

UNIVERZITA KARLOVA

HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

**Sociální adaptace osob závislých na omamných a psychotropních látkách
a jedech**

**Social adaptation of the persons dependent on narcotic drugs
and psychotropic substances and poisons**

Diplomová práce

Vedoucí práce:

PhDr. Miloslav Čedík

Autor práce:

Bc. Klára Kopecká

Praha 2019

Poděkování

Na tomto místě bych v první řadě chtěla poděkovat svému vedoucímu diplomové práce, jímž byl PhDr. Miloslav Čedík. Panu doktorovi děkuji zejména za konzultaci projektu diplomové práce, poskytnutou autorskou volnost, svobodu při přípravě textu a vstřícnost ve vzájemné komunikaci. Dále děkuji všem respondentům, kteří byli ochotni poskytnout mi rozsáhlé rozhovory z jejich soukromého života a velké životní etapy, ve které se objevila nemilá zkušenost s drogovou závislostí.

Čestné prohlášení

Tímto prohlašuji, že jsem předkládanou diplomovou prací pod názvem „*Sociální adaptace osob závislých na omamných a psychotropních látkách a jedech*“ vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a ostatních pramenů, které byly řádně citovány. Zároveň prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného akademického titulu.

V Praze dne 7. 5. 2019

Bc. Klára Kopecká

Anotace

Tato absolventská práce je věnována stručnému nástinu historie zneužívání omamných a psychotropních látek a jedů a současně základní kategorizaci těchto látek dle vybraných kritérií. Druhá část tvoří popis zdravotních a sociálních služeb, které jsou určeny zejména osobám potýkajícím se s problémy způsobenými návykovými látky, neboli drogami. Třetí a současně nejdůležitější část diplomové práce, je rozbor procesu adaptace osob závislých na návykových látkách. Na tu navazuje část praktická, která má podobu realizace a následné interpretace rozhovorů s osobami, které mají malou či větší drogovou zkušenost a byly dost silné na to, aby se z propasti drog dostaly zpět do takzvaného normálního, všedního života.

Text diplomové práce vychází z literatury uznávaných českých autorů věnujících se drogové problematice a oblasti sociální práce. Byli jimi zejména doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc., MUDr. Karel Nešpor, CSc., Ph.D. a doc. PhDr. Oldřich Matoušek.

Klíčová slova

Omamné a psychotropní látky a jedy, návykové látky, drogy, závislost, léčba, sociální služby, sociální práce, adaptace, sociální adaptace.

Annotation

This graduation thesis in the first part is occupied with a brief history of narcotic drugs and psychotropic substances and poisons as well as the basic distribution of these substances. The second part is dedicated to health and social services, which are intended especially for people who face problems caused by addictive substances, or drugs. The third and most important part of my work is the adaptation of drug addicts dependent people. This is followed by a practical part, which occurred in the form of interviews with people who have little or more drug experience and were strong enough to get back from the drug depth to normal life.

The text is based on the literature of recognized Czech authors dealing with drug issues and social work. They were namely doc. MUDr. Prof. PhDr. Kamil Kalina, CSc., MUDr. Karel Nesporek, CSc., Ph.D. and doc. Prof. PhDr. Oldřich Matoušek.

Key words

Narcotic drugs and psychotropic substances and poisons, drugs, addiction, treatment, social services, social work, adaptation, social adaptation.

Obsah

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Seznam zkratek..... | 9 |
| Úvod..... | 10 |
| 1. Problematika omamných a psychotropních látek a jedů | 13 |
| 1.1 Historie omamných a psychotropních látek a jedů | 13 |
| 1.1.1 <i>Psychedelické látky</i> | <i>13</i> |
| 1.1.2 <i>Návykové látky.....</i> | <i>14</i> |
| 1.2 Definice omamných a psychotropních látek a jedů | 17 |
| 1.3 Dělení omamných a psychotropních látek a jedů..... | 17 |
| 1.3.1 <i>Legální a nelegální drogy</i> | <i>18</i> |
| 1.3.2 <i>Měkké a tvrdé drogy</i> | <i>18</i> |
| 1.3.3 <i>Drogy s mírným a vysokým rizikem vzniku závislosti.....</i> | <i>18</i> |
| 1.3.4 <i>Drogy s látkami tlumivými, povzbuzujícími a halucinogenními.....</i> | <i>19</i> |
| 2. Závislost na omamných a psychotropních látkách a jech | 20 |
| 2.1 Prevence vzniku závislosti | 20 |
| 2.2 Příčiny vzniku závislosti | 21 |
| 2.2.1 <i>Osobnostní charakteristiky</i> | <i>22</i> |
| 2.2.2 <i>Vlivy prostředí</i> | <i>22</i> |
| 2.2.3 <i>Droga a její charakteristiky</i> | <i>24</i> |
| 2.3 Typy drogových závislostí..... | 24 |
| 2.4 Důsledky drogové závislosti | 26 |
| 3. Zdravotnické služby určené pro osoby drogově závislé..... | 29 |
| 3.1 Detoxifikační služby..... | 29 |
| 3.2 Psychiatrické léčebny | 31 |
| 3.3 AT poradny | 32 |

| | | |
|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 3.4 | Internetové poradny | 33 |
| 3.5 | Následná péče | 35 |
| 3.6 | Substituční programy | 36 |
| 3.7 | Terapeutické komunity | 38 |
| 4. | Specifika sociální práce s drogově závislými | 40 |
| 4.1 | Sociální služby a programy pro uživatele drog | 40 |
| 4.1.1 | <i>Azylové domy</i> | <i>40</i> |
| 4.1.2 | <i>Kontaktní centra</i> | <i>42</i> |
| 4.1.3 | <i>Nízkoprahová denní centra</i> | <i>44</i> |
| 4.1.4 | <i>Noclehárny</i> | <i>45</i> |
| 4.1.5 | <i>Služby následné péče</i> | <i>46</i> |
| 4.1.6 | <i>Terapeutické komunity</i> | <i>47</i> |
| 4.1.7 | <i>Terénní programy</i> | <i>47</i> |
| 4.1.8 | <i>Sociální rehabilitace</i> | <i>48</i> |
| 4.2 | Case management..... | 49 |
| 4.3 | Pozice sociálního pracovníka v organizaci věnující se osobám závislým na drogách | 51 |
| 5. | Sociální adaptace | 53 |
| 5.1 | Adaptace | 53 |
| 5.2 | Integrace | 54 |
| 5.3 | Resocializace | 55 |
| 5.3.1 | <i>Socioterapie</i> | <i>55</i> |
| 6. | Životní příběhy drogově závislých osob – kazuistiky | 57 |
| 6.1 | Interpretace rozhovorů | 59 |
| Závěr | | 77 |
| Seznam diagramů..... | | 80 |
| Seznam tabulek | | 81 |

| | |
|-------------------------------------------------------------------|-----------|
| Seznam obrázků..... | 82 |
| Seznam příloh..... | 83 |
| Seznam použité literatury a dalších pramenů informací..... | 84 |
| Abstrakt..... | 90 |
| Přílohy..... | 91 |

