu a čas.

# Obsah

Úvod.....	6
1. Závislost .....	7
1.1 Definice syndromu závislosti .....	7
1.2 Příčiny vzniku syndromu závislosti .....	8
1.2.1 Složení návykové látky .....	9
1.2.2 Genetický základ .....	9
1.2.3 Psychické faktory .....	9
1.2.4 Sociální faktory .....	11
1.3 Vývoj vzniku syndromu závislosti .....	11
1.4 Specifika syndromu závislosti v období dospívání .....	14
1.5 Léčba syndromu závislosti .....	15
2. Rozdělení psychoaktivních látek.....	17
2.1 Konopné drogy .....	17
2.2 Stimulancia.....	18
2.3 Opioidy.....	18
2.4 Halucinogeny .....	19
2.5 Sedativa a jiné léky .....	19
2.6 Organická rozpouštědla.....	20
3. Výzkum.....	20
3.1 Metodologie.....	21
3.1.1 Cíle výzkumu .....	21
3.1.2 Pozice výzkumníka .....	22
3.1.3 Výzkumný soubor .....	23
3.1.4 Metoda sběru dat .....	23
3.1.5 Narativní přístup.....	25
3.1.6 Analýza dat.....	27

3.2	Kategoriálně-obsahová analýza.....	27
3.2.1	Pozitivní faktory při léčbě.....	28
3.2.2	Bariéry a negativní faktory při léčbě.....	32
3.2.3	Důvody k ukončení syndromu závislosti.....	34
3.3	Rekonstrukce jednotlivých rozhovorů.....	36
4.	Diskuze.....	51
	Závěr.....	53
	Literatura.....	54

## Úvod

*„Viš já si stejně občas říkám...že jsem tehda musel bejt strašně mladej a blbej“*  
(vyjádření respondenta Karla na jeho bývalou závislost)

Prohlášení jednoho z respondentů výzkumného souboru vás jako čtenáře uvádí ke kvalitativnímu výzkumu, zaměřeném narativně na bývalé sociální seskupení uživatelů drog, kterým se podařilo od své závislosti na návykových látkách odpoutat. Autora této práce zajímalo, jaké byly důvody, které vedly respondenty k léčbě svého syndromu závislosti, a navíc si kladl otázky, co jim v daném úsilí nejvíce pomáhalo a bránilo. Vznikl koncept cílů výzkumné práce, s narativní orientací na příběhy a vyprávění jednotlivých uživatelů drog, ve snaze interpretovat jejich zkušenost pomocí rozhovorů a následné kategoriálně-obsahové analýze dat.

Pomocí doplňující techniky čáry života jako pomůcky ke znázornění životních úseků respondentů, ve kterých aktivně užívali psychoaktivní látky, a narativních interview, tento výzkum může sloužit jako přehled, kterým faktorům při léčbě syndromu závislosti (pozitivním i negativním) připisují jedinci začínající s drogami již od mládí, největší význam a jaká jednotlivá léčebná zařízení a organizace jim byla nejvíce prospěšná.

# 1. Závislost

V této kapitole budou uvedeny základní definice závislosti a příčiny jejího vzniku, celkový vývoj syndromu závislosti a jeho léčby, plus specifika vzhledem k našemu výzkumnému souboru. Všechny tyto náležitosti budou nezbytné, jak k pochopení jednání jednotlivých členů výzkumného souboru, tak k následné analýze jejich interpretace ohledně závislosti na psychoaktivních látkách v tomto kvalitativním výzkumu.

## 1.1 Definice syndromu závislosti

Vágnerová (2012) ve své knize uvádí skutečnost, že pro lidi byla odjakživa žádoucí možnost úniku před svými problémy, případně určitá snaha dosáhnout pocitů štěstí či mimořádných zážitků, především co nejdostupněji a bez velkého vynakládání úsilí. Tuto možnost odjakživa nabízely psychoaktivní látky, byť ve formě její iluze. I přes všeobecně rozšířené poznání o negativních účincích těchto látek, se jich lidstvo nedokázalo nikdy zcela zříct, a proto nás možnost závislosti na nich doprovází až do dnes. Závislost je tedy onemocněním, u něhož hrozí riziko devastace a narušení funkcí jedince, především funkcí tělesných, psychických a sociálních. (Vágnerová, 2012, str. 547-548)

Nešpor (2007) píše, že závislost je soubor fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, kvůli nimž jedinec mění své chování. Změněné chování znamená upřednostňování určitého jednání, jiného než kterého si dříve cenil více. Popisuje silnou touhu vzhledem k psychoaktivním látkám a rozděluje je především na drogy, alkohol nebo tabák. (Nešpor, 2007, str. 2-3)

Dočkal (2000) uvádí závislé chování jako dlouhotrvající vztah k nějaké určité věci, činnosti nebo osobě, a tento vztah dle něho omezuje naše žití, naši svobodu. Dalším kritériem je také neřádnost a negativní důsledky pro společnost. Přímo drogovou závislost samotnou popisuje jako *„psychický a někdy také fyzický stav vyplývající ze vzájemného působení mezi živým organismem a drogou, charakterizovaný změnami chování a jinými reakcemi, které vždy zahrnují nutkání brát drogu stále nebo pravidelně pro její psychické účinky, a někdy také proto, aby se zabránilo nepříjemnostem plynoucím z její nepřítomnosti v organismu“* (Dočkal, 2000, str. 8).

Vágnerová (2012) přidává vysvětlení ohledně psychoaktivních látek, a označuje je substancí, která je schopná měnit psychický stav. Důsledkem jejich užívání může dojít jednak k akutní intoxikaci (dočasná změna funkcí psychických a tělesných), zneužívání



této látky (somatické, či psychické změny nastávající v důsledku delšího užívání látky), či závislosti na ní (závislý člověk užívá danou látku bez ohledu na její negativní účinky pro své zdraví). Dále dělí závislost na somatickou a psychickou. Somatickou definuje jako návyk organismu na příslušnou psychoaktivní látku, kdežto psychická závislost je čirá touha jedince, který si zafixoval nejen to, co mu droga přináší, ale i jeho stavy v době abstinence, a již pouhá představa vysazení látky může vyvolávat úzkostná rozpoložení. (Vágnerová, 2012, str. 548-549)

Poté rozpracovává koncept hlavních příznaků pomocí Smolíka (Smolík, 1996), a tvrdí, že pokud tyto příznaky přetrvávají u jedince delší dobu než 12 měsíců, dají se označit jakožto životní styl, jehož cílem je zaměření se na psychoaktivní látku, tedy závislost. Tyto příznaky můžeme použít jako určitou sumarizaci této podkapitoly. (Vágnerová, tamtéž)

Zmíněnými příznaky jsou silná nutkání užívat tuto látku, neschopnost kontroly ve vztahu k bažení po látce a jejímu podávání, zvyšující se tolerance k ní a abstinenci syndrom, jež je odpovědí na vynechání dávky či případné abstinence. Abstinenci příznaky jsou velice individuální, jak ve vztahu k jedinci, tak k látce, kterou užívá. Droga se stává hlavním vodítkem v životě závislého jedince, a ten je kvůli této dominantní potřebě ochoten obětovat spoustu energie, času, svého jednání a finančních prostředků. Dochází k omezení ostatních činností a zájmů, a jedinec je schopen pokračovat v užívání psychoaktivní látky, i když ví o jejích škodlivých účincích. (Vágnerová, 2012, str. 549)

## **1.2 Příčiny vzniku syndromu závislosti**

Strukturu faktorů mohoucích být spouštěčem na cestě k závislosti ovlivňuje lidská individualita vnímání a jedinečnost souher životních situací každého jedince. Nešpor (2000) vyjadřuje skepsi vůči objevování příčin závislostí, a na různých příkladech dokazuje, že nelze nikdy předem určit, zdali se někdo stane závislým, či ne. Uvádí určitou sadu faktorů, s nimiž se setkává v průběhu své lékařské praxe, a které většinou hrají rozhodující role v životech jeho pacientů a klientů. Tyto faktory dělí na rizikové a protektivní, a v obou případech se jedná především o činitele následující - psychika daného jedince, jeho rodina, osobnost, prostředí a dostupnost omamných látek v něm. (Nešpor, 2000, str. 52)

S těmito činiteli souhlasí i Dočkal (2000) a sám popisuje člověka jako souhrn čtyř dimenzí – biologické, psychologické, sociální a spirituální. Tvrdí, že v jednotě těchto 4 oblastí lze najít jak předpoklady, tak samotné spouštěče (Dočkal, 2000, str. 39-42).

Následující oddíly jsou zpracované strukturou Vágnerové (2012), která rozebírá možnost vzniku závislosti multifaktoriálně, nejen s ohledem na pouhé rozlišování jednotlivých faktorů, ale potřebou diferencovat různé úlohy sociální prostředí (sociokulturní činitele, působení sociálních skupin a podněty možných situací přispívajících k pravděpodobnosti experimentace, či pouze riziko zvyšující podněty) v interakci s těmito faktory. (Vágnerová 2012, str. 550)

### **1.2.1 Složení návykové látky**

Prvotním činitelem je aktuální složení dané psychoaktivní látky. Především tvrdé drogy (např. v podobě heroinu) mohou vyvolat závislost bez ohledu na různé vlastnosti jedince jak psychického tak biologického rázu. Ganeri (1996, str. 62-63) dodává, že složení drog prodávaných dealery samozřejmě nelze ověřit z hlediska kvality, a to nejen z možného obsahu nečistot, ale že je velice častým jevem smíchání několika psychoaktivních látek, tzv. „říznutí“, především u drog, které se mohou sehnat a koupit na ulici (vzhledem k povaze výzkumného souboru toto bude pravděpodobně jedna z hlavních cest a možností, jakou se drogy a omamné látky daly získat). (Vágnerová, 2012 str. 551)

### **1.2.2 Genetický základ**

Nemohou se opomenout specifika biologického a genetického základu jedince. Vágnerová (2012) popisuje možnost genetické dispozice jako existenci významného faktoru, sama ovšem dodává, že se spíše jedná o komplex genetických informací, který by mohl ovlivňovat potřebu vzrušení daného jedince a toleranci k omamné látce. Nelze opomenout ani roli, kterou zastupuje zpětná reakce organismu při akutní intoxikaci psychoaktivní látkou. Stručně řečeno, člověk, na kterého bude omamná látka působit zvlášť příjemnými pocity, a jejíž metabolické zpracování nebude mít negativní důsledky v podobě, např. zvracení, nevolnosti apod., bude tuto látku s větší pravděpodobností užívat častěji, čímž se zvyšuje riziko syndromu závislosti. (Vágnerová, 2012, str. 551)

### **1.2.3 Psychické faktory**

Příčiny experimentování s omamnou látkou vznikají v rámci psychických faktorů. Vágnerová (Tamtéž), pracuje s potřebami vycházejících z určitého tlaku našeho sociálního

okolí ale také s tendencemi k určitému způsobu prožívání a chování. Potřeby uvádí jako projevy úniku před problémy, frustracemi a stereotypem, nebo potřeby navození pocitu slasti, získání pozitivní zkušenosti a inspirace. Potřeba sociální konformity (akceptace skupinou, případně zachování určitých vztahů) úzce hraničí se sociálními faktory, které vychází z důsledku tlaku našeho okolí, především sociálních skupin a subkultur, u nichž užívání omamných látek patří buď k normálnímu, nebo oceňovanému chování. (Vágnerová, 2012, str. 552)

Níže zpracované tendence ke způsobům prožívání a chování jsou popisem emočního uvažování a reagování, které zvyšují pravděpodobnost užití omamné látky a tím pádem i rozvinutí závislosti na ní. Pocházejí z jednoho zdroje (Vágnerová, 2012, str. 552-553) z důvodu zachování jejich přehlednosti a komplexnosti.

- Emoční prožívání, specifikováno projevem vnitřní nepohody, úzkosti, depresí a psychického napětí. Neschopností zvládat tyto stavy se generalizuje motiv a potřeba dosáhnouti lepších emočních stavů. Hrát roli může i druhá strana mince emočního prožívání, a to pouhá touha po větším vzrušení, zážitcích, či odstranění nudy a naplnění zvědavosti.

- Způsob uvažování, jedinců, kteří nejsou adekvátně schopni posoudit okolní realitu ani své možnosti. Nejedná se pouze o jedince se sníženou inteligencí, ale i lidi s vyhroceným a neadekvátním sebehodnocením, a kteří reagují racionalizací svých činností ohledně psychoaktivních látek a popírají jejich rizika.

- Faktor učení v návaznosti užívání omamných látek k získání výhod a uspokojení. Pokud drogy přinášejí jedinci zisk, snadněji si zafixuje jejich užívání a jednodušeji se vytvářejí zvyklosti s nimi spojené. Vágnerová (2012, str. 552) parafrázuje Kubičku (Kubička, 1987) tvrzením, že v době, kdy se vynoří prvotní negativní následky užívání psychoaktivní látky, nemusí mít tato zkušenost již žádný či podstatný vliv na rozvoj návyku.

- Tendence ke způsobu chování, které ovlivňují schopnosti v oblasti autoregulace, snižují sebekontrolu a se sklony k impulzivnímu jednání a rozhodování. Chování mladistvých a dospívajících a jejich tendencím a situacím ohledně závislosti je

věnována samostatná podkapitola specifika syndromu závislosti u adolescentů. Všeobecně do této skupiny chování patří neschopnost odepřít či odložit vlastní uspokojení.

- osobnostní vlastnosti, které spočívají v oblasti lability, nezdravého riskování, nejistoty a neschopnost zvládnání stresu. Také je zmíněna důležitost existence psychické poruchy, či choroby, jako jednoho významného rizikového faktoru.

#### **1.2.4 Sociální faktory**

Dočkal (2000) popisuje oblast sociální dimenze dispozic a spouštěcích mechanismů, a vyjmenovává několik hlavních předpokladů a faktorů ovlivňujících tendence k užívání psychoaktivních látek ve společnosti. Jednak je to společnost samotná, nejenom její kulturní nastavení ve vztahu k drogám, ale i jejich dostupnost a dosažitelnost. Důležitou roli zastupuje i rodina. Její možné krize a různorodé dysfunkce v oblastech výchovy, modelů chování a citové akceptace dítěte mohou být spouštěcími mechanismy. Vágnerová doplňuje, že *„tendence k užívání psychoaktivních látek může vzniknout jako nápodoba obdobného rodičovského chování, nadměrného užívání léků, nebo alkoholu“* (Vágnerová, 2012, str. 554). Mezi další faktory jsou zařazeny také nižší vzdělání, s ním související sociální znevýhodnění a sociální deprivace (nezaměstnanost, bezdomovectví), životní styl daného jedince a vrstevnická i sociální skupina. Za zmínku stojí i „riziková“ povolání a profese, které usnadňují přístup k psychoaktivním látkám (lékárník, barman apod.). (Dočkal, 2000, str. 40)

### **1.3 Vývoj vzniku syndromu závislosti**

Ke kvalitnímu porozumění výpovědím respondentů je nutná znalost celého průběhu procesu závislosti a jeho fází. Vágnerová (2012) popisuje proces vývoje vzniku závislosti na psychoaktivní látce jako komplexním jev, jehož prvotní fází je experimentace. Jedná se o občasné užívání, počaté ať už ze zvědavosti, touze po zážitku, z nudy či vlivem jiného spouštěče nebo určité zátěžové situace. V této fázi droga plní veškerý účel, pro který je daný jedinec bere, naplňuje jej žádoucími pocity slasti, štěstím, dostatečně ho aktivizuje a dodává mu potřebnou sebejistotu, zbavuje napětí, úzkosti a jeho stresu a nejistot. Vzhledem k této skutečnosti, je veliká pravděpodobnost opětovné aplikace drogy a rostoucí chuti jí užít znovu. Na experimentujícího jedince neplatí moralizování, a nepřipouští si riziko z důvodu pocitů výjimečnosti. I přesto tají experimentování

s omamnou látkou, případně se snaží bagatelizovat skutečnost i debaty ohledně užívání. Stále si cení hodnot zájmů a vztahů kolem sebe, a záleží mu i na jeho povinnostech a plnění sociálních rolí jemu určených. (Vágnerová, 2012, str. 562)

