

Univerzita Hradec Králové

Filozofická fakulta

Diplomová práce

2020

Bc. Zuzana Doležalová

Univerzita Hradec Králové

Filozofická fakulta

Ústav sociální práce

Retrospektivní pohled uživatelů drog

Diplomová práce

Autor: Zuzana Doležalová

Studijní program: N6731 – Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce

Forma studia: prezenční

Vedoucí práce: RNDr. Mgr. Lucie Vítková, PhD

Hradec Králové, 2020



Zadání diplomové práce

Autor:	Zuzana Doležalová
Studium:	U18057
Studijní program:	N6731 Sociální politika a sociální práce
Studijní obor:	Sociální práce
Název diplomové práce:	Retrospektivní pohled uživatelů drog
Název diplomové práce AJ:	Retrospective view of drug users

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Diplomová práce je tematicky zaměřena na retrospektivní pohled uživatelů drog. Hlavním cílem práce je zjistit, jak dnes již vyléčený člověk vnímal svoji závislost. Metodologicky bude práce stavěna na polostrukturovaných kvalitativních rozhovorech u cílové skupiny lidí.

Barnard, Marina. 2011. Drogová závislost a rodina. Praha: Triton, ISBN 978-80-7387-368-8.
Hajný, Martin. 2001. O rodičích, dětech a drogách: drogy a jejich účinky, rizika zvyšující užívání drog, léčba, problémová situace. Vyd. 1 Praha: Grada, 2001. 133 s. [11] s. obr. Příl. Pro rodiče. ISBN 80-247-0135-9.
Ganeri, Anita. 2001. Drogy: od extáze k agonii. Praha: Amulet. Alfabet. ISBN 80-86299-70-8.

Garantující pracoviště:	Ústav sociální práce, Filozofická fakulta
Vedoucí práce:	RNDr. Mgr. Lucie Vítková, Ph.D.
Oponent:	Mgr. Michal Trousil, Ph.D.
Datum zadání závěrečné práce:	29.6.2018

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala (pod vedením RNDr. Mgr. Lucie Vítkové, Ph.D., vedoucí diplomové práce) samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne.....

Zuzana Doležalová

Anotace

DOLEŽALOVÁ, Zuzana. 2020. *Retrospektivní pohled uživatelů drog*. Hradec Králové: Filozofická fakulta, Univerzita Hradec Králové, 92 s. Diplomová práce.

Diplomová práce je tematicky zaměřena na retrospektivní pohled uživatelů drog a představuje empirické šetření s dnes již vyléčenými lidmi, kteří si prošli závislostí na drogách. Hlavním cílem práce je zjistit, jak dnes již vyléčený člověk vnímal svoji závislost. Dílčími cíli je zjistit odpovědi na následující otázky: Jakým způsobem začalo jejich užívání drog? Jakým způsobem ovlivnilo užívání drog jejich život ve všech jeho aspektech? Jak se užívání drog promítlo do jejich dnešního života a jakou formu pomoci respondenti vyhledali? Zajímavým přínosem práce je, jak tito lidé vnímali tehdejší fungování služeb zaměřených na pomoc drogově závislým a jak to vidí dnes, co považovali za dobré a co za špatné. Metodologicky bude práce stavěna na kvalitativních polostrukturovaných rozhovorech s předem připraveným scénářem s lidmi, kteří byli v minulosti závislí na drogách.

Klíčová slova: drogy, drogová závislost, retrospektivní pohledy uživatelů drog, sociální práce s uživateli drog

Annotation

DOLEŽALOVÁ, Zuzana. 2020. *Retrospective view of drug users*. Hradec Králové: Philosophical Faculty, University of Hradec Králové, pp. 92. Diploma thesis.

The thesis is thematically focused on a retrospective view of drug users and represents an empirical investigation with already cured people, who had gone through drug addiction. The main goal of the thesis is to find out how already cured person perceived his addiction. The partial goals are to find answers to the following questions: How did their drug use started? How has drug use affected their lives in all its aspects? How has drug use been reflected in their present life and what form of help did the respondents seek? An interesting benefit of the thesis is how these people perceived functioning of services focused on helping drug addicted people at that time and how they perceive it now, what they considered good and bad. Methodologically, the work is based on qualitative semi-constructed interviews done with pre-prepared scenario. Interviewed people are people who were addicted to drugs in the past.

Key words: drugs, drug addiction, retrospective views of drug users, social work with drug users

Poděkování

Ráda bych zde poděkovala vedoucí diplomové práce RNDr. Lucii Vítkové, Ph.D. za odborné vedení práce, čas, který mi věnovala, odborné rady a připomínky, jež mi poskytovala za účelem řádného vypracování diplomové práce. Mé poděkování patří i všem respondentům, kteří se mnou dobrovolně spolupracovali na provedeném výzkumu a poskytli mi tak potřebné informace k jeho dokončení. Mé poděkování patří také mé rodině a přátelům, kteří mi byli pomocí a oporou při psaní této práce.

Obsah

Úvod	10
1. Teoretická část.....	12
1.1 Drogy.....	12
1.2 Rozdělení drog.....	12
1.2.1 Konopné drogy	13
1.2.2. Halucinogeny.....	13
1.2.3 Stimulační drogy	14
1.2.4 Opioidy a opiáty	16
1.3 Drogová závislost	18
1.4 Vznik závislosti	21
1.5 Fáze drogové závislosti	23
1.6 Důsledky závislosti.....	23
1.7 Prevence závislosti	24
1.8 Vývoj drogové situace v letech 2013–2018	26
1.9 Sociální práce s uživateli drog.....	28
1.9.1 Teorie a modely závislosti.....	29
1.9.2 Formy pomoci uživatelům drog	32
2. Metodologie.....	41
2.1 Hlavní cíl a dílčí cíle výzkumu.....	41
2.2 Výzkumná strategie a její zdůvodnění	43
2.3 Transformace dílčích cílů do tazatelských otázek.....	43
2.4 Zdůvodnění volby souboru a jeho charakteristika.....	48
2.5 Popis průběhu výzkumu	48
2.6 Etická rizika výzkumu a rizika zvolené výzkumné strategie z hlediska validity výzkumu	49
3. Popis a interpretace dosažených výsledků	50
3.1 Představení respondentů.....	50
3.2 Výzkumné otázky a odpovědi respondentů.....	51
3.3. Shrnutí výsledků rozhovoru	66
Závěr a diskuze.....	70
Seznam použité literatury	74
Seznam tabulek.....	79

Přílohy	80
---------------	----

Úvod

Ve své diplomové práci s názvem Retrospektivní pohled uživatelů drog se budu zabývat problematikou užívání drog a následným dopadem na jejich uživatele. Téma své diplomové práce jsem zvolila z důvodu, že mě tato problematika zajímá a vždy jsem chtěla s touto cílovou skupinou pracovat. Plně věřím, že tato práce najde své uplatnění v oboru sociální práce, a že mi budou získané informace přínosem v mém nastávajícím zaměstnání. Hlavním cílem této diplomové práce je zjistit, jak dnes již vyléčený člověk vnímal svoji závislost.

Pomocí empirického šetření technikou polostrukturovaných kvalitativních rozhovorů budu zkoumat, jak bývalí uživatelé drog retrospektivně pohlížejí na období, když užívali drogy. Budu zjišťovat, jaký vliv mělo užívání drog na tehdejší život respondentů a zdali tato skutečnost ovlivnila jejich nynější život. Dále mě bude zajímat, jakou formu pomoci si respondenti zvolili při odvykání a zdali jsou v kontaktu s lidmi, kteří jim pomohli při odvykání. V neposlední řadě budu zkoumat, jak respondenti vnímali fungování služeb ohledně pomoci drogově závislým a jak toto fungování vnímají dnes. Závěrem výzkumu budu zjišťovat, zdali přineslo užívání drog respondentovi něco pozitivního nebo jen negativního.

Diplomová práce je rozdělena do několika částí. První část je teoretická. V této části práce jsou vysvětleny základní pojmy týkající se této problematiky. Jsou zde formulovány základní pojmy dle odborné literatury, tedy vysvětlení, co znamená termín droga, rozdělení drog. Z této části pak jsou vybrány takové drogy, které jsou důležité pro výzkumnou část práce. Následně je popisováno, co je to drogová závislost, čím se vyznačuje a jak vzniká. Dále jsou rozebírány fáze drogové závislosti, její důsledky a prevence. Předposlední kapitola se zabývá vývojem drogové situace v ČR za vybrané období. Závěrečná kapitola teoretické práce je zaměřena na sociální práci s uživateli drog. Jsou zde popsány teorie a modely sociální práce a formy pomoci uživatelů drog, které jsou klíčové pro práci s uživateli drog.

Druhá část diplomové práce je zaměřena na metodologii vlastního výzkumu problematiky užívání drog a vlivu na jejich uživatele. Tato část je rozdělena do několika kapitol. Nejprve jsou popsány hlavní a dílčí cíle výzkumu, které jsou poté transformovány

do tazatelských otázek. Následně je vysvětlen důvod volby příslušné výzkumné strategie a výzkumného vzorku. Poté je podrobně popsáno, jak probíhal samotný výzkum. Závěrem této části je reflexe etických rizik výzkum.

V poslední části diplomové práce jsou popisovány a interpretovány dosažené výsledky výzkumu. Tato část začíná představením respondentů, kde jsou vypsány potřebné informace a pozměněna jména. Dále jsou popsány a vyhodnoceny odpovědi respondentů na určené výzkumné otázky. Výsledky všech otázek jsou následně shrnuty. Závěrem této části práce je samotná implementace poznatků zjištěných při studování odborné literatury a diskuze.

1. Teoretická část

Tato část diplomové práce je rozdělena do několika kapitol a podkapitol. Na začátku teoretické části jsou vysvětlovány základní pojmy, které jsou důležité pro tuto práci, tzn. pojmy drogy, rozdělení drog, kde byly vybrány drogy, které jsou důležité pro výzkumnou část práce – konopné drogy, halucinogeny, stimulační drogy, opioidy a opiáty. Následně je popisována drogová závislost, její znaky a vznik. Dále se tato část bude zabývat fázemi drogové závislosti, jejími důsledky a prevencí. Předposlední kapitola se zabývá vývojem drogové situace v ČR v letech 2013–2018. Závěrečnou kapitolou teoretické práce je sociální práce s uživateli drog, ve které jsou popsány teorie a modely sociální práce a formy pomoci uživatelů drog.

1.1 Drogy

Droga je obvykle popisována jako chemická látka, která působí na vaše tělo a může změnit vaši náladu, vaše chování, co vidíte, co slyšíte, a jak co cítíte (Ganeri, 2001, s. 5–6). Existují dva významy slova droga, které jsou v češtině používány. Prvním z nich je droga jakožto léčivo. Tím se rozumí konzervování či usušení živočicha, rostliny či jejich částí. Druhý význam drogy je psychoaktivní látka, tedy taková látka, která ovlivňuje psychiku jedince. Tato látka je většinou ilegální či jinak omezovaná, škodlivá a návyková (Mahdalíčková, 2014, s. 9–10). Droga je jakákoli látka (s výjimkou vody), která, pokud je užita, mění fyzickou a psychickou funkci těla. Drogy mohou být legální – alkohol, kofein, tabák a nelegální – konopí, extáze, kokain a heroin (Drugaware, 1996).

1.2 Rozdělení drog

Tato kapitola se zaměřuje na popis jednotlivých drog. Existuje mnoho rozdělení dle různých kritérií. Tato práce je zaměřena na nealkoholové drogy. Podrobněji jsou rozepsány jen takové drogy, na kterých byli moji respondenti v minulosti závislí. Následuje charakteristika drog, které budou pro moji práci klíčové.

1.2.1 Konopné drogy

Konopné látky neboli cannabinoidy se řadí mezi halucinogeny. Konopí pochází z Himalájí a je značně rozšířené v Indii. Jedná se o jednoletou, dvoudomou rostlinu, která může dorůst velikosti až dvou metrů. Samčí rostliny obsahují nižší obsah psychotropních látek než samičí. Nejvíce psychotropních látek obsahuje pryskyřice samičích květů. Konopí má také formu technické plodiny, která ovšem neobsahuje žádnou psychotropní látku (Kalina, 2008, s. 351).

Konopí je z hlediska distribuce nejrozšířenější ilegální drogou. Aplikuje se nejčastěji kouřením, ale dá se aplikovat i perorálně. Stav po požití marihuany trvá přibližně 3 hodiny a nastupuje ihned po požití drogy. Po požití marihuany je člověk zklidněný, veselý a pociťuje euforické stavy (v některých případech naopak hyperaktivní, depresivní). Po vyprchání účinku je člověk často unavený, otupělý a zmatený (Kalina, 2008, s. 352).

Po užití marihuany mohou nastat nežádoucí účinky. Krátkodobými nežádoucími účinky při užívání marihuany jsou například: sucho v ústech, poruchy krátkodobé paměti, halucinace či zhoršení úsudku. Dlouhodobé nežádoucí účinky souvisí s denním užíváním a mohou způsobovat poruchy krátkodobé paměti, nesmyslné zabývání se detaily a pomalost či ospalost. Odvykací stav je u každého jedince odlišný a není tak závažný jako u ostatních drog. Fyzická závislost se při užívání konopných drog pravděpodobně nevyskytne a psychická jen zřídka.

Existuje několik zástupců konopných látek. Prvním z nich je marihuana, která obsahuje 1-15 % účinných látek a skládá se z listů, květů, větviček a palice. Kvalitnější marihuana obsahuje jen palice. Hašiš připomíná svým vzhledem čokoládu a obsahuje zhruba 40 % účinné látky. Hašiš je droga vyrobená z pryskyřice marihuany a užívá se výhradně kouřením. Hašišový olej se získává z marihuanových listů. Tento zástupce marihuany v České republice nebývá dostupný ve vysoké míře (Kalina, 2008, s. 353).

1.2.2. Halucinogeny

Halucinogeny po užití mění vnímání okolního světa a mohou způsobovat halucinace a vytvářet různé stavy fantazií. Jsou to jak přírodní, tak syntetické látky. Do

přírodních halucinogenních látek lze zařadit bufetenim, který je známý jako jed ropuch, durman, ibogain, meskalin, myriscin, který je obsažen v muškátovém ořechu, kyselina ibotenová, která je obsažena v muchomůrce červené a tygrované, a jako poslední psilocybin. Mezi syntetické látky patří LSD, PCP, a ketamin.

Halucinogeny se užívají po celém světě a jsou známé jako doplňkové či taneční drogy. Užívají se nejčastěji ústy vstřebáváním látky skrze sliznici dutiny ústní tedy sublingválně, kouřením, výjimečně injekčně či jiným způsobem. Droga začíná působit zhruba po deseti minutách a přestává působit po několika hodinách.

Účinky drogy jsou u každého člověka rozdílné. Závisí zde na tom, jakou látku dotyčný užil a jaký je jeho duševní stav. Lidé po užití halucinogenů mají zostřené vnímání, vizuální a sluchové iluze, synestézie či objevují barevné vzory při zavření očí. Při intoxikaci také dochází k iracionálnímu a zrychlenému myšlení. V neposlední řadě člověk po užití pocítuje stav euforie (Kalina, 2008, s. 354).

Po užití halucinogenů mohou nastat nežádoucí účinky. Mezi krátkodobé nežádoucí účinky patří nevolnost a zvracení, psychotické a depresivní stavy, stav derealizace a depersonalizace, bad trip, tedy špatný průběh intoxikace, flashback, tedy navození stavu intoxikace i bez užití drogy, tachykardie a bolesti hlavy. Mezi dlouhodobé nežádoucí účinky patří změna osobnosti, podivné chování, které se již podobá psychotickému stavu, či organické poškození. Po vysazení halucinogenů se zpravidla neobjevuje žádný odvykací stav (Kalina, 2008, s. 355).

V České republice patří mezi nejvýznamnější zástupce halucinogenních látek LSD. Droga začíná působit přibližně po 30 minutách a vrcholí po 3 hodinách. Obvykle odezní v rozmezí 6-12 hodin a vyskytuje se ve formě tripu neboli krystalku. Jako další je psilocybin, který je obsažen v lysohlávkách. Ty se konzumují nebo se z nich vytváří odvar. V některých lokalitách se vyskytuje i u nás. Historicky je tato droga spojována s rituály indiánů (Kalina, 2008, s. 356).

1.2.3 Stimulační drogy

Stimulační drogy po užití povzbuzují organismus jedince a zvyšují jeho výkonnost, jak duševní, tak tělesnou. Po užití vyšší dávky mohou nastat halucinace.

Nejčastěji užívanými látkami jsou budivé aminy. Mezi nejznámější ilegální zástupce patří metamfetamin, amfetamin a MDMA. Další užívanou látkou je kokain. Mezi legální psychomotorické stimulanty lze zařadit kávu a čaj (SANANIM a kol., 2007, s. 164).

Nejčastěji zneužívanou látkou v České republice je pervitin (metamfetamin). V ostatních zemích je to amfetamin. Užívání kokainu je v České republice málo významné a mohou si ho dovolit spíše movitější lidé. Metamfetamin a amfetamin se užívá převážně injekčně, a to nitrožilně a intranazálně. Mezi další způsob užití patří v menší míře inhalace po zahřátí či aplikace per os.

Stimulační drogy zrychlují myšlení, hovornost a člověk po nich není vůbec unavený. Lidé se poté cítí silní a plní energie. Po užití drogy mohou nastat nežádoucí účinky. Mezi krátkodobé nežádoucí účinky patří například zrychlené myšlení, zvýšené pocení, sucho v ústech, přetížení organismu s následnými nepříjemnými pocity po vyprchání účinku tzv. dojezd, nesmyslná koncentrace na nedůležitou činnost, stihomam či pohybové stereotypy spojené s užíváním drogy. Mezi dlouhodobé nežádoucí účinky patří bludy, halucinace, paranoia a výrazné hubnutí (Kalina, 2008, s. 357).

Po vysazení dochází často k vysoké únavě, neklidu a velké touze po droze. Odvykací stav ale není pro člověka nebezpečný. Riziko spojené s dlouhodobým užíváním je vznik toxické psychózy, která může jedince dovést na psychiatrii. Tato látka nezpůsobuje somatickou závislost, avšak způsobuje silnou psychickou závislost (Ganeri, 2001, s. 17).

Následně bude vyjmenováno několik zástupců. Pervitin byl objeven na přelomu 19. a 20. století. Vyrábí ve formě žluto-fialového prášku, který nijak nevoní a má hořkou chuť. Aplikuje se zpravidla intravenózně a intranazálně. U injekčního užití dochází k nástupu látky okamžitě a v případě intranazálního užití zhruba do 10 minut. Účinek užití drogy ustupuje v časovém rozmezí od 8 do 24 hodin. Droga je přítomna v moči až 21 dní (Kalina, 2008, s. 359).

Dalším zástupcem je kokain, který se tradičně aplikuje ve formě žvýkání kokových listů a vdechováním ve formě prachu. Kokain se distribuuje ve formě bílého prášku. Typicky se droga aplikuje intranazálně a intravenózně. Kokain existuje i v jiné formě. Jeho chemickou úpravou vzniká crack a do těla se dostává kouřením. Účinek

kokainu není dlouhodobý a útlum nastává již po půl hodině. Droga je v moči přítomna 12–24 hodin (SANANIM a kol., 2007, s. 167).

1.2.4 Opioidy a opiáty

Další skupinou jsou opioidy a opiáty. Opioidy jsou látky s tlumivým efektem, které vyvolávají stavy euforie. Způsobují také velmi silnou závislost. V lékařství se opioidy používají jako analgetika, která jsou často zneužívána. Mezi přírodní zástupce lze zařadit morfin a kodein. Mezi syntetické a polosyntetické zástupce patří například buprenorfin, heroin, metadon a braun (Kalina, 2008, s. 344).

Opioidy se dělí do několika skupin dle síly a efektivity vazby na receptory. První skupinou jsou opioidní agonisté. Do této skupiny patří morfin, heroin, kodein a metadon. Na receptory se vážou a ty je plně aktivují. Druhá skupina jsou opioidní antagonisté. Tyto látky blokují receptory, tedy vážou se na ně, ale neaktivují je. Často je tento lék využíván k léčbě při předávkování, jelikož zabraňuje účinku jiného opioidu. Do třetí skupiny patří částeční opioidní agonisté-antagonisté. Sem lze zařadit butorphanol či pentazocin. Na receptory se také vážou, ale aktivují je pouze částečně. Poslední skupinou jsou částeční opioidní antagonisté. Na receptory se vážou, ale mají slabou aktivitu (Minařík, 2003, s. 159).

Nejrozšířenější drogou po celém světě je heroin. V České republice býval rozšířený braun, který se vyrábí z kodeinu, populární byl hlavně před nástupem heroínu. Nejčastějším způsobem aplikace drogy je nitrožilní aplikace. Dále se také aplikuje kouřením, ústy, inhalací či rozpuštěním látky pod jazyk.

Po užití opioidů nastupuje pocit euforie spojený s příjemným zahřátím těla a zároveň se utlumuje celkový organismus člověka. Mezi krátkodobé účinky drogy patří zklidnění organismu či snížené dýchání. Dochází také k svědění. Zajímavé je, že i když člověk po užití drogy ztratí vědomí, má i tak tendenci škrábat se po celém těle. Častým vedlejším účinkem, zejména u prvouživatelů, je vyvolání zvracení. Při užití drogy se jedinci snižuje tělesná teplota a jeho zornice nereagují na světlo a jsou velmi zúžené.

Mezi dlouhodobé účinky patří samozřejmě vznik závislosti, jak psychické, tak fyzické. Pro fyzickou závislost je důležité dlouhodobé a každodenní užívání drogy. Při

vzniku fyzické závislosti se jedinec stává odolnějším vůči droze a navyšuje její užívané množství, aby dosáhl očekávaného stavu. Dalším nežádoucím účinkem je snížení prahu bolesti. U žen může tato droga způsobovat neplodnost (Kalina, 2008, s. 345–346).

Při odvykání dochází u opioidů k odvykacímu stavu v rozmezí od několika hodin po několik dní. Záleží na tom, jakou drogu a jak často ji jedinec užíval. Mezi obvyklé abstinenční příznaky patří pocení, tělesná bolest, slzení či neklid. Při těžším odvykání se dostavuje také zvýšená teplota, třes, nechutenství, dehydratace či nespavost, která může přetrvávat i měsíc po ukončení užívání drogy. Při odvykání u této skupiny drog může nastat i smrt (Kalina, 2008, s. 346).

Nyní bude popsáno několik zástupců. Prvním z nich je heroin. Heroin je syntetická droga s rychlým nástupem. Obvykle se tato droga užívá intravenózně. Další způsoby užití jsou kouření, šňupání či inhalace. Způsob užití drogy je závislý na formě látky. Existují dva druhy heroinu. Hnědý heroin je špatně rozpustný, proto je tedy nejčastěji užíván kouřením či inhalací. Naopak bílý heroin se rozpouští dobře, proto se užívá intravenózně či šňupáním. Zdravotní riziko je u této drogy veliké, jelikož závislost vzniká rychle (Minařík, 2003, s. 161).