Seznam zkratek

1. AA – adiktologická ambulance
2. AIDS - Acquired Immune Deficiency Syndrome (Syndrom získaného selhání imunity)
3. AS – Armáda Spásy
4. AT – alkohol a toxikomanie
5. CM – case management
6. č. – číslo
7. ČR – Česká republika
8. HIV – Human Immunodeficiency Virus (Virus lidské imunitní nedostatečnosti)
9. HTF – Husitská teologická fakulta
10. IKSP – Institut kriminologie a sociální prevence
11. LF – lékařská fakulta
12. MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí
13. Např. – například
14. Nar. – narozený
15. O.p.s. – obecně prospěšná společnost
16. PA – Policejní akademie
17. PF – Právnická fakulta
18. Pozn. – poznámka
19. Prof. – profesor
20. Sb. – sbírky
21. Sv. – svatého
22. S.r.o. – společnost s ručením omezeným
23. Tj. – to je
24. Tzn. – to znamená
25. Tzv. – takzvaně
26. UK – Univerzita Karlova
27. VFN – Všeobecná fakultní nemocnice
28. VOŠ – Vyšší odborná škola
29. Vyd. – vydání
30. VŠ – Vysoká škola
31. Z. ú. – zapsaný ústav

Úvod

K výběru tématu mé absolventské práce mě vedla hluboká osobní motivace. Ta spočívá v dlouhodobém zájmu, konkrétně již od raných středoškolských let, o drogovou problematiku, respektive o zdravotní a sociální problémy s drogami spojenými a o osudy drogově závislých osob. Také bakalářské studium, které jsem absolvovala na stejné univerzitě a fakultě, tedy na Univerzitě Karlově v Praze, na Husitské teologické fakultě, jsem zakončila absolventskou prací zaměřenou na drogovou problematiku. Tehdy se jednalo o práci s tématem „*Sociální práce a substituční léčba drogově závislých*“. Z důvodu zmíněného zájmu o osoby závislé na drogách jsem si také vybírala odborné praxe v zařízeních, které se na ně profesně orientují. To jsem nyní mohla ve své diplomové práci pozitivně zúročit v podobě odvolávek na aktuální příklady z praxe.

Závěrečných prací o problematice drog a závislosti byl napsán skutečně nespočet; proto jsem se rozhodla zpracovat poněkud nové a dle mého názoru odborně zajímavé dílčí téma (otázku) této problematiky. Přestože je zřejmé, že lidé drogy rádi užívají a užívat i nadále budou, najdou se i jedinci, kteří si jednoho dne řeknou, že se životem v závislosti skončí. Osoby (už) abstinující od drog bývají rovněž konfrontovány s negativními nálepkami „feťáka“ či „smažky“ a to jim bezpochyby s abstinencí a změnou dosavadního způsobu života nijak nepomáhá. Naopak s adaptací do běžného života potřebují tito lidé pomoci, a to jak od odborníků, tak od svých blízkých a poučené nehysterické části většinové společnosti.

Diplomová práce „*Sociální adaptace osob závislých na omamných a psychotropních látkách a jedech*“ pojednává o léčbě a životu osob závislých na drogách. To jak z hlediska zdravotní péče, tak z hlediska sociální práce. Text závěrečné práce byl rozdělen do dvou vzájemně souvisejících a propojených částí. První z nich tvoří teoretická reflexe problémů spjatých s návykovými látkami a závislostním chováním. Ta je rozdělena do pěti tematicky a logicky provázaných kapitol.

První kapitola popisuje obecnou problematiku omamných a psychotropních látek a jedů. Zaměřuji se zde na stručnou historii těchto látek a také na konkrétní dělení a definici daných návykových látek. Druhá kapitola se věnuje závislostem na omamných

a psychotropních látkách a jedech. Počínaje prevencí před vznikem závislosti, přes jejich příčiny, rozdělení a důsledky. Ve třetí kapitole se dostávám již k léčbě osob závislých na drogách, konkrétně se jedná o kapitolu s popisem zdravotních služeb určených právě pro osoby s problémem se závislostí na návykových látkách. Na třetí kapitolu navazuje kapitola čtvrtá. Ta se týká sociální práce a specifik s klienty, kteří se potýkají s drogovým problémem. Stejně jako v přechozí kapitole jsem i v kapitole čtvrté vybírala služby určené pro osoby se závislostí. Tentokrát jsem se řídila zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. U jednotlivých služeb je uváděn příklad, který jsem vybrala buď z působení na odborné praxi v daném zařízení, nebo jsem vybírala ve svém oboru známé a uznávané organizace. V kapitole se dále objevuje čím dál více užívaná metoda s drogově závislými, kterou je case management. V neposlední řadě je popsána pozice sociálního pracovníka pracujícího v organizaci či zařízení určených pro osoby závislé na omamných a psychotropních látkách a jedech. V páté kapitole se pak věnuji nejdůležitější části práce, kterou je samotná adaptace. Ta je nejdříve popsána z obecního hlediska a poté rozdělena do základních pojmů spojených s osobami se závislostí.

Druhou část, část praktickou, jsem pojala jako kvalitativní empirické šetření. Realizovala jsem celkem 10 rozhovorů s lidmi, kteří si prošli zkušenostmi s návykovými látkami. Zajímala jsem se především o příčiny vzniku jejich závislosti a samozřejmě mě dále zajímal průběh jejich adaptace, neboli zapojení se zpět do běžného života, do života bez drog a s abstinencí. Doslovný přepis rozhovorů jsem uvedla v přílohách, jejich interpretace je popsána v praktické části.

Pro zpracování závěrečné diplomové práce byly využity tuzemské i zahraniční odborné monografie, tematické empirické studie a také internetové zdroje.

Cílem práce bylo zjistit, jak se (bývalí) uživatelé návykových látek dostávají z propasti závislosti, dále jaké organizace, jací pracovníci a jak konkrétně jim pomáhají se nejenom sociálně adaptovat na podmínky a požadavky běžného života. Zatímco teoretická část byla zaměřena na teoretickou stránku pomoci pomáhajících profesí, tak praktická část byla věnována interpretaci názorů samotných klientů; tedy zdali a jak jim byli odborníci v různých zařízeních užiteční. Ve svém souhrnu jsem touto cestou chtěla zmapovat efektivitu aktuálně nabízených/realizovaných pomáhajících činností a zformulovat několik (skromných) úvah *de lege ferenda* v této věci.

Časový harmonogram zpracování práce byl rozdělen, dá se říci, do dvou základních fází. První mohu nazvat fází přípravnou. Ta představovala studium potřebných materiálů „zaručujících“ citlivou kontextuální interpretaci tématu. Začala přibližně v červenci roku 2018, tedy o letních prázdninách před nástupem do druhého ročníku magisterského studia. Druhá fáze, fáze samotné přípravy textu závěrečné práce, spočívala v písemném zaznamenávání získaných informací. Ta začala přibližně na začátku roku 2019. Vzhledem k množství rozhovorů a relativní obtížnosti jejich interpretace nebylo možné je realizovat až po dokončení teoretické části. Obě části tedy byly prováděny souběžně ve stejném období.