Pokud repetitivní užívání psychoaktivní látky pokračuje, vytvoří se stereotypní návyk a nastává fáze tzv. pravidelného užívání. Jedinec nepopírá užívání psychoaktivní látky, stále však odmítá akceptovat riziko svého jednání. Typické je přesvědčování sama sebe i okolí, že vše ohledně drogy je pevně pod kontrolou, či případně *„tendence vyhýbat se členům rodiny, nepouštět se s nimi do závažnějšího rozhovoru, podrážděné a přecitlivělé reakce na snahy rodinných příslušníků o intimnější rozhovor“* (Nešpor, Marhounová, 1995, str. 78). Následuje úbytek zájmů. (Vágnerová, Tamtéž)

S postupujícím procesem syndromu závislosti se zvyšuje lhostejnost ke všemu, co nemá co dočinění s psychoaktivní látkou samotnou, jedinec se nachází ve fázi návykového užívání. Neskryvá své návykové chování, ne protože by chtěl, ale poněvadž už ho názory a mínění ostatních lidí nezajímají. Nemá čas ani energii, ztrácí adekvátní plnění svých sociálních rolí, také pomalu rozbíjí své vztahy s přáteli či rodinou. Vágnerová píše, že *„v této fázi mají někteří z nich tendenci své chování ospravedlňovat („V hnusném světě můžu žít jen hnusně“), ale stejně tak mohou zaujímat až demonstrováný postoj lhostejnosti“* (Vágnerová, 2012, str. 563). Droga dávno neplní svůj prvotní účel, o to více je však potřebná. Tato fáze je velice důležitým mezníkem, neboť se v ní závislý jedinec často pokouší svého návyku užívání zbavit. (Vágnerová, 2012, str. 563)

Ganeri (1996) poukazuje na následky dlouhodobého užívání. Ty se projeví na člověku negativně z hlediska jeho zdraví, kognitivních procesů a jeho sociálního života. Jeho bývalé zájmy a sociální vztahy se rozpadají, udržuje pouze kontakty se subkulturou, která je vázaná na užívání a shánění omamných látek. Stává se zcela bezohledným ve vztahu k získání dávky, neboť droga se nyní stává jeho jediným cílem a touha k ní eliminuje předchozí sociální zábrany. Závislý jedinec je schopný krást, podvádět, či sám sebe prodávat (prostitute). Ganeri (1996, str. 90) popisuje nejtypičtější jevy drogové kriminality, krádeže v rodině, u známých a v obchodech, kradené zboží se prodává za malé hodnoty velmi vzdálené od své reálné ceny, účelem je pouze se co nejrychleji dostat k penězům. (Ganeri, 1996, str. 72-77)

Vágnerová (2012) popisuje, že dochází-li k výše zmíněnému úpadku daného jedince, nachází se již ve fázi terminální. Ta v konečné fázi mění celistvou osobnost a sociální roli jedince.

Dočkal (2000) podává informace, že čím déle je člověk vystaven působení závislosti na omamných látkách, tím více se rozmáhá proces deformace života uživatele a jeho sociálních rolí. Tento proces samotný přispívá ke tvoření dalších problémů (tzv. bludný kruh). Stručně řečeno, v určitý moment stupně závislosti mohou být bariéry k abstinenci tak veliké a nezdolatelé, že závislý jedinec ztrácí poslední zbytky motivace a sebedůvěry k jakýmkoliv pokusům o začátek léčby. (Dočkal, 2000, str. 37)

Vágnerová (2012, str. 564-565) detailně popisuje hlavní typy těchto deformací a psychické i somatické následky po absolvování všech fází syndromu závislosti. Emoční prožívání je poškozeno, jedinci závislí mohou být vysoce dráždiví, se sklony k extrémním citovým reakcím, nebo paranoie. Riziko úpadku kognitivních schopností, či možnost počáteční demence. Nejvíce ohroženy jsou schopnosti koncentrace a paměti. Následuje změna celkové životní motivace a hodnot. Závislý uživatel přestává myslet na budoucnost, žije pouze v přítomnosti a na úkor psychoaktivní látky. Své jednání vůči ní již nijak nehodnotí a přestává ho litovat. Celkový život se poté stává stereotypem, opakováním dokola spirály shánění drog a jejich užíváním. *„Paradoxní je, že počáteční motivací k experimentaci s psychoaktivní látkou bývá často potřeba změnit všednost života a nějak jej obohatit“* (Vágnerová, 2012, str. 565).

Důležitým jevem jsou také sociální důsledky syndromu závislosti. Dočkal (2000) popisuje tendence společnosti odsuzovat a stigmatizovat chování toxikomanů, což vede k jejich sociální izolaci. Vágnerová (2012, str. 573-575) tento jev doplňuje, a uvádí, že pohrdání okolím závislé jedince utvrzuje k přijetí hodnot drogových subkultur, jejich identifikaci s nimi a společnost jako taková mu poté přijde nepřátelská a komplikovaná. Cítí se v ní nejistě a na obranu této úzkosti se opět vrhá vstříc drogám, ve smyslu snahy úniku. Jeho chování poté může nastat natolik neúnosným, že mu bude hrozit ztráta zaměstnání, či vyhazov ze školy, bezdomovectví a také následují problémy v rodině a celková schopnost ohledně udržení si (a i navazování) vztahů upadá. (Dočkal, 2000, str. 36-38)

## 1.4 Specifika syndromu závislosti v období dospívání

Jelikož respondenti z výzkumného souboru začali experimentovat s psychoaktivními látkami v období dospívání, odlišili se tím od uživatelů drog, kteří začali užívat návykové látky v pozdějších fázích životního vývoje člověka, a toto odlišení má vliv a dopad na celkový průběh syndromu závislosti, či pokusům o abstinenci (Nešpor 2000, str. 54). Langmajer a Krejčířová (2006, str. 142) definují toto období dospívání jako několik současně probíhajících biologických a psychických změn, které se dají charakterizovat příchodem nových pudových tendencí, a způsobem hledání či nacházení jejich patřičného uspokojování, emoční labilitou a také současně nástupem již vyzrálějšího způsobu a rozvoje myšlení. Dále jej rozdělují na dvě fáze, období pubescence (11-15 let) a období adolescence (15-22 let), z nichž první má specifika především v biologickém a pohlavním zrání, kdežto adolescence je fází, v nichž je tento pohlavní růst dokončován, a dochází hlavně k novému sociálnímu zařazení jedince, mění se jeho sebepojetí a začíná navazovat hlubší sociální a erotické vztahy. Broža (Kalina, 2003) přidává několik náročných situací, se kterými se dospívající jedinec musí potýkat, které komplikují jeho jistotu ohledně svých sociálních rolí. Řadí sem situace, kdy jedinec nechce být dítětem, ale neumí být dospělým, nalézání nových sociálních vazeb, nahrazování starých (dětské), vytváří si vlastní identitu, emancipuje se od rodiny, hledá smysl života a celkově si ujasňuje životní hodnoty a cíle. Dodává, že všechny tyto situace jsou podmíněny mnoha zmatky a nespokojeností, přesto však motivují jedince k vývoji. Pokud jedinec zvolí jiný způsob, jak se s těmito negativními pocity vyrovnávat, a to užíváním návykových látek, ztrácí tímto pádem motiv se s nimi vyrovnávat. Tudíž jak píše Kalina (2003, str. 233) „*užíváním návykových látek se zbavuje důvodu vývoje závislosti ke svobodě, od dítěte k dospělému*“. (Kalina a kol, 2003, str. 232-233)

Vágnerová (2012, str. 560-561) potvrzuje, že riziko vzniku závislosti, je prakticky největší v období dospívání. Ať už z malé zkušenosti, tendencím k experimentování s rizikem či chybějícímu náhledu na vlastní zranitelnost. Braní psychoaktivních látek může být pro dospívajícího lákavé i z hlediska protestu, a samozřejmě již zmíněného sociálního tlaku vrstevníků. Drogová závislost vzniká mnohem rychleji, než např. závislost na alkoholu, tím spíše u dospívajících, a sociální důsledky syndromu závislosti zde mohou být podstatně větší, neboť může dojít i „*k narušení osobnostního rozvoje, autoregulačních mechanismů, osvojování sociálních dovedností a tím souvisejícího osamostatňování*;

*psychosociální vývoj se přerušuje a z tohoto důvodu je obtížnější i náprava“ (Vágnerová, 2012, str. 561).*

Nejvíce charakteristické znaky a specifika doplňuje Nešpor (2000, str. 54-55), popisuje rizika rychlého vzniku závislosti a skutečnosti, že k čemu potřebuje dospělý člověk roky, může ohledně vzniku syndromu závislosti mladistvý potřebovat pouhé měsíce. Přidává popis nižší tolerance, vyššího rizika těžkých otrav, celkovou hrozbu nebezpečného chování a jednání pod vlivem psychoaktivních látek a také častější tendence míchat či kombinovat více návykových látek najednou. Shrnuje, že recidivy závislosti u mládeže jsou časté, nicméně dlouhodobá prognóza vyznívá příznivěji. Důvodem je přirozený proces zrání, nemožnost ztráty zaměstnání, celková pravděpodobnost pomoci od rodiny a podpory různorodých institucí a organizací. (Nešpor, 2000, str. 54-55)

## **1.5 Léčba syndromu závislosti**

Tato kapitola slouží k zachycení pozitivních faktorů k úspěšné abstinenci od návykových látek a také ke stručnému popisu léčebných možností jedinců drogově závislých v České republice.

V léčbě závislosti se používá více přístupů současně, přesto je však odstranění syndromu závislosti a nastolení abstinence procesem dlouhodobým, který zvládne pouze třetina závislých uživatelů (Vágnerová 2012, str. 575). Jedněmi z nejdůležitějších předpokladů, jsou uváděny motivace a ochota jedince spolupracovat, plus nejen intenzivní spolupráce s dotyčným uživatelem a institucemi zajišťujícími pomoc, ale i mezi zařízeními samotnými tzv. matching (Nešpor 2000, str. 60-61).

Mezi pomocné faktory řadí Vágnerová (2012) detoxikaci a farmakologickou léčbu, která slouží jako program nahrazující dávky drogy a postupným snižováním připravuje toxikomana k abstinenci, velice důležitou součástí je v případě, kdy léčí vedlejší účinky drog v podobě např. psychických poruch. Léčebný režim má určitá pravidla, která mají za účel vytvářet přednostnější vzorce chování, většinou ve spolupráci s určitou formou psychoterapie. Psychoterapie je velice důležitým nástrojem pomoci, zaměřuje se na cíl porozumění závislosti samé, získání nadhledu nad vlastní situací a nácviku způsobů chování a dovedností, pomáhající jedinci se vyrovnávat se svoji situací a akceptovat ji. Může probíhat ve formě individuální či skupinové, ale důležitým prvkem pomoci je i rodinná (případně partnerská či manželská) terapie, jelikož občas nestačí pouze léčit



závislého jedince, ale celý subsystém okolo něj (rodiče či partner se naučí něco o syndromu závislosti a jaké chování je v určitých chvílích a situacích přínosné či žádoucí, v kontextu zachování co nejvíce mezilidských vztahů, ze kterých daný jedinec může čerpat motivaci nebo oporu). Velmi užitečnou pomocí se jeví tzv. svépomocné skupiny, kde jsou lidé se stejnou zkušeností, ať už v průběhu léčby, nebo abstinující. Mohou podávat zpětnou vazbu z hlediska svých zkušeností, a sdílet určité zážitky, motivaci či alespoň vytvářet další sociální kontakty, o něž se daný uživatel může opřít. V poslední době jsou ku pomoci také k dispozici různá komunitní centra, P-centra a případně kluby, či speciální chráněné bydlení, např. provozující terapeutické komunity. (Vágnerová 2012, str. 576-577)

Terapeutická komunita sama o sobě je specifickou formou skupinové psychoterapie, neboť se pojednává o soužití závislých klientů, což umožňuje nácvik sociálních dovedností a utváření vztahů, stejně jako čelit zvládnutí ohledně promítání problémů do svého života ve společnosti (Kalina 2003, str. 53).

Pobyt v nich nemusí být pro každého, lehké formy závislosti, či pouhé zneužívání návykových látek se dají léčit způsoby výše zmíněnými, a méně časově náročnými (doba pobytu v této komunitě je zhruba rok). Na druhou stranu ani lidé s nejtěžšími formami závislosti, či ti, u kterých se vlivem užívání psychoaktivních látek vyskytla psychická porucha, nejsou většinou tělesně ani duševně schopni úspěšně absolvovat tento druh léčby (Nešpor 2000, str. 94).

V oblastech chráněného bydlení, popisuje Dolanská (2007) možnost pomoci tzv. doléčovacích center. Ty nabízejí péči o uživatele návykových látek, kteří již prošli léčbou, a nyní abstinují, z malé části se také starají o jedince, kteří sice žádnou léčbou neprošli, ale daří se jim abstinovat samotným. Aby byl „klient“ vpuštěn, musí abstinovat minimálně tři měsíce, pokud stále užívá návykové látky, je mu doporučena jiná forma institucionální pomoci. Program v těchto centrech se opět snaží podobat co nejvíce běžnému životu, zaměřuje se na resocializaci a již počítá i s aktivním (i když postupným) začleňováním jedince do společnosti, při této formě léčby může klient pracovat, a styk s ostatními lidmi a opětovné nalézání sociálních kontaktů je dalším cílem. Klient má svého garanta, mající přehled o jeho aktivitách, a který zprostředkovává následný terapeutický program. Užívání drog přímo v centru má za následek rozpoutání kontraktu a vyloučení z programu, nicméně s relapsem jako takovým se stále počítá. (Dolanská 2007, str. 32-34)

Na závěr podkapitoly je zpracována sumarizace nejdůležitějších pozitivních faktorů úspěšné léčby a abstinence, zpracované dle Nešpora (2000) a Kaliny (2003, str. 97-100). Jsou jimi léčba rychle dostupná a včasná, ve spolupráci s odborným poradenstvím či psychoterapií, s dlouhodobějším trváním (čím delší léčba, tím lepší výsledky) a měla by zahrnovat i vyšetření na HIV či AIDS, žloutenku či tuberkulózu a další infekční nemoci. Během ní by se měl dávat bedlivý pozor, zdali není porušována abstinence braním psychoaktivních látek, a počítat s opakovanými pokusy o abstinenci. Detoxifikace samotná má jen malý účinek, je to pouze jen začátek léčebného procesu. Účasti ve svépomocných skupinách jsou velice prospěšné. Význam abstinence je důležitý, již tři měsíční doba vytváří předpoklady pro další období bez braní návykových látek, na druhou stranu samotná abstinence nestačí, nedochází-li ke změnám v oblastech sociálně-vztahových. Nutná je práce s motivací, prevence předčasného ukončení léčby a také následná zdravotní výchova s prvky zaměřením na harm reduction. (Nešpor, 2000, str. 97-98)

V tomto úseku jsou zpracována veškerá nutná teoretická východiska k syndromu závislosti. K většímu přehledu čtenáři a orientaci v rekonstrukci rozhovorů a drogové scéně, a vzhledem k možnosti časté kombinace psychoaktivních látek respondenty z výzkumného souboru je v následující kapitole uveden stručný popis návykových látek a jejich účinků.

## **2. Rozdělení psychoaktivních látek**

V této kapitole jsou popsány nejčastěji používané látky na území České republiky, jejich způsob užívání, účinky, a důsledky abúzu.