Dalším příkladem je braun. Tato látka se vyrábí z kodeinu a je typickou českou látkou, která se vyrábí v domácky vytvořených laboratořích. Název látky je odvozen od jejího vzhledu, jelikož výsledný produkt má hnědou barvu. Obvykle se tato droga užívá intravenózně, ale má nižší riziko pro vznik závislosti. Po vzniku heroinu byla tato droga v česku vyměněna za heroin (Kalina, 2008, s. 348).

Mezi opioidy také patří metadon, který je vyráběn pro medicínské účely, jako substituční léčba pro závislé. Užívá se především ústy a má pomalý nástup, který umožňuje bezpečné dávkování při odvykací léčbě. Jako další látka, která se využívá při substituční léčbě je buprenorfin neboli subutex. Způsob jejího užití je sublingválně, tedy vstřebáním látky skrze sliznici dutiny ústní či intravenózně (Minařík, 2003, s. 162).

1.3 Drogová závislost

Člověk může být závislý například na alkoholu, opioidech, kanabinoidech, sedativech a hypnotikách, kokainu, stimulantech, halucinogenech, tabáku, organických rozpouštědlech či ostatních psychoaktivních látkách (Mahdaličková, 2014, s. 32).

Lidé mohou být také závislí na internetu, práci, sexu či nakupování. Častá je závislost na počítačových hrách, která je nejrizikovější pro děti a mladistvé. S tím jsou spojené prvky násilí, které děti vidají v počítačových hrách. Dalším problémem je zanedbávání školy či špatný vývoj pohybového systému (Nešpor, 2007, s. 31–40).

Drogová závislost by se dala nazvat onemocněním. I když si jejím užíváním dotyčný způsobuje problémy, má nutkavou touhu drogu stále užívat. Drogová závislost nejprve začíná experimentováním, které se ovšem časem změní na běžné užívání. Na počátku může člověk užívání drogy ještě kontrolovat, postupem času již ale kontrolu ztrácí, zvláště v případech, ve kterých ho k užívání drogy vedou další důvody. Takovými důvody mohou být například: stres, nuda, osobní problémy či nátlak vrstevníků. S užíváním drog je spojená sociální závislost, tedy fakt, že člověk, který užívá drogu, se stýká se stejnou skupinou lidí, kteří jsou také závislí, a tím je izolován od ostatních, potencionálně i od těch, kteří by mu chtěli pomoci (Hajný, 2001, s. 14).

Drogová závislost se také může chápat jako ústup ze složitosti života a touha po jeho zlehčení. Je to jakási síla, která zjednodušuje nejasnost sociálních povinností a rozhodování o budoucnosti, protože jediné, na co se dotyčný začne zaměřovat a co ho v jeho životě zajímá, je užívání drogy. Závislost lidem pak poskytuje účel – závislý poté přesně ví, co bude každý den dělat a co musí udělat pro to, aby drogu získal, a to strukturuje a určuje jeho život (Proudfoot, 2016, s. 2–6).

Závislost se všeobecně dělí na fyzickou a psychickou. Při fyzické neboli tělesné závislosti si závislý udržuje časové rozestupy mezi jednotlivými dávkami, aby se u něj nevyskytly abstinenci příznaky, tedy tzv. abst'ák. Odvykací stav trvá u tělesné závislosti pár dní a může ohrozit i život závislého. Pokud se dodržuje předepsaný medicínský postup, je odvykání náročné, ale zvládnutelné.

Psychická závislost bývá zlehčována, protože při odvykání stačí podle většiny veřejnosti či rodinných příslušníků mít pouze pevnou vůli a vyčkat, až po vysazení drogy

odezní abstinenci příznaky. Pravda ovšem je, že psychická závislost je mnohem hůře zvládnutelná nežli fyzická a je při ní mnohem větší riziko recidivy i po několika letech abstinence. Odvykání v takovém případě trvá i několik let a je důležité, aby dotyčný změnil své chování, myšlení, vztahy či jeho životní styl. Významné je, aby závislý změnil prostředí, ve kterém žije.

Drogy působí na vědomí člověka a ovlivňují jeho chování. Při opakovaném užívání drog vzniká závislost. Drogová závislost je fyzický a psychický stav, při kterém dotyčný musí opětovně užívat drogu pro její psychické účinky, aby mohl normálně existovat. Závislost se projevuje změnami v chování jedince například tím, že upřednostňuje užívání drogy před ostatním jednáním, kterého si dříve cenil. Dříve se drogová závislost nalézala pod termínem toxikomanie (Mahdalíčková, 2014, s. 31).

Aby se mohlo stanovit, že je člověk závislý, musí se v posledním roce vyskytnout minimálně 3 jevy z tohoto seznamu:

1. *Růst tolerance (zvyšování dávek nebo pokles účinku návykové látky při stejném dávkování).*
2. *Odvykací příznaky po vysazení látky*
3. *Přijímání látky ve větším množství nebo delší dobu, než měl člověk v úmyslu*
4. *Jeden či více pokusů omezit a ovládat přijímání látky*
5. *Trávení většiny svého času užíváním a obstaráváním látky nebo zotavováním se z jejích účinků*
6. *Zanechání nebo omezení sociálních, pracovních a rekreačních aktivit v důsledku užívání látky.*
7. *Pokračování v užívání látky navzdory dlouhodobým nebo opakujícím se sociálním, psychologickým a tělesným problémům, o nichž člověk ví, a jsou zhoršovány užíváním látky (Nešpor, 2007, s. 21–22).*

Existuje několik znaků závislosti. Prvním z nich je pocit nutnosti užívat látku nebo silná touha po ní, jinými slovy bažení (craving). Psychické bažení se projevuje například oslabením paměti. Dále se projevuje zhoršením postřehu tedy prodloužením reakčního času, zrychlením tepové frekvence systolického krevního tlaku a dalšími příznaky. Tyto změny se dají občas zaměnit za příznaky stresu. Bažení také zhoršuje funkce správného

rozhodování. Bažení zvyšuje riziko recidivy, avšak k tomuto jevu nemusí docházet vždy, protože v některých situacích může bažení vést k vyšší opatrnosti a k připravení se na zvládnání nebezpečných situací či k snaze se jim vyhnout (Nešpor, 2007, s. 11–12).

Druhým znakem závislosti je zhoršené sebeovládání. Bažení zhoršuje sebeovládání, ale jak bylo psáno u prvního znaku, i zde může vést silné bažení naopak k zachování sebeovládání. Avšak v případě neuvědomovaného silného bažení mohou nastat problémy, protože se tito lidé mohou přestat ovládat ve vztahu k návykové látce. Špatné sebeovládání se objevuje, když si pacient neuvědomuje sám sebe ani své emoce, je dlouhodobě vyčerpán a nadměrně unaven či začne užívat jinou návykovou látku, na které není závislý. Nejčastějším důvodem špatného sebeovládání je vysoce rizikové prostředí, ve kterém dotyčný pobývá. Toto prostředí vede k automatické recidivě návykového chování. Příkladem vysoce rizikového prostředí je takové místo, s kterým měl pacient spojené návykové chování. Dalším důvodem špatného sebeovládání je popírání bažení a jeho potlačování, díky čemuž dochází k nástupu úzkosti, která může bažení ještě zesílit (Nešpor, 2007, s. 13–14).

Třetím znakem závislosti je somatický (tělesný) odvykací stav, u kterého musí být splněna tyto kritéria:

- Po opakovaném či dlouhodobém užívání látky musí být tato látka vysazena či výrazně omezena.
- Při vysazení látky se objeví jasně dané odvykací příznaky dle diagnostického kritéria.
- Příznaky jsou způsobené vysazením užívané látky a nejsou vysvětlitelné jiným tělesným onemocněním.

Při závislosti na opioidech musí člověk vykazovat alespoň 3 příznaky z následujících: bolesti svalů nebo křeče, husí kůže a časté pocení, křeče v břiše, poruchy spánku, rozšíření zornic, silná touha po droze, slzení, vyšší krevní tlak i zrychlený tep, výtok z nosu, zívání, zvracení či nevolnost. U závislosti na kanabisu nejsou zcela definována kritéria, ale abstinenční příznaky se mohou projevit pocením, podrážděností, svalovou slabostí či třesem rukou. U kokainu a jiných stimulantů člověk musí vykazovat alespoň 2 příznaky z následujících: insomnie či naopak nadměrná

spavost, nadměrná chuť k jídlu, neklid, silná touha po užívané látce, šílené či nepříjemné sny, únava nebo ztráta chuti do života (Nešpor, 2007, s. 16).

Čtvrtý znak závislosti je růst tolerance. Tolerancí se v tomto kontextu rozumí stav, při kterém dotyčnému již nestačí k dosažení očekávaného účinku obvyklé množství užívané látky a je nucen ji navyšovat. K nárůstu tolerance může docházet díky rychlejšímu odbourávání látky či nižší reaktivitě centrálního nervového systému na užívanou látku (Nešpor, 2007, s. 18).

Předposledním znakem závislosti je zanedbávání jiných potěšení či zájmů. Tento znak je propojen s bažením, nižším sebeovládáním ve vztahu k droze a následným problémem s odvykáním. Závislý člověk stráví několik hodin týdně sháněním drogy, proto je nutné tento čas při odvykání vhodně zaplnit jakoukoli aktivitou, aby se předešlo recidivě. Posledním znakem závislosti je, že i přes jasný důkaz škodlivých následků člověk pokračuje v užívání drogy. Pacient musí být nejprve poučen o škodlivých následcích užívání drog, aby byl tento znak validní (Nešpor, 2007, s. 20–21).

1.4 Vznik závislosti

Jedním z hlavních důvodů, kvůli kterému začnou lidé užívat drogy, jsou špatné rodinné vazby. Pokud rodina nefunguje tak, jak má, neposkytuje dítěti či mladistvým pocit bezpečí, oporu a neuspokojuje jejich potřeby sounáležitosti, vytváří tím podmínky pro vznik závislosti. Jedinec poté uspokojuje své potřeby prostřednictvím drog, protože mu to situace jinak neumožňuje. Dalším důvodem, proč lidé začnou užívat drogy, je, aby si ulevili od fyzické či duševní bolesti. Díky tomu člověk nalézá klid a může utéct od tíživé reality či zažívat pocity radosti (Mahdalíčková, 2014, s. 29).

Klasifikace závislostí dle Cancriniho (1985), která je zaměřena na rodinné prostředí, se dělí na traumatickou, neurotickou, přechodnou a sociopatickou. Traumatická závislost vzniká reakcí na nějaké prožité trauma v rodině. Například násilí, onemocnění, odchod jednoho z rodičů, úmrtí apod. Dalším typem je neurotická závislost, která vzniká díky špatným vztahům v rodině – partnerské obtíže, špatná komunikace v rodině, upřednostňování jednoho potomka nad druhým apod. Třetí typ je přechodná závislost, která způsobuje u dotyčného vztahovou nestálost, psychiatrické problémy apod. Poslední je sociopatická závislost, která vzniká v rodině, kde docházelo k fyzickému násilí,

kriminalitě, lhostejnosti. Vzniknout může i v případě, kdy dotyčný vyrůstal v instituci. Lidé trpící touto závislostí mají poté sklony k nepřipouštění si vlastní viny či odpovědnosti (Hajný, 2003, s. 142–144).

Dalšími důvody, kvůli kterým lidé začnou užívat drogy, jsou konflikty v rodině. Rodina často přehlíží problémy spojené s užíváním drog. Ne že by tyto problémy nebyli rodinní příslušníci schopni vidět, ale snaží se jim vyhýbat. Přitom jsou opomenuty důsledky, které má problémové užívání drog pro ostatní členy rodiny. Členové rodiny jsou vtaženi do rozvíjející se tragédie spojené s užíváním drog některého z jejich členů, která se promítne do jejich života s nejistou představou, jak vše dopadne. Užívající jedinci si neuvědomují, jaké může mít užívání drog dopad na jejich rodinu. V tu chvíli je zajímavá pouze droga samotná (Barnard, 2007, s. 11).

Mnohdy může být důvodem i krize s partnerem, problémy v zaměstnání či ve škole, rozvod rodičů, či úmrtí v rodině. Lidé poté vyhledávají způsob, jak co nejrychleji zapomenout a oprostít se od nastalých problémů. Děti a mladiství jsou také ovlivňováni společenskými skupinami, do kterých patří. Pokud se v takové skupině užívají drogy, musí její člen užívat drogy také, jinak by mohl být ze skupiny vyčleněn (Mahdalíčková, 2014, s. 30).

Závislost může být také zapříčiněna nějakým traumatickým zážitkem, který byl vyvolán v dětství či v pozdějším věku. Traumatizace v dětství mohou mít různé příčiny, např. ztráta blízké osoby, operace, nepříjemná hospitalizace nebo tělesné či sexuální zneužití. V pozdějším věku může být traumatickým zážitkem např. tělesné či sexuální násilí, těžká nehoda, pokus o sebevraždu (Kudrle, 2003, s. 130).

Závislost na drogách vzniká díky mnoha skutečnostem. Závisí zejména na věku jedince, protože čím je člověk mladší, tím je náchylnější ke vzniku závislosti. U vzniku závislosti je také důležité, v jakém psychickém rozpoložení se člověk momentálně nachází, jaká je jeho osobnost, fyzický stav a jakou drogu poprvé užil (Mahdalíčková, 2014, s. 31).

1.5 Fáze drogové závislosti

Existuje 5 fází drogové závislosti. První je fáze experimentální. Při této fázi člověk ještě není plně závislý a braní drog je nepravdělné. Drogu užívá kdykoli, kdo potřebuje uniknout z reality nebo se cítit lépe. V této fázi mnoho lidí s drogami končí, ať už z důvodu zmoudření či odrazení od užívání díky uživatelům, kteří jsou již v jiných fázích.

Druhá je fáze sociálního užívání. Užívání drog je již pravidelnější a droga je zpravidla užívána při konkrétních opakujících se událostech (např. o víkendu, na diskotéce, koncertu apod.). U uživatele se začíná projevovat touha po droze a stává se součástí jeho života. Fáze sociálního užívání plynule přechází do další fáze.

Následuje fáze příležitostného braní. Tato fáze je charakteristická zhoršením vztahů v rodině a sníženou výkonností v práci či škole. V této chvíli jedinci občasně vyhledávají pomoc, pro zjištění jak fungovat společně s drogou a okolím (Mahdalíčková, 2014, s. 34).

Čtvrtá fáze je fáze každodenního užívání, kdy jedinec již přestává mít kontrolu nad užívanou drogou. Dochází k změně priorit a do popředí se dostává droga a s tím spojená starost o to si ji zajistit. Uživatel v této fázi již touží po odborné pomoci (v případě, kdy si je schopen závislost to připustit), která by mu pomohla s odvykáním, jelikož se již sám závislosti zbavit nedokáže.

Poslední fáze drogové závislosti je fáze užívání k dosažení normálu. Závislý již nepocítuje stejné stavy při užití drogy jako na počátku užívání. Jeho pohled na svět není reálný a jedinou touhou pro něj je navození blaženého stavu způsobeného drogou. V této fázi dochází často k deviantnímu chování. Vztahy narkomana jsou zcela zničeny a jediní blízcí jsou lidé se stejným problémem, jako má on sám. Uživatel nutně potřebuje odbornou pomoc a zahájit proces dlouhé a náročné léčby (Mahdalíčková, 2014, s. 35).

1.6 Důsledky závislosti

Důsledky závislosti lze rozdělit na fyzické, právní, sociální, psychické, sexuální a finanční. Fyzické důsledky vznikají, pokud je droga užívána dlouhodobě. Do fyzických důsledků lze zahrnout permanentní zvýšení krevního tlaku, potíže s přijímáním a vylučováním potravin, s čímž také souvisí hubnutí. Dalším fyzickým důsledkem může

být fakt, že lidé po vysazení drog dlouhodobě trpí poruchami spánku, mají problémy s játry či ledvinami nebo trpí také poruchami srdce. S fyzickým důsledkem může být spojené i tělesné poranění v důsledku s užíváním drog.

Právní důsledky vznikají v souvislosti s užíváním drog velmi často. Lidé, kteří drogy užívají, často nemají peníze na jejich koupi a páchají proto trestné činy, aby si obstarali peníze, jako jsou například krádeže, prostituce apod. Dalším právním důsledkem mohou být problémy se zákonem v souvislosti s držním a prodáváním drog či řízení pod vlivem omamné látky.

Do sociálních důsledků lze zařadit problémy v mezilidských vztazích, problémy v rodině, škole či zaměstnání. U jedinců, kteří užívají drogy, obvykle dochází k odcizení od svých přátel či partnerů. Zhoršuje se studijní či pracovní výkonnost a v některých případech dochází až k úplnému odtržení od rodiny a známých či ke ztrátě zaměstnání.

Další důsledek, který užívání drog zanechává, je psychický. Jedinec zažívá při užívání drog změny duševního stavu. Dotyčný poté pociťuje stavy úzkosti či deprese. Dalšími důsledky může být nepřiměřené chování, výbuchy vzteku, nespavost či nechutenství. Často také jedinec působí zmateně a objevují se u něj sebevražedné myšlenky (Rotgers, 1999, s. 44).

Vlivem drog mohou vznikat i sexuální důsledky. Užívání drog může způsobovat sexuální disfunkce jak u mužů, tak u žen. K těmto důsledkům patří také sexuální viktimizace a zneužívání. Posledním typem jsou důsledky finanční, které se v souvislosti s drogami objevují také často. Jedná se o problémy spojené všeobecně s drogami, ať už koupí drog samotné, zaplacením kauce za zadržení kvůli drogám či zaplacením právníka (Rotgers, 1999, s. 45).

1.7 Prevence závislosti

Prevence závislosti lze dělit na primární, sekundární a terciální. Primární prevence má za úkol zamezit závislosti ještě předtím, než vznikne či zmírnit dopad drog na vliv člověka a bránit jejich rozšiřování. Hlavním cílem primární prevence je, aby se populace chovala zdravěji, tedy aby se experimentování s návykovými látkami předešlo úplně. Zásadou primární prevence je, aby se s prevencí začalo brzy a byla poskytována

dlouhodobě a soustavně již ve školním prostředí. Primární prevence lze rozdělit do dvou skupin. První z nich je specifická primární prevence, do které spadají různé služby a činnosti u těch lidí, kteří mají predispozice k tomu, že by u nich mohla abstinence způsobit negativní vývoj. Druhým typem je nspecifická primární prevence, do které spadají činnosti, díky kterým dochází k příznivému rozvoji osobnosti a dalších specifických dovedností (Maradová, 2011, s. 22–23).

Při sekundární prevenci je závislost již přítomna, ale nezpůsobuje poškození jedince. Důležité v této fázi je včasná léčba a poradenství. Při sekundární prevenci se nesoustředujeme pouze na klienta ale i na jeho rodinu. Do sekundární prevence spadá redukce právního poradenství a resocializace. Při léčbě dochází k vyčlenění klienta z nepříznivého prostředí, ve kterém drogu nacházel, a následnému začlenění klienta zpět do sociálního života. Dále také dochází k detoxikaci a k odbourávání závislostí na droze. Klient si při léčbě uvědomí, co díky užívání drog prožíval a přijme za své činy odpovědnost (Kalina, 2008, s. 20–23).

Terciální prevence slouží k zamezení vzniku dalších škod, jako je například sociální vyloučení či trvalé poškození organismu. Při terciální prevenci se využívají přístupy jako je podpora v abstinenci, doléčování či sociální rehabilitace (Maradová, 2011, s. 25).

Podle autorů Burkhart G., Sloboda Z., Lee J. se přístupy k drogové prevenci se velmi liší od těch, které se zaměřují na společnost jako celek (prevence životního prostředí), až po zásahy zaměřené na ohrožené jedince (indikovaná prevence). Hlavními výzvami je sladění těchto různých strategií s cílovými skupinami a kontexty a zajištění toho, aby byly založeny na důkazech a měly dostatečné pokrytí obyvatelstvem. Většina strategií prevence se zaměřuje obecně na užívání návykových látek, některé také zvažují související problémy, jako je násilí a sexuální rizikové chování; omezený počet se zaměřuje na specifické látky, např. alkohol, tabák nebo konopí.

Cílem strategií prevence životního prostředí je změnit kulturní, sociální, fyzické a ekonomické prostředí, ve kterém se lidé rozhodují o užívání drog. Zahrnují opatření, jako je stanovení cen alkoholu a zákaz reklamy na tabák a kouření, u nichž existuje dobrý důkaz o účinnosti. Další strategie mají za cíl poskytnout ochranné školní prostředí, např.

podporou pozitivního a podpůrného studijního klimatu a výuky občanských norem a hodnot.

Univerzální prevence se týká celé populace, obvykle ve školním a komunitním prostředí, s cílem poskytnout mladým lidem sociální kompetence, aby se vyhnuli nebo oddálili zahájení užívání návykových látek.

Selektivní prevence zasahuje se specifickými skupinami, rodinami nebo komunitami, u nichž je větší pravděpodobnost, že se u nich vyvine užívání drog nebo závislost, protože mají méně sociálních vazeb a zdrojů. Přístupy včasné intervence mohou mít různé cíle, ale obecně se zaměřují na zpoždění nebo prevenci vzniku problémů (včetně užívání látek) spíše než na reakci na již projevené problémy.

Indikovaná prevence identifikuje jednotlivce s behaviorálními nebo psychologickými problémy, které předpovídají vyšší riziko problémů s užíváním návykových látek později v životě, a zasahuje s těmito jedinci. Ve většině evropských zemí indikovaná prevence nadále zahrnuje především poradenství pro mladé uživatele drog (Burkhart, Sloboda, Lee, 2019).

1.8 Vývoj drogové situace v letech 2013–2018

V této kapitole budou popsány uskutečněné vybrané výzkumy, které byly realizovány prostřednictvím Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogově závislé. Tyto výzkumy proběhly v rozmezí let 2013–2018.

Tabulka č. 1: Vývoj drogové situace v roce 2013–2018 (prevalence v posledních 12 měsících příslušného roku)

Rok	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<i>Typ drogy</i>	Celkem (n=868)	Celkem (n=870)	Celkem (n=851)	Celkem (n=2875)	Celkem (n=1261)	Celkem (n=1392)
<i>Konopné látky</i>	8,9 %	11,4 %	9,4 %	9,5 %	8,9 %	10,2 %
<i>Extáze</i>	1,1 %	1,6 %	1,3 %	1,6 %	0,8 %	1,8 %
<i>Pervitin</i>	0,2 %	0,8 %	0,8 %	0,8 %	0,3 %	0,3 %
<i>Kokain</i>	0,1 %	0,2 %	0,1 %	0,3 %	0,1 %	0,9 %
<i>LSD</i>	0,2 %	0,1 %	0,1 %	0,7 %	0,0 %	0,7 %

<i>Halucinogenní houby</i>	0,1 %	0,8 %	1,1 %	1,5 %	0,3 %	0,7 %
<i>Heroin</i>	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,2 %	0,0 %	0,1 %

Zdroj: Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v letech 2013–2018

V prosinci roku 2013 byl proveden výzkum, do kterého se zapojilo 1 005 osob, které byli starší 15 let. Ve věku 15–64 let se výzkumu zúčastnilo 868 osob. V tomto roce byly nejčastěji užívány konopné drogy. Avšak oproti roku 2012 došlo ke snížení užívání těchto látek a také se snížil pokles zkušeností s halucinogenními houbami (Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v r. 2013, s. 33–44).