Pro práci byla užívána citační norma dle ČSN ISO 690. Úplné bibliografické údaje jednotlivých zdrojů jsou uvedeny na konci práce v „seznamu odborné literatury a dalších pramenů informací“. Co se týče poznámek pod čarou, tak ty jsem zvolila z důvodu větší přehlednosti a jsou užity ve zkrácené podobě (příjmení, jméno; název díla; citovaná strana).

1. Problematika omamných a psychotropních látek a jedů

Kromě toho, že užívání drog (český právní řád nejčastěji hovoří o *omamných a psychotropních látkách a jedech*) bezpochyby poškozuje zdraví a kvalitu života každého živého organismu (včetně jeho okolí), v případě lidí je drogami ohrožen zdravý vývoj celého lidského společenství. **Příčinou** jsou negativní zdravotní, sociální, ekonomické a bezpečnostní dopady (např. negativní projevy fyzické a psychické závislosti, individuální i skupinová chudoba, kriminalita, prostituce, degradace partnerských a rodinných vztahů), které jsou s užíváním drog spojené.¹

Užívání omamných látek s sebou zkrátka přináší řadu komplexních rizik, které by bylo chybou opomíjet či jakkoliv bagatelizovat (odborně, lidsky i politicky).

1.1 Historie omamných a psychotropních látek a jedů

Asi historicky nejstarší zkušenosti má dle docenta Kamila Kaliny, českého odborníka v oboru psychologie, psychiatrie a adiktologie, člověk s *psychedelickými drogami*. Užívání těchto látek bylo obvykle ritualizováno. Kratší historickou zkušenost pak má s *látkami návykovými*. Ty bývají obvykle zneužívány příležitostným a konzumním způsobem; člověku přináší utrpení v podobě závislosti na těchto látkách.²

1.1.1 Psychedelické látky

Užívání psychedelických látek je takřikajíc staré jako lidstvo samo. Antropologové studující domorodé kultury v různých oblastech světa popisují, že tyto látky byly (a nadále jsou) používány k léčení, věštění, ke komunikaci s nebeskými oblastmi či v šamanských

¹ Radimecký, Josef. *Přehled drogové problematiky v ČR v roce 2001*. In Kalina, Kamil a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti*. Str. 25.

² Kudrle, Stanislav. *Historie užívání a zneužívání psychotropních látek*. In Kalina, Kamil a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti*. Str. 83.

rituálech. Psychedelické látky často navozují intenzivní prožitky, zprostředkovávají zážitky smrti či znovuzrození, jednoty s vesmírem a další podobné nadosobní jevy.³

Nejstarším praktickým svědectvím o užívání psychedelických účinných látek, které bylo dosud dochováno, jsou **šamanské rituály**. Šamanismus představuje nejstarší náboženství i nejstarší podobu medicíny v dějinách člověka. Šamani měli propracované techniky pro změnění stavu vědomí na drogové, ale i nedrogové bázi. Porozumění i vnímání světa se dělo na bázi bezprostředního prožitku, intuice a symbolu.⁴

Mezi nejznámější a v drogovém světě nejvíce užívanou psychedelickou látkou je halucinogenní droga LSD, neboli kyselina lysergová. Látka obsahuje velmi zajímavé účinky vyvolávající podobný stav psychózám.⁵ Tato látka byla poprvé syntetizována v roce 1938. Objevovali se experimenty v podobě užití látky k léčbě deprese, schizofrenie či dětského autizmu. V současné době se potenciálně LSD zkoumá při léčbě těžkých migrén. Na nelegálním trhu je droga nejčastěji dodávána ve formě papírku nebo barevné pilulky.⁶

1.1.2 Návykové látky

Pod pojmem *návyková látka* si takzvaný obyčejný člověk představí nějakou konkrétní substanci - drogu. Nejspíše to bude některá ze skupiny **opiátů**. První záznamy o pěstování máku pro jeho narkotické účinky jsou staré asi 6000 let a pocházejí z říše Sumerů. Ti ho nazývali „rostlinnou radostí“. Znalost opia pak přešla do starověkého Egypta, kde ho pravděpodobně užívali kněží opět ke kultovním obřadům. Opium se dostalo také do antického Řecka, kde byly opiáty používány pro své omamné účinky k léčení. Ostatně byli to právě Řekové, kteří dali makové šťávě název *opium*. Dobytím Řecka Římany se opium začalo postupně šířit více na Západ a na přelomu 6. a 7. století

³ Kudrle, Stanislav. *Historie užívání a zneužívání psychotropních látek*. In Kalina, Kamil a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti*. Str. 83.

⁴ Kudrle, Stanislav. *Historie užívání a zneužívání psychotropních látek*. In Kalina, Kamil a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti*. Str. 83.

⁵ Miovský, Michal. *LSD a jiné halucinogeny*. Str. 42.

⁶ *Prevcentrum: LSD a jiné halucinogeny* [online]. Praha: Šalom, 2017 [cit. 2019-04-20]. Dostupné z: <https://www.prevcentrum.cz/informace-o-drogach/lsd/>.

společně s Araby opium doputovalo do Persie, Indie a Číny. Až v Číně se opium rozšířilo masově. Nejdříve bylo konzumováno ústně, později i kouřeno.⁷

Velký význam měla tato látka v dobách hladomorů a přírodních katastrof, jelikož díky ní lidé potlačovali nelibé fyzické a psychické stavy. Kvůli obchodování s opiem proběhla v letech 1839 až 1842 válka mezi Čínou a Velkou Británií, ve které zvítězili Britové (pozn.: stejně jako v roce 1856, kdy proběhla druhá opiová válka, jejímž důsledkem byla tolerance importu opia z Anglie do Číny).⁸

Od 19. století se opium začalo šířit také do Evropy, zejména do velkých a přístavních měst. Po roce 1918, tedy po 1. světové válce, se do světa začíná rozšiřovat zejména *heroin* (pozn.: poprvé synteticky vyroben v roce 1898 německou firmou *Bayer* ve formě kapek určených proti kašli a zároveň jako nenávyková náhražka pro závislé na morfinu). Tím začíná opium, a z něho nejčastěji vyráběný morfin, upadat do určitého zapomnění.⁹

Další návykovou látkou, opět velmi populární, a proto i zneužívanou, je **kokain**. Jedná se o extrakt několikametrové rostliny *Erythroxylon coca*, která roste v teplých oblastech Jižní Ameriky, konkrétně v Kolumbii a Venezuele, dále pak ještě na ostrovech Indonésie. Účinky kokainu byly známy již před 5000 lety. Z počátku nebyla coca užívána masově, nýbrž výhradně rituálně. Dle tradice Ságy byla rostlina darem bohů v době, kdy zemi postihla špatná úroda. Přinést měla nové síly a nasytit hladové.¹⁰ Koncem 19. století se s kokainem pokusil experimentovat slavný psychoterapeut Sigmund Freud, který látku používal při léčbě morfinismu.¹¹ Velkou popularitu kokain získal v průběhu 1. světové války a také po ní. Stal se oblíbenou drogou tzv. smetánky (umělců, politiků a boháčů).¹²

⁷ Kudrle, Stanislav. *Historie užívání a zneužívání psychotropních látek*. In Kalina, Kamil a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti*. Str. 84.