### **2.1 Konopné drogy**

Do této skupiny se řadí marihuana a hašiš. Obvykle se míchají s tabákem a kouří se v tzv. jointech případně v dýmce, lze je přidávat i do pokrmů. Hašiš samotný se získává z pryskyřice rostliny, dále se suší a lisuje do tabletek, či kostiček, které se poté rozdrtí na prášek. Koncentrace THC (tato účinná psychoaktivní látka určuje sílu a typ marihuany, případně hašiše - tzv. tetrahydrocannabinol) je v hašiši zhruba pětikrát vyšší. (Dočkal 2000, str. 14)

Účinky jsou velice individuální, záleží na náladě, prostředí a samozřejmě na daném uživateli, obvykle se dostavuje euforie, uvolněná nálada a nutkání se smát bez zjevného

důvodu. Na druhou stranu může navodit i pocity úzkosti, paranoiu, ospalost, či otupělost (Ganeri 1996, str. 21). Závislost je čistě psychického rázu, biologická se nevytváří. Při dlouhodobém užívání může dojít k výpadkům paměti, či mírné apatii, stejně také hrozí onemocnění plic vlivem karcinogenního dehtu uvolňujícího se při kouření (Dočkal 2000, str. 14).

## 2.2 Stimulancia

Stimulancia jsou látky uzpůsobené ke zvýšení bdělosti, tepové a dechové frekvence a také oddalují ospalost. Mezi nejznámější látky tohoto druhu u nás patří pervitin, který se užívá především nitrožilně (může být užíván i šňupáním, či v podobě kapslí), a na našem území došlo k jeho rozšíření pro jeho snadnou možnost výroby z farmaceutických léků (efedrin) a také pro malou dostupnost ostatních drog ještě v dobách Československa (Dočkal 2000, str. 17). Po odeznění účinku látky přichází veliká únava, vyčerpání, hlad a případně deprese. Závislost zde vzniká psychická, nicméně velice rychle, Ganeri (1996) dodává, že vydržet bez pervitinu se už po velmi krátké době jeví jako velice těžké. (Ganeri, 1996, str. 17)

Po delším užívání jsou známy změny emočního ladění, vlastní sebedůvěry a časté představy o pronásledování, které mohou přerůst v psychotickou chorobu. Projevy abúzu mohou být silné pocity nevolnosti, poruchy spánku a sebevražedné tendence. (Vágnerová 2012, str. 566)

Mezi stimulační drogy na české drogové scéně se poslední dobou také začala řadit extáze, jež se konzumuje orálně, v různě tvarovaných a barevných tabletách. Tzv. „droga diskoték“ navozuje stimulační a euforické účinky zvláště výrazněji, dostávají se pocity tepla, radosti, porozumění a také odstraňuje zábrany a tlumí únavu. Velice rychle narůstá tolerance, a při dlouhodobějším užívání nastávají poruchy paměti a nálad. Ganeri (1996) popisuje vnímání extáze společností jako neškodné drogy, a varuje před nebezpečím akutní intoxikace, jednak z hlediska přehřátí a dehydratace organismu, za druhé z nevyzpytatelnosti účinků jednotlivých tabletek a jejich čistoty. (Ganeri, 1996, str. 32-34)

## 2.3 Opioidy

Do této skupiny patří heroin (chemický upravený morfin) a metadon. Na rozdíl od aktivizujících stimulancií, tyto látky navozují útlum, pocity pohody, klidu, uvolnění až event. otupělosti. Jejich tolerance ovšem rychle stoupá, závislost bývá velice těžká jak

biologická tak i psychická. Heroin samotný je bílý prášek (čistý heroin může člověka zabít, proto se často míchá s různými ostatními látkami) a užívá se šňupáním i kouřením s tabákem, či se může inhalovat brčkem nebo ruličkou, respektive se inhalují výpary heroinu, rozehříváním na např. kousku staniolu. Nejběžnější způsob je injekčním podáním, kdy se prášek rozehřeje s vodou a kyselinou na lžičce, a poté se natáhne do stříkačky. Při prvních dávkách je velmi častým jevem nevolnost. Hlavními znaky abúzu heroinu jsou silné křeče, třesavka a značné pocení. (Ganeri 1996, str. 35-36).

Vágnerová dodává, že opiáty „*postupně devastují osobnost, ničí schopnost sebekontroly a respekt k běžným sociálním normám*“ (Vágnerová, 2012, str. 565).

## **2.4 Halucinogeny**

Nejznámějšími z halucinogenů jsou tzv. halucinogenní houbičky (lysohlávky) a hlavně LSD. To se vyskytuje v mnoha formách, nejvíce ovšem ve čtverečkách svého papíru, zvoucí se tripy (v nich je napuštěn roztok LSD) a užívají se orálně. Droga je velmi silná, a již po malém množství může vyvolávat silné halucinogenní účinky. Ty způsobují změny ve vnímání tvarů, zvuků, barev i času a mohou navozovat falešné představy a bludy. LSD se dříve hojně využívalo při léčení alkoholismu či v psychoterapii, také je určitou symbolikou šedesátých let hnutí „hippies“. (Ganeri 1996, str. 39-40)

U lidí dlouhodobě užívajících se mohou objevit tzv. „flashbacky“, které jsou vysvětlovány určitým stopovým zůstatkem drogy v organismu uživatele, a postupným uvolňováním či případně možností začátku latentního psychického onemocnění. LSD nevyvolává biologickou závislost, ovšem je nebezpečné z hlediska stavu jedince při užívání, neboť daný uživatel může být sám sobě nebezpečný. (Dočkal 2000, str. 17-18)

Lysohlávky, se užívají rovnou syrové, nebo se suší. Obsahují látky psilocin, či psylocybin, které mají podobné důsledky při užívání, jako LSD. Ganeri (1996) popisuje zajímavou skutečnost, že nejsou známé dlouhodobé účinky užívání těchto hub, poněvadž tolerance u nich roste tak vysoce a rychle, že toxikomani je po určité kratší době vysazují. Nicméně dodává možnost rizika záměny hub, neboť se prý v přírodě vyskytují houby lysohlávkám velice podobné, byť jedovaté. (Ganeri, 1996, str. 44)

## **2.5 Sedativa a jiné léky**

Mnohé z již zmíněných látek byly původně používány jako léky, což naznačuje i možnost zneužívání léčiv samotných. Závislost na nich se vytváří zpravidla dlouho, a

většinou není účelem experimentování s návykovými látkami. Jedinec si ovšem zvykne léky užívat do takové míry, že je začne brát způsobem např. preventivním, následně může po čase zjišťovat, že jejich vysazení není snadné. Může hrozit biologická i psychická závislost, a syndromy a stavy při abúzu mohou být velice nepříjemné. Frekventované zneužívání léků není ve společnosti tak těžce stigmatizované. (Vágnerová 2012, str. 566)

Mezi nejzneužívanější léky patří především sedativa, hypnotika (rohypnol), léky proti úzkosti (diazepam), analgetika a jiná např. stimulační psychofarmaka (Dočkal 2000, str. 19).

## 2.6 Organická rozpouštědla

Vágnerová (2012) píše o mnoho látkách uvolňujících různorodé výpary, které mají omamné účinky (v této skupině omamných rozpouštědel se jedná především o látky jako např. toluen, trichloretylen, benzin apod.). Jsou velice toxické a jejich užívání nese značná rizika, dalším problémovým faktorem je také jejich snadná dostupnost, což kontrastuje do začlenění nelegálních drog v české společnosti. Samozřejmě *„není zakázáno kupovat, vlastnit nebo inhalovat rozpouštědla...ale čichači rozpouštědel mohou být zadrženi a stíháni za nevhodné chování vedoucí k narušení veřejného pořádku“* (Ganeri, 1996, str. 85). Inhalování rozpouštědel vyvolává účinky podobné opilosti, apatii a nepřiměřené emoční reakce. Když účinek odezní (většinou velmi rychle), nastává stav podobný kocovině. Vzhledem k povaze látek je jejich užívání vysoce nebezpečné, z dlouhodobého hlediska je rizikem vážné poškození jater, centrální nervové soustavy a dýchacích cest, také ovlivňuje činnost srdce a v případě náhlého zvýšení výkonu či námahy může dojít k infarktu. Hrozí i ztráta pudu sebezáchovy a celková degradace osobnosti uživatele (v krajním případě je tu riziko vzniku demence). Při inhalování pomocí přetaženého sáčku přes hlavu může dojít o omdlení či udušení. Závislost je čistě psychického charakteru, biologická se nevytváří. (Vágnerová 2012, str. 567-568)

## 3. Výzkum

Tato kapitola vytyčuje cíl výzkumu, popisuje metodiku, výzkumný soubor, pozici výzkumníka a rozepisuje stručné detaily o technice čáry života, která slouží jako pomůcka k ukotvení rozhovorů. Poté interpretuje jednotlivé rozhovory s respondenty a analýzu jejich hlavních pozitivních faktorů a bariér ohledně abstinence od užívání psychoaktivních

látek a současně přikládá jednotlivé nakreslené čáry života, které znázorňují životní úseky respondentů výzkumu, v období jejich aktivního užívání návykových látek.

### **3.1 Metodologie**

Je žádoucí popsat vznik a znění hlavní výzkumné otázky, která vlastně stvořila koncept celého výzkumu. Prvotním námětem pro vytvoření této práce byl vztah výzkumníka k výzkumnému souboru (charakteristiky tohoto vztahu jsou rozepsány v samostatném oddílu), a čistá kuriozita k jevu v něm se odehrávajícím. Respondenti z výzkumného souboru, kteří několik let užívali psychoaktivní látky, začali jeden po druhém jejich užívání omezovat, snažit se o abstinenci a nastupovat do léčebných zařízení. Výzkumníka zajímalo, jaké byly důvody jednotlivých respondentů vedoucí je k ukončení závislosti, a co bylo klíčovými pozitivními faktory v jejich léčbě, stejně jako nejtěžší bariéry, které léčbu ztěžovaly. To vedlo k vytvoření výzkumné otázky, jejíž finální znění je: *„Jaké byly důvody, které měly vliv na snahu respondentů k ukončení užívání návykových látek, a co na tomto procesu bylo pro ně to nejnápomocnější a nejtěžší?“*. Otázka byla v průběhu výzkumu několikrát modifikována.

V této podkapitole se nachází charakteristika cíle výzkumu, výzkumného souboru, pozice výzkumníka k němu a také metodu sběru dat. Popisuje přístup, jakým se výzkum řídí, přibližuje stručně koncept techniky čáry života a analýzu sebraných dat.

#### **3.1.1 Cíle výzkumu**

I cíle tohoto výzkumu prošly v průběhu modifikacemi. Zpočátku mělo být zkoumáno, jaké hlavní faktory a bariéry bránily výzkumnému souboru dosažení abstinence od užívání psychoaktivních látek. Ještě před začátkem navázání spolupráce s výzkumným souborem se došlo k závěru, že důležitější pro výzkum samotný není aktuální skutečnost faktorů bránících abstinenci, nýbrž hledisko významu (kterým bariérám sami respondenti přisuzují největší význam a hodnotu), proto se výzkum začal upínat narativní orientací. Narativní přístup je popsán v samostatném oddílu. Následně se doplnil cíl o nový rozměr, a to o pozitivní faktory, nejvíce nápomocné a vedoucí k abstinenci, opět z hlediska významu, který respondent jednotlivým činitelům a životním situacím bude přikládat. Důvod byl relativně prostý, neboť zkoumat pouze negativní faktory, které bránily respondentům v dosažení jejich cíle nebo snahy, bylo značným ochuzením výzkumu. Zkoumání i pozitivních činitelů posunulo vnímání našeho výzkumu na novou úroveň a rozšířilo jeho perspektivu. Stále ovšem chyběl ten správný element, který by mohl pomoci lépe uvést

respondenta vstříc narativním rozhovorům, a proto byla do výzkumu přidána pomocná technika čáry života, jejímž autorem je Jiří Tyl, a která slouží pouze jako doplňující pomůcka pro respondenty, jak chronologicky zakotvit své vyprávění a snáze zároveň vytyčit nejdůležitější okamžiky těchto důležitých a velice individuálních úseků jejich životů.

Miovský popisuje běžnost tohoto procesu a srovnává také jeho rozdíly mezi výzkumem kvantitativním a kvalitativním: *„hypotézu nelze v průběhu výzkumu měnit, výzkumnou otázku však změnit můžeme, a někdy dokonce musíme. Můžeme ji v průběhu výzkumu zpřesnit nebo reformulovat - v případě, že zjistíme, že byla položena nepřesně nebo příliš obecně, k čemuž dochází poměrně často. Může se ale také stát, že musíme původní výzkumnou otázku zavrhnout, pokud zjistíme, že byla položena nesmyslně nebo že na ni není v rámci dané studie možné odpovědět. V takovém případě pak formulujeme otázku novou“* (Miovský, 2006 str. 88).

Finální podoba výzkumných cílů je:

Cíl č. 1 – Jakým pozitivním faktorům připisují respondenti největší a nejnápomocnější význam při snaze ukončit užívání psychoaktivních látek a dosáhnoutí drogové abstinence.

Cíl č. 2 – Jakým negativním faktorům a těžkostem připisují respondenti největší význam bránící jim při snaze ukončit užívání psychoaktivních látek a dosáhnoutí drogové abstinence.

### **3.1.2 Pozice výzkumníka**

Smyslem tohoto oddílu je stručně popsat vztah, který má výzkumník k výzkumnému souboru. Z hlediska anonymity jsou některé skutečnosti vyloučeny a pozměněny (např. jména, prostředí atd.). Výzkumník zná respondenty z výzkumného souboru, neboť se v určitou dobu pohybovali ve stejném prostředí, v tuto dobu se také dozvěděl o jejich užívání návykových látek a o jejich snaze se s touto situací vypořádat. Ačkoliv zůstával s výzkumným souborem v kontaktu relativně zřídka, časem nabyt informace o pozitivním vývoji léčby či držení abstinence jednotlivých respondentů a nyní ho tato skutečnost vedla k sepsání této práce. Z hlediska validity to pro tento výzkum znamená přínos, neboť se jednotliví respondenti při rozhovorech mohou snáze vyjadřovat, a povídat o svých zkušenostech - nebudou cítit aspekt naprosto neznámé osobnosti.

### 3.1.3 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor je tvořen pěti osobami ve věku od 19 do 24 let. Z toho 4 muži a jedna žena. Jednotliví členové výzkumného souboru se znají mezi sebou, neboť po dobu užívání návykových látek spolu tvořili tzv. partu, toto označení pro jejich sociální uskupení si vybrali sami respondenti, a proto bylo přebráno. Z hlediska zachování anonymity jsou pozměněna jejich jména a několik dalších údajů, skutečnosti jako věk při začínání užívání psychoaktivních látek a pravděpodobná doba trvání tohoto procesu zůstaly zachovány. Výzkumník při výběru respondentů použil přímé oslovení, dle Miovského (2006, str. 136) tzv. metodu prostého účelového výběru, s nápadem vytvoření kvalitativní případové studie. Dva členové této bývalé party uživatelů, kteří byli také osloveni, účast na výzkumu odmítli, zbytek souhlasil za podmínek zachování naprosté anonymity.

Pro jasnější přehled jsou uvedeny atributy, které vysloveně charakterizují výzkumný soubor v rámci případu, a tabulka čtenářům s popisem jednotlivých respondentů.

Atributy jsou následovné: Sociální skupina jedinců, kteří začali užívat psychoaktivní látky v období dospívání. Velká pravděpodobnost vytvoření syndromu závislosti vzhledem ke skutečnosti užívání psychoaktivních látek po delší časový úsek (většinou v období páru let). Následná snaha o ukončení tohoto syndromu a dosažení permanentní abstinence. Předpokládaná úspěšnost v této snaze (původní věta byla poupravena vzhledem k zjištění, že někteří respondenti opět užívají návykové látky).

Tabulka přehledu respondentů:

Jméno	Věk	Doba užívání
Roman	21	3 roky
Patrik	22	4 roky
Karel	24	5 let
Pavel	22	4 roky
Adéla	19	2 roky

### 3.1.4 Metoda sběru dat

Hlavní metodou sběru dat byl narativní rozhovor, jemuž pomáhala projektivní technika kresby čáry života. Tato technika byla vybrána jako nejsnadnější a přitom nejpraktičtější pomůcka respondentům, ke ztvárnění a ukotvení své verze příběhu. Příběh



je vskutku klíčové slovo, neboť narativní přístup byl záměrně vybrán pro odkrývání významů (a ne faktů), pro respondenty vlastních a důležitých v souvislosti s obdobím užívání drog. Zde už se promítá emoční zkušenost jedince, a proto by se mohlo tomuto výzkumu dostat i větší validity z hlediska vztahů k činitelům a událostem, které ovlivnili respondentovo chování či uvažování (nebo stále ovlivňují). Kratochvíl píše, že jednotlivec „svým vyprávěním přiděluje jednotlivým událostem nebo vztahům určitý význam. Ten vychází z chápání souvislostí a vede k přesvědčení o příčinách a následcích“ (Kratochvíl, 2012, str. 271).