V prosinci roku 2014 byl proveden výzkum, do kterého se zapojilo 1 020 respondentů, kteří byli starší 15 let. Respondentů ve věku 15–64 let se zúčastnilo 870. Ve srovnání s předchozím rokem se zvýšilo užívání konopných drog, halucinogenních hub a pervitinu. (Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v r. 2014, s. 43–46).

V prosinci roku 2015 byl proveden výzkum, do kterého se zapojilo celkem 1 050 respondentů, kteří byli starší 15 let. Ve věku 15–64 let se výzkumu zúčastnilo 851 respondentů. V tomto roce došlo opět k poklesu užívání konopných látek ve většině věkových skupin s výjimkou věkové skupiny 15–19 let – zde byl spatřen nárůst užívání těchto látek. Ve srovnání s rokem 2014 byl ostatní drogy uvedené v tabulce na stabilní úrovni (Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v r. 2015, s. 43–48).

V prosinci roku 2016, byl proveden výzkum, kterého se zúčastnilo 3 601 respondentů, kteří byli starší 15 let a z toho bylo 2 875 ve věkovém rozmezí 15–64 let. Tento rok je v porovnání s předchozím na stabilní úrovni. Došlo k lehkému nárůstu v užívání LSD zejména ve věkové skupině 15–24 let. (Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v r. 2016, s. 45–53).

V prosinci roku 2017 byl proveden výzkum, kterého se zúčastnilo 1 507 respondentů starších 15 let a z toho bylo 1 261 respondentů ve věku 15–64 let. V tomto roce došlo k celkovému lehkému poklesu užívání konopných drog, extáze, kokainu, heroinu, LSD, pervitinu a halucinogenních hub. (Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v r. 2017, s. 47–50).

V prosinci roku 2018 byl opět proveden výzkum, kterého se zúčastnilo 1 804 respondentů starších 15 let, z toho bylo 1 392 respondentů ve věku 15–64 let. V tomto roce došlo opět k mírnému nárůstu užívání některých látek, avšak i tak je jejich užití nízké. Nejvíce užívanou látkou jsou konopné drogy ve věkové skupině 15–34 let. (Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v r. 2018, s. 39–45).

Ve všech zmiňovaných letech převládalo užívání konopných drog. Avšak míra užívání v těchto letech je v obecné populaci velmi nízká. Nejspíše je to zapříčiněné vlivem usilovné práce sociálních pracovníků (oblast následné péče, prevence relapsu) a sociálních pedagogů (prevence na školách).

Drogová situace na území Novobydžovska se vyvíjela následovně. Policie ČR uvádí, že nárůst drogové kriminality začal až v roce 2013 – avšak mohlo to být zapříčiněno tím, že před tímto rokem ještě neměla Policie ČR konkrétně na tomto území k dispozici testy na přítomnost omamných látek ze slin či potu. V roce 2013 docházelo k častějšímu odhalování trestné činnosti spojené s pěstováním konopných rostlin. Nejvíce případů s pozitivním testem na přítomnost omamných a psychotropních látek, bylo u uživatelů konopných drog, až v pozdějších letech se začal objevovat pervitin. Kokain v této lokalitě není ani v dnešní době obvyklý. (Trutnovský, 2020)

1.9 Sociální práce s uživateli drog

Tato kapitola se věnuje sociální práci s uživateli drog. Jsou v ní popsány různé teorie a modely závislostí, které jsou důležité pro práci s uživateli drog. Jako další jsou v této kapitole rozebírány formy pomoci pro drogově závislé jedince. Práci s uživateli drog se v dnešní době věnují kvalifikovaní profesionálové v různých profesích. Příkladem jsou psychologové, psychiatři, sociální pracovníci a speciální pedagogové. Drogovou problematikou se dále zabývá státní a veřejná správa, nestátní i statní instituce, jako je probační a mediační služba, protidrogový koordinátoři, sociální kurátoři, policie, soudy, vězeňská služba atd. Cílovou skupinou jsou klienti, kteří užívají jakýmkoli způsobem drogy (Mülerová, Matoušek, Vondrášková, 2010, s. 211–212).

1.9.1 Teorie a modely závislosti

V této kapitole bude popsáno několik modelů a teorií, které jsou důležité pro práci s uživateli drog:

1. Bio – psycho – sociálně spirituální model
2. Humanistická a existenciální teorie
3. Úkolově orientovaný přístup
4. Kognitivně behaviorální teorie

1. Bio – psycho – sociálně spirituální model

Základní prioritou tohoto modelu je fakt, že se s tématem závislosti setkáváme již od narození, jelikož již v té době jsme závislí na matce. Prozatím nebyly jednoznačně zjištěny predispozice pro to, aby se člověk stal závislým. V tomto modelu jsou popsány čtyři úrovně závislosti – biologická, psychologická, sociální a spirituální.

Do biologických faktorů lze zařadit například to, zdali byla matka v těhotenství toxikomanka a zda tedy měly drogy vliv na vývoj plodu či zda matka užila látky s utlumujícím účinkem při porodu. Ostatní biologické faktory vznikají v průběhu života jedince a jedná se zejména o vývoj v poporodním období, nemoci a traumatické zážitky. Za rozvoj závislosti ovšem biologické faktory nemůžou. Na vině jsou sociokulturní faktory a fakt, že drogy jsou v dnešní společnosti lépe dostupné.

Do psychologické úrovně lze zařadit již psychické zážitky spojené s biologickým poškozením, které vzniklo již v období nitroděložního vývoje či při porodu. Dalším faktorem je stres, který je vyvolán při těhotenství matky, a který se následně přenáší na plod. Pokud matka užívá v těhotenství látky, které mají utlumující účinky na stres, může se tato zkušenost promítnout do života jedince. V takovém případě se poté člověk může stát rychleji závislým na obdobných látkách. Ke vzniku závislosti vedou další psychologické faktory, které souvisí s vývojem dítěte a s jeho uspokojováním potřeb. Důležitá je také podpora a pomoc jedinci v dospívání v případech jakéhokoli duševního či psychotického onemocnění.

Sociální úroveň se zaměřuje na působení vlivů okolí na jedince. Důležité je, v jakém prostředí jedinec pobývá, jaká je jeho rasová příslušnost, sociální úroveň

a společenský status rodiny a jak ho tyto faktory ovlivňují. Dalším faktorem jsou vztahy v rodině či její celistvost. Pokud není rodina úplná nebo chybí úplně, vyhledávají mladí lidé vzory mimo rodinu, aby uspokojili své potřeby. Velmi rizikové je, pokud jedinec vyrůstá v blízkosti závislých osob, kde je jejich užívání bráno jako normální. Velkou roli na vývoj jedince má také působení kolektivu vrstevníků.

Poslední úroveň je spirituální. Tato úroveň zahrnuje vztah k nejvyšší autoritě, idejím či řádu. Riziko nastává v případě, že člověk ztratí smysl života či duchovní hodnoty a začne je nacházet v drogách (Kudrle, 2008, s. 91–94).

Na základě čtyř úrovní predispozic k závislosti pak volíme způsob práce. Bio-psycho-sociálně-spirituální model hledá příčinu vzniku, na kterou pak působí. Na základě zjištěné příčiny tedy můžeme volit konkrétní techniku působení, které například rozpracovala Anna Freud. V konkrétní podobě to tedy může vypadat tak, že pokud zjistíme, že predispozice ke vzniku závislosti byla z druhu spirituálního, můžeme reagovat tak, že pomůžeme klientovi hledat nový smysl života jedince, volíme tedy techniku nahrazování.

2. Humanistická a existenciální teorie

Sociální pracovník v takto orientované sociální práci pomáhá lidem:

1. *v reflexi sebe samých;*
2. *v odhalování významů, které pro ně prožívaná (problematická) situace může mít;*
3. *v pochopení, jak tato jejich interpretace světa a zkušeností na ně zpětně působí.*
(Navrátil, 2007, s. 202).

Humanistické a existenciální modely mají stejné společné znaky. Jedním z nich je ten, že si cení názorů jedinců a jsou pro ně jedinečné. Dalším znakem je, že klient má zdravý potenciál a možnost změny tehdy, když jeho postoje nejsou vnímány jako problém. Mnoho pojmů a specifických technik, které vznikly díky humanistickému a existenciálnímu modelu, se stalo součástí slovníku pomáhajících profesí.

Přístup orientovaný na klienta – C. R. Rogers velmi ovlivňoval sociální práci a je nejvýznamnějším humanistickým autorem. Vliv měl v odvětví poradenské (terapeutické) činnosti. Za zlom v jeho tvorbě lze považovat fakt, že zjistil podmínky pro úspěšnou práci s klientem. Důležité je, jak vnímá klient vztah se sociálním pracovníkem. Jejich vztah by měl být založen na kongruenci, opravdovosti, empatii a pozitivní zpětné vazbě. Sociální pracovník nesmí klienta hodnotit, ale brát ho takového jaký je. Sociální pracovník by měl klientovi aktivně naslouchat a vytvořit s ním autentické přátelství. Pomáhající pojetí vztahu dle Rogerse je jedním z nejvýznamnějších poznatků, které se uplatňují v sociální práci (Navrátil, 2007, s. 202–203).

3. Úkolově orientovaný přístup

Úkolově orientovaný přístup klade důraz jak na individuální potřeby klienta a na jeho chápání vlastní životní situace, tak také na strukturální souvislosti problému a na požadavky společenského prostředí, ve kterém klient žije. (Navrátil, 2003, s. 73).

Tento přístup je postaven na situaci, kdy sociální pracovník pomáhá klientovi při rozhodování, jaký úkoly chce splnit, avšak vůdčí autoritou je v tomto případě klient a nikoliv sociální pracovník. Klient má aktivní roli a plně se podílí na spolupráci se sociálním pracovníkem. Dále tento přístup je charakteristický tím, že staví spíše na silných stránkách klienta než na jeho nedostacích. Úkolově orientovaný přístup se využívá při řešení většiny problémů, se kterými se sociální pracovníci setkávají např. při neuspokojení v sociálních vztazích, interpersonálních problémech či potížích s chováním.

K dosažení klientových cílů se dosáhne pomocí pěti kroků. Prvním z nich je příprava, která spočívá v ověření legitimacy intervence sociálního pracovníka. Ta je vyjádřena prostřednictvím soudu či přímou žádostí od klienta. Druhý krok je explorační problém, ve kterém probíhá vyjasňování, definování a řazení zájmů klienta dle toho, jak jsou významné. Ve třetím kroku dochází k dohodě klientových cílů. Předposlední krok spočívá již ve formulaci úkolů a jejich následného plnění. Posledním krokem je terminace neboli tzv. ukončování, při kterém zjistíme, zdali byla pomoc úspěšná (Navrátil, 2001, s. 107–108).

4. Kognitivně – behaviorální teorie

Tyto dvě teorie vycházejí z filozofické logiky. Kognitivní teorie vychází z racionalismu, a tedy z tvrzení, že pro poznávání je podstatný rozum a jeho schopnosti. Behaviorální teorie vychází z empiricismu, a tedy z tvrzení, že poznání může probíhat pouze pomocí lidských smyslů (zrak, sluch, čich, chuť, hmat). Kognitivně behaviorální teorie se specifikují na projevy chování, které jsou měřitelné a objektivní. Tato teorie se zaměřuje na problémy, které jsou specifické. Kognitivně behaviorální teorie má 3 formy. První z nich je kognitivní restrukturační, která předpokládá, že vzniklá psychická porucha závisí na nepřizpůsobivých vzorech myšlení. Proto je jejím cílem tyto myšlenkové vzory adaptovat. Další formou kognitivně behaviorální teorie je rozvoj kognitivní připravenosti řešit problémy. Tato forma si klade za cíl v klientovi probudit kognitivní dovednost, aby mohl lépe řešit nastalé krizové situace. Poslední formou je řešení problémů, při kterém jsou klienti vedeni tak, aby uměli svůj problém jasně vydefinovat, adekvátně ho vyřešit a plánovat a vyhodnocovat vývoj situace (Navrátil, 2001, s. 99–106).

Komplexní teorie o lidském chování vznikne sjednocením kognitivní teorie a behaviorální teorie, která se zaměřuje na empirické prokázání poznatků. Při práci s klientem se poté orientujeme na to, co je empirické, viditelné a dobře popsatelné. Tedy na to, jak se klient projevuje, jaké jsou jeho kognitivní procesy, fyziologické projevy, emocionální reakce či motorické projevy a důsledky. Kognitivně behaviorální teorie se uplatňuje v oblasti psychoterapeutické péče, avšak je inspirací i pro praxi sociálních pracovníků (Kappl, 2013, s. 17–19).

1.9.2 Formy pomoci uživatelům drog

Forem pomoci existuje několik. Pro každého člověka je však nutné vyhledat správnou metodu. Dalším předpokladem, aby se člověk vyléčil ze závislosti, je správné načasování a doba trvání léčby. Aby mohla být léčba účinná, musí být zcela dobrovolná, protože pokud je na závislého vyvíjen tlak, aby se šel léčit, a on o tom není sám přesvědčen, nebude to mít žádné výsledky. Předpoklad úspěšné léčby je také neustálá kontrola přítomnosti drogy u dotyčného. Ač se tato metoda zdá jako projev nedůvěry, je nutné ji dodržovat. Léčba závislosti může být dlouhodobým procesem. Je možné, že

dotyčný bude mít několik lapsů či relapsů, proto je dobré, aby byla léčba stabilní a klient docházel do léčení co nejdéle (Hajný, 2001, s. 105–106).

Streetwork – terénní programy

Terénní práce neboli streetwork je forma pomoci, která nevzniká na popud klienta, ale probíhá nezávazně přímo na ulici, především v konfliktních lokalitách. Terénní práce zahrnuje většinou práci s lidmi mladšího věku, kteří jsou závislí na drogách. Klienti bývají oslovováni přímo na ulici v jejich přirozeném prostředí na místech, kde se tito lidé vyskytují nejčastěji. Streetwork neoznačuje jen přímou práci na ulici, ale označuje neinstitucionalizované prostředí (kryté či otevřené). Mezi tato místa patří například: parky, nádraží, hřiště, garáže, kluby, bary, diskotéky, restaurace, squaty, opuštěné domy atd. Na počátku 90. let 20. století vznikl nový typ sociálního pracovníka, a to sociální asistent, který měl za úkol pracovat s klienty v jejich prostředí. Díky tomu se sociální práce přesunula z kanceláří do ulic blíže ke klientům (Bednářová, 2003, s. 169–172).

Cílovou skupinou terénní práce jsou osoby, které žijí rizikovým způsobem života. Terénní práce se orientuje na určité skupiny lidí, například na děti a mladistvé, bezdomovce, prostitutky a homoprotituty, mladistvé skupiny, hooligans a drogově závislé. Člověk je v těchto skupinách dobrovolně, avšak může ho k tomu vést tlak vrstevníků či sociálního prostředí (Bednářová, 2003, s. 173).

Činnosti terénní práce se dají rozdělit do 3 forem. První z nich je přímá práce, která je založena na přímém kontaktu s klientem. Do přímé práce patří monitoring (neboli mapování terénu), kontaktování, depistáž, individuální a skupinová práce. Do individuální a skupinové práce lze zařadit sociální a krizovou intervenci, socioterapie, sociální poradenství a harm reduction neboli snižování zdravotních a sociálních rizik. Další činností je nepřímá práce, která spočívá v komunikaci s ostatními institucemi a v rozšiřování informací o terénní práci na veřejnosti. Poslední formou je práce přesahující, která v sobě obsahuje prvky jak přímé, tak nepřímé práce. Do přesahující práce lze zařadit supervizi, intervizní sezení či metodické vedení. Nejrizikovější fází v činnosti terénního pracovníka je navazování prvního kontaktu. Tato fáze lze rozdělit do 3 typů: aktivní, pasivní a kontakt skrze třetí osobu. Při aktivním navazování prvního kontaktu terénní pracovník oslovuje klienta sám od sebe. Při pasivním navazování kontaktu nejprve terénní pracovník tráví čas s určitou cílovou skupinou, získává jejich

důvěru a vyčkává na to, až ho někdo osloví. Pro kontakt skrze třetí osobu je nutné mít vytvořené vazby v daném prostředí (Bednářová, 2003, s. 174–176).

Kontaktní centra

Kontaktní centrum je forma nízkoprahového centra a orientuje se zpravidla na prvotní kontakt klienta a poskytnutí anonymní pomoci lidem, kteří jsou závislí na drogách. Cílem kontaktního centra je minimalizovat rizika, která vznikají v důsledku toho, jaký žijí život. Kontaktní centra se zaměřují na práci s drogově závislými pomocí monitoringu drogové scény, kontaktních prací, sociálního poradenství, krizových intervencí, harm reduction, poskytování odborného vyšetření či výměnného programu (sterilní injekční materiál za použitý), krizových linek atd. (Bednářová, 2003, s. 177).

Nyní bude popsáno několik specifíků sociální práce s drogově závislými v kontaktních centrech, jako je Harm Reduction, sociální poradenství a krizová intervence.

a) **Model Harm Reduction** se snaží eliminovat rizika spojená s užíváním drog. Tento model se zaměřuje na stabilizaci života klienta, upřednostňuje jeho potřeby a umožňuje volbu toho, kde a jak bude klient léčen. Dále tento model upřednostňuje spíše osobní zodpovědnost a zdraví (Hrdina, 2003, s. 263).

Model Harm Reduction se zaměřuje na individuální potřeby klienta a jeho perspektivu. Cílem není nutně dosáhnout abstinence klienta, ale zmírnit rizika spojená s užíváním drog a udržet klienta při životě ve stabilním zdravotním stavu. Harm Reduction akceptuje fakt, že klient je v dané době stále závislý a momentálně nemůže či nechce drogy přestat užívat, například z důvodu malé motivace, která by ho vedla k tomu, aby se začal léčit. Harm Reduction se snaží minimalizovat několik rizik. Prvním z nich jsou různé infekce typu Hepatitida či AIDS, které může člověk chytit sdílením injekčního materiálu či nechráněným pohlavním stykem. Druhým častým rizikem, které se minimalizuje, jsou veškeré ostatní tělesné komplikace jako například časté záněty spojené se vznikem abscesu či poškození vnitřních orgánů, které zapříčinilo dlouhodobé intravenózní užívání drog. Dalším rizikem je předávkování, které bývá často smrtelné. Posledním zmiňovaným rizikem je ztráta lidské důstojnosti a sociální selhání.

Model Harm Reduction zahrnuje i poradenství a vzdělávání v oblasti užívání drog. Klientům se radí a vysvětluje, jak správně mají drogu užívat, jak mají nakládat s použitým injekčním materiálem a jak jej správně dezinfikovat. Tyto informace musí být však sdělovány pouze té cílové skupině, které jsou určeny. Takováto osvěta ve školách by totiž mohla vyvolat pobouření ze stran učitelů či rodičů ohledně toho, že by žáci byli nabádáni k braní drog, protože v žácích by tyto informace mohly vyvolávat senzaci a pokušení. Do činností Harm Reduction spadá i podávání náhradní drogy nebo užívané drogy, avšak pod lékařským dohledem, aby se předešlo různým patologickým jevům (Kalina, 2003, s. 79–80).

Model Harm Reduction souvisí se strategií ochrany veřejného zdraví, tedy Public Health, jelikož neusiluje pouze o nápravu jedince, ale také o ochranu celé společnosti před drogami. Služby, které vycházejí z tohoto principu, nabízejí nejen pomoc zdravotní, ale mají i formu edukační a informační. Další princip, který uplatňuje model Harm Reduction je nízkoprahový přístup. Tato služba je pro všechny dobře dostupná a neklade na klienty nereálné požadavky při odvykání (Hrdina, 2003, s. 264–265).

b) Sociální poradenství lze rozdělit na dva typy – základní sociální poradenství a odborné sociální poradenství. Základní sociální poradenství poskytuje informace ze systému sociální ochrany občana o tom, jaké má klient možnosti při řešení jeho obtížné situace. Pracovník pověřený touto agendou, nejčastěji sociální pracovník, poté poskytuje klientovi sociální poradenství, které se zaměřuje přímo na něj, tedy na jeho pracoviště, bydliště či zařízení, ve kterém se nachází. Sociální pracovník poté klientovi doporučuje, jak má dále postupovat, a navrhuje mu konkrétní odbornou pomoc, která by mu mohla pomoci vyřešit jeho problémy. Naopak odborné sociální poradenství již neposkytuje pouze informace, ale podává klientovi přímou pomoc při řešení jeho sociálních problémů. Jedná se většinou o manželské a mezigenerační spory, problémy s péčí o děti, problémy s osobami propuštěnými z výkonu trestu odnětí svobody či staršími a zdravotně postiženými osobami. Cílem je pomoc osobám, které se vyskytly v tíživé životní situaci, zejména hmotné či sociální nouzi. Součástí odborného sociálního poradenství je terapeutická pomoc. Odborné sociální poradenství poskytují sociální pracovníci, psychologové, sociologové, psychiatři, speciální pedagogové, lékaři apod. (Hartl, 2003, s. 84–85).

c) Krizová intervence je určena pro osoby, které se vyskytly v krizi a potřebují pomoc. Cílem krizové intervence je podpora využití vnějších zdrojů. Krizová intervence je kratší než psychoterapie a většinou probíhá ve formě 6 setkání. Do krizové intervence se většinou zapojuje vícero odborníků – sociální pracovníci, psychologové, psychiatři, lékaři a pedagogové. Při krizové intervenci je většinou přítomna rodina či jiné osoby, které jsou blízké pro klienta. Díky krizové intervenci klient snadněji komunikuje, navrácí se mu důvěra, odhaluje své emoce. Dále také posiluje jeho růst a integritu, díky které se předejde negativnímu či destruktivnímu řešení problému (Lucká, 2003, s. 129–130).

Pomoc klientovi by měla být okamžitá a snadno dosažitelná, aby se dosáhlo správného výsledku. Díky tomu, že v dnešní době fungují krizová centra a linky důvěry 24 hodin denně, je tato služba v tomto ohledu velmi dostupná. Krizová intervence neřeší za klienta všechny problémy, ale učí ho, jak s nimi pracovat. Pomoc klientovi by se měla uskutečňovat, pokud to umožňuje situace, v neomezujícím prostředí. Hospitalizace na krizovém centru či v psychiatrickém oddělení by měla být tou poslední volbou po vyčerpání všech ostatních možností – pomoc od rodiny nebo jiného podpůrného sociálního systému (Lucká, 2003, s. 130–132).

Ambulantní léčba

Ambulantní léčbu poskytují různá zařízení. Mezi ně můžeme zařadit AT poradny, krizová centra či různá poradenská centra. Do cílové skupiny lze zařadit veškeré věkové kategorie nezávisle na pohlaví, vzdělání a zaměstnání. Přístup do těchto ambulancí mají jak závislí lidé na drogách, tak experimentátoři či víkendoví a problematičtí uživatelé. Ambulantní léčbu si lidé volí dobrovolně či přinucením např. rodinou či soudem. Při ambulantní léčbě je pacient zprvu komplexně vyšetřen a je mu stanovena anamnéza – objektivní a subjektivní. Doprovázející osoba uvede objektivní anamnézu, která umožní různé pohledy na problém pacienta. Při subjektivní anamnéze je důležité znát názor pacienta ohledně předchozího léčení či případných recidiv. Dále je nutné zjistit údaje o užívání drog, tedy jak často a v jakých dávkách pacient drogy užíval. Následně je pacientovi provedeno klinické vyšetření, které je zaměřené na osobnost klienta a jeho psychický a somatický stav. Poté je nutné doplnit laboratorní a další pomocná vyšetření a zjistit, zdali se klient v průběhu užívání drog něčím nenakazil (Hampl, 2003, s. 172–173).