⁸ Kudrle, Stanislav. *Historie užívání a zneužívání psychotropních látek*. In Kalina, Kamil a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti*. Str. 85.

⁹ Kudrle, Stanislav. *Historie užívání a zneužívání psychotropních látek*. In Kalina, Kamil a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti*. Str. 85.

¹⁰ Kudrle, Stanislav. *Historie užívání a zneužívání psychotropních látek*. In Kalina, Kamil a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti*. Str. 85.

¹¹ **Morfismus** – závislost na morfinu.

¹² Kudrle, Stanislav. *Historie užívání a zneužívání psychotropních látek*. In Kalina, Kamil a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti*. Str. 85.

Třetí kategorií návykových látek jsou tzv. budivé aminy, světu známé spíše jako **amfetaminy**. Tato látka byla poprvé syntetizována v roce 1887 a hlavní zkoumané účinky byly stimulační. Ve 30. letech vznikla celá řada psychologických výzkumů zaměřených zejména na změny výkonnosti pod vlivem amfetaminu. V roce 1937 se objevily první zprávy o zneužívání této látky, a to u studentů Minnesotské univerzity, kteří amfetamin užívali proti ospalosti a pro kvalitnější studijní výsledky. Později se látky také objevily jako doping u profesionálních sportovců (zejména ve vytrvaleckých disciplínách) a v akcích vyvolávající války.¹³

Mezi nejznámější amfetaminy patří takzvaný **metamfetamin**, dnes známý spíše pod názvem *pervitin*. Látka byla poprvé připravena v roce 1887 v Japonsku s úmyslem léčit chorobné spavosti a astmatu. Zejména během 2. světové války byl pak metamfetamin užíván jako povzbuzující prostředek, což de facto platí dodnes. Metamfetamin potlačuje únavu, potřebu spánku, dostává dotyčného do euforie a dodává mu sebedůvěru.¹⁴

Metamfetamin představuje nejrozšířenější a nejužívanější stimulační drogu, která si svou popularitu získala zejména kvůli své „lehké“ výrobě a to z běžně dostupných léků (např. proti nachlazení). V České republice je pervitin zpravidla dodáván ve formě bílého prášku, někdy mírně zbarveného do růžova či do hněda. Zbarvení látky je dáno tzv. „ředěním“ pervitinu. Není žádným tajemstvím, že dealeri tuto látku často smíchávají s něčím jiným. Často je tomu tak s obyčejnou omítkou, které je všude dostatek. V praxi to probíhá tak, že člověk koupí gram drogy od vaříče pervitinu a k vlastním účelům spotřebuje třetinu; do zbytku přidá již zmíněnou omítku a nakonec prodá dalšímu uživateli. Takto se proces může opakovat několikrát a čistota pervitinu pak u konečného spotřebitele bývá přibližně 30%. Cena látky přitom v průměru činí 900 Kč za jeden gram a to v jakékoliv části zmíněného procesu.¹⁵

¹³ Kudrle, Stanislav. *Historie užívání a zneužívání psychotropních látek*. In Kalina, Kamil a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti*. Str. 85.

¹⁴ Kalina, Kamil. *Glosář z oblasti drog a drogových závislostí*. Str. 66.

¹⁵ Česká pozice: Informace pro svobodné lidi [online]. Praha: Copyright ©, 2015 [cit. 2019-04-20]. Dostupné z: http://ceskapozice.lidovky.cz/jaromir-badin-kvalita-drog-je-skandalni-a-to-nejen-v-cesku-pe5-/tema.aspx?c=A150902_151202_pozice-tema_lube.

1.2 Definice omamných a psychotropních látek a jedů

Jak už jsem napsala, omamné a psychotropní látky, laicky asi nejčastěji nazývané *drogy*, jsou z nemalé části látky nelegální. Většina populace si pod nimi představí například marihuanu, pervitin, heroin nebo kokain. Pravdou ale je, že drogou se může stát jakákoliv chemická látka, která v lidském organismu působí změny, a to nejčastěji změny fyzické, psychické a emoční. Nejenom adiktologové a diabetologové říkají, že tou nejrozšířenější drogou v současné lidské společnosti je **cukr**.

Ve zvoleném diskurzu se ale k abúzu drog přiřazují hlavně změny v chování jedince: pokřivené vnímání vlastní svobody a oslabené vůle.¹⁶

Dá se tedy říci, že drogou je každá přírodní a syntetická látka, která dokáže svým pravidelným uživatelům způsobit životní problémy a závislost, a která působí psychotropně.¹⁷

1.3 Dělení omamných a psychotropních látek a jedů

Omamné a psychotropní látky lze dělit dle mnoha hledisek.¹⁸ Dle mého názoru to nejrozšířenější dělení drog zohledňuje **postoj společnosti k droze a míru její veřejné akceptace**. Dle tohoto postoje se látky dělí na *legální* a *nelegální*. Druhým hlediskem, které je důležité pro tzv. druhou stranu společnosti, tedy pro samotné osoby užívající drogy, je **riziko pro uživatele**. Dle něj se drogy dělí – více než diskutabilně a zjednodušeně – na *měkké* a *tvrdé*. Třetí hledisko se týká opět uživatelů návykových látek, a tím hlediskem je **riziko vzniku závislosti**, které je buď *mírné*, nebo *vysoké*. V poslední řadě dělíme drogy podle jejich působení na **psychiku zdravého člověka** (též dle účinků samotné látky); potom mohou být drogy *tlumivé*, *povzbuzující* či *halucinogenní*.¹⁹

¹⁶ Substituční léčba - Veřejnost | Rozdělení drog. Substituční léčba - Veřejnost [online]. Copyright © 2019 [cit. 2019-01-14]. Dostupné z: <https://www.substitutni-lecba.cz/drogy>.

¹⁷ Substituční léčba - Veřejnost | Rozdělení drog. Substituční léčba - Veřejnost [online]. Copyright © 2019 [cit. 2019-01-14]. Dostupné z: <https://www.substitutni-lecba.cz/drogy>.

¹⁸ Substituční léčba - Veřejnost | Rozdělení drog | Rozdělení drog. Substituční léčba - Veřejnost [online]. Copyright © 2019 [cit. 2019-01-14]. Dostupné z: <http://www.substitutni-lecba.cz/rozdeleni-drog>.

¹⁹ Substituční léčba - Veřejnost | Rozdělení drog | Rozdělení drog. Substituční léčba - Veřejnost [online]. Copyright © 2019 [cit. 2019-01-14]. Dostupné z: <http://www.substitutni-lecba.cz/rozdeleni-drog>.

1.3.1 Legální a nelegální drogy

Legální drogy jsou volně dostupné a užívání těchto látek je společností z mnoha důvodů tolerováno. Nutno dodat, že aspekt legality nezaručuje či nekorresponduje s menšími zdravotními komplikacemi spojenými s užíváním těchto drog. Mezi nejužívanější legální drogy patří alkohol, tabák, léky či káva.