Respondenti byli při rozhovoru pozorováni, a veškeré zápisky či poznámky jsou uvedeny jako základní charakteristika jednotlivých respondentů a jejich rozpoložení během rozhovoru. Tyto zápisky slouží pro vyjádření komplexnosti jednotlivých příběhů, a pro lepší orientaci čtenáře. Celý rozhovor byl nahráván na diktafon, a všichni respondenti na něj byli předem upozorněni, a měli možnost jej odmítnout. Rozhovory probíhaly v různých variacích prostředí, některé venku (Roman), jiné u respondentů doma (Patrik) a zbytek v prostředí kde se kdysi shromažďovali jako parta, buďto v jednom konkrétním baru (Adéla, Pavel) nebo klubu (Karel).

Před začátkem každého rozhovoru výzkumník upozornil jednotlivé respondenty na možnost zastavení rozhovoru, a na zaručení anonymity. Poté jim předložil papír a tužku, a vyzval je k nakreslení čáry života, která měla vyjádřit jejich vnímání vlastní drogové minulosti. Velice zhruba nastínil, o čem celý výzkum je (většina respondentů byla velice zvědavá) a poté je poprosil, aby mu pověděli celý svůj příběh. Použil přitom otázku: „*Povězte mi prosím svůj příběh, jaké byly vaše důvody, které měly vliv na vaši snahu k ukončení užívání návykových látek, a co na tomto procesu bylo pro vás to nejnápomocnější a nejtěžší?*“. Pro menší ukotvení a usnadnění orientace respondentů, kteří si s instrukcemi nevěděli úplně rady, pokládal výzkumník doplňující otázky. Po dokončení příběhu respondentem nastal prostor pro dotazy výzkumníka, pokud některým pasážím nerozuměl, či kterého ho naopak zaujaly a také pro nasměrování k tématu práce, pokud respondent sám do těchto oblastí vyprávěním nezasahoval.

Technika čáry života se ukázala být užitečnou. Většina respondentů často zabíhala v rozhovoru jinam, a pokud se chtěli vrátit, stačilo se ve většině případů podívat na svoji kresbu. Navíc pomáhala jednotlivcům, kteří nevěděli jak svoje vyprávění začít, výzkumník se mohl zeptat na případné zvláštnosti čáry a poprosit o jejich vysvětlení.

### 3.1.5 Narativní přístup

Smyslem oddílu je stručná charakterizace narativního přístupu. Slouží pro lepší orientaci čtenáře v chápání cíle výzkumu a narativních rozhovorů a současně podává informace o jeho důležitosti pro výzkum, který se zabývá významy. Gjuričová (2003, str. 37) popisuje stručně historické hledisko o vždy vnímané síle slova a příběhů, a dodává, že teprve až koncem 20. století začal odborný svět hledat inspiraci v narativním pojetí poznávání. Defínuje narativní přístup jako formu převyprávování životních příběhů, která se opírá především o konstruktivistickou praxi systemického myšlení (skutečnost se tvoří shodou více jedinců, a to prostřednictvím komunikace), a nové diskurzy, které se v nich objevují, považuje za vytvářené, nikoliv objevované (vyprávěním se vzpomínky nejen vybavují, naopak se i vytvářejí, čímž se otevírají možnosti pro nové aspekty příběhu samotného, vypravěč sám pak má možnost je zkoumat jinak, než doposud). Ludewig (1994, str. 30-38) shrnuje základní teze zmíněného systemického myšlení takto: Vše co je řečeno, je řečené pozorovatelem. Pozorovatel je živá bytost, která používá své výroky jako jazyk sobě vlastní. Vše řečené je tudíž tvořeno prostřednictvím jazyka. Reality jsou samy o sobě pouhými argumenty v konverzacích. Systémy jsou komplexní jednotky tvořené pomocí jazyka. Systemicky myslet znamená tedy soustředit se na systémy.

Von Schlippe a Schweitzer (2006, str. 64) dodávají, že to, co považujeme za skutečné, jsme se naučili vnímat jako skutečné během neutuchajícího a dlouhého procesu socializace. Lidé nežijí sami, ale vždy v sociálních souvislostech. Shrnuto Brunerem (1991, str. 4), lidé organizují své zkušenosti a vzpomínky všech událostí především formou narativní.

Kratochvíl doplňuje tyto skutečnosti tvrzením, že člověk je bytost narativní (tendence k vyprávění příběhů), a že své příběhy vytváří skládáním jednotlivých zážitků a zkušeností ze sledu událostí jeho vlastního života. Nejenom vyprávěním, ale právě i významy v nich sdělovaných takto člověk spolu s ostatními vypravěči vytváří společnou sociální realitu (narativní přístup vychází ze směru zvaného sociální konstrukcionismus, který chápe tvoření reality světa jako neindividuální, ale společensky sociální proces – skutečnost a vnímání reality se utváří shodou více pozorovatelů, a prostřednictvím sdělování informací v rozhovorech). (Kratochvíl 2012, str. 271).

Podstatou narativního výzkumu je tedy nahlížení na zkoumané skutečnosti z hlediska narativní perspektivy: *„každá metaforická perspektiva něco osvětluje a něco*

*zakrývá, či takříkajíc na něco zaostřuje...tímto způsobem je možné říci, že narativní perspektiva zaostřuje na prožívanou biografickou zkušenost a její význam“* (Čermák, 2011, str. 426).

Hlavním principem je tedy narativní rozhovor, ve kterém je aktivita výzkumníka, co se týče strukturalizace velice omezená, ba minimální, je zde tím pádem vytvářen prostor pro spontánní zprostředkování respondentových zkušeností. Čermák dodává, že narativní rozhovor má participační povahu, tedy že výzkumník samotný se podílí na spoluvytváření daného vyprávění, a jeho následné interpretaci (Čermák, 2011, str. 429-430).

Pro účel hledání a zprostředkování významů či zkušeností respondentů, vedoucí je směrem od upuštění závislosti na psychoaktivních látkách, se tento přístup jeví jako velmi vhodný. Jak rozepisuje Hendl, získání přístupu ke zkušenosti jedince je daleko jednodušší formou volného vyprávění, než metodou cíleného dotazování (Hendl, 2005, str. 176). Jedno z nejlepších zpracování principu narativního rozhovoru a narativního přístupu vůbec se nachází v knize *Interviewing as qualitative research*, citováno: „*at the very heart of what it means to be human is the ability of people to symbolize their experience through language*“ v překladu „*v samém jádru toho, co znamená být člověkem, je schopnost lidí symbolizovat své zkušenosti prostřednictvím jazyka*“ (Seidman, 2006, str. 8).

Vzhledem k pojetí narativního přístupu v kvalitativním výzkumu, se mohou naskýtat otázky ohledně validity celého výzkumu, a objektivnosti. Pravda, vzhledem k narativní skutečnosti interpretování (výzkumníkem) interpretace (respondenta), dochází vlastně k převyprávění vyprávění, v procesu rekonstrukce významu životního příběhu respondenta. Výzkumník sám má několik možností, jak s danými narativními daty pracovat a jak je v této práci interpretovat. Čermák (2011) vyzdvihuje jako veliké klady narativního výzkumu možnost vznímání jednotné a komplexní skutečnosti a schopnost zvýraznit struktury dávání významu veskrze zkušenosti vypravěče, což zvyšuje celkovou důvěryhodnost výzkumu. Každý příběh je tvořen konstrukcí kolem určitého jádra faktů, a vzhledem k povaze vztahu mezi výzkumníkem a výzkumným souborem by mohla být velice cenným faktorem důvěryhodnost nasbíraných dat z hlediska větší otevřenosti jednotlivých respondentů. (Čermák, 2011, str. 430-431)

Na druhou stranu je na výzkumníka vzhledem k již zmíněnému vztahu kladena větší zodpovědnost z hlediska zachování objektivity a neutrality v následných interpretacích jednotlivých vyprávění od výzkumného souboru. (Čermák, Tamtéž)

Slovy L. Zatloukala je k tématu objektivitu možno dodat informaci, že narativní výzkum se oprošťuje (vlivem narativního vnímání reality) od chápání jednotlivých událostí modelem lineární kauzality (A je příčinou B), a nahrazuje jej modelem kauzality cirkulární (změna A ovlivňuje B, změna B zpětně ovlivňuje A, a takto stále dokola). Tato skutečnost je další veliké plus, vzhledem ke komplexnosti příčin, činitelů a faktorů ovlivňujících syndrom závislosti. (Zatloukal, 2007, str. 76)

### **3.1.6 Analýza dat**

Rozhovory nahrané na diktafon výzkumník segmentoval do částí, a vybíral z nich informace přímo potřebné pro výzkum.

V knize *Qualitative research practise* (Ritchie, Lewis, 2003, str. 202) popisují autoři těžkosti při zpracovávání transkriptů, a zdůrazňují důležitost správné redukce dat a jejich třídění, specifikují proto dva přístupy, kterými se dá s daty pracovat. Jedním z nich je tzv. cross-sectional přístup kdy výzkumník vytvoří jednotlivé kategorie pro všechny shromážděná data, a podle nich je všechna prochází, či případně non-cross-sectional přístup, ve kterém výzkumník zkoumá data od jednotlivých respondentů naprosto odděleně, a vytváří si v nich vlastní kategorie. Postupováno bylo způsobem cross-sectional a data byla analyzována přístupem kategoriálně obsahovým, který popisuje Čermák (2011, str. 439-440) jako „*vybírání dílčích výroků, které jsou poté seskupeny do kategorií, ať již předem definovaných, nebo vytvořených v průběhu analýzy textu*“. Tato analýza je podobná způsobu, který popisuje Riesmann (1993). Ta rozepisuje tzv. „*thematic analysis*“ (tematická analýza), ve které je důraz kladen na obsah textu, a která vnímá jazyk jako přímou cestu k významu. Výzkumník musí shromáždit příběhy, a vytvořit koncepční seskupení z dat do určitých typologií. (Riesmann, 1993, str. 2-3).

## **3.2 Kategoriálně-obsahová analýza**

V této podkapitole je uvedena analýza jednotlivých rozhovorů s respondenty z výzkumného souboru. Postupováno bylo obsahovou analýzou, neboli jak ji popisuje Čermák (2011, str. 439), kategoriálně-obsahovou. Výzkumník vytvořil pro tuto analýzu 3 hlavní kategorie, a to „*důvody k ukončení syndromu závislosti*“, další „*pozitivní faktory při léčbě*“ a poslední „*bariéry a negativní faktory při léčbě*“. Do každé z těchto kategorií

následně zařadil významy připisované respondenty k dané kategorii a úryvky z provedených rozhovorů, které s nimi souvisely.

Hendl (2005, str. 211), popisuje, že *„Konstrukcí kategoriálních systémů se myslí návrh popisného systému kategorií pro systematickou klasifikaci a rozřídění dat, přičemž se silněji nebo slaběji vychází přímo z nashromážděných dat. Jejich pomocí uspořádáváme datový materiál tím, že ho přiřazujeme k různým nadpisům.“*. Dodává, že aby bylo možné s takto vytvořenými kategoriemi pracovat, je nutné je definovat způsobem, aby bylo jednoznačně možné přiřadit data do daných kategorií. Každé výzkumníkem vytvořené kategorie mají tedy přidělenou svoji charakterizaci.

Miovský (2006) v rámci popisu obsahové analýzy podává informace, že vytváření analytických kategorií vychází z dat a z cílů výzkumu. Popisuje základní obecný postup při tvorbě obsahové analýzy. Jako výchozí bod popisuje vhodnou identifikaci informátorů, dále fázi shromažďování dat a jejich přepisu a třídění. Poté následuje tvorba systémů kategorií a přiřazování části textu a interpretovaných významů, tzv. kódování (Miovský, 2006, str. 241-242). Výzkumník se v rámci obsahové analýzy řídil tímto obecným postupem, a jako přímou metodu kódování analýzy dat si vybral níže popsany kategoriálně-obsahový způsob.

Čermák (2011, str. 439-440) popisuje postup u této analýzy způsobem určením tzv. subtextu, na základě výzkumné otázky (nebo cílů výzkumu), a poté má výzkumník definovat kategorie obsahu, a postupně přiřazovat jednotky analýzy (slova, věty, úryvky z rozhovorů) k relevantním kategoriím.

### **3.2.1 Pozitivní faktory při léčbě**

Do této kategorie patří veškeré pozitivní faktory a činitele, kterým respondenti výzkumného souboru dávali význam při pomoci od ukončení užívání psychoaktivních látek.

#### **Roman:**

*„Co mi pomohlo ty jo...to je těžký...zní to blbě, ale mě toho zas tak moc jako zvenčí nepomohlo...jo léčba a tak fajn, ale občas sem tam pak už jen chodil aby rodiče nebuzerovali...jako oni byli opora, jo to jo...zas přítelkyně se na mě vysrala že jo...ale dělal jsem to prostě hlavně kvůli sobě, nechtěl jsem si zkurvit život sem si najednou říkal..prostě mě to přišlo jako varování někde z nevim..nevim odkad', mě znáš, nejsem pobožnej..ale*

*prostě, že sem moh umřít a neumřel, tak..jsem to bral jako takovou možnost si to znova tak neposrat.“*

Signifikantním prvkem pro Romana byl šok z jeho předávkování. Ztratil iluze o své výjimečnosti a nedotknutelnosti, a naopak je nahradil strachem z drog, posíleným o zážitky a dojmy z pobytu v nemocnici, a následného abúzu od návykových látek. Tyto skutečnosti byly provázané odhalením jeho návyku širokému okolí, rodině a ve škole. Celý dosavadní běh života se Romanovi zhroutil. Cítil stud, vinu a beznaděj, na druhou stranu vlivem událostí začal poznávat hodnotu vlastního života, a pomalu si uvědomoval špatný směr, který mu dal. Vlivem událostí pociťoval velikou touhu vše napravit a dát do pořádku, vytvořil si myšlenku a snahu nového začátku, brzy nastoupil do léčebných programů, i když z části také na popud jeho rodinných příslušníků. Situaci s rodinou vnímal rozporuplně, pociťoval její autoritativní přístup v oblasti nucení k vyřešení jeho situace, stejně jako různé tresty v podobě odebrání financí, na druhou stranu nebyl připraven na odhalení své závislosti a cítil, že rodinu zklamal. Postupně skrze léčebné procesy a poznání, že rodina je ochotna mu stále poskytovat sociální oporu a zázemí, si začal vážit jejího přístupu a byl rád, že je mu umožněno nadále fungovat jako stále plnohodnotný člen.

#### **Patrik:**

*„nejvíc mi pomohla ona, fakt že jo. Furt jsem si myslel jak jsem silnej, jak všechno dokážu sám a tak. A ono hovno. Nebo jako, ona to samozřejmě za mě neodsrala všechno, ale dokázal jsem to kvůli ní, chtěl jsem díky ní.“*

Mezi Patrikovy pozitivní faktory se z rozhovoru ukázaly být významové skutečnosti, jako uvědomění si vlastního úpadku a i úpadku jeho přátel. Vágnerová (2012, str. 563) popisuje podobné případy, Patrik se očividně dostal do třetí fáze syndromu závislosti, kde začal mít nechuť k drogám a svému životnímu stylu a začal mít tendence svoje návyky zlepšit. Snaha pomoci od Romana byla jistě důležitým bodem, i když léčebné procesy musel nakonec vždy absolvovat sám. Patrik si to možná neuvědomoval, ale při rozhovoru několikrát chválil možnost docházení do kontaktního centra, a zde absolvovanou terapeutickou léčbu. Hlavní význam připsal možnosti opory od své přítelkyně, tato skutečnost musela být pro Patrika důležitá, neboť ve svém dospívání zažíval málo sociálních jistot a pocitu citové a sociální podpory. Současně s tím hrálo roli i opětovné přijetí o rodiny.