Při ambulantní léčbě je nejprve klientovi stanoven individuální plán léčby, který obsahuje 3 základní pilíře terapie – psychoterapii, farmakoterapii a socioterapii. Psychoterapie musí být pravidelná, aby měl pacient pocit, že se o jeho problémy někdo opravdu zajímá. Současně je nutné, aby zdravotnický personál byl s klientem trpělivý a empatický. Při farmakoterapii dochází k ovlivňování závislosti a k léčení komplikací, které se vytvořily v důsledku užívání drog. Při socioterapii dochází k navrácení jedince do běžného života a klientovi je poskytnuta pomoc s různými sociálními problémy (např. komunikace s úřady). Součástí ambulantní léčby je rodinná či párová terapie (Hampl, 2003, s. 174–175).

Denní stacionáře

Denní stacionáře jsou celodenní programy, obvykle jen v pracovní dny v rozsahu 3–6 měsíců. Klienti zde však nezůstávají přes noc, ale vracejí se zpátky do svého přirozeného prostředí. Denní stacionář je vhodný pro lidi, kteří mají nějaký problém, nestačí jim ambulantní léčba, ale nepotřebují nutný pobyt v nemocnici či jiném zařízení. Podstatou denní péče je strukturovaný program, který má přesný časový rozvrh, obsahuje jasně stanovená pravidla, má rozmanitý program a je v rozsahu minimálně 20 hodin týdně, 4-5 hodin denně. Léčba se skládá z rodinné, skupinové a individuální terapie. Cílovou skupinou jsou jednak závislí lidé, kteří se snaží přestat drogy užívat, tak abstinenti (Kalina, 2003, s. 179–183).

Detoxikační jednotky

Detoxikační jednotky slouží k minimalizaci odvykacího stavu a k odstranění drog z organismu uživatele. Jedním z důvodů detoxikace může být fakt, že by mohl být klient nebezpečný sám sobě a okolí z důvodu odvykacího stavu. Dalším důvodem, proč klient vyhledá detoxikační jednotky, je ten, že z finančních důvodů již není schopen obstarat si drogu, a proto chce její užívání eliminovat. Detoxikace probíhá v rozsahu 5–10 dní, v některých případech však může trvat déle (Nešpor, 2003, s. 190–193).

Terapeutické komunity

Terapeutická komunita je pobytové zřízení, které se zaměřuje na léčbu abstinence. Probíhá v rozsahu 6–18 měsíců. Do cílové skupiny patří lidé, kteří jsou středně až těžce závislí na drogách. Obvyklé věkové rozmezí je mezi 18–35 lety. Terapeutická komunita

je jednotná organizace, která má návaznost na další odborné zařízení. Obvykle je tato organizace nestátní. Terapeutická komunita má jasně stanovená pravidla, která musí lidé dodržovat a pomocí sociálního učení rozvíjí jejich potenciál. Mezi tato pravidla patří: zákaz sexuálních vztahů mezi klienty, zákaz užívání návykových látek či jakákoliv manipulace s nimi, násilné chování. Pokud tato pravidla nedodržují, mohou být z komunity vyloučeni. Terapeutická komunita motivuje klienta k tomu, aby přestal užívat drogu, změnil sám sebe a naučil se odpovědnosti. Dále je důležité, aby se život v komunitě přibližoval tomu skutečnému. Terapeutická komunita je zcela dobrovolná a člověk se sám rozhodne, kdy ji opustí. Do týmu terapeutické komunity patří pracovníci s různým typem vzdělání (Adameček, Richterová-Těmínová, Kalina, 2003, s. 201–203).

V terapeutické komunitě probíhají jednotlivé aktivity. První z nich je setkání komunity, které probíhá každý den. Klienti na těchto setkáních sdílejí své problémy a snaží se je řešit. Další aktivitou jsou skupinové terapie, individuální terapie, rodinné terapie či pracovní terapie. Aktivitou programu je také vzdělávání, které se uskutečňuje ve formě přednášek, seminářů či modelových situací. V komunitě probíhají i volnočasové aktivity, které jsou pro klienty přirozené a stmelují kolektiv. Poslední aktivitou je sociální práce, která pomáhá klientům s řešením jejich problémů, které vznikly v důsledku toho, že užívali drogy. Jedná se zejména o pomoc v oblasti sociální, trestní apod. (Adameček, Richterová-Těmínová, Kalina, 2003, s. 204).

Existují 4 fáze léčby v terapeutické komunitě – nultá, první, druhá a třetí. V nulté fázi klient ještě není brán za člena komunity, i když v ní již pobývá a zapojuje se do jejího programu. Aby se klient mohl stát členem komunity, musí o to zažádat, poté proběhne přijímací rituál a následně svou účast stvrdí podepsáním smlouvy. V první fázi si klient musí uvědomit, že všechny jeho vzniklé problémy souvisejí s tím, že užíval návykové látky. Klient musí chtít změnit svůj život a podřídit se pravidlům skupiny. V této fázi se učí, jak se otevřít komunitě a vyjádřit jí své pocity. O postoupení do další části léčby musí klient zažádat komunitu. V případě, že je na tento krok připravený, je jeho přestup opět doprovázen rituálem. V druhé fázi se klient učí přijímat odpovědnost za svou roli, kterou má v komunitě, a s ostatními klienty probírá svou drogovou minulost. V této fázi se klient učí, jak poznat sám sebe a vytvořit si cestu k ostatním v komunitě. Tato fáze je většinou nejdelší, trvá zhruba 6 měsíců. O postoupení do poslední části léčby musí klient opět komunitu požádat. V případě, že je již zralý, je jeho přestup znovu doprovázen rituálem.

V poslední fázi, tedy ve třetí, již klient nemusí být v komunitě celý den a zpravidla ji využívá jako noční stacionář. V průběhu dne je klientovi umožněno chodit do práce či si zařizovat různé věci, které bude potřebovat po opuštění komunity. Odchod z komunity má klient jasně naplánovaný. Samotný odchod pro něj může být těžký, jelikož v komunitě strávil část svého života a některým klientům je zde poskytován respekt, tolerance a přijetí, jaké v normálním životě nezažili (Adameček, Richterová-Těmínová, Kalina, 2003, s. 205–206).

Následná péče

Následná péče je zejména pro ty osoby, které v minulosti již vyhledaly odbornou pomoc při odvykání, avšak mohou tuto formu pomoci vyhledat i osoby, které neabsolvovaly ambulantní či jinou základní léčbu. Cílem následné péče je navrátit klienta zpátky do normálního života bez drog. Do týmu následné péče patří rozmanitá škála odborníků, jako je např. sociální pracovník, speciální pedagog, psycholog a další, kteří si musí osvojit zejména prevenci relapsu, psychoterapii, socioterapii a poradenství (Kuda, 2003, s. 208).

Existuje několik složek programu následné péče, jako je psychoterapie, která se snaží stabilizovat klientovu abstinenci, sociální práce, která pomáhá klientovi v oblasti sociálně právních problémů, práce s rodinnými příslušníky či nabídka volnočasových aktivit. Nejdůležitější složkou programu následné péče je ale prevence relapsu. V prvních týdnech odvykání je velmi těžké odolávat touze po droze, proto v rámci prevence relapsu je důležité v klientovi posilovat jeho sebekontrolu, aby se předešlo možnosti selhání. Klient se učí zvládat obtížné situace a začleňuje se do normálního života. Další složkou programu následné péče je, aby si klient zajistil vhodné zaměstnání, které mu nejlépe pomůže se začleněním do normálního života. Klientovi je poskytnuta komunikace s úřady práce, různými firmami apod. Do složek programu následné péče dále spadá lékařská péče, jelikož je nutné zajistit klientovi adekvátní lékařskou pomoc a stabilizovat jeho fyzický stav. Program následné péče se doporučuje využívat minimálně 6 měsíců. Někteří klienti však tuto dobu prodlužují až na jeden rok (Kuda, 2003, s. 209–211).

Rodinná terapie

Rodinná terapie je postavena na tom, že většina různých problémů má původ v rodině. Tato metoda je psychoterapeutická a pracuje s tím, že pokud se pozitivně ovlivní vztahy v rodině, může to být dotyčnému nápomocné při odvykání. Rodinná terapie většinou probíhá formou opakovaných setkání celé rodiny nebo rodinných příslušníků společně s terapeutem. Terapie probíhá formou rozhovorů mezi členy rodiny a následného společného řešení právě probíhajících problémů. Rodinná terapie se využívá zejména při komunitní, pobytové či hospitalizované léčbě (Hajný, 2001, s. 106–107).

2. Metodologie

Tato část diplomové práce je zaměřena na zvolenou metodologii výzkumu. Prvně budou definovány hlavní a dílčí cíle výzkumu. Následně bude popsána a zdůvodněna výzkumná strategie. Pomocí transformační tabulky budou převedeny dílčí cíle na tazatelské otázky. Dále bude zdůvodněna volba výzkumného souboru, popis průběhu výzkumu. Závěrem této kapitoly budou reflektována možná etická rizika výzkumu a rizika zvolené výzkumné strategie z hlediska validity výzkumu.

2.1 Hlavní cíl a dílčí cíle výzkumu

Hlavním cílem této diplomové práce je zjistit, jak dnes již vyléčený člověk vnímal svoji závislost.

DVC 1: Zjistit, jak bývalí uživatelé drog zpětně pohlížejí na svoji závislost.

1. DVC 1.1: Zjistit informace o započetí závislosti.
2. DVC 1.2: Zjistit informace o průběhu závislosti.

DVC 2: Zjistit, jakým způsobem ovlivnilo užívání drog uživatele v určitých aspektech života.

1. DVC 2.1: Zjistit, jaký vliv mělo tehdejší užívání drog na vztahy uživatele s rodinou.
2. DVC 2.2: Zjistit, jaký vliv mělo tehdejší užívání drog na vztahy uživatele s okolím (blízcí, přátelé a známí).
3. DVC 2.3: Zjistit, jaký vliv mělo tehdejší užívání drog na uživatelovu práci či školu.

DVC 3: Zjistit, jak se užívání drog promítlo do dnešního života uživatele.

1. DVC 3.1: Zjistit, jaký vliv má tehdejší užívání drog na aktuální vztahy s rodinou.
2. DVC 3.2: Zjistit, jaký vliv má tehdejší užívání drog na aktuální vztahy s okolím.

3. DVC 3.3: Zjistit, jaký vliv má tehdejší užívání drog na jejich aktuální práci či školu.
4. DVC 3.4: Zjistit, zdali užívání drog ovlivnilo jejich zdravotní stav.

DVC 4: Zda a jakou formu pomoci respondenti vyhledali.

1. DVC 4.1: Zjistit, zdali respondenti vyhledali odbornou pomoc.
2. DVC 4.2: Zjistit, co bylo impulzem vyhledání pomoci.
3. DVC 4.3: Zjistit, zdali respondentům stačila podpora od rodiny či přátel.
4. DVC 4.4: Zjistit, jaké řešení této situace by doporučili jiné osobě (např. příteli, členu rodiny apod.)

DVC 5: Zjistit, jak respondenti vnímali tehdejší fungování služeb zaměřených na pomoc drogově závislým a jak jej vnímají dnes.

1. DVC 5.1: Zjistit, jak respondenti vnímali tehdejší fungování služeb zaměřených na pomoc drogově závislým.
2. DVC 5.2: Zjistit, jak respondenti vnímají aktuální fungování služeb zaměřených na pomoc drogově závislým.
3. DVC 5.3: Zjistit, zdali vidí respondenti nějaké proměny či změny ve fungování služeb zaměřených na pomoc drogově závislým.
4. DVC 5.4: Zjistit, zda respondenti udržují kontakt s pracovníky, kteří jim pomohli od užívání drog.
5. DVC 5.5: Zjistit, zda respondenti udržují kontakt s jinými bývalými uživateli drog, které poznali právě při odvykání.

DVC 6: Zjistit, zda se respondenti stýkají s lidmi, kteří jim pomohli při odvykání.

1. DVC 6.1: Zjistit, zda respondenti udržují kontakt s pracovníky, kteří jim pomohli od užívání drog.
2. DVC 6.2: Zjistit, zda respondenti udržují kontakt s jinými bývalými uživateli drog, které poznali právě při odvykání.

DVC 7: Zjistit co respondentovi užívání drogy vzalo a zdali mu naopak užívání drog něco přineslo.

1. DVC 7.1: Zjistit, co shledává respondent jako negativní na tom, že v minulosti užíval drogy.
2. DVC 7.2: Zjistit, zdali respondent shledává něco pozitivního na tom, že v minulosti užíval drogy.

2.2 Výzkumná strategie a její zdůvodnění

Metodologicky je práce stavěna na polostrukturovaných kvalitativních rozhovorech u cílové skupiny lidí. Tyto rozhovory byly nahrávány prostřednictvím mobilního telefonu. Díky této technice byl získán dostatečný počet informací, které byly důležité pro tvorbu práce. Následně byly rozhovory přepsány v programu F4 a poté analyzovány. Tato metoda byla zvolena, protože kvalitativní výzkum má za cíl hlubší porozumění zkoumané skutečnosti, což je v tomto případě žádoucí.

2.3 Transformace dílčích cílů do tazatelských otázek

Tabulka č. 2: Transformační tabulka

Dílčí výzkumný cíl	Dílčí výzkumný cíl druhého řádu	Indikátory	Tazatelské otázky
DVC 1: Zjistit, jak bývalí uživatelé drog zpětně pohlížejí na svoji závislost	DVC 1.1: Zjistit informace o započetí závislosti	Důvod prvního užití drogy Přítomnost osoby u prvního užití Věk prvního užití drogy Důvod dalšího užívání drogy	TO1: Z jakého důvodu jste poprvé zkusil/a drogu? TO2: S kým jste poprvé zkusil/a drogu? TO3: V kolika letech jste poprvé zkusil/a drogu? TO4: Vzpomenete si, z jakého důvodu jste pokračoval/a v užívání drog?

		Doba identifikace závislosti	TO5: Kdy jste si uvědomil/a, že jste závislý/á?
	DVC 1.2: Zjistit informace o průběhu závislosti	Retrospektivní pohled o průběhu závislosti	TO1: Jaké drogy jste užíval/a? TO2: Jak často jste užíval/a drogy? TO3: Jak dlouho jste užíval/a drogu a kdy jste drogu užil/a naposledy? TO4: Projevila se u Vás recidiva při odvykání?
DVC 2: Zjistit, jakým způsobem ovlivnilo užívání drog uživatele v určitých aspektech života	DVC 2.1: Zjistit, jaký vliv mělo tehdejší užívání drog na vztahy uživatele s rodinou	Vliv užívání drog na vztah s rodinou	TO1: Vzpomenete si, jaké jste měl/a vztahy s rodinou v průběhu závislosti a jak tuto situaci ovlivnilo užívání drog?
	DVC 2.2: Zjistit, jaký vliv mělo tehdejší užívání drog na vztahy uživatele s okolím (blízcí, přátelé a známí)	Vliv užívání drog na vztah s okolím	TO1: Vzpomenete si, jak se změnil vztahy s vaším okolím v důsledku užívání drog?
	DVC 2.3: Zjistit, jaký vliv mělo tehdejší užívání	Vliv užívání drog na jejich práci či školu	TO1: Vzpomenete si, zdali ovlivnilo užívání drog

	drog na uživatelovu práci či školu		nějakým způsobem Vaše studijní výsledky či Vaši tehdejší práci?
DVC 3: Zjistit, jak se užívání drog promítlo do dnešního života uživatele	DVC 3.1: Zjistit, jaký vliv má tehdejší užívání drog na aktuální vztahy s rodinou	Vliv užívání drog na jejich nynější vztahy s rodinou	TO1: Jaké máte nyní vztahy v rodině?
	DVC 3.2: Zjistit, jaký vliv má tehdejší užívání drog na aktuální vztahy s okolím	Vliv užívání drog na jejich nynější vztahy s okolím	TO1: Chovají se k Vám blízcí přátelé či známí jinak z důvodu toho, že jste v minulosti užíval/a drogy?
	DVC 3.3: Zjistit, jaký vliv má tehdejší užívání drog na jejich aktuální práci či školu	Vliv užívání drog na aktuální práci či studium	TO1: Ovlivňuje tehdejší užívání drog Vaše studium/práci?
	DVC 3.4: Zjistit, zdali užívání drog ovlivnilo jejich zdravotní stav	Vliv užívání drog na jejich zdravotní stav	TO1: Ovlivnilo tehdejší užívání drog Váš následný zdravotní stav?
DVC 4: Zda a jakou formu pomoci respondenti vyhledali	DVC 4.1: Zjistit, zdali respondenti vyhledali odbornou pomoc	Volba odborné pomoci při odvykání	TO1: Vyhledali jste při odvykání odbornou pomoc? Pokud ano, jakou?

	DVC 4.2: Zjistit, co bylo impulzem vyhledání pomoci	Důvod vyhledání odborné pomoci	TO1: Co pro Vás bylo impulzem vyhledat odbornou pomoc?
	DVC 4.3: Zjistit, zdali respondentům stačila podpora od rodiny či přátel.	Zkušenost s neodbornou pomocí při odvykání	TO1: Postačila Vám k odvykání pomoc od rodiny či přátel?
	DVC 4.4: Zjistit, jaké řešení této situace by doporučili jiné osobě (např. příteli, členu rodiny apod.)	Reflexe řešení této situace	TO1: Jaké řešení této situace byste doporučili jiné osobě? (např. příteli, členu rodiny apod.)
DVC 5: Zjistit, jak respondenti vnímali tehdejší fungování služeb zaměřených na pomoc drogově závislým a jak to vnímají dnes	DVC 5.1: Zjistit, jak respondenti vnímali tehdejší fungování služeb zaměřených na pomoc drogově závislým	Hodnocení funkčnosti služeb zaměřených na pomoc drogově závislým	TO1: Jak dle Vás fungovaly služby na pomoc drogově závislým v době, kdy jste užíval/a drogy?
	DVC 5.2: Zjistit, jak respondenti vnímají aktuální fungování služeb zaměřených na pomoc drogově závislým	Hodnocení funkčnosti služeb zaměřených na pomoc drogově závislým	TO1: Jak dle Vás fungují služby na pomoc drogově závislým?
	DVC 5.3: Zjistit, zdali vidí respondenti nějaké	Porovnání funkčnosti služeb	TO1: Vidíte nějaké proměny/změny ve

	proměny či změny ve fungování služeb zaměřených na pomoc drogově závislým	zaměřených na pomoc drogově závislým	fungování těchto služeb? Popřípadě v čem?
DVC 6: Zjistit, zda respondent udržuje kontakt s lidmi, se kterými se setkal v rámci odvykání	DVC 6.1: Zjistit, zda respondenti udržují kontakt s pracovníky, kteří jim pomohli od užívání drog.	Následný kontakt s pracovníky při odvykání	TO1: Jste v kontaktu s pracovníky, kteří Vám pomohli při odvykání?
	DVC 6.2: Zjistit, zda respondenti udržují kontakt s jinými bývalými uživateli drog, které poznali právě při odvykání.	Udržování kontaktu s lidmi odvykajícími ve stejný čas	TO1: Jste v kontaktu s lidmi, které jste poznal/a při odvykání? Podporujete se vzájemně při abstinenci?
DVC 7: Zjistit co respondentovi užívání drogy vzalo a zdali mu naopak užívání drog něco přineslo	DVC 7.1: Zjistit, co shledává respondent jako negativní na tom, že v minulosti užíval drogy.	Negativa užívání drog	TO1: Co negativního shledáváte na tom, že jste v minulosti užíval/a drogy?
	DVC 7.2: Zjistit, zdali respondent shledává něco pozitivního na tom, že v minulosti užíval drogy.	Pozitiva užívání drog	TO1: Co pozitivního shledáváte na tom, že jste v minulosti užíval/a drogy?

2.4 Zdůvodnění volby souboru a jeho charakteristika

Za výzkumný vzorek byli zvoleni dospělí jedinci, kteří v minulosti užívali drogy a dnes již překonali svoji závislost. Byly kontaktovány osoby, které pobývají na území Novobydžovska, o kterých jsem věděla, že v minulosti užívaly drogy. Nejprve bylo osloveno 10 respondentů, kteří byli ochotni mi rozhovor poskytnout. Další respondenti byli získáni pomocí metody sněhové koule, tedy nabalením dalších respondentů podle doporučení předchozích respondentů. Celkem bylo osloveno 8 mužů a 8 žen. V průběhu výzkumu však nastaly komplikace a 5 žen mi rozhovor zrušilo. Důvodem bylo vládní opatření související s prevencí šíření Covid-19, spojené se zákazem shromažďování osob na veřejnosti a uzavřením podniku, kde byly rozhovory uskutečňovány. Výsledný vzorek se nakonec skládal z 8 mužů a 3 žen. Věkové rozmezí respondentů bylo mezi 22-39 lety.

2.5 Popis průběhu výzkumu

Výzkum byl rozdělen do několika etap. Nejprve byla prostudována odborná literatura zaměřující se na drogovou problematiku a vytvořena teoretická část diplomové práce. Dalším krokem bylo vytvoření výzkumných otázek a scénáře k polostrukturovanému rozhovoru. V této fázi proběhla pilotáž, ve které bylo zjišťováno, zda jsou otázky vhodně zvolené a srozumitelné. Díky pilotáži byly některé otázky pozměněny, aby bylo dosaženo potřebných výsledků. Následně proběhl samotný výzkum, ve kterém bylo uskutečněno 11 rozhovorů, které byly nahrávány prostřednictvím mobilního telefonu.

Před zahájením každého rozhovoru byl od respondentů vyžádán souhlas s nahráváním rozhovorů na mobilní telefon, s čímž všichni souhlasili. Dále byli respondenti informováni, že tento rozhovor bude anonymní a bude použit pouze ke studijním účelům. Rozhovory probíhaly v prostředí, které si respondenti sami zvolili. Většina z nich byla uskutečněna ve venkovních prostorách restauračního zařízení. Délka rozhovoru nebyla limitována a v průměru trvala okolo 20 minut. Připravené otázky respondenti předem neznali. U některých jedinců byly jisté otázky vynechány, např. z důvodu, že respondent na tuto otázku již v průběhu rozhovoru odpověděl, či se dle předchozích odpovědí otázky vygenerovaly samy a tudíž na ně nebylo nutno odpovídat.

Např. v případě, že respondenti neznali informace ohledně fungování služeb zaměřených na pomoc drogově závislých, nebylo nutné pokládat další otázky týkající se toho tématu.

Nahrané rozhovory byly poté přepsány v programu F4. Přepis rozhovorů byl doslovný. Další fází výzkumu bylo analyzování dat, které probíhalo v rozsahu jednoho měsíce. Jednotlivé přepsané rozhovory byly okódovány pro větší přehlednost při analyzování. Nejprve byly odpovědi roztříděny dle výzkumných otázek a následně byla vyhledávána jejich shoda.