Nelegální drogy nejsou společností tolerovány a zákon je zakazuje. Za jejich výrobu, distribuci či držení hrozí pachateli finanční trest nebo dokonce trest odnětí svobody. K nejrozšířenějším nelegálním drogám u nás patří drogy konopné, dále pervitin, heroin, kokain či extáze.²⁰

1.3.2 Měkké a tvrdé drogy

Název *měkké drogy* je odvozen od menší nebezpečnosti látky, co se týče poškození zdraví a závislosti, která vzniká zejména až po delší době užívání, a to v menším rozsahu. Dá se říci, že tyto drogy jsou společností akceptovány, je jimi například tabák, konopné látky či kofein.

Opakem jsou *drogy tvrdé*, které se vyznačují velkým rizikem vzniku závislosti a poškození jak zdraví, tak sociálního prostředí uživatele. Nezřídka se objevují i případy, kdy po užití takovéto drogy nastane smrt uživatele a není výjimkou ani po prvním aplikování látky. Tvrdé drogy jsou společností bezpochyby neakceptovatelné a jsou jimi zejména heroin, pervitin a kokain.²¹

1.3.3 Drogy s mírným a vysokým rizikem vzniku závislosti

K tomuto hledisku toho není třeba příliš dodávat. Jak již vyplývá ze současného názvu, je zřejmé, že u drog s mírným rizikem je riziko vzniku závislosti spíše nízké (což je

²⁰ Substituční léčba - Veřejnost | Rozdělení drog | Rozdělení drog. Substituční léčba - Veřejnost [online]. Copyright © 2019 [cit. 2019-01-14] Dostupné z: <http://www.substitucni-lecba.cz/rozdeleni-drog>.

²¹ Substituční léčba - Veřejnost | Rozdělení drog | Rozdělení drog. Substituční léčba - Veřejnost [online]. Copyright © 2019 [cit. 2019-01-14] Dostupné z: <http://www.substitucni-lecba.cz/rozdeleni-drog>.

kupříkladu kofein či marihuana), a naopak u drog s vysokým rizikem je vznik závislosti značný (tímto případem je heroin či pervitin).²²

1.3.4 Drogy s látkami tlumivými, povzbuzujícími a halucinogenními

Tlumivé látky zpravidla způsobují zpomalení reakcí, uvolnění, zklidnění a ospalost. Velmi rychle na nich vzniká fyzická závislost, která graduje **abstinenčními příznaky**²³, pokud droga není opět podána. Mezi drogy s těmito účinky řadíme heroin, morfin či konkrétní léky (např. hypnotika).

Povzbuzující, neboli stimulační látky, jsou opakem látek tlumivých, jelikož povzbuzují naši centrální nervovou soustavu. Po užití této drogy mizí únava, potřeba jíst či spát a zároveň se zvyšuje výkon i aktivita, může nastat až euforie. Závislost na této droze je psychická a vzniká při užívání kokainu či pervitinu.

Halucinogenní látky působí zpravidla na lidskou psychiku, vědomí a prožívání. Způsobují jak zrakové, tak sluchové halucinace, přičemž spočívá velké nebezpečí v nepředvídatelnosti jejich působení. Často bývají impulzem pro užití tvrdších drog. Mezi nejvíce užívané halucinogeny patří LSD, lysohlávky a konopné drogy (marihuana, hašiš).²⁴

²² Substituční léčba - Veřejnost | Rozdělení drog | Rozdělení drog. Substituční léčba - Veřejnost [online]. Copyright © 2019 [cit. 2019-01-14]. Dostupné z: <http://www.substitutni-lecba.cz/rozdeleni-drog>.

²³ **Abstinenční příznaky** - psychický a tělesný projev při nepodání drogy, který je vyznačován pocením, bolestí hlavy, svalovým třesem, nevolností, zvracením, průjmami.

²⁴ Substituční léčba - Veřejnost | Rozdělení drog | Rozdělení drog. Substituční léčba - Veřejnost [online]. Copyright © 2019 [cit. 2019-01-14]. Dostupné z: <http://www.substitutni-lecba.cz/rozdeleni-drog>.

2. Závislost na omamných a psychotropních látkách a jedech

Existuje mnoho drog, které mohou fyzickou i psychickou závislost vyvolat. Jedná se jak o látky legální (nejčastěji alkohol a tabák), tak o látky nelegální (zejména opiáty /nejčastěji heroin/ a stimulanty /kokain, metamfetamin – známý jako pervitin/).²⁵

Dle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) **syndrom závislosti** představuje skupina fyziologických, kognitivních a behaviorálních fenoménů, v nichž je užívání nějaké látky pro daného jedince mnohem důležitější, než jakékoliv jiné jednání, kterého si cenil více před začátkem užívání návykových látek. Hlavním znakem závislosti je **touha**, často velmi silná touha, užívat psychoaktivní látky, alkohol či tabák. Konečnou diagnózu závislosti je možné stanovit tehdy, pokud během jednoho roku došlo ke třem a více z následujících jevů:

- neodolatelná touha užít látku;
- špatné sebeovládání při užívání látky;
- pokusit se zmírnit nebo odstranit abstinenční příznaky užitím jiné látky, podobné té předchozí;
- potřeba aplikování vyšších dávek k vyvolání stavu, jako při začínající závislosti na menší dávce;
- zanedbávání jiných povinností a zájmů ve prospěch užívání látky a veškerý volný čas trávený opatřováním si látky;
- i přes zdravotní problémy stále pokračování v užívání látky.²⁶

2.1 Prevence vzniku závislosti

Prevence tvoří velmi důležitou oblast každé efektivní politiky. Díky preventivním opatřením (činnostem) se lidé dozvídají o konkrétním nežádoucím jevu, v tomto případě o droze a závislosti na ní, s cílem tomuto jevu do budoucnosti předcházet, resp. eliminovat jeho negativní dopady na jedince a společnost. Dělíme ji na tři základní kategorie:

²⁵ Verster, Annette a Bunning, Ernest. *Informace pro tvůrce drogové politiky*. Str. 9.

²⁶ Nešpor, Karel. *Návykové chování a závislost*. Str. 18.