**Karel:**

*„A někde hluboko uvnitř mě chyběla nějaká ta lidská vřelost. Ale našinci se snažili jako, né všichni teda. Jo půlka se už na to vybodla, ale Patrik a Roman s...se stále snažili a hecovali mě, ať něco dělám. Docela mě pomáhala ta vedoucí toho centra, myslím, že se mě tak trochu ujala. Jako nevim, nechci si nic nalhávat, navíc to mam vážně dost mlhavý...ale mám pocit, že ve mně možná ještě neviděla uplně ztracenej případ. Jako něakej potenciál nebo co..nevím kde to brala teda, ale po čase jsem zkusil jít do terapie.“*

*„Ta vedoucí a moje rodina. Ty mě spasili jakoby. Bráchové se hodně snažili, rodina celkově, dávali mě hodně opory to jo. Ale uměli bejt taky tvrdý, fotr mi dodnes prohrabává věci, a brácha se mě bez okolků ptá, jestli něco neberu.“*

Karel navázal úzký vztah se sociální pracovnící kontaktního centra, která ho prováděla léčbou, a byl ochoten se účastnit psychoterapie pod jejím vedením. Potřeboval pociťovat důvěru v jeho vlastní osobu, a té se mu dostávalo nejen od ní, ale také ho podporovala jeho rodina a přátelé z party. Podporu některých svých přátel také označil za velmi cennou, divil se, že ho neopustili.

*„Divim se občas to jo. Jako...já bych se sám na sebe v té době asi vysral. Musel jsem bejt marnej na pohled. Ale, jsem za to rád.“*

Sociální zázemí poskytované rodinou posléze doplnil vztahem s dívkou, a poprvé v životě se cítil být obklopen lidmi, kteří ho berou takového jaký je, a jsou ochotni mu pomoci z nejhoršího. Karel jako jeden z mála našel pomoc i v literatuře, zajímal se o drogovou problematiku a o syndrom závislosti a jeho následky.

**Pavel:**

*„to se nedá říct...navíc v tom furt jedu vid', tak to mě můžeš z toho výzkumu asi rovnou vyškrtnout...no nevim..jako porád si říkám, že když to zvládli oni, tak to přece jednou musím zvládnout taky...tahle myšlenka se mě docela drží, a dává mě silu...no“*

*„divim se, že mě vzal fotr zpátky..je to fajn, moct bejt zase doma někdy, po těch bezesnejch nocích v těch ruinách“*

Pavel uvedl několikrát, že myšlenka úspěchu ostatních je pro něho významově důležitá. Dává mu naději, a motivaci. Chce se zařadit mezi ostatní a být čistý. Opора jeho

otce a s ním spojené sociální zázemí je pro něho také velice významná. V jednu chvíli už o domově a společném rodinném soužití ani nedoufal. Občas uvažuje o návratu a druhému pokusu v terapeutické komunitě, tvrdil, že mu ta zkušenost byla velmi nápomocná. V komunitě cítil rovnost a sounáležitost, také potřebný řád, který si sám pro sebe není schopen vytvořit.

**Adéla:**

*„myslím, že mě zachránila rodina. I když tak trochu silou (směje se). Ale těch faktorů bylo víc. Pomohla mně léčba. Ale hlavně sem nechtěla dopadnout jako oni víš?..Bylo to fakt odstrašující je občas vidět...no ale co si namlouvám, prostě jsem nevěděla jak si bez nich ty drogy sehnat (směje se)“*

Adéla popisovala nabytý strach z drog, z její možné drogové budoucnosti. Po uvědomění si úpadku zbylých členů party dokázala přijmout pomoc od rodiny a nastoupit do léčebných procesů. Nechtěla dopadnout jako oni, v té době stále pod vlivem syndromu závislosti. Využila opory v rodině a sociálního zázemí, které jí mohla poskytnout. Pochvalovala si všechny druhy léčby (skupinovou terapii, docházení do anonymní skupiny lidí se závislostí, kontaktní centrum a doléčovací centrum). Za poměrně ojedinělý aspekt pozitivního faktoru (v porovnání se zbytkem výzkumného souboru) se dá označit Adélinu morální hodnota, která jí nedovolila opatřit si peníze či návykové látky jiným nelegálním způsobem (v podobě, např. krádeže či prostituce).

Každý z respondentů se zbavoval svého syndromu závislosti vlivem velice individuální životní situace, a proto jsou jimi interpretované pozitivní faktory rozdílné, obsahují ovšem několik společných pojittek. Prvním z nich jsou vztahy. Vztahy s ostatními lidmi, ve kterých mohli najít pomoc, oporu, pocit solidarity a sociální soudržnosti, víru v jejich osobu. Vztahy s ostatními členy party, s vlastními rodinami, s partnery a kamarády. Další společnou vazbou je absolvování léčby. Nikdo se nezvládl odpoutat od své závislosti zcela bez profesionální pomoci, všichni respondenti výzkumného souboru absolvovali léčebný pobyt v konkrétním zařízení nebo instituci, která se léčbou syndromu závislosti zabývá, často různá zařízení kombinovali. S touto skutečností souvisí pojítko delšího časového úseku a kontinuity. Úspěšná léčba neproběhla ze dne na den a potřebovala dlouhodobější snahu a většinou několik pokusů k úspěšnému dosáhnutí abstinence, navázání nových zvyků a určité míře resocializace. Významným a klíčovým pojítkem mezi všemi členy výzkumného souboru se ukázala být touha po změně. Veliká



část motivace k léčbě závislosti pocházela z nespokojenosti k vlastnímu životnímu stylu, a z následné touhy tuto skutečnost změnit. Poslední společný činitel vyjímá ze skupiny Romana, nachází se však v rovině zářného příkladu, kdy vidina úspěchů ostatních pomáhala zvyšovat vlastní víru v sebe sama.

### **3.2.2 Bariéry a negativní faktory při léčbě**

V této kategorii jsou začleněny veškeré negativní činitele a bariéry, které bránily respondentům v dosažení abstinence.

#### **Roman:**

Jako největší těžkost Roman popsal, že chtěl i nadále zůstat v kontaktu se svými užívajícími přáteli.

*„nechtěl jsem je opustit...všichni mi říkali jaká je to sračka, ale prostě jsem nechtěl...nějak jsem nakonec i tušil, že jim to bude jedno, že už nechci, prostě..jako jo, nakonec jsme se nevidali tolik...a furt se o mě povídaly nějaký kecy a tak...ohledně tý noci...nevím, jak všichni zjistili, že se mi nakonec nic nestalo, tak z toho měli nakonec prdel...nebylo mi to zas tak příjemný...ale zas lepší, než kdyby se ke mně chovali jak já nevím...no prostě nechceš si o tom promluvit Románku přístup, to bych nechtěl“.*

*„ty jo to nevím, to se prostě asi nedá říct...jako nejhorší fakt bylo to jak mi bylo na detoxu, a prostě pak jako bejt zase pomalu s nima že jo...a vědět že oni prostě jedou furt dál, ale ty už nemůžeš...měl jsem to jinačí než oni, prostě...oni pak přestávali jinak, měl jsem to snad i jakoby usnadněný takhle (směje se)...prostě měl jsem pak už z toho snad i strach...“*

Co se týče bariér, Romana nejvíce mrzela chybějící podpora od přátel, i od bývalé přítelkyně. Vědomí, že parta užívala dál i bez něho, ho pomalu vyčleňovalo ze středu této sociální skupiny. Dalším významným faktorem bylo společenské stigma, se kterým se musel vyrovnávat.

#### **Patrik:**

*„Nejtěžší pro mě, bylo najít motivaci. Tu správnou motivaci, chápeš. Věděl jsem, že jsem v hajzlu, chtěl jsem přestat, ale tohle ti nestačí. Právě proto, že seš v hajzlu.“*

*„Rodina mě nepomohla ne. Nebo jako jo, měl jsem nakonec zázemí, a starali se o mě i přes to jakej jsem byl mamrd a fakan. Ale nic moc jí nepřipisuju. Byla to moje holka, kdo mě dostala ze sraček.“*

*„neměl jsem cíl. Víš, vždycky jsem do toho zase spadl, né proto, že bych pak nějak ke konci strašně bažil po těch drogách. Ale já už asi nic jinýho neuměl. Prostě jsem přestal, a ptal jsem se sám sebe co teď. A na tu otázku jsem si nikdy nedokázal stanovit řádnej, jasnej a pevnej cíl, nevěděl jsem, co vlastně chci. Byl jsem z těch drog asi fakt úplně vymaštěnej nebo já nevim. Možná jsem byl i předtim. Asi jsem částečně i doted' (směje se).“*

Hlavní bariéry Patrik postupně zahrnul ve svém vyprávění. Jeho nedostatečná motivace a neschopnost nalézt správný cíl, ke kterému by se mohl upínat. Nedostatek sociální opory, rozpadání party a ztrátu pocitu sounáležitosti, k tomu vztahující se neúspěchy v hledání vztahu a ztráta smyslu života. Patrik v době svých relapsů zanevřel na myšlenky o budoucnosti a žil apaticky pouze v přítomnosti.

**Karel:**

*„no tady to bylo nejhorší no. Neměl jsem žádněj důvod k ničemu jinýmu, než k drogám. Všechno ostatní šlo do háje. Začalo mě bejt všechno jedno. Ale přestával jsem mít prachy, to bylo to zlý.“*

Za bariéry označil Karel nedostatek motivace, a pro něho nevhodné typy léčby (Karel preferoval individuálně zaměřenou psychoterapii, a měl veliké nároky na osobnost terapeuta, dle svých slov se nesnesl jen tak s každým). Také se nacházel v období a fázi syndromu závislosti pravděpodobně nejpokročilejším, vzhledem k době užívání psychoaktivních látek a ostatním členům výzkumného souboru. To s sebou neslo malé změny v Karlově chování a uvažování, a zvyšováním jeho apatických tendencí k okolnímu světu.

**Pavel:**

*„už ani nevim proč...vždycky de všechno po másle...a pak...prostě zas jedu...jako...jsem sráč...nic jinýho neumim“*

Pavel byl v době rozhovoru stále v období léčby syndromu závislosti na psychoaktivních látkách. Ačkoliv se mu dařilo měsíce abstinovat, nakonec se k drogám

vždy vrátil. Za největší bariéru považuje nedostatek motivace a pevného životního řádu. Také si občas připadal osamoceny, a toužil po nalezení přítelkyně.

**Adéla:**

*„no, bylo to zvláštní...chtěla jsem být s nima, a nechtěla...strašně jsem si chtěla dát, aby mi zase bylo skvěle...ale už jsem věděla, že je to prostě...blbost, že to takhle nefunguje. Přišla jsem si strašně sama...ale bylo to asi nutný...pro dobro věci“*

Adéla popisovala těžkosti při opuštění party, a během léčby si přišla velice osamělá a svým okolím opuštěná. Za další negativní činitele označila velkou touhu a bažení po návykových látkách, a její stavy při drogovém abúzu. Přicházela o pocit sounáležitosti, a v léčebných zařízeních se jí nepodařilo toto cítění změnit, pouze zmírnit.

Jednotliví respondenti uváděli méně bariér a negativních faktorů v průběhu léčby, než v předchozí části analýzy, která se zabývá pozitivními činiteli, na druhou stranu jim připisovali o to větší významovou důležitost. Někteří také rozlišovali bariéry ve vztahu k začátkům léčebného procesu, a bariéry, které je provázely po celou dobu jejich boje se syndromem závislosti. Hlavním společným pojítkem pro všechny se stala osamělost. Ať už při počátcích, nebo v průběhu léčby, ztráta jejich bývalého sociálního prostředí a rozpadání jejich sociálního uskupení vrcholilo pocitem mizení sounáležitosti, a eskalovalo ve ztrátu části motivace a víry ve vlastní dovednosti a dobrý konec. Klíčovým činitelem pro analýzu bariér je neúspěch. Neúspěch byl společným faktorem všech, neboť žádnému z respondentů se nepodařilo skoncovat se závislostí na první pokus. S každým dalším relapsem a neúspěchem cítili členové výzkumného souboru větší beznaděj a nemožnost absolutní abstinence, a následovala u nich ztráta víry a motivace, naopak se otevíraly prostory pro pochybnosti o vlastních schopnostech, vůli a účincích léčby.

### **3.2.3 Důvody k ukončení syndromu závislosti**

Poslední kategorie obsahuje důvody, kterým respondenti připisují význam vzhledem k ukončení syndromu závislosti většiny členů party.

**Roman:** „ty jo...nemyslim si, že bych to nějak začal. Jako jo..možná...možná jsem jim ukázal, že to jde, jako až potom, pác..v době kdy já končil, tak je to nezajímalo že jo, oni nechtěli...“

**Patrik:** „to se nedá takhle aplikovat chlape...jako...ty důvody byly pro každého různý..ale jo, zase to není úplná náhoda, že jsme se dostávali z těch sraček jakoby postupně..myslim, že bylo fakt důležitý ta opora od ostatních..nejen těch co už to zvládli od nás, ale i od lidí z venku, přítelkyně, rodiny...jiný lidi co to věděli a nebylo jim to šumák“

**Karel:** „o tom jsem už přemýšlel...chtěl bych ti říct, že ti co se vysekali z těch sraček jako první pomáhali i těm ostatních, co v tom pořád plavali..ale nevim, nevim jestli to tak cítim. Ted' nemluvim za sebe jako, protože mě se určitě snažili pomoci, ale třeba já sem se pak už o nikoho moc nezajímalo, je to divný já vim...“

„ta parta už ke konci prostě nebyla parta...bylo tam to jádro to jo..ale hodně jich odpadlo, a říkám ti, že jen sami bysme to nezvládli, nikdy...jo jasný..no jo, jasný..no bylo to důležitý takhle to, určitě jo, jo..“

**Pavel:** „tak já sem furt v tom ale...i když je to lepší...zbytek na mě sere...no kromě Patrika no...snad to jednou dopadne“

„mě pomohly jiný lidi, ty v...(terapeutická komunita), tam, tam jsem cejtíl oporu...“

„ale je fakt, že to byli oni (parta), kdo mě tam dokopali, to je fakt...ty jo, takhle jsem nad tím ještě snad nikdy nepřemýšlel..no jo“

**Adéla:** „u mě to bylo jiný. Mě z toho vysekala rodina, a to způsobem, že jsem prostě musela a tečka. Ale myslím, že to pochopili, ti ostatní jako, že to vzali. Už se mě pak nesnažili zase stáhnout k sobě, a to bylo strašně dobře, kdo ví jak bych skončila. I když co já vím, možná jsem jim spíš byla ukradená, a nikoho jsem už nezajímala“

Po rozhovorech se všemi respondenty, mohl výzkumník zpracovávat jejich interpretace významů. Ačkoliv jednotlivci sociálního uskupení zvaného „parta“ přestávali vlivem mnoha faktorů, naskytovala se mezi nimi provázanost. Sociální opora, byla poskytována skrze členy, kteří již dosáhli pokroku v léčbě, nebo abstinenci. Sociální opora rodin a přátel zapříčinila, že bývalí uživatelé návykových látek následně motivovali a nabádali k léčbě ostatní členy party. Ačkoliv to byla cesta složitá a dlouhodobá, čím více

členů dosahovalo pokroku v odmítání psychoaktivních látek jako součásti svého života, tím silnější byla motivace pro ostatní pokusit se nastoupit do léčebného procesu, nebo se zamyslet o svém dosavadním životním stylu, a zvažovat možnost života bez drog, které už nepřinášely uživateli žádná pozitiva.