2.6 Etická rizika výzkumu a rizika zvolené výzkumné strategie z hlediska validity výzkumu

Etických rizik ohledně tohoto tématu může být několik. Jedním z největších etických rizik je samotné téma výzkumu. Pro některé respondenty mohlo být toto téma nepříjemné, protože v důsledku užívání drog zažili v minulosti nepříjemné události a nechtějí se již k těmto vzpomínkám vracet. Při každém rozhovoru byli proto respondenti informováni o tom, že pokud jim nebude položena otázka příjemná, nemusí na ni odpovídat. Někteří respondenti z počátku odmítali poskytnout rozhovor, který bude nahráván, jelikož se obávali, aby informace z jejich rozhovoru nebyly zneužity k jiným účelům. V těchto případech byli ujištěni, že získané informace jsou pouze pro studijní účely a nebudou nijak zneužity. Při rozhovorech byly také sdělovány informace mimo záznam, jelikož byly pro respondenty natolik citlivé, že si nepřáli, aby tyto informace byly nahrávány.

Dalším významným faktorem byli samotní respondenti a můj vztah k nim. Všechny respondenty jsem osobně znala již před zahájením rozhovorů, některých jsem ale netušila, že drogy v minulosti užívali. Tuto skutečnost jsem se dozvěděla až ve chvíli, kdy mi ostatní respondenti tyto jedince doporučili. Respondenti tedy mohli mít obavy, aby sdělené informace nezměnili mé smýšlení o nich samotných a mohlo je to podněcovat k tomu, aby odpovídali nepravdivě. Dle mého názoru však skutečnost, že jsem respondenty znala již před začátkem výzkumu, byla spíše přínosem, jelikož mi dotazování dokázali lépe a podrobněji popsat situaci, kterou zažili.

3. Popis a interpretace dosažených výsledků

V této kapitole budou nejprve představeni jednotliví respondenti, se kterými byly uskutečněny rozhovory v rámci výzkumu. Jména respondentů byla pozměněna. Následně budou popisovány odpovědi respondentů na jednotlivé výzkumné otázky. Závěrem budou shrnuty výsledky rozhovorů.

3.1 Představení respondentů

Respondent č. 1: Karel, 30 let, pracuje v marketingu, vyrůstal v neúplné rodině, drogu poprvé užil v 18 letech s kamarády a jeho nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské s maturitou.

Respondent č. 2: Lola, 35 let, pracuje ve školství, vyrůstala v neúplné rodině, drogu poprvé užila v 15 letech s kamarády a její nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské bez maturity.

Respondent č. 3: Fanda, 30 let, pracující, vyrůstal v neúplné rodině, drogu poprvé užil v 16 letech s kamarády a jeho nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské bez maturity.

Respondent č. 4: Květoslav, 29 let, pracující, vyrůstal v neúplné rodině, drogu poprvé užil 16 v letech s kamarádem a jeho nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské s maturitou.

Respondent č. 5: Mája, 22 let, pracuje v bankovníctví, vyrůstala s oběma rodiči, avšak měli spolu špatné vztahy, drogu poprvé užila ve 13 letech s rodinným příslušníkem – bratrancem a její nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské s maturitou.

Respondent č. 6: Albert, 39 let, pracuje ve školství, vyrůstal v úplné rodině, drogu poprvé užil v 15 letech s kamarády a jeho nejvyšší dosažené vzdělání je vysokoškolské.

Respondent č. 7: Dredař, 32 let, pracuje v gastronomii, vyrůstal v úplné rodině, drogu poprvé užil v 17 letech s rodinným příslušníkem – bratrem a jeho nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské bez maturity.

Respondent č. 8: Metaláček, 31 let, pracuje jako elektrikář, vyrůstal v úplné rodině, drogu poprvé užil ve 13 letech s kamarády a jeho nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské s maturitou.

Respondent č. 9: Dexter, 35 let, pracuje jako majitel firmy, vyrůstal v neúplné rodině, drogu poprvé užil v 16 letech s kamarády a jeho nejvyšší dosažené vzdělání je základní.

Respondent č. 10: Honza, 29 let, pracující, vyrůstal v úplné rodině, drogu poprvé užil v 19 letech s kamarády a jeho nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské s maturitou – obor fotograf.

Respondent č. 11: Olina, 33 let, pracující, vyrůstala v úplné rodině, drogu poprvé užila ve 13-14 letech s rodinným příslušníkem – sestrou a její nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské bez maturity.

3.2 Výzkumné otázky a odpovědi respondentů

1. Jak bývalí uživatelé drog retrospektivně pohlíží na užívání drog?

R1: Poprvé drogu (marihuanu) užil v 15 letech s kamarády a vedla ho k tomu zvědavost a vliv okolí. V užívání drog pokračoval, protože ho k tomu strhl vliv okolí – jeho vrstevníci totiž drogy užívali také a on se nechtěl odlišovat. Od 18 let začal užívat pervitin a kokain – šňupáním. Závislost na drogách si začal uvědomovat již po půl roce užívání. *„Tak asi začalo to kouřením trávy s tím, že potom s postupem narůstajícího věku jsme poznali i ty jiné drogy, konkrétně pervitin...“* Drogy užíval po dobu 10 let. Recidiva při odvykání se u respondenta projevila.

R2: Poprvé drogu užila v 15 letech s kamarádem a vedla ji k tomu zvědavost a vliv okolí. V užívání drogy pokračovala, protože ji to bavilo a chtěla zůstat v partě – vliv okolí. Závislost na drogách si uvědomila až po delší době – nemohla bez drogy vstát z postele. Respondentka užívala současně marihuanu, pervitin, extázi a LSD. Pervitin a marihuanu užívala respondentka denně po dobu 5 let, kouřením a šňupáním a párkrát intravenózně. Naposledy užila drogu v 22 letech a projevila se u ní recidiva při odvykání.

R3: Poprvé drogu užil v 16 letech s kamarády a vedla ho k tomu zvědavost. V užívání drogy pokračoval, protože ho zajímalo, jaký vliv na něj ta droga bude mít při dalším užívání, protože ho to poprvé nebavilo. Respondent uvádí, že si nepřipustil, že by na drogách byl závislý. Užíval nejčastěji marihuanu, kterou užíval několikrát týdně po dobu 10 let. Také užíval občasně pervitin, LSD a houbičky. Naposledy respondent užil drogu před 4 lety a recidiva se u něj neprojevila.

R4: Poprvé drogu (marihuanu) užil v 16 letech s kamarádem a vedla ho k tomu zvědavost. „Hele, asi protože mě vždycky ta tematika hrozně zajímala, jakože já si pamatuju, když jsem se poprvé setkal s feťákama, se dá říct, tak to bylo v Hradci v nějakým nákupním centru a já jsem tam byl s mým nevlastním otcem a oni šli dva do jedné kabinky a já jsem se zeptal, jestli to jsou teploušové a on mě říkal, že ne, že to budou stoprocentně feťáci a jdou si tam šlehnout, takže pak jsem rovnou si vzal knížku *My děti ze stanice ZOO*, přečetl jsem ji a pak různé další a filmy a asi jsem to chtěl zkusit prostě, no. 00:01:07-8.“ V užívání drogy pokračoval kvůli vlivu okolí. Závislost na drogách si uvědomil, když mu z důvodu užívání drog zavřeli do vězení jeho kamaráda, se kterým s drogami začínal, a došlo mu, že se bez drog nedokáže bavit. Užíval marihuanu a pervitin kouřením a šňupáním po dobu 8 let. Projevila se u něj recidiva při odvykání.

R5: Poprvé drogu užila ve 13 letech se svým bratrancem a vedl ji k tomu tlak okolí. V užívání drogy pokračovala z důvodu toho, že se cítila být někým lepším. Závislost na drogách si uvědomila až v 16 letech, tedy v době, kdy už drogy brala pravidelně. Užívala marihuanu a pervitin zpočátku šňupáním a kouřením, později však pervitin začala brát jen intravenózně. Drogy pravidelně užívala po dobu dvou let a projevila se u ní recidiva.

R6: Poprvé užil drogu v 15 letech s kamarády a vedl ho k tomu tlak okolí. V užívání drogy pokračoval, protože ho to bavilo. Závislý na drogách si nepřipadal. Respondent užíval pravidelně marihuanu po dobu 15 let. Dále občas užíval pervitin, LSD, extázi, kokain a lysohlávký. Recidiva se u něj neprojevila.

R7: Poprvé užil drogu v 17 letech se svým bratrem, který mu drogu nabídl. V užívání drogy pokračoval kvůli vlivu okolí. Závislost na drogách si tehdy neuvědomoval. Užíval prášky (tramalin), extázi, trip, pervitin, který užíval 4 roky nitrožilně. Drogy pravidelně užíval po dobu 7 let. Recidiva se u něj neprojevila.

R8: Poprvé drogu (marihuanu) užil ve 13 letech se svým kamarádem, v 18 letech užil poprvé pervitin se svojí sestrou. Drogy začal užívat kvůli nesrovnalostem v rodině a také ze zvědavosti. V užívání drog pokračoval až od 15 let. Respondent užíval opium, houbičky, pervitin, marihuanu, ketamin, extázi, LSD. Marihuanu kouřil po dobu 8 let a pervitin užíval podobu 3 let. – šňupáním i intravenózně. Závislost na drogách si uvědomoval a snažil se s tím bojovat. Recidiva se u něj projevila.

R9: Poprvé drogu užil v 16 letech s přáteli ze zvědavosti. V užívání drog pokračoval, protože se mu to líbilo. Závislost na drogách si uvědomil po 5 letech užívání. Užíval marihuanu, pervitin pravidelně po dobu 10 let. Dále v průběhu závislosti užíval extázi, tripy, houby, crack, opium, kokain, heroin – šňupáním i intravenózně. Pár let pobýval v Anglii, kde užíval přírodní drogy – kůra z meskalinu. Recidiva se u respondenta projevila.

R10: Poprvé drogu (marihuanu) užil v 14 letech kamarádem ze zvědavosti. Pervitin užil poprvé v 19 letech sám, také ze zvědavosti. V užívání drog pokračoval, jelikož ho zajímalo, jaký na něj budou mít drogy na vliv. Drogy užíval 14 let. Závislost na drogách si uvědomil v momentě, kdy přišel o přítelkyni, přátele a téměř i o rodinu a skončil v podstatě na ulici. Kromě heroinu užíval dle jeho slov všechny drogy (pervitin, LSD, taneční drogy, houbičky, halucinogeny). Drogy užíval i nitrožilně. U respondenta se také projevila recidiva.

R11: Poprvé drogu (marihuanu) užila v 13–14 letech s rodinným příslušníkem – se sestrou, ze zvědavosti. V užívání drog pokračovala, protože to bylo pro ni něco nového a přitahovalo ji to. Dalším důvodem mohl být rozvod jejich rodičů, kterým v té době procházela. Dále užívala taneční drogy, pervitin, kokain, LSD. Pervitin nejprve užívala šňupáním, poté intravenózně. Drogy užívala přibližně 14 let. Uvědomila si, že je závislá v momentě, kdy její výdaje byly využity pouze k tomu, aby si obstarala drogu. U respondentky se projevila recidiva.

Respondenti poprvé užili drogu v rozmezí 13–17 let. Osm z jedenácti uvedlo, že poprvé drogu užili s přáteli – zbývající tři drogu užili s rodinným příslušníkem, který byl ve všech případech minimálně o 5 let starší. Všichni dotazovaní jako první užili marihuanu. Další drogy, které užívali všichni respondenti, jsou ze skupiny halucinogenů, opioidů a stimulantů. Pervitin užívali všichni respondenti, LSD užívalo osm respondentů, MDMA sedm, kokain a psilocybin pět po jednom respondentovi dále opium, heroin, ketamin a meskalin. Tyto drogy užívali všichni dotazovaní ústy, kouřením a šňupáním. Sedm respondentů uvedlo, že drogy užívali i intravenózně. Dotazovaní vypověděli tři důvody, proč poprvé vyzkoušeli drogu. Nejvíce z nich začalo užívat drogu ze zvědavosti, další uvedli, že na ně byl vyvíjen tlak okolí a dva vypověděli, že drogy zkusili kvůli špatné rodinné situaci. Důvodů, proč v užívání drog pokračovali, je několik. Čtyři dotazovaní

sdělili, že byl na ně vyvíjen tlak ze strany jejich přátel – chtěli zůstat v partě, a proto užívali drogy stejně, jako ostatní. Dalším důvodem byla zvědavost a fakt, že je užívání drog bavilo. Jedna respondentka uvedla, že v užívání drog pokračovala díky špatné rodinné situaci. Další sdělila, že se díky tomu, že užívá drogy, cítila být někým lepším – dospělejším. Délka užívání drog je v rozmezí od pěti to patnácti let. U více než poloviny se projevila recidiva při odvykání.

2. Jaký vliv mělo užívání drog na tehdejší život respondentů – rodina, vztahy s okolím, práce či škola?

R1: Respondent nepocítoval změny ve vztahu s rodinou a okolím v důsledku užívání drog. *„Já jsem měl, jako vztahy s rodinou byly dobrý, to nic na tom jakoby neměnilo, to spíš jakoby to osobní, takový ty pocity, nebo jakože člověk, je mu postupem času, víceméně víc a víc věci lhostejnejch, ale jinak co se týče vztahů s rodinou nebo s kamarádama, tak byly víceméně stejný než předtím, než jsem začal. 00:03:24-4“* Respondent pouze uvádí, že drogy měly vliv na jeho vstup do dospělého života a vyhledávání práce, které bylo díky drogám laxnější.

R2: Respondentka pocítovala změny ve vztahu s rodinou a okolím. *„Tak byla jsem víc taková napjatější, takže jsme se s rodinou třeba víc hádali, ale nebyla jsem skoro vůbec doma, takže, nebo jsem spala, když jsem přišla domů, jsem s tou rodinou moc času netrávila. 00:04:41-4.“* Okruh jejich přátel se snížil pouze na ty, kteří užívali drogy také a vliv na její tehdejší vzdělání drogy neměli, úspěšně zakončila střední školu.

R3: Respondent pocítoval změny ve vztahu s rodinou, se školou. Uvádí, že s rodinou měl negativní vztahy a připouští, že drogy ovlivnily jeho studijní výsledky. O změnách s jeho okolím si respondent nepovšiml.

R4: Respondent pocítoval změny ve vztahu s rodinou i okolím. Sděluje, že vztahy v rodině byli špatné a v době užívání se jeho okruh přátel zmenšil na ty, kteří drogy užívali s ním. Dále uvádí, že měl i lehké problémy v práci – časté zaspávání.

R5: Respondentka měla špatné vztahy s rodinou již před tím, než začala užívat drogy. Dále sděluje, že se změnila její vztahy s okolím. *„Jo, že vlastně, když jsem chodila venku,*

třeba i po ulici, tak jsem, já jsem přemejšlela nad úplně jinými věcmi, já jsem viděla, jak kdybych byla úplně v cizím světě, jakože ty lidi vlastně vůbec nechápu jejich životy, že prostě, to ti tak změní to myšlení, já jsem prostě byla úplně někdo jiný, když jsem brala drogy prostě. Taková ztracená existence, fakt to nemá žádnéj smysl... 00:09:38-1. Respondentka uvádí, že díky drogám měla ve škole mnohem lepší výsledky, nežli předtím když drogy nebrala.

R6: Respondent nepocíťoval změny ve vztahu s rodinou a okolím v důsledku užívání drog. Pouze uvádí, že díky užívání drog občas zanedbával školu.

R7: Respondent uvádí, že vztahy s rodinou měl špatné již předtím, než začal drogy užívat. Dále sděluje, že vztahy s jeho okolím se vcelku nezměnily, jen se u něj projevovala lehká agresivita a náladovost. To, že užíval drogy, nemělo vliv na jeho tehdejší práci. Ba naopak sděluje, že byl v práci výkonnější.

R8: Respondent uvádí, že vztahy s rodinou měl vlivem užívání drog velmi špatné. Nebyl schopen si díky drogám udržet dlouhodobě práci, proto začal doma krást peníze. Vztahy s okolím se dle slov respondenta také změnily – jeho okruh přátel se zúžil pouze na ty, kteří užívali drogy také, jelikož ostatní ho odmítali.

R9: Respondent uvádí, že díky drogám měl s rodinou špatné vztahy – kradl doma peníze. Jelikož je respondent OSVČ neměl s prací problém, avšak kvůli drogám nedokončil školu – vyhodili ho z ní. Vztahy s okolím se dle slov respondenta také změnily – jeho okruh přátel se zúžil pouze na ty, kteří užívali drogy také.

R10: Respondent uvádí, že drogy těžce poznamenaly jeho tehdejší život. Měl špatné vztahy s rodinou, avšak uvádí, že vztahy v rodině nebyly ideální ani v době, kdy drogy ještě neužíval. Rodině kradl peníze. V průběhu užívání zjistil, že vlastně nemá přátele, jelikož ho pouze využívali k tomu, aby se s nimi podělil o drogu. Dále uvádí, že když užíval marihuanu, neměl problémy se školou. V době, kdy užíval pervitin, nepracoval, jelikož ho kvůli drogám vyhodili z práce. Peníze si obstarával dealováním drog.

R11: Respondentka uvádí, že díky drogám měla s rodinou špatné vztahy – kradla doma peníze. Vztahy s okolím se dle slov respondentky také změnilo – její okruh přátel se zúžil pouze na ty, kteří užívali drogy také. Dále uvádí, že kvůli drogám nedodělala střední školu, ale v její tehdejší práci ji drogy nijak neomezovaly – byla výkonnější.

Téměř u většiny dotazovaných měly drogy vliv na jejich vztah s rodinou a okolím. Pouze dva uvádí, že žádný problém s rodinou neměli, i když jejich rodina věděla, že drogy užívají (avšak tři uvádí, že měli s rodinou špatné vztahy ještě předtím, než začali drogy užívat) a tři respondenti uvádí, že drogy neměly vliv na jejich vztahy s okolím. Více než polovina respondentů uvedla, že drogy měly vliv na jejich tehdejší studium. V případě, že respondent již pracoval, měly drogy spíše pozitivní vliv na jejich práci – někteří sdělují, že byli v práci výkonnější.

3. Jaký vliv má užívání drog na nynější život respondentů – rodina, vztahy s okolím, práce či škola?

R1: Respondent uvádí, že nepocítuje žádný vliv ohledně rodiny, přátel a práce v důsledku toho, že v minulosti užíval drogy.

R2: Respondentka uvádí, že nepocítuje žádný vliv na práci a rodinu v důsledku toho, že v minulosti užíval drogy. Zmiňuje ale, že od některých lidí ve svém okolí stále pocítuje, že má „nálepku“ bývalého uživatele drog.

R3: Respondent uvádí, že s rodinou má již vztahy lepší, drogy nemají vliv na jeho nynější práci ani na jeho vztahy s okolím. Zdravotní stav se respondentovi také nijak nezměnil.

R4: Respondent uvádí, že nyní má s rodinou již vztahy dobré a v jeho zaměstnání ho dřívější užívání drog nelimituje. Zmiňuje však, že od některých lidí ve svém okolí stále pocítuje, že má „nálepku“ bývalého uživatele drog. Zmiňuje, že tito lidé byli dříve jeho kamarádi, a je nyní rád, že tímto tyto lidi vyseletoval ze svého okruhu přátel. *„Jo, ale těm lidem já neříkám kamarádi nebo přátelé. Prostě dá se říct, že tím se to i dost jako vyseletovalo, jo, jsou jako lidi, který si udělaj obrázek a maj svoje furt předsudky a všechno a jsou lidi, který na to kašlou jako. Takže já jsem aspoň u dost lidí zjistil vlastně, jaký jsou jako. 00:09:12-7.“*

R5: Respondentka sděluje, že nyní má již s rodinou lepší vztahy – s otcem se vidá, ale s matkou ne. Nepocítla, že by drogy měly vliv na její nynější život, co se týče práce a přátel.

R6: Respondent uvádí, že nepocítuje žádný vliv ohledně školy, přátel a práce v důsledku toho, že v minulosti užíval drogy.

R7: Respondent uvádí, že nyní má s rodinou již vztahy dobré a v jeho zaměstnání ho dřívější užívání drog nelimituje. Dále sděluje, že v důsledku toho že v minulosti užíval drogy, přišel o pár přátel.

R8: Respondent uvádí, že nyní má s rodinou již skvělé vztahy. *„Jo, super vztahy máme. Díky mojí závislosti jsem si otevřel další dveře a vlastně jsem odcestoval do zahraničí žejjo a v podstatě i díky tomu si mě táta začal vážit, že jsem se sebral, na tohle to se vykašlal prostě, jel si za svým, něco se naučit, jazyk, tohle to, no nějaký nový styl života a víceméně ty dobré vztahy začaly až potom, co jsem se tak nějak vrátil, protože si mě táta, myslím, začal vážit. 00:10:21-3“*. Dále sděluje, že od některých lidí ve svém okolí stále pocítuje, že má „nálepku“ bývalého uživatele drog. V jeho zaměstnání ho dřívější užívání drog nelimituje.

R9: Vztahy s rodinou má stále špatné. V jeho zaměstnání ho dřívější užívání drog nelimituje a nepocítuje, že by se k němu někdo choval jinak z důvodu, že by věděl, že dříve užíval drogy.

R10: Vztahy s rodinou má respondent nyní lepší. *„S rodinou? Super. Rodina vidí, že prostě se snažím, že jsem se dal do kupy, že prostě chci žít a že to byl prostě jenom nějaká mladistvá nerozvážnost, která prostě mě dohnala k tomu, co jsem já udělal nebo dělal. 00:11:02-0“* Dále sděluje, že přišel o pár přátel, vzhledem k tomu, že užíval v minulosti drogy – moc kamarádů nyní nemá. V jeho zaměstnání ho dřívější užívání drog limituje, jelikož nastoupil do stejné práce, ze které ho kvůli drogám dříve vyhodili – lidé na něj pohlížejí jako na uživatele drog. Stále cítí, že má nálepku „feťáka“.

R11: Respondentka uvádí, že nepocituje žádný vliv ohledně práce a rodiny v důsledku toho, že v minulosti užívala drogy. Avšak zmiňuje, že od některých lidí ve svém okolí stále pocituje, že má „nálepku“ bývalého uživatele drog.

U většiny dotazovaných se situace s rodinou zlepšila. Pouze jeden respondent uvádí, že má stále problémy s rodinou v důsledku užívání drog. V dnešní době již všichni pracují a vypověděli, že dřívější užívání drog je v práci nelimituje. Avšak vzhledem k tomu, že někteří díky užívání drog nedosáhli takového vzdělání, jakého by dosáhnout chtěli, mohl by se jejich život vyvíjet jiným směrem a dnes by mohli mít více možností při výběru svého povolání. Více než polovina respondentů stále cítí, že se na ně okolí dívá jako na bývalé uživatele.

4. Jakou formu pomoci si respondent zvolil při odvykání?

R1: Respondent nevyhledal žádnou odbornou pomoc při odvykání. Postačila mu pouze pomoc od rodiny a přátel. *Kamarádi, rodiče a víceméně ty rodiče, protože jako jsem s nima jak říkám, měl dobrý vztahy a to, tak jsem se jim svěřil a tak nějak jsme si o tom popovídali a to člověku pomůže.* 00:06:43-7.