- **primární prevence** – předchází užití drogy u osob, které se s ní dosud nesetkali;
- **sekundární prevence** – předchází vzniku či přetrvání závislosti u lidí, které jsou již užíváním drogy zasaženy, případně jsou již na ni závislí (patří sem např. poradenství a léčení);
- **terciární prevence** – předchází vážnému zdravotnímu či sociálnímu poškození v důsledku užívání drog (řadíme sem sociální rehabilitaci, doléčování, podporu v abstinenci).²⁷

2.2 Příčiny vzniku závislosti

Na otázku „proč vlastně lidé začínají s užíváním drog“ není snadné najít jednoduchou a jednoznačnou odpověď. Dle doktora Presla, psychologa a českého odborníka na problematiku návykových látek, známého především jako spoluzakladatele nadace DROP IN, správná odpověď ani neexistuje. Co je ale jasné, je, že se vždy jedná o řadu faktorů, které působí na daného jedince.²⁸

Ať už lidé s drogou pouze experimentují, nebo jsou pravidelnými uživateli, lze říci, že příčina je vždy někde ve vzájemné kombinaci následujících okruhů:

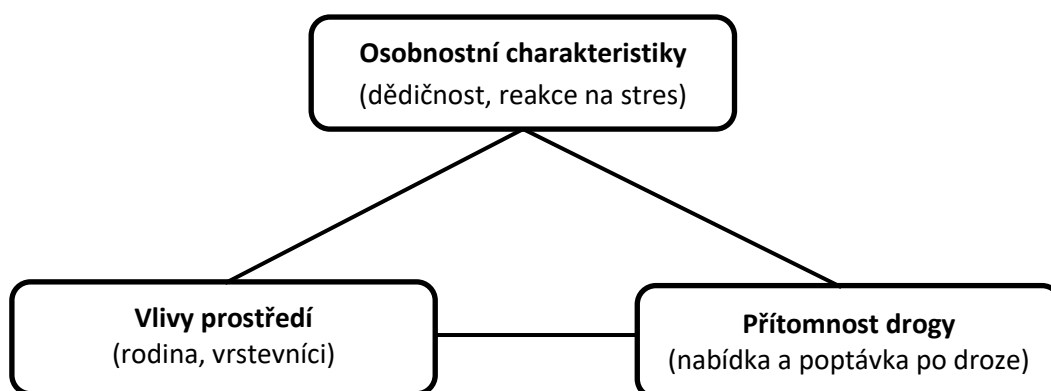
- osobnostní charakteristiky;
- vlivy prostředí;
- přítomnost drogy a její charakteristiky.²⁹

²⁷ Kalina, Kamil. *Úvod do drogové politiky: základní principy, pojmy, přístupy a problémy*. In Kalina, Kamil a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti*. Str. 17.

²⁸ Presl, Jiří. *Drogová závislost*. Str. 46.

²⁹ Presl, Jiří. *Drogová závislost*. Str. 48.

Diagram 1: *Kombinace vzniku závislosti*³⁰



2.2.1 Osobnostní charakteristiky

Co se týče tohoto okruhu příčin, můžeme bezpečně říci, že neexistuje kombinace osobnostních charakteristik, která by určitému jedinci takzvaně předurčila život v závislosti. Na druhou stranu neexistuje ani osobnost, která je proti vzniku závislosti zcela chráněna. Dá se říci, že závislost může za určitých podmínek vzniknout u každého.³¹

Důležitou roli bezpochyby hraje otázka **tělesné, psychické i sociální dědičnosti**. O dědičnosti u nelegálních látek nejsou zatím výsledky tak jasné jako například u alkoholu, kde je prokázáno, že v rodinách osob závislých na alkoholu, je u dětí větší riziko vzniku závislosti. Existuje rovněž řada obecných biologických faktorů, které představují riziko pro pozdější vývoj dítěte. Jedná se o vzniklá prenatální poškození plodu, které vede k oslabení narozeného jedince. Svoji roli hraje také příliš nízký či vysoký věk matky dítěte, který je pro závislé matky typický.³²

2.2.2 Vlivy prostředí

Pravděpodobně se jedná o faktory, které na člověka v rámci užívání drogy či vzniku závislosti působí nejsilněji. Mezi vlivy prostředí lze zařadit prakticky cokoli z našeho okolí. Důležitá je samozřejmě rodina, sourozenci, vrstevníci, spolužáci, přátelé,

³⁰ Presl, Jiří. *Drogová závislost*. Str. 48.

³¹ Presl, Jiří. *Drogová závislost*. Str. 48.

³² Presl, Jiří. *Drogová závislost*. Str. 49.

kolegové v zaměstnání či působení společnosti pomocí sdělovacích prostředků (internet, televize, tisk).³³

Každý člověk by si měl v průběhu života vytvořit vlastní pevný postoj k světu; stejně tomu je i při vytváření postoje k droze. Postoj se vytvoří **procesem učení**. Ten probíhá asi nejintenzivněji tam, kde je pro člověka vliv prostředí nejsilnější, tedy v **rodině**. Rodiče představují dlouhou dobu nekritizovatelné a zidealizované vzory pro své děti. Na základě jejich pozorování modelových situací dochází k fixaci vhodných či nevhodných reakcí jejich potomstva. Rozhodujícím prvkem ve vzniku drogové závislosti je dle Presla osoba a osobnost matky, jelikož otec bývá v rodině častěji nepřítomen a přes nepopíratelný emancipační proces i nadále funguje spíše v pozadí. Rizikové rodiny nazýváme též dysfunkční; navenek se zdají jako ty správné, ale vnitřní vazby v nich jsou narušené a některé funkce v nich nejsou optimálně naplňovány. Častěji se dnes také objevují případy, kdy se s drogami zaplete dítě, u kterého to lidé z okolí nemohou pochopit, neboť mu rodiče dávají „první poslední“ (pozn. projev hyper/protektionistické výchovy). To je ale často ten největší problém! Matka se sice o dítě vzorně stará, ale i v dospívajícím věku ho stále vidí jako malé nesamostatné dítě. Je ochotna mu poskytnout cokoliv, ale bohužel si nepřipouští, že méně je často více. Stává se mu „životní brzdou a okovy“ zároveň. Drogy se pak nabízí jako relativně snadno dostupná cesta k vysněné emancipaci od ochranných rodičů.³⁴

Druhým, velmi významným faktorem zvyšujícím riziko drogové závislosti, je **vliv vrstevníků, přátel a spolužáků**. Tento faktor však může působit obojace. Určité společenství může riziko vzniku závislosti zvýšit (v případě, kdy se v partě vyskytuje alespoň jeden člověk, který má s drogami již zkušenosti), ale jsou i společenství, kde mají jejich příznivci na drogy negativní názory. Určití lidé drogy chápou pouze jako módní prostředek pro dosažení příjemného stavu a látky užívají tzv. víkendově či rekreačně. Tito lidé se tedy nedají tzv. natvrdo zařadit do skupiny klasických toxikomanů^{35 36}.

V neposlední řadě hraje při vzniku závislosti důležitou roli **partnerský vztah**. Jistě lze říci, že život po boku závislého partnera je utrpením. Závislí jedinci jsou často

³³ Presl, Jiří. *Drogová závislost*. Str. 51.

³⁴ Presl, Jiří. *Drogová závislost*. Str. 52.

³⁵ **Toxikoman** – člověk závislý na drogách.

³⁶ Presl, Jiří. *Drogová závislost*. Str. 54.

přesvědčiví vyděrači a emocionální manipulátoři; nezávislý partner je tak neustále vystavován nátlaku okusit drogu, přičemž zejména partnerky „spasitelky“ tomu špatně odolávají. Závislý člověk se přitom chce jen zbavit zodpovědnosti za vlastní jednání a přenést vinu na své blízké okolí.³⁷

2.2.3 Droga a její charakteristiky

Nepochybně nelze samotnou existenci (přítomnost) drogy vyloučit jako faktor ovlivňující vznik závislosti. Pokud by návykové látky ovlivňující naši psychiku neexistovaly, nevznikal by ani drogový problém. To je ale v našem světě vyloučené a zdá se, že to nezmění ani blízká budoucnost. „Experimentů“ chránících občany před návykovými látkami již bylo realizováno nespočet, přesto je drogový problém nadále tíživou skutečností. Příkladem je alkoholová prohibice USA ukončená v roce 1933; ta vedla k boomu organizovaného zločinu, a tak stát od prohibičního opatření sám ustoupil.³⁸

Pokud bude nadále narůstat poptávka po drogách, nabídka nezůstane pozadu. Tedy narůstající drogový problém v současné době nelze vyřešit, můžeme ho „jen“ řešit.