Hlavním a klíčovým spojením pro veškeré respondenty byla soudržnost vztahů. Nikdo se nedostal do fáze syndromu závislosti, kdy by byl kompletně sám, a pokud se někdo tímto směrem ubíral, jeho sociální okolí mu to nedovolilo. Skrze vztahy rodiny, partnerů, přátel a jednotlivých členů party, kteří se nevzdali ve svém úsilí pomoci, či prostě daného respondenta neopustili, nenechali ho tak propadnout pocitu osamění a naopak mu poskytovali sociální podporu, ho vedli skrz cestu léčebného procesu a postupně mu zvyšovali sebevědomí a pocity sounáležitosti a víru v solidaritu jeho okolí. S tímto jevem úzce souvisí pojítka tzv. návratu k rodině. Výzkumný soubor v období vrcholu jejich syndromu závislosti nacházel na četné rodinné problémy, a mezi jedincem a jeho bývalou rodinou vznikala veliká citová propast. Někteří členové se od ní dokonce odtrhli, a rozhodli se žít na vlastní pěst, jiní byli zavrženi a odmítáni. Přes veškeré neshody byli ovšem všechny rodiny a rodinní příslušníci ochotní ke zpětnému přijetí respondentů do rodinných vazeb a kruhů, a poskytování sociálního zázemí, opory a citových jistot. Autor výzkumu vnímá toto pojítka jako jedno z nejvíce zásadních, které mělo vliv na úspěšný průběh léčebných procesů syndromu závislosti u členů výzkumného souboru. Sounáležitost jedinců vlastního sociálního uskupení byla také klíčovým faktorem, stejně jako podstoupení léčby syndromu závislosti, o kterém bylo již řečeno v oddílu pozitivních faktorů. Posledním společným faktorem, je uvědomění si vlastního úpadku. K této skutečnosti docházeli respondenti v období jejich závislosti naprosto individuálně a v jiných časových horizontech než ostatní. Pro některé jako Roman, to byla otázka jedné životní události, pro osoby jako např. Patrik nebo Pavel to znamenalo obsáhlou rekapitulaci několikaleté životní zkušenosti. Karel s Adélou patřili do subkategorie, která kombinovala oba tyto činitele (u Karla zjištění, že není schopen ovládat své bažení u návykových látek, v případě Adély odhalení její závislosti rodině, přesto tyto skutečnosti nestačily k uvědomění si úpadku natolik, jako např. u Romana).

### **3.3 Rekonstrukce jednotlivých rozhovorů**

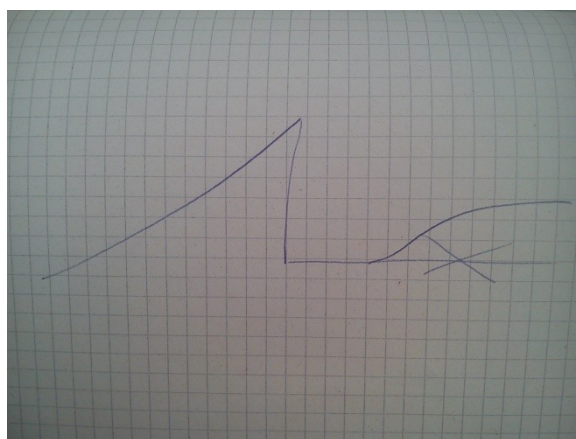
Na začátku každého z rozhovorů je stručný výpis z výzkumníkových poznámek shromážděných během rozhovorů, a je přiložena kresba čáry života daného respondenta. Následně je nastíněn celý jeho příběh. V rámci znění tohoto příběhu jsou vybrány určité

momenty vztahující se k výzkumnému cíli práce, a je jim věnována podrobnější a detailnější pozornost.

### **Roman:**

*„...fakt mě bylo strašně blbě ty jo...jako fakt, ty vole, strašně blbě...myslím, že mě nikdy takhle zasraně blbě v životě nebylo asi“*

Prvním z respondentů byl Roman. Romanovi je momentálně 21 let, a abstinuje již skoro čtvrtým rokem. Na schůzku se dostavil včas, výzkumníkovi sdělil, že se cítí i trochu nadšeně, že možná i vnitřně sám potřeboval rekapitulaci této životní fáze, protože si o tom neměl doposud možnost s nikým promluvit. Rozhovor proběhl venku, v prostředí jeho města kde nyní žije. Na výzkumníka působil mnohem lepším dojmem, než když ho viděl naposledy v průběhu léčby. Během rozhovoru byl klidný, mluvil silným hlasem, i když byl spíše introvertnějšího založení, a potřeboval průběžnou stimulaci. Na dotazy odpovídal strohým způsobem. Jeho kresba byla velice rychlá a rázná:



Své vyprávění začal větou, jak zvláštní a zajímavé je, že po celou tu dobu nikdy moc nepřemýšlel o tom, co ho k užívání psychoaktivních látek vedlo. Popisoval velice stručně své dětství jako šťastné, svou rodinu jako dobře zajištěnou, a jak studoval na střední škole a držel se spíše zpátky.

*„...nevím hele, asi jsem začal proto, aby mě ostatní víc brali. Prostě jako zapadnout víc jak, cejtít se uznanej skupinou...fakt sem o tom nikdy moc nedumal ty jo...ale neměl jsem žádný problémy, nelítal jsem v nějakých sračkách, ani jsem zas tak nepráh to vyzkoušet vid', prostě jsem se pak cítil líp mezi nima no.“*

Postupně se dostal k partě přes Patrika. Začal s nimi chodit na akce a po klubech, a nejprve spíše pili alkohol a užívali si společného přátelství. Časem se v partě začala užívat marihuana a lysohlávky (Romanovi bylo 15), zlom nastal, když Karel přišel s nápadem míchat extázi a alkohol, nakonec se začal hromadně užívat i s rohypnolem.

*„...jako nevím, nepotřeboval jsem to zpočátku. Ale jo, nebyl jsem proti, vyzkoušel jsem si to rád...ale spíš to bylo pro prdel a občas, tak jednou tejdně zhruba.“*

Roman popisoval, jak se později těšili na společné užívání čím dál více, jednou týdně jim začínalo být málo. Ale lysohlávky a marihuana s extází jim nestačili, a Karel s Patrikem brzy přišli s metamfetaminem. To byl tak zhruba půl rok od doby, kdy společně začali užívat návykové látky. Zpočátku se mu do pervitinu moc nechtělo, ale nakonec v něm našel určité zalíbení. Nitrožilně si ho vždy nechal aplikovat od ostatních a ze začátku preferoval kapsle. Dodal, že tak dva roky se o tom nikdo z blízké rodiny nedozvěděl.

*„...tak známí to tušili vid'...jako i rodiče furt opruzovali s něčím, a byli podezřívaví, ale myslím, že úplně na plno si to nepřipouštěli...asi ani nechtěli. Tata mi keše dával vid', asi si myslel, že s tím nabaluju holky nebo co, nevím...spíš je začalo srát, že sem mrdal na školu si myslím, furt měli ty svý plány, že ze mě něco bude a tak...no i když to maj doted'.“*

Celkově tvrdil, že si připadal dlouho pod kontrolou, bez větších problémů, a ukazoval na svoji nakreslenou čáru života. Poté se zastavil na jejím vrcholku, a po menší odmlce se rozpovídal o tom, že se vše změnilo v jednu noc, kdy se málem předávkoval. Tehdy se rozešel se svou přítelkyní, a poprvé si aplikoval metamfetamin nitrožilně sám, těsně předtím také užil i jiné návykové látky, a spoustu alkoholu.

*„co ti na to mám říct no ty vole...ten večer byla...no byl sem úplně v prdeli to jo no...stejně už o tom víš...našli mě docela brzo, byla tam nějaká pojebaná house party...ani už nevím u koho ty vole...byl jsem úplně mimo, prostě doted' si skoro nic nepamatuju, vim to jen z vyprávění...přijela pro mě záchranka, další dva dny sem byl úplně mimo, fakt nic...jediný co vim, že mě bylo fakt hrozně...nikdy mě nebylo takhle blbě fakt, nikdy...fakt mě bylo strašně blbě ty jo...jako fakt, ty vole, strašně blbě...myslím, že mě nikdy takhle zasraně blbě v životě nebylo asi“.*

Poté popisoval intervenci rodičů, celkově reakce jeho známých a dokonce i ze školy. Rodiče mu sebrali všechny peníze a nutili ho, aby okamžitě nastoupil na léčbu.

*„normálně bych se na rodiče vysral vid'...takhle už tuplem jako že...ale fakt už jsem tohle nikdy nechtěl zažít...a hlavně jsem si říkal...dyť sem moh chci pnout ty jo prostě...a ta myšlenka mě nešla z hlavy...nezajímaly mě ani ty kecy ostatních, do čehože sem se to dostal nebo tak, i když příjemný to nebylo...všichni se na mě dívali přes prsty jako...cejtíl jsem to, ale bylo mi to fuk...chtěl jsem od toho pryč, už jsem prostě věděl, že nechci.“*

Ihned poté Roman nastoupil na detox, a následně se léčil v psychiatrické léčebně a pomocí skupinové terapie. Jeho rodina zaujala spíše autoritativní postoj, nicméně jemu to nevadilo a byl rád, že ho v léčbě podporují. Nakonec začal úspěšně abstinovat a vrátil se i do třídního kolektivu a dodělal střední školu. Se svou partou se stále stýkal, i když omezeně. Přestal i pít. Hlásil se na několik vysokých škol, a i když se mu vše nezdařilo tak jak by chtěl, na druhý pokus se dostal a nyní studuje.

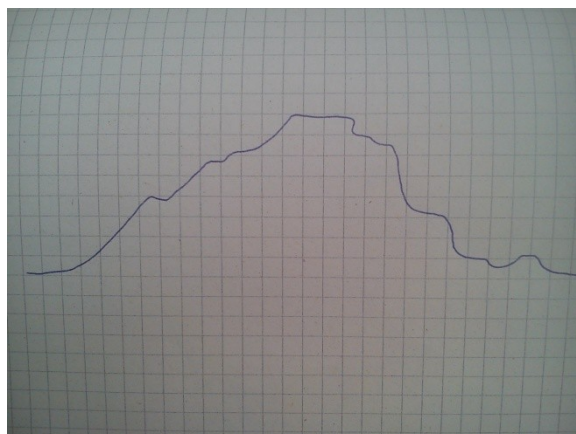
Roman přece jenom ke konci čáru opravil. Přiznal, že poslední dobou začíná i trochu popíjet, a občas si dá marihuanu. Ale byl přesvědčen, že mu abstinování od psychoaktivních látek vydrží.

#### **Patrik:**

*„Nejtěžší pro mě, bylo najít motivaci. Tu správnou motivaci, chápeš. Věděl jsem, že jsem v hajzlu, chtěl jsem přestat, ale tohle ti nestačí. Právě proto, že seš v hajzlu.“*

Druhým domluveným respondentem měl být Patrik. Na první schůzku se nedostavil, výzkumník ho musel zpětně kontaktovat a narychlo se s ním sejít. Rozhovor proběhl u něho doma. Je mu 22 let a studuje na vysoké škole. Abstinuje 4 roky. Patrik působil sebevědomě, vyjadřoval se s notnou dávkou ironie a skepse, přesto bral rozhovor s nadhledem a tvrdil, že ho vnímal s určitou dávkou nostalgie. V některých tématech dokázal být ostražitý a nechtěl uvádět podrobnosti. Po úvodní otázce se velice rozpovídal, zdálo se, že ho to baví. Ohledně čáry života si nebyl moc jistý, na konci rozhovoru poznamenal, že zítra už by ji možná nakreslil jinak:





Své vyprávění začal životem s rodinou. Měli veliké neshody a v 15 letech utekl z domu. Návykové látky užíval již od pozdních čtrnácti. Přespával u kamarádů, a známých, domů se vracel jen občas a vždy to bylo doprovázeno velikými hádkami. Někdy se vloupával dovnitř a kradl rodinné úspory, zpočátku na hazardní hry. Takhle to probíhalo skoro dva roky. Parta byla pro něho vykoupením, veškerý čas věnoval jen jí. Zvláštní je, že na některé předměty do školy i tak chodil, bavila ho např. historie a cizí jazyky. Byl to on a Karel, kdo se angažoval v dodání užívání drog do jejich party, a experimentace s nimi se mu zpočátku velmi líbila.

*„to víš, byl jsem mladej a blbej..né že bych ted' byl něakej sofistikovanej, to asi ne hele, ale tehda mě to prostě přišlo cool. Čistě jen chlastat nás brzo přestalo bavit, chtělo to něco lepšího, líbilo se nám to jiný vnímání, a co za sračky jsme pak vyváděli. Myslím, že jsem s tím začal čistě pro zkušenost, zábavu nebo tak. Chtěl jsem vědět jaký to je, a líbilo se mi to, sakra že jo.“*

Patrik měl spoustu kontaktů na dealery a pro některé dělal poslíčka nebo různé služby, brzy začal dostávat různé slevy a stal se také na půl dealerem. Víceméně ale pouze pro potřebu jejich party. Peníze sháněl různě.

*„tenkrát šel ještě ten trik s bednama (automaty) a zapalovačem, jó to byly časy. Cvak cvak a uháněl si pryč s náručí cashe než si někdo z personálu ukrk hele (směje se). Nebo ojet nějakou babu u ní doma, a trochu to tam prošmejdit. Nebo trafíky. A nebo železo. Bože vědět tyhle sračky moje holka ted', tak by mě zabila“*

Postupně začali věnovat především s Karlem drogám hodně času. Začínal si uvědomovat, že už nemá věci úplně pod kontrolou, ale nevadilo mu to, jeho životní styl ho stále bavil. Často střídal partnerky a začínal mít problémy se zákonem.

*„nejdřív jsem krad jen jídlo a chlast pro sebe vid', ale když to začal bejt cash, benga začli mít najednou zájem. Představ si že mě pomohlo chvíli chodit s dcerou od jednoho fízla (směje se). No pak tam byly nějaký rvačky a tak...ale nebyl jsem rváč, spíš jsem se k tomu vždycky přimotal jak slepej k houslím. Nebál jsem se ale fízlu, ty mě byli víceméně ukradený...jednou sem ale šlohl jednomu kasákovi z pokru pokladnu co držel, pak mě naháněla celá banda nějakých nácků z...to bylo fakt o držku, už v týhle době jsem si začal říkat, že to možná krapet přeháním.“*

Po tom co přestal brát Roman, Patrik ještě asi rok pokračoval v užívání a jeho nezřízeném životním stylu. Pomalu mu ale něco začínalo chybět.

*„ani jsem si snad nevšim, že Roman už nebere ty vole, to je na tom to nejhorší. Dneska na to koukám úplně jinak, takovej zlom pro něj, a my ho máme v píči“*

*„Karel se zapletl s tou jeho babou, smál jsem se mu ze začátku vid'. S tím jak jsme žili, sis nemoh udržet nějakou koc moc dlouho. Ale časem ty jo...myslím, že mě začlo chybět nějaký sociální zázemí...pro rodinu jsem byl odpad, s holkama jsem se jen oblejzal...ona ani ta naše parta už časem nebyla zas taková slavná parta, to bylo to. Každěj fetoval na sebe, a začali jsme mít neshody.“*

*„Pak jsem si začal s Adélou..bylo to krásný jako, ale na druhou stranu mě to dost otevřelo oči, v jakým póvlu to žijem. Furt jsme se jen hádali o dávky, a na city srali, ani to snad nebylo chození, stejně každěj šukal s někym jinym. Ale měl jsem ji rád, a to bylo něco novýho, začal jsem chtít mít vztah jako Karel, v tu dobu se zrovna začal dostávat ze sraček, trochu jsem k němu začal vzhlížet. No jenže pak to posral.“*

Patrikova tolerance k drogám se začala zvedat, a drogy už mu nepřinášely opojení. Navíc přestal mít finance, a trpěl projevy abúzu, často.