R2: Respondentka nevyhledala žádnou odbornou pomoc při odvykání. Při odvykání jí nikdo nepomohl, postačila jí pouze její silná vůle. *„dostala do nemocnice a tam měli podezření na zánět mozkových blan, ale zánět mozkových blan to nebyl, byl to praskání cévek v těle a přijela jsem a řekli mi, že to bylo za pět dvanáct, že mě mohla prasknout cévka v mozku nebo v srdíčku, ale bylo to vlastně, je to nemoc, která se dělá ženským v mladým věku, ale když jsem doktorovi řekla, že jsem brala drogy, tak mě řekl, že jsem si to tím jakoby přivolala, že jsem si tu svojí imunitu nabourala těma drogama, oslabila jsem si imunitní systém, takže jsem skončila na přístrojích, na kapačkách a pak jsem musela brát kortikoidy, strašně jsem ztloustla, ale myslím si, že to bylo takový varování ze shora, protože jsem říkala, že sama nikdy nepřestanu, že mě musí něco donutit a donutilo, takže díky tomu se člověk zvedne, uvědomí si, co je důležitý, s drogama jsem ne nejdřív úplně přestala, já vím, že jsem to strašně omezila, že pak já nevím, prostě pozvolna jsem úplně pak přestala.* 00:08:20-3“

R3: Respondent nevyhledal žádnou odbornou pomoc při odvykání. Nepřipouštěl, že na drogách byl závislý a vyléčil se sám bez cizí pomoci.

R4: Respondent nevyhledal žádnou odbornou pomoc při odvykání a pomohl si sám. „*Ne, ne, ne, vůbec ne. Prostě ze dne na den jsem s tím přestal. 00:10:16-9*“

R5: Respondentka vyhledala nejprve při odvykání pomoc psychologa, který jí řekl, že ji léčit nebude a doporučil jí, aby šla na léčení. To ji odradilo a začala drogy užívat ještě víc. Poté si při odvykání pomohla sama. Později však vyhledala pomoc psychologu, která jí pomohla s přípravou k maturitě.

R6: Respondent nevyhledal žádnou odbornou pomoc při odvykání. S drogami přestal zcela sám.

R7: Respondent při odvykání nevyužil odbornou pomoc. Rozhodl se odstěhovat ze svého rodného města, a tak se zbavil závislosti. Při užívání využíval streetwork. „*No co, vždycky bylo stanovený místo, oni měli vždycky na někoho číslo a napsali esemesku, kde budou a v kolik tam budou, to se jako by rozneslo, a tak jsme si tam šli prostě pro všechny ty vatičky, vodičky, stříkačky, náplasti, dezinfekce a vlastně jsem si tam jakoby, to fungovalo tak, že jsme dostali nějaký anonymní číslo a pod tím číslem tys tam za nima šla a oni ti poskytlí vlastně, ještě si tam mohla odevzdat ten použitej, a teda oni ti poskytlí jakoby nový no, všechno. 00:08:02-6.*“ Dále sděluje, že vlastně vyměnil jednu drogu za druhou (pervitin za alkohol). Radu, jak řešit obdobnou situaci by neměl.

R8: Respondent při odvykání nevyužil odbornou pomoc. V průběhu užívání ho kontaktoval streetworker a nabídl mu pomoc, kterou však nevyužil. S drogami přestával sám a případně vyhledával pomoc u přátel.

R9: Respondent při odvykání nevyužil odbornou pomoc. V průběhu užívání ho kontaktoval streetworker a nabídl mu pomoc, kterou však nevyužil. S drogami přestával sám. Sděluje, že mu velmi pomohlo, když ho rodina odřízla a on byl na vše sám.

R10: Respondent při odvykání využil odbornou pomoc. Po dobu měsíce a půl byl hospitalizován v léčebně v Havlíčkově Brodě. Léčebnu dle jeho slov opustil brzy – myslel si, že je již vyléčený. Po opuštění léčebny vydržel bez drog 4 týdny. Poté začal drogy znovu užívat a rozhodl se pro detoxikaci. Po ní nastoupil do komunity, kde strávil rok svého života.

R11: Respondentka uvádí, že nevyhledala žádnou odbornou pomoc při odvykání.

Osm respondentů uvedlo, že nevyhledali žádnou odbornou pomoc a s odvykáním si pomohli sami. Jednomu respondentovi při odvykání pomohla rodina a přátelé. Pouze dva respondenti vyhledali odbornou pomoc – 1 žena a 1 muž. Žena nejprve požádala o pomoc psychologa, která jí byla odmítnuta, poté se předávkovala a skončila v léčebně. Muž pobýval nejprve v léčebně, poté šel na detoxikaci, aby mohl nastoupit do terapeutické komunity.

5. Jak respondenti vnímali fungování služeb zaměřených na pomoc drogově závislých a jak toto fungování vnímají dnes?

R1: Respondent nevyhledal žádnou službu, která by se zaměřovala na pomoc drogově závislým a nemá ani neměl o zařízeních, které tuto pomoc poskytují, žádné informace.

R2: Respondentka tehdy věděla, že nějaké služby existují, ale tuto variantu by zvolila v případě, že by se jí samotné přestat nepodařilo. Nyní nemá žádné informace o zařízeních, které tuto pomoc poskytují.

R3: Respondent nevyhledal žádnou službu, která by se zaměřovala na pomoc drogově závislým a nemá ani neměl o zařízeních, které tuto pomoc poskytují, žádné informace.

R4: Respondent nevyhledal žádnou službu, která by se zaměřovala na pomoc drogově závislým a nemá ani neměl o zařízeních, které tuto pomoc poskytují, žádné informace. Jen se zmínil: „*Hele, vím, jakože existuje jako nějakéj DROPIN a takovýhle, ale vím, že rozdávaj stříkačky, ale to je tak celý, jakože fakt netuším.* 00:15:13-4“

R5: Respondentka se pokusila spáchat sebevraždu v době, kdy užívala drogy. Byla hospitalizována a hned poté odvezena do léčebny, kde strávila 3 měsíce. Po této zkušenosti začala drogy užívat ještě více. Dle slov respondentky, v době, kdy ona byla závislá, tyto formy pomoci dobře nefungovaly. Respondentka se snažila vyhledat pomoc,

ale ta jí nebyla adekvátně poskytnuta: „*ta instituce byla úplně k ničemu a vlastně i de facto to, že jsem chodila k psycholožce, k psychiatrice, mně nikdo nepomohl, já jsem to stejně spáchala sebevraždu, stejně když jsem vylezla z léčebny, tak jsem ty drogy začala ba naopak na just brát prostě. O tom, co se jako, jakou já jsem měla zkušenost s těmadle doktormi a těmahle ústavami, tak to je úplně k ničemu, protože když člověk nechce, tak mu nepomůže nic a ani opravdu na to, že jsem se jim tam vlastně de facto snažila říct, jaký já mám problémy, čím jsem si prošla, co se mi stalo i prostě co se mi dělo doma, tak je to nezajímalo, brali nás prostě jako objekty, který jsou prostě, nepovedly se, já nevím jak bych to ustála, jako prostě, prostě jsme ty lidi, co prostě fetujou a dělají tyhle věci a to místo, aby se nám snažili pomoci, aby se změnilo to prostředí, aby se řešilo, že má někdo takhle problémovou domácnost, to se prostě, to nikoho nezajímalo. Takže takhle to bylo za mě, nevím, jak to je teď, ale v té době mi opravdu nikdo nepomohl, a i když jsem o tu pomoc stála, tak úplně k ničemu. 00:26:04-1“ Jak služby fungují nyní, respondentka neví.*

R6: Respondent tehdy věděl, jaké služby existují, a připadalo mu, že fungovaly dobře. Dnes o fungování těchto služeb již nic neví. „*Mám, nemám povědomí, jak to funguje teď, ale kdysi dávno, to jsem ještě chodil s holkama, tak, tak jedna z těch slečen dělala v nějakým centru, jak ono se to jmenovalo, Relax tuším, bylo to v Hradci na Slezským pod tím, po tím viaduktem a tam se, tam se tak jako scházeli, vyměňovali si tam stříkačky žejo, jehly a měli tam takovou jakoby klubovnu a bylo to, myslím že Relax se to jmenovalo, no, a asi to podle mě do dneška funguje v Hradci, ale jmenuje se to jinak a je to někde jinde určitě. 00:07:28-8“*

R7: Respondent sděluje, že v té době, kdy užíval drogy, fungovaly služby dobře. Nyní však již neví, jak tyto služby fungují.

R8: Respondent uvádí, že nyní neví, jak tyto služby fungují. Myslí si, že služby fungovaly dobře – výměna jehel, prevence HIV. Měl však obavu z toho, aby ho někteří lidé neviděli, že s nějakými takovými službami komunikuje a tím se nedozvěděli, že je uživatel drog.

R9: Respondent v průběhu užívání drog přemýšlel o tom, že by vyhledal nějakou službu.

Dále si myslí, že služby prošly proměnou a nyní fungují lépe než v 90. letech, avšak sděluje, že jsou podfinancované. *Myslím si, že jako by v devadesátech letech nic moc nebylo, potom jakoby začly vznikat, protože si tý problematiky začalo víc lidí všímat, protože byla větší žejo, teď zas jako trochu si myslím, že stagnuje, možná klesá, zaplat' pán bůh, ale to se může krizí, nebo čímkoliv takhle změnit, lidi se snažej jo jako chovat slušně a to, takže já vidím obrovskej potenciál v tomhle malým národě.* 00:19:27-0

R10: Respondent uvádí, že dle něj služby fungují dobře. Jak fungovali předtím neví, jelikož se dostal do léčení v průběhu minulých pár let. *„Takhle, já jsem dřív nevěděl, nebo jsem nevěřil tomu, že by prostě to mohlo pomoct lidem, ani jsem vlastně o tom nevěděl. Pak, už když jsem byl vlastně v průseru žejo, ve sračkách, tak a dostal jsem se do tý léčebny a do tý komunity, tak člověk vlastně zjistí, že to má smysl a že vlastně ty lidi, který prostě opravdu chtěj žít normální život a dostat se z toho, že to má smysl, takže to můžu říct, že to není žádná, žádněj, že to není promarněnej vlastně čas.* 00:07:33-4“

R11: Respondent uvádí: *„No, myslím si, že to asi úplně nefunguje správně, protože vlastně opravdu nemocný lidi si vlastně všechno musej hradit sami, kdežto tyhle ty, samozřejmě budu mluvit i o sobě, tyhle ty feťáci maj všechno zadarmo, co se týče od léků, po buchny, čistý sáčky, dezinfekce a já nevím co všechno, prostě myslím si, že je to údělaný úplně na hovno.* 00:11:47-1“

Pouze jeden respondent dokázal porovnat fungování služeb a sděluje, že nyní služby fungují lépe. Sedm respondentů netuší, jak tyto služby fungují dnes. Jeden si myslí, že fungují dobře a jeden naopak, že fungují špatně. Jak služby fungovaly předtím, nevědí tři respondenti. Tři lidé věděli, že tehdy fungovaly nějaké služby, ale nijak se o ně nezajímali. Dva dotazovaní si myslí, že služby tehdy fungovaly dobře a dva si naopak myslí, že služby fungovaly špatně. Respondenti hodnotili kontaktní centrum, terapeutickou komunitu ale především terénní služby.

6. Stýká se respondent s lidmi, kteří mu pomohli při odvykání?

R1: Ano, stýká s rodinou a přáteli.

R2: Ne, při odvykání si pomohla sama.

R3: Ne, při odvykání si pomohl sám.

R4: Ne, při odvykání si pomohl sám.

R5: Ano, je v kontaktu s jednou osobou, se kterou byla v léčebně.

R6: Ne, při odvykání si pomohl sám.

R7: Ne, při odvykání si pomohl sám.

R8: Ne, při odvykání si pomohl sám.

R9: Ne, při odvykání si pomohl sám.

R10: Ano, stýká se pravidelně – jak s terapeuty, tak s ostatními lidmi, které poznal v komunitě.

R11: Ne, při odvykání si pomohla sama.

Jelikož si při odvykání pomohlo osm respondentů samo, nemohou s nikým udržovat kontakt. Jeden respondent je v kontaktu s přáteli a jeho rodinou, která mu byla oporou při odvykání. Další respondentka je v kontaktu s dívkou, kterou poznala v léčebně. S pracovníky nemá zájem se stýkat. Poslední respondent je v kontaktu jak s terapeuty, tak s lidmi, které poznal v komunitě.

7. Přineslo užívání drog respondentovi něco pozitivního nebo jen negativního?

R1: Respondent sděluje, že mu užívání drog v podstatě přineslo jen pozitiva: *Já to beru spíš jako pozitivní věc, já jsem, no tak jelikož jsem člověk, kterej rád vyzkouší všecko, tak jsem rád za tu zkušenost a vím, že ta zkušenost je blbá, proto dneska se tomu vyhejbám, nebo vyhejbám, nepotřebuju se tomu vyhejbat, nepotřebuju to, ale beru to jako pozitivní zkušenost, protože třeba, kdybych to nezkusil kdysi, tak mě to potká v budoucnu, a to bych nerad, protože to jsou špatný chvíle.* 00:10:18-0.

R2: Respondentka sděluje, že kromě jejího zdravotního stavu jí užívání drog přineslo spíše pozitiva. *„Pozitivního. Já jsem si užila, užila jsem si hodně, bavilo mě to, byla i sranda, některejch věcí lituju, ale některejch ne. Nelituju toho, že jsem se prostě, vím, že jsem se vyřádila a že už bych na to nešáhla. Bych se nemohla synovi podívat do očí, takže tuhle éru života mám za sebou, byla jsem mladá, hloupá, zvědavá prostě a určitě negativita to zdraví.* 00:12:28-8“

R3: Respondent sděluje, že mu užívání drog přineslo i pozitiva. „*Já jsem rád, že jsem to zkusil no, zkušenost dobrá, ale nebudu v tom pokračovat. 00:04:20-9*“

R4: Respondent sděluje, že užívání drog mu přineslo něco pozitivního ale i negativního. „*tak pozitivního, dá se říct, že asi to, že jsem si to fakt podle mě užil, jo, byla to jedna velká tříletá párty, jo a vlastně chtěl jsem říct, že nikdy jsme se nedostali do toho stádia, že by jsme se kvůli tomu pohádali, ale pak už vlastně ve finále k tomu konci už to tak docházelo jo, prostě už, už tam se řešili policajti a takovýchle věci. Už to nebylo hezký pro nikoho. Ale do té doby to bylo prostě fakt párty no a plus asi to, jak jsem říkal, že jsem si udělal obrázek o nějakých lidech, jakože, jo jako, vím, že jsem jim nikdy neudělal nic špatného, ale prostě jenom protože se to dozvěděli nebo doslechli, nebo víš, jak to chodí na malých městech. Tak to je taky vlastně pozitivní, tak nějak, že už aspoň vím, jaký jsou 00:16:45-9*“

Jako negativa respondent uvádí, že vlastně přišel o 3 roky života, které mohl využít produktivněji.

R5: Respondentka sděluje, že kromě jejího zdravotního stavu jí užívání drog přineslo spíše pozitiva. Dalo jí to dobrou zkušenost a díky tomu, že se dostala na vlastní nohy, je se svým životem nyní spokojená. Negativum vidí ve špatných vztazích jak s rodinou, tak okolím.

R6: Respondent uvádí, že díky drogám poznal svět z jiné stránky, ale určitě se bez drog dokáže obejít.

R7: Respondent uvádí, že mu užívání drog přineslo dobrou zkušenost do života, je rád, že to zkusil, a že dokázal včas přestat. K droze by se již nikdy nechtěl vrátit. Jako negativa sděluje, že kvůli užívání drog ztratil některé přátele.

R8: Respondent uvádí, že díky drogám se dostal na úplné dno, což ho donutilo změnit svůj život. Odstěhoval se do zahraničí, kde se naučil mluvit plynule anglicky, poznal nové přátele po celém světě a získal spoustu zkušeností. Jako negativum sděluje, že drogy ovlivnily jeho psychický stav a je díky nim více v depresích.

R9: Respondent uvádí, že díky užívání drog dospěl k duševnímu rozvoji, poznal svět jinými očima – při užívání často meditoval. Negativa shledává následující: „*Tak pozitivního málo co. Jsou to věci, který bych časem zjistil stejně, jenom to urychlilo proces a myslím si, že je na nějaký buněčný rovině, že prostě člověk rychlejc stárne po tom. Je to všechno urychlený prostě, metabolismus žejo, jedno s druhým, mozek a tak dál ted' se všechno, to se prostě unaví tím no. Co ti mám povídat no, není zdravý prostě tři noci nespát vid', nejíst a masturbovat, to jako.* 00:21:22-2“.

R10: Respondent sděluje, že užívání drog mu přineslo spoustu věcí – poznal věci, které na tom normální lidi nepoznají. Dále uvádí, že užívání drog mu vzalo rodinu, přišel o dobré přátele a dostal se na ulici. „*Co mi to dalo, tak dalo mi to spousta zas věci žejo, spousta věcí, poznal jsem to, co normální lidi nepoznal. A co mi to vzalo, vzalo mi to rodinu, dostal jsem se, dostal jsem se prostě na ulici. Co mi to dalo, dalo mi to spousta věcí samozřejmě. Poznal jsem věci, který na tom normální lidi nepoznají jo, a samozřejmě to mohlo taky rozvinout určitý vědomosti, ale spíš mě to sebralo takový ty vztahy jakoby rodinný jo a takový ty kamarády, jakože jsem měl opravdový kámoše nebo pár, který jako prostě o mě stáli, a to a o to všechno jsem vlastně přišel kvůli těm drogám.* 00:16:58-1“

R11: Respondentka uvádí: „*Negativního? No, to zdraví. To je hodně negativní. To, že jsem nedosáhla toho, čeho jsem chtěla a hodně jsem tím ublížila rodině. A to pozitivní, že člověk opravdu pozná sám sebe, jak je, jak se dokáže v různých situacích chovat.* 00:12:42-7.“

Všichni dotazovaní vypověděli, že užívání drog jim přineslo dobrou zkušenost do života, toto období si užívali a že jim tedy drogy přinesly i něco pozitivního. Dva respondenti uvedli, že díky drogám se dostali na úplné dno a díky tomu změnili od základů svůj život a jsou se svým životem téměř spokojeni. Jako negativa uvedlo pět respondentů, že se jim zhoršilo jejich zdraví. Jako další negativa poté jednotlivě uvádějí – promarněný čas, ztrátu přátel, rodiny a bydlení. I když respondenti na tom, že dříve užívali drogy, viděli spíše ta pozitiva, z jejich výpovědí je jasné, že tato zkušenost pro ně byla negativní a rozhodně by se do ní nechtěli dostat znovu. Tudíž tento jejich pozitivní pohled je vlastně negativní.

3.3. Shrnutí výsledků rozhovoru

V této kapitole jsou popsány i další otázky, které byly pokládány respondentům v průběhu rozhovoru. Tyto otázky jsou k nalezení v přílohách. První okruh otázek byl zaměřený na seznámení se s respondenty. Druhý okruh se zaměřoval na období užívání drog. Třetí okruh otázek řešil, jak se měnily vztahy s rodinou, okolím a prací/školou v důsledku užívání drog. Čtvrtý okruh otázek se zaměřoval na informace spojené s tím, zdali vyhledali respondenti odbornou pomoc. Pátý okruh se vztahoval k službám zaměřeným na pomoc drogově závislým. Poslední okruh otázek řešil období po užívání drog.

Prvním okruhem otázek jsou obecné otázky. Jejich předmětem bylo zjistit, kolik jim je let, zdali vyrůstali v úplné rodině, zdali studují či pracují a jaké je jejich nejvyšší dosažené vzdělání. Věkové rozmezí respondentů se pohybuje mezi 22–39 lety. Na otázku, zdali vyrůstali v úplné rodině, odpovídali respondenti následovně. Pět z nich uvedlo, že vyrůstali v neúplné rodině – jen s jedním rodičem. Čtyři respondenti uvedli, že vyrůstali v úplné rodině, ale vztahy v ní byly špatné. Pouze dva respondenti uvedli, že vyrůstali v adekvátních podmínkách. Mahdalíčková (2014) tvrdí, že pokud rodina nefunguje jak má a neposkytuje dítěti či mladistvým pocit bezpečí, oporu a neuspokojuje jejich potřeby sounáležitosti, vytváří tím podmínky pro vznik závislosti. Jedinec poté uspokojuje své potřeby prostřednictvím drog, protože mu to situace jinak neumožňuje. Dále byla pokládána otázka zaměřující se na jejich nejvyšší dosažené vzdělání. Jeden respondent má pouze základní vzdělání. Čtyři respondenti mají vystudovanou střední školu bez maturity, pět respondentů má vystudovanou střední školu s maturitou a jeden respondent má vysokoškolské vzdělání. Někteří respondenti v průběhu rozhovorů sdělili, že by chtěli mít vyšší vzdělání, ale díky drogám to nedokázali.

Druhý okruh otázek se zaměřoval na období užívání drog. Respondenti poprvé užili drogu v rozmezí 13–17 let. Jejich první užitou drogu byla ve všech případech marihuana – následující drogu, kterou užili také všichni dotazovaní, byl pervitin. Respondenti užívali řadu dalších drog: LSD, MDMA, opium, kokain, heroin, psilocybin, ketamin, meskalin. Nejčastěji drogu poprvé užili se svými přáteli, avšak třem respondentům drogu nabídl rodinný příslušník. Drogy respondenti užívali v průměru 10 let. Více než polovina respondentů užívala drogy také intravenózně. Zajímavé bylo,

že někteří respondenti si uvědomili svoji závislost až v průběhu rozhovoru. Ovšem 3 dotazovaní si ani dnes nepřipustili, že byli v minulosti na drogách závislí – i když drogy užívali několik let. U těchto 3 respondentů se jako u jediných nevyskytla recidiva při odvykání. Jak bylo již zmiňováno v kapitole drogová závislost, Nešpor (2007) tvrdí, že aby se mohla stanovit diagnóza závislost, musí se u člověka během uplynulého roku vyskytnout tři ze sedmi jevů – růst tolerance, odvykací příznaky, omezení jiných aktivit, trávení většiny času sháněním a užíváním drogy, recidiva při odvykání, užívání drogy déle než měl člověk v úmyslu a pokračování v užívání navzdory problémům (psychologickým, tělesným a sociálním). U jednoho respondenta, který tvrdil, že závislý nebyl, se však minimálně 3 jevy z předchozího seznamu objevily – tudíž byl také závislý. Důvodem, proč drogy poprvé respondenti vyzkoušeli, byla převážně zvědavost. V užívání drog pokračovali nejčastěji z důvodu vlivu okolí – pobývali v partě lidí, kteří drogy užívali a nechtěli se proto vyčleňovat.