2.3 Typy drogových závislostí

Jak již bylo naznačeno v kapitole 1.3 *Dělení omamných a psychotropních látek a jedů*, uživatelé na drogách trpí buď **fyzickou závislostí**, **psychickou závislostí** nebo obojím. Pro vysvětlení uvedených typů závislostí využijí knihy *Kriminologie* napsané předními kriminology z Právnické fakulty Univerzity Karlovy (PF UK), z Policejní akademie ČR (PA ČR) a z Institutu pro kriminologii a sociální prevenci (IKSP).

Fyzická závislost „je stav organismu vzniklý zpravidla dlouhodobým a častým podáváním drog. Je to vlastně stav chronické otravy organismu, kdy došlo k paradoxní

³⁷ Presl, Jiří. *Drogová závislost*. Str. 55.

³⁸ Presl, Jiří. *Drogová závislost*. Str. 59.

situaci, kdy organismus zahrnul drogu do své látkové výměny a vlastně ji potřebuje a vyžaduje. Je-li přísun drogy zastaven, dostaví se abstinenční příznaky.³⁹

Psychická závislost „je duševní stav vzniklý podáváním drogy a projevuje se různým stupněm potřeby drogu aplikovat. Její vznik je vázán na určité prožitky. Je-li podávání drogy přerušeno, dostaví se psychické poruchy. Psychická závislost se projevuje různě vystupňovanou touhou drogu brát spojenou se snahou po kontinuitě. Závislý člověk již pak není schopen prožívat původní extázi, je vytržen, ztrácí svoji svobodu a jeho chování je podtrženo touze získat drogu.“⁴⁰

Tab. 1: Nejvíce užívané drogy v ČR a potenciál vzniku závislosti na nich⁴¹

| | Stimulanty | | | Halucinogeny | | Tlumivé látky | |
|----------------------------|------------|----------|--------|--------------|--------|---------------|---------|
| | Nikotin | Pervitin | Kokain | LSD | Konopí | Opiáty | Alkohol |
| Psychická závislost | Ano | Ano | Ano | Ano | Ano | Ano | Ano |
| Fyzická závislost | Ano | Ne | Ne | Ne | Ne | Ano | Ano |

Za zmínku dle mého názoru stojí také takzvaná **závislost sekundární**. Ta se objevuje v důsledku jiné duševní poruchy, nejčastěji kvůli depresím a bipolární poruše osobnosti. Uvedené psychické poruchy se pacient snaží mírnit a to právě pomocí návykových látek. Potom se běžně užívá pojem **duální diagnóza**, což znamená, že pacient kromě závislosti samotné trpí ještě jinou duševní poruchou nevyvolanou užíváním návykových látek. V takovém případě je důležité léčit jak závislost na návykové látce, tak také (vzniklou) duševní poruchu.⁴²

³⁹ Novotný, Oto. Zapletal, Josef a kolektiv. *Kriminologie*. Str. 428.

⁴⁰ Novotný, Oto. Zapletal, Josef a kolektiv. *Kriminologie*. Str. 428.

⁴¹ Mahdalíčková, Jana. *Víme o drogách všechno?*. Str. 32

⁴² Mahdalíčková, Jana. *Víme o drogách všechno?*. Str. 33.

2.4 Důsledky drogové závislosti

Drogová závislost má zejména zdravotní, psychické a sociální důsledky; samozřejmostí je rovněž existence vztahu mezi užíváním drog a kriminalitou. Co se týká zdraví jednotlivce, užívání nelegálních drog vede k mnoha negativním zdravotním důsledkům, nejčastěji k infekci HIV, zápalu plic, hepatitidě, ale také ke smrti (např. předávkování drogou, sebevražda, smrt způsobená autonehodou).⁴³ Existuje také vztah mezi užíváním drog a zhoršeným duševním zdravím. Mezi návykovými látky a psychickým strádáním (např. sebevražednými myšlenkami) existuje rovněž **reciproční efekt**. To znamená, že lidé, kteří drogy užívají dlouhodobě, jsou často sociálně nepřizpůsobiví, projevuje se u nich mezilidské odcizení, špatné sebeovládání (výbuchy agrese) a bývají také emocionálně nestabilní.⁴⁴

Mezi další významné problémy řadíme **důsledky sociální**, například problémy rodinné či pracovní (pád do nezaměstnanosti), nízké vzdělání, špatnou bytovou situaci, která může vyústit až v bezdomovectví. Vyjmenované problémy se vyskytují převážně mezi uživateli drog z řad etnických menšin a přistěhovalců, zejména v etnicky a kulturně „monolitních“ společnostech a mezi staršími uživateli. Dalším častým problémem uživatelů návykových látek je **sociální exkluze**, neboli sociální vyloučení ze společnosti. Projevuje se distancí „jiných“ od mainstreamu, vznikem paralelních jen obtížně komunikujících světů, nezájmem o „druhé“. Též se hovoří o marginalizaci⁴⁵

Vzhledem k mému vysokoškolskému studiu (pozn.: studijní program *sociální práce*, studijní obor *sociální a charitativní práce*) bych ráda právě sociální problémy související s drogovou kariérou více specifikovala. Dá se říci, že si uvedené problémy uživatelé nezpůsobují samotnou aplikací drogy, ale svým pozměněným chováním k okolní společnosti. Prvním sociálním problémem, který u závislých osob zpravidla nastává, je **ztráta zaměstnání**. Závislí mívají sníženou schopnost se soustředit, nekontrolují pečlivě své pracovní výstupy, nejsou časově dochvilní a nedbají dostatečně na svůj zevnějšek. To dříve či později vede k ukončení pracovního poměru ze strany zaměstnavatele. Dalším

⁴³ Sloboda, Zili. *Epidemiology of drug abuse*. Str. 50.

⁴⁴ Sloboda, Zili. *Epidemiology of drug abuse*. Str. 51.