*„bylo to hrozný. Namakat se tolika tácamo k dávkám, který by ti dřív stačily na tejdén...udělat si z nich jeden slabej rauš co stál za hovno a pak dva dny si byl na sračky k ničemu, ale věděl si, že musíš sehnat něco dalšího, nebo to bude ještě horší“*

*„přestávalo mě bavit všechno...ženský, hazard, kluby. Nic z toho nemělo smysl. Připadalo mi, že se strašně tupim. Že jsem příšerně blbej, a kvůli drogám. Občas sem myslel na Adélu, ale tou dobou už to bylo dávno pasé. Začal jsem fakt vážně chtít od života*

*něco jinýho. Říkal jsem si, že ne že mám navíc, že chci mít kurva navíc, že přece musím mit.“*

Patrik začal zkoušet první pokusy o léčbu. Byl trochu ješitný, a chtěl přestat sám. V jeho úsilí mu začal pomáhat Roman. Dokázal přestat kouřit a pít, ale u drog se mu nedařilo. Po několika pokusech nastoupil na léčbu. Ani tam se mu ovšem nevedlo dobře.

*„nesnášel jsem to tam, nevím, co víc ti k tomu mám říct. Chtěl bych říct možná, že to tam bylo úplně k hovnu...ale bohužel, zas tak zbytečný to asi nebylo.“*

Zkoušel se vrátit k rodině. Ta teoreticky netušila, čím vším si Patrik prošel, a i když se stále hádali, byli ochotni ho vzít zpět do bytu. Musel ovšem ale začít chodit do školy. I přes velké mezery v látce a zameškaným hodinám Patrik dokázal procházet skrz ročníky. Začal toužit po lásce, a snažil se najít si přítelkyni.

*„tehdy sem ještě nevěděl, že lásku nemůžeš nutit najít. Musíš počkat, až sama přijde. Já byl kurva nedočkavej. No a taky jsem hledal na dost blbých místech, vlastně v klubech kde sem fetoval, dost blbej nápad nemyslíš? Kolik spřízněnejch duší najdeš v takový špíně?“*

Mezitím se stále snažil léčit, ať už s pomocí anonymních skupin, nebo opět sám. Chodil do kontaktního centra. I když nerad, připouštěl, že mu pomohla terapie. Střídal vážnější vztahy, ale ty většinou skončily kvůli drogám. Patrik mluvil, že to byla bariéra i předpoklad zároveň.

*„no prostě měl ses chuť na to zase vysrat, a jít se sjet. Jenže na druhou stranu sis říkal, že to kurva skončilo právě kvůli tomuhle sajraju.“*

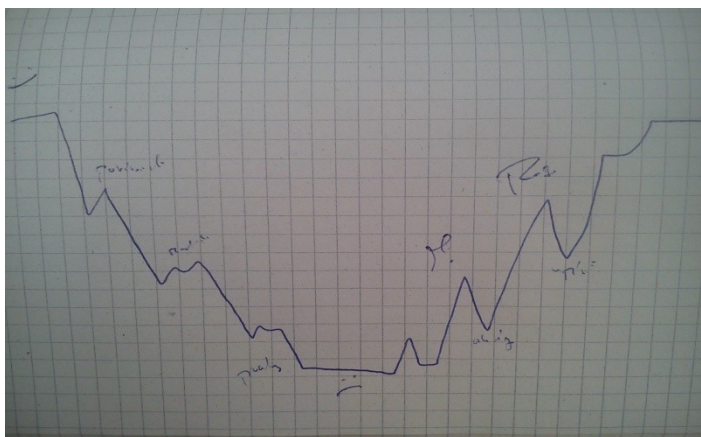
Nakonec se mu dařilo abstinovat déle jak tři měsíce. Připisoval to přítelkyni, se kterou je doteď. Od té doby měl sice pár relapsů, ale jak popisoval, byla mu velkou oporou, a díky ní to zvládl. Postupně začínal žít bez drog úplně, a dokonce se přestal hádat i s rodinou. Nastoupil na další stupeň vzdělávání a snažil se najít si normální práci.

*„Jo pak se začlo docela dařit, jeden by řekl, zasranej happyend že? No...řeknu ti, jsem rád, že jsem čistej, ale stejská se mi taky na jednu stranu po tom...né jako po drogách ani tak, ale tom životě...adrenalinu...občas víc..jako..si říkáš, jak je teď ten život prázdněj..a nudnej..nebo, nemáš pointu jakoby..to se blbě vysvětluje.“*

## **Karel:**

*„no a to byla poslední kapka. Všechno šlo do řitě. Spadl jsem do toho jak do sraček. Už jsem prostě neměl motivaci...né, já naopak měl proč brát.“*

Dalším respondentem byl Karel. Je ze skupiny nejstarší (24 let), a také užíval po nejdelší časový úsek (5 let). Karel taktéž odložil termín schůzky s výzkumníkem, ale dal vědět předem, že se mu to nehodí. Rozhovor nakonec proběhl ve večerních hodinách, v ještě poloprázdném klubu, kam Karel často chodil sociálně žít. Mluvil klidně, s určitou dávkou odstupu. Zračila se v něm menší nedůvěřivost. Působil sebevědomě a dokázal si v rozhovoru spojovat souvislosti vzhledem k událostem týkajících se i ostatních respondentů. Stručně řekl, že o tomto životním období často přemýšlel. Nad čarou života dlouho dumal, nakonec se zmínil, že na její řádné provedení by potřeboval tak dva dny:



Nebyl si jistý, jak má začít svůj příběh. Popisoval relativně idylické dětství s velkou rodinou a sourozenci. Přesto ho nevnímal moc nadšeně. Ve třídě byl premiantem, a pravděpodobně spolužáky přijíman. On sám se ovšem držel víceméně zpátky a jediný, koho si pouštěl více k tělu, byl Patrik. Spolu vytvořili základ sociálního uskupení, k němuž se posléze přidali zbylí členové party. Dodal, že kromě Romana zas tolik ostatní nemusel, družnějším typem byl podle něho spíše Patrik. Alkohol mu pomáhal být ve skupině uvolněnější, a časem ho konzumoval pokaždé, když byli spolu. Často poskytoval Patrikovi azyl, poté co utekl z domu, a ten se mu za to brzy odvděčoval nabídkou různých návykových látek. Už v této době experimentoval s léky, které potajmu kradl doma.

*„bylo mi prostě líp. Občas jsem fakt měl silnou potřebu se uvolnit, někdy sem prostě ty lidi kolem mě nemohl snýst“*

*„ale s Patrikem se to změnilo. Začali jsme pít a brát, protože to najednou byla zábava. Nebral jsem ty sračky, protože jsem musel, normálně jsem chtěl. To byla velká změna.“*

Karel začal konzumovat drogy pravidelněji, marihuanu začal užívat na denní bázi. Rád experimentoval s novými drogami, a nepřipouštěl si nebezpečí vzhledem k míchání různých psychoaktivních látek. On a Patrik jsou jediní, kdo zkoušeli LSD.

*„pokud to někdo nezažil, tak nemám šanci mu to popsat nebo vysvětlit. Prostě to bylo maso..ty tripy sem si ze začátku hodně užíval. Časem jsem už ale LSDěčko nemoh, ty tripy začaly bejt špatný, a při některých sem se málem posral.“*

*„míval sem flešbiky. Prostě síla. Ale bylo mi to tehdá jedno, když jsme začli jet perník, byl jsem konstantně nabuzenej, dokázal bych všechno.“*

Karel si dával veliký pozor, aby na něm užívání nebylo znát, první rok se mu to relativně dařilo. Pak ztratil kontrolu, s partou byl i několik dní v kuse, nechodil do školy, došly mu peníze. Začal často střídat partnerky a byl konstantně pod vlivem psychoaktivních látek.

*„chlast byl tak slabej, ale stejně sem pil furt. Už ani nevím proč, snažil jsem se přepít, to jak mě bylo blbě z drog a naopak. Divím se, že nemám uplně v píči játra.“*

*„mám strašný okna. Celý ty roky jsou jako týden. Jako zrychlená sekvence ve filmu víš, takový ty dokumentární sračky na diskovery, jak se tam střídaj ty období během pár sekund. No tak to mám teď.“*

Rodina na něj tlačila, aby se šel léčit. Začal mít problémy s otcem. Ostatní sourozenci se od něho začali distancovat. Skončil několikrát na policii a byl to vždy jeho otec, kdo ho dostal ven. Karel se ale léčit nechtěl. Všem tvrdil, že má všechno pod kontrolou, a že by klidně vydržel několik měsíců bez drog.

*„Už mě všichni srali. S tím jak mi nevěřili jako, tak jsem se hecl. Že vydržím měsíc bez drog. Nevím co sem si ani myslel tehdá, jako že snad to vydržim a oni mě nechaj nebo co, chtěl jsem jim prostě ukázat. No...vydržel jsem to tři dny.“*

Poté Karel začal mít tendence nebrat tolik psychoaktivních látek. Snažil se mít drogy pod kontrolou.

*„Nechtěl jsem přestat. To ne, naplňovalo mě to. Ale nechtěl jsem bejt otrokem, chtěl jsem to mít v rukou. Byl jsem taky debil, prostě jsem si říkal, že se to musím naučit, že se naučím to ovládat, a...No asi víš že to vedlo k hovnu leda tak.“*

Karel byl na pochybách ohledně svého životního stylu. Přemýšlel o tom, že půjde ve šlépějích Romana. Nicméně mu trvalo další rok, než se odhodlal k nějakému pokusu o léčbu.

*„Potkal jsem tehdá holku. Fakt jsem z ní byl udělanej ty jo, nechápu ani jak se to mohlo stát, že jsme spolu začali chodit, dyť si říkám, že sem musel bejt rozenej santusák nebo tak. Ale věděl jsem jak to chodí, buď začnete brát spolu a rozejdete se, nebo na to přijde a rozejdete se. A já jí chtěl ty jo, poprvé v životě jsem něco fakt chtěl, nebylo tam prázdno, něco jsem chtěl víš?“*

Několik měsíců se snažil abstinovat. Neúspěšně, ale jeho vůle byla silná a zkoušel to stále dokola. Snažil se aspoň drogy omezovat. Paradoxně se mu to začalo dařit, ale jeho přítelkyně přišla na jeho závislost a rozešla se s ním.

*„no a to byla poslední kapka. Všechno šlo do řitě. Spadl jsem do toho jak do sraček. Už jsem prostě neměl motivaci...né, já naopak měl proč brát.“*

V tuto chvíli Karel opět spadl do spirály syndromu závislosti. Užíval především metamfetamin, ale povzbuzující účinky mu přestávaly být dostatečné. LSD se bál.

*„myslim, že žiju, protože jsem si v tý době nevzal LSD...garantuju ti, že by to byl nejhorší trip máho života, asi bych se zabil, nebo šel někam po kolejích až do...to moje rozpoložení tehdá muselo bejt fakt hrozný“*

V této době se zrovna Patrik snažil přestat s užíváním. Chtěl, aby to Karel zkusil také, ale ten na to neslyšel. Zhruba po půl roce byl Karel z party jediný, kdo aktivně užíval návykové látky a nesnažil se o léčbu. Celá skupina se s ním snažila pravidelně vídat, a přemlouvali ho, aby drog zkusil nechat. Karel odmítal, ale nakonec začal docházet do kontaktního centra. Tvrdil, že zpočátku si tam pouze měnil jehly a o nic jiného se nezajímal. Postupem času ale sám cítil, že tohle od života nechtěl.

*„Co k tomu říct. Fakt mě tehdá bylo všechno jedno. Ale jak jsem tam viděl ty ostatní feťáky tak...to bylo dost strašidelný. Věděl jsem, že mezi ně patřím, a že vypadám jako oni, i když jsem si to nepřipouštěl. Nebo nechtěl připouštět.“*

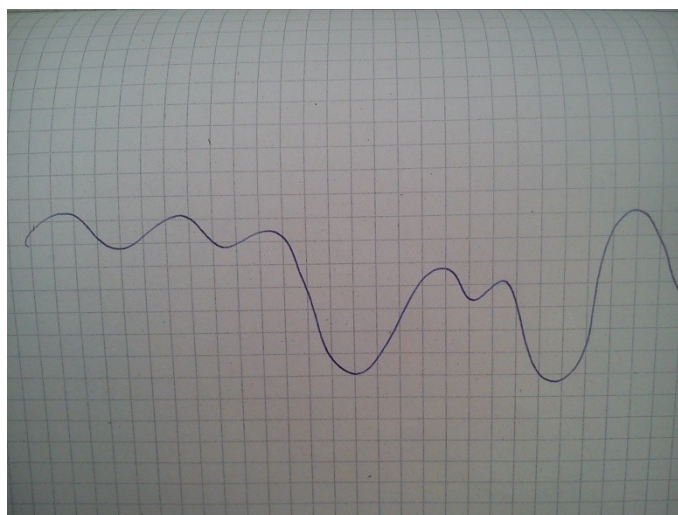
Nastoupil na terapii, a stál se členem anonymní skupiny. Z té ovšem brzy vystoupil, řekl, že to nebylo nic pro něj. Vyhovoval mu více individuální přístup. Stejně jako Patrik neměl ovšem jasně stanovenou motivaci a cíl. Zažil hodně relapsů, a zkoušel různá léčebná zařízení. Na všechny ale rezignoval, a jediný s kým byl ochoten se stýkat, je vedoucí kontaktního centra. Snažil se vrátit do rodiny, a ta ho přijala bez okolků.

Nakonec si Karel našel přítelkyni, a tentokrát nechtěl nic zkazit. Dokončil střední školu, a hlásil se na vysokou. Nyní abstinuje skoro dva roky, a tvrdí, že už nemá potřebu užívat, ani pít. S partou se už moc nestýká, občasně jen s Patrikem, nebo Romanem. Ke konci rozhovoru byl velice strohý, zamyšlený. Poté řekl, že už chce odejít.

**Pavel:**

*„už ani nevím proč...vždycky de všechno po násle..a pak..prostě zas jedu..jako ...jsem sráč...nic jinýho neumím“*

Předposledním respondentem byl Pavel. Ani on se nedostavil na první domluvenou schůzku, a nakonec souhlasil s rozhovorem v jeho kdysi oblíbeném baru. Během rozhovoru hovořil velice překotně, často odbíhal o tématu, nebo se opakoval. Mluvil nejistě a zmínil se, se má zamlžené vzpomínky. Na období braní drog měl rozporuplné názory, podle toho také vypadala jeho kresba čáry života:



Popisoval dětství pouze s otcem, a jejich napjaté vztahy. Čas trávil radši s lidmi ze školy a okolí, přes Patrika se brzy dostal do jejich party. Zpočátku ho bavilo hodně pít,

alkohol mu pomáhal uvolnit se, nacházel zábavu ve společných akcích. Když začali ostatní experimentovat s drogami, zhruba půl roku se držel zpátky.

*„nechtělo se mi do toho...říkal jsem si, tak jsou blbý nebo co ty vole...že skončej špatně, a že to sou hovada...ale...to je blbý ty jo...asi jak to užívali furt a měli z toho prdel a nic se jim nedělo, tak sem si řek že to zkusim taky...“*

Začal kouřit marihuanu a posléze experimentoval s extází. Z lysohlávek mu bylo špatně. Hodně času trávil po klubech, a líbily se mu navozené stavy. Mluvil o pocitu sounáležitosti a pořádných akcích. K metamfetaminu se opět stávil zdrženlivě, ale netrvalo dlouho a začal ho užívat v kapslích. Měl problémy s penězi, a často si bral dávky na dluh. Brzy se dostal do fáze, kdy dlužil jednotlivým členům party laskavosti, a následně se dostal do problémů. Musel začít pomáhat Patrikovi s obstaráváním peněz.

*„tady sem se začal asi trochu...jak to říct ty vole...no dyštancovat...tak, no prostě...jako že sem si říkal, že sou na mě ostrý víš...všichni pičovali, že jim dlužim prachy a dávky, a uměli bejt nepřijemný“*

*„no Patrik mě z toho trochu vysekával jakoby..jak se to veme, zase mě využíval při nějakých sračkách a prácičkách no, byl sem určitě takovej ten posluhant a obětní idiot, kdyby se něco posralo, chápeš ne...“*

Časem začal užívat metamfetamin nitrožilně a mluvil o tom jako o několikanásobně lepším zážitku. Jeho otec na jeho závislost v této obě přišel, a byl velice nekompromisní.