Třetí okruh otázek se zaměřuje na to, jak drogy ovlivnily vztahy s rodinou, okolím a prací/školou. Jak se dalo předpokládat, v důsledku užívání drog se respondentům měnily jejich vztahy s rodinou. Téměř všichni vypověděli, že v době, kdy drogy užívali, měli s rodinou vztahy špatné. Dnes mají s rodinami již vztahy lepší. V době, kdy drogy užívali, cítili, že na ně okolí pohlíží jako na uživatele a přišli také o pár přátel. Více než polovina dotazovaných také uvedla, že stále cítí, že se na ně okolí dívá jako na bývalé uživatele. V případě, že respondenti v době užívání drog studovali, vypověděli, že drogy jejich studium ovlivnily. Avšak v případě že pracovali, měli na jejich práci drogy spíše pozitivní vliv. Odpověď na otázku, zdali užívání drog ovlivnilo jejich zdravotní stav, odpověděli všichni téměř shodně. Až na dvě výjimky byl jejich zdravotní stav negativně poznamenán. „R9: *Já si myslím, že ono to má právě takovej ten zpomalenej náběh, že vlastně ty to nevnímáš třeba hnedka po tom, co přestaneš, ale tři, pět let na to a tak. Jako zuby, určitě, když přestaneš, tak začnou teprve potom se rozpadat jako, takže ty zuby trpěj jako první, potom určitě další orgány, ledviny žejo hrozně dostávaly na frak, ty byly propalovaný, tyjo.00:16:53-5*“

Čtvrtý okruh otázek se týkal toho, zdali respondenti při odvykání vyhledali odbornou pomoc. Téměř všichni si při odvykání pomohli sami. Jeden respondent využíval terénní službu – konkrétně výměnu jehel a potřebného materiálu. Jedna respondentka skončila v léčebně. Dále jeden respondent pobýval rok v komunitě, účastnil

se detoxikace a pobýval v léčebně. Zajímalo mě, co pro ně bylo tím impulzem, díky kterému se rozhodli přestat užívat drogy. Dvě respondentky uvedly, že tím impulzem pro ně byl jejich špatný zdravotní stav – jedna se předávkovala a druhé popraskaly cévy po těle. Další dva respondenti sdělili, že tím impulzem pro ně byla láska – dostali na výběr buď jejich přítelkyně, nebo drogy. Dva dotazovaní skončili s drogami kvůli rodině, další, protože cítil, že se řítí do maléru. U dalšího byl impulz takový, že viděl, že na něj okolí pohlíží jako na uživatele drog a chtěl to změnit. Poslední respondent kvůli drogám přišel o vše – rodinu, přátelé a střechu nad hlavou, proto se rozhodl jít se léčit. „R1: přišlo mi to blbý, protože třeba díky kvůli tomu sportu, tak už i ty lidi a jenom jdeš po ulici a člověk je možná i trošku paranoidní, ale hlavně kvůli tomu sportu jako, prostě že, a ty lidi na tebe koukaj přes prsty a člověk to vnímá jako jo, tady jsme na malým městě a lidi si to řeknou – hele ten bere drogy a tohle, tak jako to mě vadilo nejvíc no, že ty lidi tě berou jako trošku na tý druhý koleji no. 00:07:26-7“. Sedm respondentů uvedlo, že člověku není pomoci, pokud si sám neuvědomí, že musí s drogami přestat. Další rady byly, aby si dotyčný našel jiný smysl života, s drogami vůbec nezačínal a jako poslední promluvit si s jeho rodinou či blízkými, a u nich požádat o pomoc. „R10: Tak hlavně ten člověk potřebuje, musí chtít sám žejo. Jako člověk nemůže přemlouvat někoho a toje. Já jsem furt, ikdyž jsem byl v léčebně, tak jsem furt závislej de facto, furt jsem nemocnej žejo, to máš jako alkoholik prostě a ty lidi to maj na furt prostě v sobě, co si budem povídat, takže tady jde o to, že ten člověk buď musí chtít sám a jako můžu člověka nasměrovat k nějaký terapii nebo k něčemu, k něčemu odbornýmu, ale nemůžu člověka přemlouvat a prostě nutit ho žejo, to člověk musí sám no. 00:15:58-9“.

Další okruh otázek se týkal služeb zaměřených na pomoc drogově závislým. Na tuto otázku. Většina odbornou pomoc nevyhledala, takže nemohli sdělit, jak tyto služby fungovaly a jak fungují dnes. Pouze jeden respondent dokázal porovnat fungování služeb a sděluje, že nyní fungují lépe.

Poslední okruh otázek byl zaměřený na období, kdy už respondenti drogy neužívali. Jelikož si většina respondentů pomohla při odvykání sama, nebyly otázky zaměřené na to, zdali jsou osoby v kontaktu s lidmi, co jim pomohli při odvykání, relevantní. Z výzkumu vyplynulo, že v případě, že jim někdo s odvykáním pomohl, udržují s těmito lidmi stále kontakt. Respondenti se shodli, že pro ně bylo užívání drog dobrou zkušeností. Jako negativní shledávají to, že jim to vzalo kus života a zhoršilo se

jim jejich zdraví. I když respondenti na tom že dříve užívali drogy, viděli spíše pozitiva, z jejich výpovědí je jasné, že tato zkušenost pro ně byla negativní a rozhodně by se do ní nechtěli dostat znovu, tudíž tento jejich pozitivní pohled je vlastně negativní.

Hlavní shrnutí výzkumných otázek

1. Respondenti začali užívat drogy v době, kdy byli náctiletí. Průběh užívání byl u všech téměř totožný. Drogu užívali převážně s přáteli ze zvědavosti. Chtěli se začlenit do party, proto v užívání drog pokračovali. Užívali obdobné drogy v průměru 10 let.
2. Vztahy v rodině a s jejich okolím byly u většiny špatné. V případě, že v době užívání studovali, drogy jejich studium ovlivňovaly negativně. V případě, že již pracovali, vypovídali převážně, že v práci byli výkonnější či je to nijak neovlivňovalo.
3. Situace s rodinou se u většiny zlepšila. Někteří stále cítí, že mají nálepkou bývalého uživatele drog. Pracovně je dřívější užívání drog nelimituje.
4. Odbornou pomoc vyhledali pouze dva respondenti – léčebna, detoxikace, komunita.
5. Většina nevyhledala odbornou pomoc, tudíž nedokázali na tuto otázku odpovědět. Pouze jeden dokázal tyto služby porovnat a vypověděl, že služby prošly vývojem a dnes fungují lépe.
6. Respondenti si při odvykání převážně pomohli sami. V případě že pomoc vyhledali, jsou v kontaktu s lidmi, kteří jim pomohli.
7. Užívání drog přineslo dotazovaným dobrou zkušenost do života. Negativa vidí spíše jen ve zhoršení jejich zdravotního stavu. Z rozhovorů však vyplynulo, že by se k drogám už nechtěli vracet a tím pádem to, co oni berou jako pozitivní, je naopak negativní zkušenost.

Závěr a diskuze

Tato diplomová práce s názvem Retrospektivní pohled uživatelů drog se zaměřovala na problematiku užívání drog a následný dopadem na jejich uživatele. K dosažení vytyčených cílů byly podniknuty rozhovory s jedinci, kteří v minulosti užívali drogy.

Hlavním cílem této práce bylo zjistit, jak dnes již vyléčený člověk vnímal svoji závislost. Pomocí rozhovorů bylo zkoumáno, jak bývalí uživatelé zpětně pohlížejí na svoji závislost – byly zjišťovány informace o začátku a průběhu závislosti. Cílem bylo také zjistit, jakým způsobem ovlivnilo užívání drog jejich život ohledně vztahů s rodinou okolím a zda drogy ovlivnily jejich studium či práci. Předmětem bylo také zjistit, jak se užívání drog promítlo do jejich dnešního života. Dále byl kladen důraz na to, zdali respondenti vyhledali odbornou pomoc a jak vnímali fungování služeb zaměřených na pomoc drogově závislých. Dalším cílem bylo zjistit, zda respondenti udržují kontakt s lidmi, kteří jim pomohli při odvykání a jestli na užívání drog shledávají nějaká pozitiva či negativa. K dosažení cílů bylo vytyčeno sedm výzkumných otázek.

Dle odborné literatury byla formulována základní terminologie, která se týká problematiky drog. Podrobněji je popisováno, co je to droga a její rozdělení. Dále je popisována drogová závislost, její vznik, prevence a důsledky. V neposlední řadě je popisován vývoj drogové situace v letech 2013–2018. Hlavní kapitolou je sociální práce s uživateli drog, kde jsou popsány teorie a modely sociální práce a formy odborné pomoci, které jsou důležité pro práci s drogově závislými. Myšlenky autorů popisované v teoretické části, byly začleněny do vlastního výzkumu. Díky polostrukturovaným rozhovorům bylo získáno dostatečné množství dat, které jsem následně analyzovala a vyhodnotila. Analýzou dat bylo dosaženo odpovědí na výzkumné otázky.

První výzkumná otázka, která byla zaměřena na to, jak bývalí uživatelé drog retrospektivně pohlížejí na jejich užívání, sloužila k popsání drogového života respondentů, dopadla následovně. Respondenti poprvé užíli drogu v rozmezí 13–17 let. První užitou drogou byla u všech dotazovaných marihuana. Díky tomu, že se většina dotazovaných znala, byl jejich průběh užívání drog podobný. Všichni dotazovaní užívali také pervitin. V kapitole rozdělení drog, byla tato droga popisována, ohledně jejího

dopadu na život jedince dle paní Ganeri (2001). V případě několika respondentů se potvrdilo tvrzení, že dlouhodobé užívání drogy časem způsobuje psychické problémy. Zajímavým zjištěním bylo, že respondenti vypověděli, že poté, co přestali drogy užívat, začali pít alkohol – dalo by se tedy říci, že vyměnili jednu závislost za druhou. Předpokladem bylo, že poprvé drogu užili s kamarády a to z důvodu zvědavosti či tlaku okolí – tento předpoklad se potvrdil a bylo dosaženo stejných závěrů, ke kterým dospěla paní Mahdalíčková (2014). Ve svém díle s názvem: Víme o drogách všechno? uvedla, že děti a mladiství jsou ovlivňováni společenskými skupinami, do kterých patří. Respondenti také vypověděli, že v užívání drog pokračovali zejména kvůli tomu, že chtěli patřit do určité skupiny osob a obávali se, že pokud drogy nebudou také užívat, budou ze skupiny vyčleněni. Za zmínku stojí myšlenka pana Hajného (2003), který ve své publikaci uvádí, že vznik závislostí může být zapříčiněn špatnými vztahy v rodině či její neúplností a pana Kudrleho (2008), který popsal bio-psycho-socio spirituální model sociální práce. Důležitá je zde sociální úroveň – tedy vlivy okolí na jedince v dospívání. Obě tyto teze můžeme potvrdit, jelikož více než polovina respondentů vyrůstala v neúplné rodině a v případě že v úplné rodině vyrůstali, vztahy v ní převážně nebyly dobré. Většina dotazovaných si uvědomovala, že jsou na drogách závislí a vypověděli, že droga byla jejich hlavním smyslem života. Tím se tedy potvrzuje myšlenka, kterou popisují v kapitole drogové závislosti. Dle pana Proudfoot (2016) závislost poskytuje lidem účel – závislý poté přesně ví, co bude každý den dělat a co musí udělat pro to, aby drogu získal, a to strukturuje a určuje jeho život.

Druhá výzkumná otázka zjišťovala, jakým způsobem ovlivnilo užívání drog jejich život ohledně vztahů s rodinou okolím a zda drogy ovlivnily jejich studium či práci. Mým předpokladem bylo, že užívání drog negativně poznamenalo jejich vztahy s rodinou, okolím a jejich studium či práci. V kapitole důsledky závislosti dle pana Rotgerse (1999) je zmíněno, že důsledky mohou být právní, sociální či psychické. Předpoklady se téměř naplnily, jelikož více než polovina dotazovaných uvedla, že drogy měly negativní vliv na vztahy s rodinou, okolím a školou. Většina dotazovaných prodávala omamné látky, čtyři respondenti dokonce uvedli, že doma kradli peníze a většina se odcizila od svých přátel a rodiny. Zajímavým zjištěním bylo, že v případě, že respondent již pracoval, měly drogy spíše pozitivní vliv na jejich práci.

Další výzkumnou otázkou bylo, jak se užívání drog promítlo do jejich dnešního života. U většiny respondentů se vztahy s rodinou zlepšily. Dnes již všichni respondenti pracují a nemají téměř žádné problémy. Více než polovina respondentů uvádí, že se na ně okolí stále dívá jako na bývalé uživatele. Předpokladem bylo, že drogy poznamenaly zdravotní stav respondentů. S tímto souvisí psychiatrický důsledek užívání drog, který popisují dle Rotgerse (1999). Jedinec zažívá při užívání drog změny duševního stavu – úzkost, depresi, nespavost či myšlenky na sebevraždu. Toto tvrzení se potvrdilo, jelikož kromě dvou dotazovaných měli respondenti zdravotní problémy – deprese, výkyvy nálad, myšlenky a pokus o sebevraždu či zmatenost.

Čtvrtá výzkumná otázka, která se zaměřovala na to, zda respondenti vyhledali při odvykání odbornou pomoc, dopadla následovně. Odbornou pomoc vyhledali pouze dva respondenti. První z nich využila pomoc psychiatra a skončila nedobrovolně na léčení. Druhý z nich pobýval také na léčení, využil detoxikaci a poté rok pobýval v komunitě. Je zajímavé, že se většina z dotazovaných ze své závislosti dostala bez cizí pomoci. Cílem bylo také zjistit, jaké řešení stejné situace by doporučili svému příteli. Díky tomu, že se oni ze svých závislostí dostali sami, odpovídali téměř shodně, že člověku není pomoci. Takový člověk si musí uvědomit, že drogy užívat nechce a závislosti se zbavit sám. Při volbě jiného vzorku respondentů, kteří by vyhledali odbornou pomoc při odvykání, by tato otázka mohla dopadnout zcela odlišně. Mohl se zde projevit problém sociální bubliny.

Pátá výzkumná otázka byla zaměřená na to, jak respondenti vnímali tehdejší fungování služeb zaměřených na pomoc drogově závislých a jak to vnímají dnes. Pouze jeden respondent dokázal porovnat fungování služeb. Jelikož respondent užíval drogy v 90. letech, sděluje, že dnes služby fungují lépe a mají širší pokrytí po celé České republice. Ostatní se o toto téma nezajímali. Kdyby byli zvoleni jiní respondenti – jak již zmiňují výše – mohlo být dosaženo jiných výsledků.

Na tento předpoklad navazuje následující výzkumná otázka, která zjišťovala, zda jsou respondenti v kontaktu s lidmi, kteří jim pomohli při odvykání. Díky tomu, že většina dotazovaných odbornou pomoc nevyhledala, nemohou s nikým kontakt udržovat. Avšak v případě že pomoc vyhledali, s těmito lidmi kontakty udržují.

Poslední výzkumná otázka zkoumala, co respondentům užívání drog vzalo a zda jim naopak užívání drog i něco přineslo. Většina respondentů shledávala tehdejší užívání drog za dobrou životní zkušenost, některé dotazované přivedlo užívání drog na úplné dno, díky čemuž změnili svůj život a nyní jsou téměř spokojeni. Z jejich tvrzení ovšem vyplívá, že tato zkušenost pro ně byla spíše negativní, jelikož zjistili, že jim užívání drog ublížilo a nechtěli by drogy znovu užívat. Jako negativum shodně vypověděli, že drogy ovlivnily jejich zdravotní stav.

Domnívám se, že drogová problematika je v dnešní době stále aktuálním tématem. Cíle práce byly naplněny, díky odpovědím na výzkumné otázky. Zvolená kvalitativní metoda se osvědčila. Díky polostrukturovaným rozhovorům bylo získáno dostatečné množství dat, která přinesla poměrně neočekávané výsledky. Je to nejspíše díky tomu, že vybraní respondenti si prošli spíše lehčí formou závislosti. Praktickým přínosem práce je to, že respondenti nevyhledali odbornou pomoc při odvykání a raději si pomohli sami. Při dalším výzkumu by bylo vhodné zaměřit se na určité prvky výzkumu, o kterých nebyly zjištěny adekvátní výsledky. Například na formy odborné pomoci a zjistit hlubší důvody, proč dotazovaní tuto cestu při odvykání ne zvolili a na porovnání funkčnosti služeb zaměřených na pomoc drogově závislých. Dále by rozhovory bylo vhodné provést i u sociálních pracovníků, kteří s drogově závislými pracují, aby bylo dosaženo širšího poznání zkoumané skutečnosti.

Seznam použité literatury

ADAMEČEK, David; RICHTEROVÁ-TĚMÍNOVÁ Martina; KALINA Kamil. Rezidenční léčba v terapeutických komunitách. In KALINA, Kamil a kol., *Drogy a drogové závislosti 2 – mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 201–207. ISBN 80-86734-05-6.

BARNARD, Marina. *Drug Addiction and Families*. London: Jessica Kingley Publishers London and Philadelphia [online]. 2007. [cit. 16. 5. 2020]. 175 s. ISBN 1846425654.

Dostupné z: https://books.google.cz/books?hl=cs&lr=&id=e-4PBQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&ots=rRz0WqT3Rn&sig=t-pyQc7_TnWRyrAVEbeAiec5SRA&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

BURKHART, Gregor; SLOBODA, Zili; LEE, Jeff. *European Prevention Curriculum: a handbook for decision-makers, opinion-makers and policy-makers in science-based prevention of substance use*. Luxembourg: Publications Office of the European Union [online]. 2019. [cit. 3. 6. 2020]. 170 s. ISBN 978-92-9497-417-4. Dostupné z: https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11733/20192546_TDMA19001ENN_PDF.pdf

BEDNÁŘOVÁ, Zdena. Streetwork. In MATOUŠEK, Oldřich a kol., ed. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. s. 169–178. ISBN 80-7178-548-2.

DRUGAWARE. [online]. 1996. [cit. 3. 4. 2020]. Dostupné z: <https://drugaware.com.au/>

GANERI, Anita. *Drogy: od extáze k agonii*. Praha: Amulet, Alfabet, 2001. 154 s. ISBN 80-86299-70-8.

HAJNÝ, Martin. *O rodičích, dětech a drogách: drogy a jejich účinky, rizika zvyšující užívání drog, léčba, problémová situace*. 1. vyd. Praha: Grada, 2001. 133 s. ISBN 80-247-0135-9.

HAJNÝ, Martin. Rodinné faktory vzniku a rozvoje závislosti. In KALINA, Kamil a kol., *Drogy a drogové závislosti 1 – mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 135–139. ISBN 80-86734-05-6.

HAMPL, Karel. Lékařská ambulantní péče o závislé. In KALINA, Kamil a kol., *Drogy a drogové závislosti 2 – mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 172–178. ISBN 80-86734-05-6.

HARTL, Pavel. Poradenství. In MATOUŠEK, Oldřich a kol., ed. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. s. 83–116. ISBN 80-7178-548-2.

HRDINA, Petr. Harm Reduction – Snižování poškození drogami. In KALINA, Kamil a kol., ed. *Drogy a drogové závislosti 1 – mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 263–268. ISBN 80-86734-05-6.

KAPPL, Miroslav. Kognitivně-behaviorální teorie a kognitivně-behaviorální terapie (KBT). In: MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Encyklopedie sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál. 2013. s. 17–19. ISBN 978-80-262-0366-7.

KALINA, Kamil. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada, 2008. 388 s. ISBN 80-247-1411-6.

KALINA, Kamil a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti 1 – mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. 319 s. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, Kamil a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti 2 – mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. 343 s. ISBN 80-86734-05-6.

Kolektiv autorů sdružení SANANIM. *Otázky a odpovědi*. Praha: Portál, 2007. 200 s. ISBN 978-80-7367-223-2.

KUDA, Aleš. Následná péče, doléčovací programy. In KALINA, Kamil a kol., *Drogy a drogové závislosti 2 – mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 208–213. ISBN 80-86734-05-6.

KUDRLE, Stanislav. Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. In KALINA, Kamil a kol., ed. *Drogy a drogové závislosti 1 – mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 91–94. ISBN 80-86734-05-6.

KUDRLE, Stanislav. Trauma a závislost. In KALINA, Kamil a kol., ed. *Drogy a drogové závislosti 1 – mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 130–134. ISBN 80-86734-05-6.

- LUCKÁ, Yvonna. Krizová intervence. In MATOUŠEK, Oldřich a kol., ed. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. s. 119–134. ISBN 80-7178-548-2.
- MAHDALÍČKOVÁ, Jana. *Víme o drogách všechno?* 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer, 2014. 122 s. ISBN 978-80-7478-589-4.
- MARÁDOVÁ, Eva. *Prevence závislostí*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. 28 s. ISBN 80-86991-70-9.
- MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Encyklopedie sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál. 2013. 570 s. ISBN 978-80-262-0366-7.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Základy sociální práce*. Praha: Portál, 2007. 309 s. ISBN 978-80-7367-331-4.
- MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. 378 s. ISBN 80-7178-548-2.
- MATOUŠEK, Oldřich; KODYMOVÁ, Pavla; KOLÁČKOVÁ, Jana. eds. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 2. vyd. Praha: Portál, 2010. 352 s. ISBN 978-80-7367-818-0.
- MINAŘÍK, Jakub. Stimulancia. In: KALINA, Kamil a kol., ed. *Drogy a drogové závislosti 1 – mezioborový přístup*. 1.vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 164–168. ISBN 80-86734-05-6.
- MÜLEROVÁ, Pavlína; MATOUŠEK, Oldřich; VONDRÁŠOVÁ Andrea. Sociální práce s uživateli drog. In MATOUŠEK, Oldřich; KODYMOVÁ, Pavla; KOLÁČKOVÁ, Jana ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 2. vyd. Praha: Portál, 2010. s. 211–225. ISBN 978-80-7367-818-0.
- NAVRÁTIL, Pavel. Humanistické a existenciální teorie. In: MATOUŠEK, Oldřich, ed. *Základy sociální práce*. Praha: Portál, 2007. s. 201-213. ISBN 978-80-7367-331-4.
- NAVRÁTIL, Pavel. *Teorie a metody sociální práce*. 1. vyd. Brno: Zeman. 2001. 168 s. ISBN 80-903-0700-0.
- NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál, 2007. 173 s. ISBN 978-80-7367-267-6.

NEŠPOR, Karel. Detoxikační jednotky. In KALINA, Kamil a kol., *Drogy a drogové závislosti 2 – mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 190–193. ISBN 80-86734-05-6.

PROUDFOOT, Jesse. Drugs, addiction, and the social bond. *Geography Compass*, 11 (7) [online]. 2017. [cit. 5. 5. 2020]. 16 s. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/gec3.12320>

ROTGERS, Frederick. *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada, 1999. 264 s. ISBN 80-7169-836-9.

Ppřap. TRUTNOVSKÝ, Martin, vrchní asistent Policie České republiky. Rozhovor o vývoji drogové situace na území Novobydžovska. *Nový Bydžov* 18. 6. 2020.

Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2013 [Annual Report on Drug Situation 2013 – Czech Republic]. Praha: Úřad vlády České republiky [online]. 2013. [cit. 12. 6. 2020]. 193 s. ISBN 978-80-7440-109-1. Dostupné z: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/1347/626/VZ-2013.pdf

Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2014 [Annual Report on Drug Situation 2014 – Czech Republic]. Praha: Úřad vlády České republiky [online]. 2014. [cit. 12. 6. 2020]. 217 s. ISBN 978-80-7440-134-3. Dostupné z: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/23496/700/VZ_drogy_2014_fin03_v160202.pdf

Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2015 [Annual Report on Drug Situation 2015 – Czech Republic]. Praha: Úřad vlády České republiky [online]. 2015. [cit. 12. 6. 2020]. 266 s. ISBN 978-80-7440-156-5. Dostupné z: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/32232/780/VZ_2015_fin_web_vc-opr-tab-3-1_v04.pdf

Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2016 [Annual Report on Drug Situation 2016 – Czech Republic]. Praha: Úřad vlády České republiky [online]. 2016. [cit. 12. 6. 2020]. 257 s. ISBN 978-80-7440-200-5. Dostupné z: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/32732/786/VZ_2016_drogova_situace_v_CR.pdf

Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2017 [Annual Report on Drug Situation 2017 – Czech Republic]. Praha: Úřad vlády České republiky [online]. 2017. [cit. 12. 6. 2020]. 275 s. ISBN 978-80-7440-219-7. Dostupné z: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/32962/837/VZdrogy2017_web181207.pdf

Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2018 [Annual Report on Drug Situation 2018 – Czech Republic]. Praha: Úřad vlády České republiky, [online] 2018. [cit. 12. 6. 2020]. 246 s. ISBN 978-80-7440-237-1. Dostupné z: https://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/VZdrogy2017_web181207.pdf

Seznam tabulek

Tabulka č. 1. – Vývoj drogové situace v roce 2013-2018 (prevalence v posledních 12 měsících příslušného roku)

Tabulka č. 2. – Transformační tabulka

Přílohy

Příloha č. 1 – Scénář rozhovorů

Příloha č. 2 – Přepis rozhovoru

Scénář rozhovoru

Před provedením rozhovoru byly stanoveny jednotlivé otázky, které byly potřebné k získání odpovědí na výzkumné otázky.

1. Obecné otázky

Kolik Vám je let?

Jaké je vaše dosažené vzdělání?

Studujete či pracujete?

Vyrůstal/a si v úplné rodině?

2. Období užívání drog

Z jakého důvodu jste poprvé zkusil/a drogu?

S kým jste poprvé zkusil/a drogu?

V kolika letech jste poprvé zkusil/a drogu?

Vzpomenete si, z jakého důvodu jste pokračoval/a v užívání drog?

Kdy jste si uvědomil/a, že jste závislý?

Jaké drogy jste užíval/a?

Jak často jste užíval/a drogy?

Jak dlouho jste užíval/a drogu a kdy jste drogu užil/a naposledy?

Projevila se u Vás recidiva při odvykání?

3. Vztahy s rodinou, okolím a prací/školou při a po závislosti

Vzpomenete si, jaké jste měl/a vztahy s rodinou v průběhu závislosti a jak tuto situaci ovlivnilo užívání drog?

Vzpomenete si, jak se změnili vztahy s vaším okolím v důsledku užívání drog?

Vzpomenete si, zdali ovlivnilo užívání drog nějakým způsobem Vaše studijní výsledky či Vaši tehdejší práci?

Jaké máte nyní vztahy v rodině?

Chovají se k Vám blízcí přátelé či známí jinak z důvodu toho, že jste v minulosti užíval/a drogy?

Ovlivňuje tehdejší užívání drog Vaše studium/práce?

Ovlivnilo tehdejší užívání drog Váš následný zdravotní stav?

4. Forma pomoci

Vyhledali jste při odvykání odbornou pomoc? Pokud ano, jakou?

Co pro Vás bylo impulzem vyhledat odbornou pomoc?

Postačila Vám k odvykání pomoc od rodiny či přátel?

Jaké řešení této situace byste doporučili svému příteli?

5. Služby na pomoc drogově závislých

Jak dle Vás fungovaly služby zaměřené na pomoc drogově závislých v době, kdy jste užíval drogy?

Jak dle Vás fungují služby na pomoc drogově závislým?

Vidíte nějaké proměny/změny ve fungování těchto služeb? Popřípadě v čem?

6. Období po užívání drog

Jste v kontaktu s pracovníky, kteří Vám pomohli při odvykání?

Jste v kontaktu s lidmi, které jste poznal/a při odvykání? Podporujete se vzájemně při abstinenci?

Co negativního shledáváte na tom, že jste v minulosti užíval/a drogy?

Co pozitivního shledáváte na tom, že jste v minulosti užíval/a drogy?

Přepis rozhovoru

T: Takže já tě poprosím, jestli by se mi mohl krátce představit, jako kolik ti je let?
00:00:03-8

R10: Takže je mě 29 let. 00:00:05-8

T: Tvoje nejvyšší dosažený vzdělání? 00:00:07-9

R10: Já jsem vyučen fotograf. 00:00:09-9

T: Vyrůstal jsi v úplný rodině s oběma rodiči? 00:00:14-8

R10: Ano, úplný rodině. 00:00:15-9

T: A teďka pracuješ? 00:00:18-5

R10: Teď pracuju. 00:00:19-7

T: Dobře. Takže z jakýho důvodu jsi poprvý zkusil drogu? 00:00:24-3

R10: Bylo to poprvý v devatenácti letech a úplně, byla to vlastně moje zvědavost, byl jsem od jakživa zvědavěj a všechno mě zájímalo, všechno jsem chtěl zkusit. 00:00:35-0

T: A s kým jsi poprvý užil tu drogu? 00:00:38-5

R10: Tu drogu jsem poprvý užil defakto sám, sám. 00:00:45-3

T: Sám? 00:00:45-5

R10: Sám. 00:00:46-5

T: A jak ses k tomu dostal? 00:00:47-4

R10: Dostal jsem se k tomu úplně čirou náhodou, protože už, já nevím, od patnácti let, od čtrnácti let jsem kouřil marihuanu a vlastně defakto, byl to, jednalo se většinou o alkohol a o tu trávu a pak v devatenácti letech mě byla nabídnuta ta droga, jakože pervitin a tak jsem si říkal, že to prostě zkusím, byl jsem sám, nevěděl jsem co to dělá, nevěděl jsem jaký to má následky, jaký to má stavy, tohleto, takže, takže tak. 00:01:21-0

T: A tu marihuanu jsi zkusil v kolika teda poprvý? 00:01:23-8

R10: Poprvý jsem to zkusil ve čtrnácti letech. 00:01:26-5

T: A s kým teda? 00:01:28-4

R10: S kým? To bylo s kamarádem. 00:01:30-4

T: A co tě vedlo k tý trávě? 00:01:33-4

R10: Zase všechno zvědavost. 00:01:36-4

T: Jasný. A vzpomeneš si, proč jsi pokračoval v tom užívání jak v tý trávě, tak v tom pervitinu? Proč jsi jako jenom to nezkusil, ale pokračoval? 00:01:46-7

R10: Asi mě to nestačilo jakože prostě tráva, tak byla tráva žejo, tohleto. Vždycky mě to nějak tak jako zajímalo prostě ty lidi prostě, který užívaj, vlastně co z toho maj, vlastně mě furt zajímalo odjakživa, jako co z toho ty lidi maj a to, takže jsem to chtěl vyzkoušet jakoby na sobě, abych věděl, co to teda vlastně těm lidem dává. 00:02:09-8

T: A když si zpětně vzpomeneš na to období, tak jakoby jak to začínalo? Co jsi užíval? Jak dlouho si co užíval? Jak často? 00:02:20-5

R10: Hele začalo to v těch devatenácti letech, to jsem začal vlastně s tím pervitinem, od těch čtrnácti let už jsem pil alkohol normálně, pak k tomu přišla ta tráva, to šlo do těch

devatenácti let, já jsem mezi tím hodně sportoval, takže vlastně já jsem měl plnou rodinu, všechno prostě, mě nic nechybělo, byl jsem dobře vychovávaný, žádný průsery jsem nedělal a no, v devatenácti letech, když jsem to vlastně vyzkoušel poprvý, tak to bylo takový to bum žejo, prostě něco nového úplně, něco, co prostě člověk nezná. No, jenom že to bylo vlastně začátek konce defakto. Takže tím to začalo a rozjelo se to na plný koule.
00:03:07-0

T: A jak teda dlouho jsi užíval ten pervitin? 00:03:09-5

R10: Od těch devatenácti do těch dvaceti osmi. 00:03:15-4

T: A jak často? 00:03:17-8

R10: No, ze začátku to bylo jednou za měsíc, pak jednou za tejdny, pak už skoro každý den. 00:03:24-6

T: A kdy sis uvědomil, že seš závislej? 00:03:28-0

R10: Kdy jsem si uvědomil? No, až když jsem vlastně přišel o přátelé, o přítelkyni, skoro o rodinu, zůstal jsem sám a dostal jsem se i v podstatě skoro na ulici, takže pak si člověk uvědomil, že vlastně něco není v pořádku a že by s tím měl něco dělat. No tak přišly léčebny nějaký, první léčebna přišla před dvouma lety, to jsem vlastně nastoupil do Havlíčkova Brodu, tam jsem vlastně strávil měsíc a půl s tím, že jsem si myslel, že jsem vlastně vyléčený, že je všechno v pohodě. Přišel jsem ven, venku jsem to vydržel tak ty čtyry tejdny, pak jsem poznal závislou holčinu jednu, která prostě mě zase dostala defakto, když to řeknu takhle, do sraček a šlo to na novo, šel jsem zase do léčebny, ale s tím, že už vlastně jsem šel jenom na detox a přemýšlel jsem o komunitě, do který jsem se vlastně dostal. 00:04:31-0

T: Na tom druhým léčení, tam jsi byl jak dlouho? 00:04:34-6

R10: Na to, tam to byl detox, tam jenom šlo o to, aby se člověk vyčistil prostě od alkoholu,

od marihuany, od pervitinu a aby mohl nastoupit na léčení, prostě jako, aby prostě byl vyčištěnej od tady toho. 00:04:50-6

T: A ta komunita, jak to tam probíhalo? 00:04:52-9

R10: Komunita? No, to je takovej tábor. To je vlastně jako když jedeš na vojnu v podstatě. Je to že tam si vlastně člověk řeší věci sám prostě, stará se sám o sebe, akorát tam jsou terapeuti, který s tebou mluvej, řešej osobní problémy a jde o to, že vlastně člověk je zaměstnanej, aby nepřemejšlel nad, když to řeknu takhle, nad nějakajma blbostma, nad nějakajma, nad fetováním žejo, když to řeknu takhle. Člověk je tam zaměstnanej, pracuje tam a stará se tam sám o sebe a dostává tam vlastně od terapeutů takovou tu pomoc, aby si člověk prostě uvědomil, jak je vlastně, nebo aby si člověk vlastně ten život, tam v té komunitě, aby navázal na to, že jde i žít bez drog. Takže ta komunita tě má vlastně navést zase k tomu jakoby normálnímu životu bez nějakaj návykovejch látek. 00:05:52-5

T: A byl jsi tam spokojenej? 00:05:55-1

R10: Mě se tam líbilo úplně fajne, poznal jsem tam spoustu lidí, spoustu lidí jsem tam poznal a jsou lidi, se kterýma si volám, se kterýma, teď tam jedu vlastně i na slučku komunity s terapeutama, suprová práce a je to prostě o něčem jiným. Jde o to, že tam je prostě člověk, jak bych to řekl, je tam vlastně v chráněný oblasti, kde prostě nemá ani pomyslení na to, aby člověk prostě fetoval nebo chlastal nebo to no, člověk je tam furt zaměstnanej, takže práce, sportování, turistika a tak dále. 00:06:40-3

T: Takže s tou komunitou a s těma terapeutama stále seš jako nějak v kontaktu jo? 00:06:44-1

R10: Jsem v kontaktu, určitě. 00:06:45-1

T: A vlastně, jestli víš, jak fungovaly služby na pomoc třeba těch drogově závislejších, v době, když jsi užíval a jestli třeba vidíš třeba jako nějakaj progress, jako jestli se to zlepšilo? 00:07:01-3

R10: Takhle, já jsem dřív nevěděl, nebo jsem nevěřil tomu, že by prostě to mohlo pomoci lidem, ani jsem vlastně o tom nevěděl. Pak, už když jsem byl vlastně v průseru žejo, ve sračkách, tak a dostal jsem se do té léčebny a do té komunity, tak člověk vlastně zjistí, že to má smysl a že vlastně ty lidi, který prostě opravdu chtějí žít normální život a dostat se z toho, že to má smysl, takže to, můžu říct, že to není žádná, žádněj, že to není promarněnej vlastně čas. 00:07:33-4

T: Jak jsi byl teda na těch teda třech léčení, tak to jsi byl vždycky dobrovolně? 00:07:38-6

R10: Ano. 00:07:39-1

T: Dobrovolně jsi tam byl. A tak se vrátíme zpátky. Jakou teda veškerou odbornou pomoc si vyhledal? 00:07:49-5

R10: Já odbornou, vlastně jenom přes tu komunitu a vlastně přes to léčení. Pak už, když jsem přišel teď z té poslední komunity vlastně, to je před rokem, už si nevzpomínám přesně, kolikátýho jsem vyšel, je to rok, co jsem vlastně vyšel z té komunity, no a tak snažím se sám prostě, já jsem dřív ani pořádně neprcoval, protože ani jsem na to neměl, byl jsem psychicky z toho zdeptanej vlastně z těch drog a to, i zavrženej jakoby, zavrženej lidmi, jak bych to řekl, společností, takže a hlavně jsem ani neviděl smysl toho života vlastně, takže já jsem přišel z komunity, našel jsem si přítelkyni a s tím, že jsem si našel ženskou a práci, tak začal ten život dávat smysl, že vlastně, nejsem vlastně sám, že mám prostě na koho se obrátit, s kým si poradit a s kým prostě ten život sdílet a tak dále. 00:09:03-5

T: A ještě se tě zeptám, jaký teda všechny drogy jsi zkoušel a jakým způsobem? 00:09:08-4

R10: Hele úplně skoro všechno, kromě toho heráku, nitrožilně jsem to vyzkoušel, normálně šňupal jsem pervitin, LSD, taneční drogy, houby prostě, halucinogeny, všechno. 00:09:27-0

T: Takže všechno. 00:09:28-4

R10: Takže všechno. 00:09:29-2

T: Dobře. A využíval jsi třeba nějaký terénní ty služby? 00:09:34-3

R10: Věděl jsem o tom, ale nějak mě to nezajímalo. 00:09:37-7

T: Takže jsi nevyužíval třeba na výměnu těch injekčních... (nedokončená věta) 00:09:39-9

R10: Ne ne, já jsem nebyl, já jsem nebyl, nebyl jsem uživatel nitrožilního užívání, jenom jsem to párkrát vyzkoušel, abych věděl, samozřejmě zas jako jakéj je v tom rozdíl, když to člověk vlastně užívá šňupáním žejo prostě. 00:09:57-9

T: A teda říkal jsi, že s rodinou to bylo blbý v té době. Vzpomeneš si, jak to probíhalo? Měly ty drogy vlastně vliv na ten vztah s tou rodinou? 00:10:11-9

R10: Určitě na všechno. Člověka to změní no, já jelikož jsem dřív sportoval a byl jsem sportovně nadanej, sporty mě šly a todlecto, takže vlastně jednalo se o to, že když jsem začal brát drogy, tak mě vlastně ty drogy začaly naplňovat nějakým způsobem náplň života, než, jakoby uspokojení toho života než, nějaký sporty a todlecto no. 00:10:38-9

T: A jak to máš s rodinou teďka? 00:10:41-3

R10: S rodinou? Super. Rodina vidí, že prostě se snažím, že jsem se dal do kupy, že prostě chci žít a že to byl prostě jenom nějaká mladistvá nerozvážnost, která prostě mě dohnala k tomu, co jsem já udělal, nebo dělal. 00:11:02-0

T: Máš jako nějaký konkrétní případy? Jako co jsi dělal? Kvůli čemu jako na tebe byla rodina jako teda naštvaná? 00:11:09-7

R10: Jo, tak určitě jsem taky ukradl nějaký peníze, to tam taky bylo. Hlavně, tak já jsem to měl s rodinou takový těžší no, já to taky nemám jako, rodiče jsou taky jako složitější případ ikdyž jsem žil v úplný rodině, tak jako to tam taky úplně nefungovalo, co si budem povídat, takže možná i to mělo dopad na to, že ta rodina nebyla tak jakoby, tak jak by asi mě to vyhovovalo, nebo prostě to nebylo úplně super v té rodině, jak by to mělo bejt. 00:11:47-7

T: A říkal jsi teda, že jsi cejtil, nebo že ty kamarádi, že se na tebe jako vykašlali, to bylo v důsledku těch drog? 00:11:55-0

R10: Tak člověk, když má, když člověk užívá ty drogy a má ty drogy u sebe, tak má spousta kamarádů a když už na ty drogy se člověk vysere žejo, nechce to mít, nechce mít s tím nic společnýho, tak najednou zjistí, jak vlastně ty, vlastně zjistí, co těm lidem, vlastně o co jim vlastně šlo jo, v podstatě něšlo ani o mě, ani o můj charakter nebo to, ale vlastně tam furt jen se jednalo o to prostě člověka stáhnout, aby ty druzí, nebo ty rádoby kamarádi, prostě aby měli někoho, s kým by mohli fetovat, užívat. 00:12:29-7

T: A cejtíš jako nějakou změnu třeba v dnešku? Jakože by nějaký lidi se k tobě chovali jinak, kvůli tomu, že jsi prostě byl v tom léčení? 00:12:39-1

R10: Hele, člověk, takhle, já v podstatě když to řeknu takhle. Kamarády, moc kamarádů nemám už a jsou lidi, který mě zavrhl, jsou lidi který prostě mě znaj od mala, který věděj prostě jakej jsem a to. Jde o to prostě, no jde o to se tomu vyhejbat no, těm drogám, protože to fakt není charakter a o to jde no, není to charakter no člověka. 00:13:07-6

T: A poznamenalo tě nějak jako užívání drog? Tvůj nějaký duševní, nebo prostě, duševní stav? 00:13:14-6

R10: No, spíš po psychický stránce no. 00:13:15-4

T: A že by jsi měl jako nějaký zdravotní problémy? Tehdy, nebo teďka? 00:13:18-5

R10: To nemám, ani jsem neměl. Já mám docela silnou psychiku, ale dost mě to nabouralo. Než jsem šel na to léčení, tak jsem měl dost rozbouranou psychiku no. 00:13:27-2

T: A teď myslíš, že už to je v pohodě? Cejtíš se dobře? 00:13:31-8

R10: Teď se cejtím velice, velice v pohodě. I bych mohl říct, že už jsem docela vyrovnanej člověk. 00:13:37-5

T: To je dobře. A kdy teda naposled jsi užil drogu? 00:13:42-0

R10: Kdy jsem užil naposled drogu? Asi před půl rokem třeba. 00:13:46-0

T: Dobře, dobře. A vlastně v té době, ty jsi říkal, že ti bylo čtrnáct, když jsi zkusil trávu žejo? 00:13:53-7

R10: Ano. 00:13:54-2

T: Tak v té době jsi chodil ještě do školy. Ovlivnilo to nějak jako tvůj, tvoje studijní výsledky? A případně potom, jak jsi začal v devatenácti ten pervitin, tak třeba tvoji práci? 00:14:03-9

R10: To ani ne, vlastně ten perník, teda ani ta tráva ani neměla nějak vliv, ani ten alkohol úplně, jenom prostě to bylo, tak děcka mladý jsou prostě zvědavý žejo, takže prostě experimentují, to prostě je a bude žejo, prostě doku člověk nepozná, dítě, mladistvej, o co jde vlastně, tak neví. Prostě víc asi poznamenala ta droga, ten pervitin, protože jsem vlastně ani nevěděl, co to pořádně za drogu je a jak je silná žejo a jak může ovlivnit prostě člověka a jak to vlastně může narušit prostě vztahy jak rodinný a ty kamarádský no. 00:14:47-2

T: A teda když jsi užíval ten pervitin, tak jsi pracoval? 00:14:49-5

R10: Tak jsem nepracoval. Já jsem, buď jsem to prodával, nebo jsem s tím prostě dealoval, tak různě no. Jako peníze jsem si vždycky na to našel, ale nedělal jsem žádný, žádnou kriminální jako minulost nemám. K tomu jsem se nesnížil. 00:15:08-0

T: To je dobře. A když by si měl nějakýho kamaráda, co by se dostal do stejné situace jako ty, co by si mu doporučil? Jak on by se měl zachovat, aby přestal? 00:15:20-2

R10: Tak hlavně ten člověk potřebuje, musí chtít sám žejo. Jako člověk nemůže přemlouvat někoho a to je. Já jsem furt, ikdyž jsem byl v léčbě, tak jsem furt závislej defakto, furt jsem nemocnej žejo, to máš jako alkoholik prostě a ty lidi to mají na furt prostě v sobě, co si budou povídat, takže tady jde o to, že ten člověk buď musí chtít sám a jako můžu člověka nasměrovat k nějaký terapii nebo k něčemu, k něčemu odbornému, ale nemůžu člověka přemlouvat a prostě nutit ho žejo, to člověk musí sám no. 00:15:58-9

T: Jasný. A co třeba negativního a pozitivního shledáváš na tom, že jsi v minulosti užíval drogy? Co ti to dalo a naopak, co ti to vzalo? 00:16:09-9

R10: Co mi to dalo, tak dalo mi to spoustu zas věcí žejo, spousta věcí, poznal jsem to, co normální lidi nepoznal. A co mi to vzalo, vzalo mi to rodinu, dostal jsem se, dostal jsem se prostě na ulici. Co mi to dalo, dalo mi to spousta věcí samozřejmě. Poznal jsem věci, který na tom normální lidi nepoznají, a samozřejmě to mohlo taky rozvinout určitý vědomosti, ale spíš mě to sebralo takový ty vztahy, jakoby rodinný jo a takový ty kamarády, jakože jsem měl opravdový kámoše nebo pár, který jako prostě o mě stáli a to a o to všechno jsem vlastně přišel kvůli těm drogám. 00:16:58-1

T: Tak ještě se tě závěrem zeptám, jak jsi mluvil o té práci, že předtím jsi nepracoval, mě by zajímalo, jestli třeba to, že jsi v minulosti užíval drogy nějak ovlivnilo teďka tu tvoji práci? Jestli to má nějaký vliv na to? 00:17:13-0

R10: Jo, protože jsem nastoupil do té práce, ze který mě vlastně vyhodili, kdy jsem vlastně užíval drogy a chodil jsem furt vlastně sjetej do té práce, takže lidi mě samozřejmě

znaj, maj me zaškatulkovanýho jako toho feťáka, nebo ikdyž se chovám slušně, nikomu prostě, člověk pozdraví žejo, tak jak má prostě. Chovám se k lidem tak, aby prostě, jak se chovám já k lidem, což znamená, že se, že respektuju lidi, tak aby se tak chovali i ke mně a samozřejmě minulost člověk prostě jen tak nesmaže a bude se to prostě táhnout dlouho asi, nejspíš. 00:17:56-4

T: Takže pořád cejtíš, že máš tu nálepku toho bejvalýho feťáka? 00:17:59-6

R10: Mám no, ale tak vím, co jsem zač a většinou už lidi nekoukaj na to, že jsem byl sportovec a že prostě tohleto, že jsem byl nadanej, ale spíš už koukaj na to, že jsem byl feťák. 00:18:08-4

T: Dobře. Tak ode mě je to všechno, tak já ti děkuju. 00:18:30-5

R10: Jo, taky. 00:18:30-4