*„snažil se mě zamykat v pokoji...furt na mě ječel, a snažil se mě mlátit vid'...když se to dověděli kluci, přišli k nám pod okno a rozbili nám okna (vážný smích)..abych jako asi moh ven ty vole nebo tak...“*

Otec ho nutil chodit na léčbu, ale Pavel se nechtěl léčit. Léčba se mýjela účinkem, brzy ho otec vyhodil z domu.

*„bylo to krutý no..nejdřív jsem občas někde přespal, ale pak jsem si našel takovou opuštěnou fabriku, a bejval sem chvíli tam no..bylo léto, tak to šlo no...jako, že přijde třeba zima, to sem neřešil, mě bylo u prdele“*

Začal docházet do kontaktního centra, ale sám povídá, že jen kvůli jídlu a místu kde pobýt. V této době se cítil Pavel nejvíce na dně.



*„bylo mě blbě často ty vole...neměl jsem najednou nikoho kolem sebe, přišel sem si strašně sám...došly mě prachy, neměl sem na dávky, ale bylo mě fakt hrozně...udělal bych snad všechno abych si to nějak zlepšil“*

*„hlavně jsem byl jak houmlesák ty vole...prostě v takových sračkách..jo, samo že sem si říkal, že s tím něco udělám, že to zvládnou vid'...že bude líp jako no“*

Patrik se již chvíli léčil, a nabízel Pavlovi několikrát možnost, to zkusit taky. Pavel nevěděl co se svým životem, a tak to zkoušel. Neúspěšně. Celý rok zažíval pokusy o abstinenci a následné relapsy.

*„nejhorší bylo...že jsem si na to docela zvyk ty jo..jako naučil jsem se v tom trochu chodit..přespával jsem v těch zařízeních pro socky, občas si nakrad, trochu se sjel..chodil jsem do káčka, nic mě nechybělo ty jo..jako jo dávky ale krom toho..jsem nic neřešil, bylo mě všechno u prdele“*

Pavel si našel přítelkyni, také uživatelku návykových látek. Popisoval neustále rozchody a dávání se dohromady. Zdálo se mu, že ho parta opustila, cítil se odstrčený. Jediný, kdo se stále angažoval, byl Patrik. Na chvíli se zdálo, že se mu daří abstinovat, ale definitivní rozloučení s přítelkyní ho zase vrátilo o kus zpět. Nakonec začal popisovat zlom, když si uvědomil, že Roman už dávno nebere, a Patrik také ne.

*„uplně se mě rozblesko ty vole...jako chápeš...prostě..já se tam mrdám v tý špíně...a oni už ne, už byli čistý...sem si říkal ty jo...no..že když to zvládli oni, tak přece musím taky sakra ne?“*

*„zbytek mě moc nezajímal, stejně sem je neměl rád..jako jo snažili se mě pomoci..a mě to docela začalo jít, chtěl jsem jim ukázat víc..že to taky dovedu..ale no nešlo to tak lehce, bylo to..no..nevím ty vole“*

Pavel docházel na skupinovou terapii, několikrát byl i v psychiatrické léčebně. Vždy když už to vypadalo, že se mu daří léčbu zvládat, spadl do toho znovu. Nakonec šel na podnět pracovníků do terapeutické komunity. Vydržel tam skoro tři čtvrtě roku, a i když léčbu nedokončil, nastalo u něj období abstinence. Vrátil se domů, otec ho přijal. Snažil se dodělat si školu, a zkoušel jít na vysokou. Brzy ovšem skončil, a opět kvůli drogám. Na konci rozhovoru se Pavel přiznal, že opět užívá návykové látky.

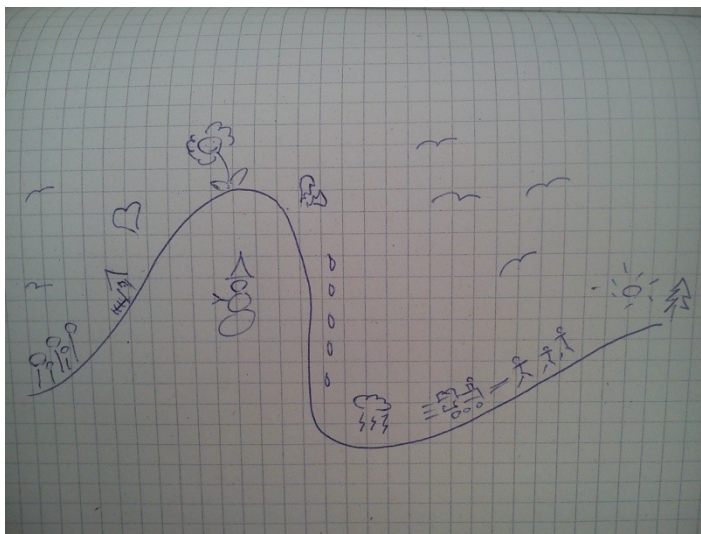
*„jako jo, zkouším to zas..chodim ted' do toho centra..říkám si, třeba se to jednou povede...každej na to potřebuje jinak dlouho času, že jo?..prostě..to půjde“*

Pavel nyní chodí do doléčovacího centra. Opět se snaží zbavit se závislosti na psychoaktivních látkách. S partou už se nestýká, občas jen s Patrikem.

**Adéla:**

*„milovala jsem ho za to a nenáviděla...bylo to tak krásné..ze začátku. A pak jsem si říkala, že mě zničil život“*

Posledním respondentem byla Adéla. Je z výzkumného souboru nejmladší, a také užívala návykové látky po nejkratší dobu. Schůzka proběhla ve stejném baru, jako s Pavlem. Adéla tvrdila, že je za výzkum ráda, neboť se díky němu mohla zase pobavit s některými členy bývalé party. Při rozhovoru se často zamyslela, nebo zasnila a dělala veliké pomlky. S kresbou čáry života si pohrávala celou dobu výzkumu.



Nevěděla jak začít svůj příběh. Popisovala velkou rodinu za městem, žila spíše na vesnici. Často trávila čas staráním se o ostatní sourozence. Příležitost vyrazit si do města do klubu uváděla jako jedinou možnost, kdy se mohla odvázat a uvolnit. Do party se dostala později, v době, kdy už všichni užívali návykové látky. Začala chodit s Patrikem, a ten jí uvedl do světa drog.

*„milovala jsem ho za to a nenáviděla...bylo to tak krásné..ze začátku. A pak jsem si říkala, že mě zničil život“*

Užívala především marihuanu a extázi. Začátky popisovala jako jedno z nejhezčích období co kdy zažila.

*„bylo to fakt úžasný...já kráva si myslela, že to takhle bude napořád..víš, jako ten krásnej život, furt nabuzená a jen my dva spolu...byla jsem pitomá nána naivní“*

*„brzo jsme se začali pořád hádat. O drogy víš..jako, kdo má nárok navíc a proč. No a pak jsem zjistila, že mě podvádí..začala jsem na truc taky..ale né s klukama z party, prostě jen tak s někym..jenže..nejhorší je, že mě nakonec už nepřitáhl vždycky zpátky Patrik, ale ty drogy“*

Adéla si nakonec našla vlastního dealera, a začala s metamfetaminem. Její rodina na to brzy přišla, a zakázali jí, se s ostatními stýkat a jezdit do města. Donutili ji nastoupit na léčbu, a i když zažila pár relapsů, brzy přišla o kontakty a nebyla si schopná sama sehnat psychoaktivní látky. Navíc neměla peníze, většinou jí drogy dával Patrik.

*„nevěděla jsem, co mám dělat...nemohla jsem žít jako předtím..už jsem byla...poznámenaná...né to zní blbě...prostě jiná...ale i když to bylo hrozný, neměla jsem na to krást. Prostě ne. Zkoušela jsem něco doma vzít, ale vždycky se na to přišlo. Byli jako ostríži“*

*„potom jsem si prostě už zvykla, a myslím ale, že bych do toho stejně spadla znova...jenže oni zrovna byli v tom nejhorším..a já měla možnost to vidět, jako...už nezaujatě tolik jako...bylo to hrozný...myslím, že takhle...syrově to vidět, mě nakonec odradilo“*

Vidina, jak dopadli ostatní členové party, Adélu odstrašila. Od jejích členů se distancovala, a snažila se žít normální život. Ke konci rozhovoru se přiznala, že má stále chuť experimentovat, a často užívá marihuanu, nebo občas extázi. K tvrdým drogám se už ale přiblížit nechce. S ostatními členy party se už nestýká, přesto si občas píše s Patrikem přes sociální síť.

## 4. Diskuze

Hlavní snahou výzkumu bylo interpretovat významy, které připisují respondenti okolnostem v souvislosti s výzkumnou otázkou ve znění:

*„Jaké byly důvody, které měly vliv na snahu respondentů k ukončení užívání návykových látek, a co na tomto procesu bylo pro ně to nejnápomocnější a nejtěžší?“.* Skrze rozhovory s respondenty a následnou kategoriálně-obsahovou analýzu se podařilo tyto významy zjistit. Výzkumník interpretoval jako hlavní význam sociální podporu jednotlivých členů party a jejich rodin jako důležitou součást sociální soudržnosti a solidarity, která vedla k pomáhání uživatelům stále drogově závislým. Bývalí uživatelé, nebo členové party, kteří se účastnili léčby, se snažili pomáhat ostatním členům stále závislým na psychoaktivních látkách, nebo je aspoň nabádali ke změně uvažování o nich. Je nutno dodat, že tento význam neplatil pro respondenta Romana, který ukončil užívání psychoaktivních látek jako první. Roman popisoval jako nejdůležitější důvod pro ukončení syndromu závislosti uvědomění si hodnoty vlastního života a strach ze smrti. Další skutečností je, že respondent Pavel svou abstinenci nedodržel, a opětovně začal užívat návykové látky. Nyní je zpět v léčebném procesu a doufá, že už naposledy.

Mezi pozitivní faktory byly interpretovány: Možnost sociální podpory od přátel, partnerů a rodiny, nalezení motivace pro svoji osobu, úspěch ostatních bývalých uživatelů z party, sociální zázemí v podobě bydlení a financí, druhy léčby (psychoterapie individuální a skupinová, pobyt v psychiatrickém zařízení nebo terapeutické komunitě, docházení do K-centra, P-centra a doléčovacích zařízení, anonymní seskupení uživatelů), uvědomění si vlastního úpadku a snaha o nový začátek, strach z psychoaktivních látek, nebo strach o svůj život.

Největší význam v negativních faktorech byl připisován nemožnosti nalézt správnou motivaci pro svoji osobu. Dále bažení po psychoaktivních látkách, důsledky abúzu, společenské stigma, osamělost, apatie, ztráta víry a pocitu sounáležitosti.

Mezi limity výzkumu by se mohla zařadit skutečnost, že výzkumník nemohl provést rozhovory se všemi bývalými členy party. Dalším limitem by mohl být proces interpretace významů respondentů výzkumníkem a jeho vztah k výzkumnému souboru. Tuto skutečnost se výzkumník snažil eliminovat zachováním neutrality vztahu ke všem

respondentům. Naopak, zmíněný vztah zvyšoval otevřenost a upřímnost výzkumného souboru, a zvyšoval tím jeho validitu.

Zajímavým rozšířením, by mohlo být vytvoření případových studií s jednotlivými respondenty, a následné porovnání s výzkumem. Dále také použití jiných přístupů, a snaha o aplikaci výsledků výzkumu do praxe, např. v podobě doporučení jednotlivých typů léčby a vyzdvihování jejich kladů, nebo jako exemplární příklad pro vyučování rodinných a blízkých příslušníků ohledně chování k jedincům závislým na psychoaktivních látkách.

## Závěr

*„Že to byla ale jízda co? Nechápu, jak se nám ji podařilo přežít čéče“* (respondent Patrik na konci rozhovoru)

Cílem výzkumu bylo nalézt interpretaci důvodů, které vedly výzkumný soubor k ukončení syndromu závislosti na psychoaktivních látkách. V souvislosti s cílem byly vytyčeny a popsány teoretická východiska, a jako hlavní metoda byl použit narativní přístup v podobě hloubkového rozhovoru. Pomocí narativní analýzy výzkumník interpretoval jako nejdůležitější významy vzájemnou solidaritu a sociální oporu jednotlivých členů výzkumného souboru, a jejich rodin, partnerů a přátel. Ti, kteří abstinovali, nebo podstupovali léčbu, postupně nabádali zbývající členy výzkumného souboru ke změně svého životního stylu, a následně jim pomáhali při jejich vlastní léčbě a dokázali být oporou. Hlavními důvody pro prvotní členy, kteří opustili svoji závislost na návykových látkách, bylo uvědomění si úpadku vlastní osoby, i ostatních členů z výzkumného souboru, a snaha o nový začátek, záchranu svého života a budoucnosti. Mezi klíčová pojítka vymezená v narativní analýze patřily vztahy jednotlivých respondentů, jejich soudržnost, kontinuita snahy o změnu, a absolvování léčby společně s návratem do rodinných kruhů.

Na výzkumnou otázku se podařilo odpovědět i pomocí vytvořených cílů, které se zabývaly tematikou pozitivních a negativních faktorů v průběhu léčby syndromu závislosti. Mezi hlavní nápomocné činitele byla významově zařazena potřeba správné individuální motivace, sociální podpora rodiny a jejího zázemí v kombinaci s léčebnými procesy v organizacích a zařízeních pro narkomany, a naopak jako největší bariéra byla uvedena neschopnost nalezení motivace, v kombinaci se strachem z osamělosti, bažení po návykových látkách a důsledky jejich abúzu.

Zajímavým rozšířením výzkumu by bylo zkoumat, jak jednotliví respondenti bojují o udržení své drogové abstinence, a jaké přesné strategie používají k zabránění relapsů a opětovnému rozvoji syndromu závislosti. Dva respondenti dokonce projevíli zájem, o sepsání jejich případových studií, ke zpřesnění výsledků získaných v této bakalářské práci. Výsledky výzkumu, a především příběhy jednotlivých respondentů, by se tak daly použít např. ke vzdělávání společnosti v otázkách drogové závislosti a celkové medializaci léčebných procesů spojených s pomocí jedincům trpícím syndromem závislosti.

## Literatura

- Gjuričová, Š., Kubička, J. (2003). *Rodinná terapie: systemické a narativní přístupy*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0415-3
- Kratochvíl, S. (2006). *Základy psychoterapie*. 5. Vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7367-122-0
- Ludewig, K. *Systemická terapie: Základy klinické teorie a praxe*. Praha: Pallata 1994. ISBN 80-901710-0-1
- Von Schlippe, A. Schweitzer, J. *Systemická terapie a poradenství*. Brno: Cesta, 2006. ISBN 80-7295-082-7
- Nešpor, K. (2000). *Návykové chování a závislost. Současné poznatky a perspektivy léčby*, Portál.
- Vágnerová, M. (2012). *Psychopatologie pro pomáhající profese*, Portal. ISBN 978-80-262-0225-7
- Nešpor, K. Marhounová, J. (1995). *Alkoholici, feťáci a gambléři*, Empatie. ISBN 80-901618-9-8
- Dočkal, J. (2000). *Člověk a drogy*, Praha: Ethum.
- Langmeier, J., Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie*, Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1284-0
- Seidman, I. (2006). *Interviewing as qualitative research*, Teachers College.
- Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publish.
- Bruner, J. (1991). *The narrative construction of reality*, The university of Chicago Press
- Lewis, J., Ritchie, J. (2003). *Qualitative research practise*, Sage. ISBN 0-7619-7109-2

Riessman, C. (1993). *Narrative Analysis*, Sage.

Dolanská, P. (2007). V doléčovacím centru má často relaps pro klienta paradoxně pozitivní význam, *Sociální práce/Sociální práce*, č. 3, str. 32-34.

Zatloukal, L. (2007). Postmoderní myšlení v poradenské praxi, *Sociální práce/Sociální práce*, č. 3, str. 75-86.

Kalina, K. a kol., (2003). *Drogy a drogové závislosti*, Úřad vlády ČR.

Čermák, I. (2002). *Myslet narativně (kvalitativní výzkum "on the road")*. Sborník z konference Kvalitativní výzkum ve vědách o člověku na prahu třetího tisíciletí. Brno: Psychologický ústav, AV ČR, Nakladatelství Albert.