⁴⁵ Výroční zpráva o stavu ve věcech drog pro Evropské monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. Str. 67.

téměř nevyhnutelným problémem je **odcizení rodiny a přátel**. Charakteristické jsou časté hádky, lhaní rodičům, sourozencům a partnerům, krádeže věcí z domácnosti, či dokonce agrese závislého vůči ostatním členům rodiny; výsledkem je de facto nucený odchod z domova. A s tím souvisí i další dopad – **ztráta bydlení**. Závislí se často stávají bezdomovci či squatterry (pozn.: v ČR je squatting dle trestního zákoníku č. 40/2009 Sb. posuzován jako trestný čin neoprávněného zásahu do domu, bytu, či nebytového prostoru). V neposlední řadě se u narkomanů velmi často objevuje problém s **kriminalitou**. Závislé osoby jsou velmi rizikovou skupinou pachatelů trestných činů. Nelegální činností se snaží získat finanční prostředky na potřebnou látku. Závislost způsobuje, že narkomané nedoceňují související rizika a udělají tzv. cokoliv, aby získali peníze na drogu. Mezi dívkami (a už nejenom mezi nimi) je častým zdrojem peněz také prostituce a výroba pornografie; prostituce je dokonce vyšší u závislých dívek než u jakýchkoliv jiných vrstevnic poskytujících sexuální služby. Významnou roli nepředstavuje fakt, zda dotyčná dívka drogy užívala již před začátkem kariéry prostitutky, v jejím průběhu, nebo tak činila z donucení pro snadnější vykonávání prostituce (otázka emocionálních zábran a svědomí).⁴⁶

„Poslední“ negativní důsledek drogové závislosti představují **společenské dopady**. Nutno říci, že v naší společnosti jsou osoby závislé na drogách často negativně odsuzovány a stigmatizovány. Nálepka „fetáka“ ale závislé osoby ke změně svého dosavadního nezdravého životního stylu příliš neposouvá; naopak je vede k většímu ztotožnění se s drogovou subkulturou, jelikož ta jediná je do svých řad bez stigmatizace přijímá. To bezpochyby vede k nežádoucímu utvrzení životního stylu a nevhodných způsobů chování. Jak již bylo zmíněno, závislý člověk často nepracuje, ale finanční prostředky na „svou dávku“ potřebuje neustále (pozn.: s pokračující závislostí navíc finanční požadavky rostou). Pokud jsou narkomané⁴⁷ ještě v relativně dobrém fyzickém stavu, častým způsobem výdělkem může být již zmíněná prostituce (heterosexuální i homosexuální). Ze sexuálních služeb a drogové závislosti se pak stává jakýsi začarovaný kruh. Narkoman potřebuje drogu k tomu, aby byl schopen vykonávat sex za peníze s každým, kdo zaplatí a zároveň vykonává sex pro to, aby si opatřil drogu. Drogy také léčí

⁴⁶ Substituční léčba - Sociální dopady drogové závislosti. Substituční léčba - Veřejnost [online]. Copyright © 2019 [cit. 2019-01-21]. Dostupné z: <http://www.substituční-lečba.cz/novinky/socialni-dopady-drogove-zavislosti-99>.

⁴⁷ **Narkoman** – člověk závislý na drogách.

špatné svědomí, výčitky k sobě samému, znechucení sebou samým (pohrdání) a dodávají „odvahu a sílu“ pokračovat. Tento koloběh často končí vinou špatného stavu závislého člověka a na řadu pak přichází kriminální činnost, což představuje zřejmě největší společenský problém.⁴⁸

⁴⁸ *Drogy 1: Negativní důsledky drogové závislosti* [online]. webnode, 2011 [cit. 2019-01-21]. Dostupné z: <https://drogy1.webnode.cz/negativni-dusledky-drogove-zavislosti/>.

3. Zdravotnické služby určené pro osoby drogově závislé

V České republice sahají kořeny specializované péče o uživatele návykových látek do roku 1948. Toho roku totiž bylo v Praze založeno první specializované zdravotní zařízení *U Apolináře* zaměřené na léčbu alkoholových závislostí. Za něj vděčíme českému lékaři Jaroslavu Skálovi (1916 – 2007). Dá se říci, že toto zařízení se v bývalém Československu stalo vzorem pro mnoho dalších. Ta vznikala zejména při psychiatrických léčebnách. Ústavní péče o pacienty závislé na alkoholu postupem času vytvářela síť takzvaných **ambulantních ordinací AT**⁴⁹.

Čím více se ve společnosti rozšiřovaly nealkoholové drogy a závislost na nich, tím více se výše uvedené zařízení začalo orientovat na klienty s tímto problémem. Lékař Jaromír Rubeš (1918 – 2000) zakládá *U Apolináře* roku 1978 první specializované ambulantní zařízení určené pouze pro nealkoholové závislosti s názvem *Středisko drogových závislostí*. Zařízení je později přetransformováno na první nestátní zdravotnické zařízení stejného zaměření, které nese název *DROP-IN*.⁵⁰

Po roce 1989, což souvisí zejména s procesem demokratizace společnosti a otevřením státních hranic, byl obecně zaznamenán prudký nárůst jak problémových klientů, tak počtu o ně pečujících neziskových organizací. Prvními subjekty specializujícími se na drogové závislosti byl již zmíněný *DROP-IN* a později také občanské sdružení *SANANIM*. Typické pro 90. léta 20. století bylo postupné rozšiřování systému odborné péče. Nestátní organizace zaměřené na protidrogovou politiku v České republice měly neziskový charakter. Konkrétně se jednalo o různá občanská sdružení, nadace, dobrovolné spolky nebo církevní a náboženské organizace.⁵¹

3.1 Detoxifikační služby

Pokud se člověk závislý na drogách rozhodne pro abstinenci, ze všeho nejdřív musí zvládnout proces odvykacího stavu **detoxifikace**. Detoxifikace může mít dvě formy,

⁴⁹ AT - Alkohol a toxikomanie.

⁵⁰ Bém, Pavel. *Úvod – složky systému péče v ČR* in Kalina, Kamil. *Drogy a drogové závislosti 2*. Str. 155.

⁵¹ Bém, Pavel. *Úvod – složky systému péče v ČR* in Kalina, Kamil. *Drogy a drogové závislosti 2*. Str. 155.

první z nich je forma *ambulantní*, kdy pacient pravidelně dochází do ambulance na kontroly. Druhou formou je *hospitalizace* pacienta (pozn.: ta je v ČR častější). Při detoxifikaci jde především o pročištění organismu od drogy a zvládnutí akutního stavu, kterým se myslí zejména jeho akutní fáze s nesnesitelnými příznaky, které mohou během týdnů či měsíců přejít až do chronicity⁵². Jedná se například o úzkost, nechutenství, nespavost a nechybí ani touha po opětovaném užití drogy.⁵³

Odvykacímu stavu by okolí uživatele návykových látek mělo věnovat pozornost zejména ze tří důvodů:

- odvykací stav je zpravidla první potíží, s kterou se setkáváme při léčbě závislosti a cílem je pacienta při léčbě udržet;
- odvykací stav je důvod pro opětovné užití drogy;
- odvykací stav je životu nebezpečný (objevují se při něm zejména delirium⁵⁴ či křeče).⁵⁵

Detoxikační centrum, Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze

Pro uvedení příkladu detoxikační služby jsem si vybrala centrum, ze kterého mám osobní zkušenosti a to z důvodu plnění odborné stáže tam (absolvovala jsem ji v srpnu roku 2018).

Obr. 1: Logo nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského⁵⁶



⁵² **Chronicita** – dlouhodobost.

⁵³ Dvořáček, Jiří. *Odvykací stavy*. In Kalina, Kamil a kolektiv. *Klinická adiktologie*. Str. 347.

⁵⁴ **Delirium** – náhlá změna v chování a porucha pozornosti.

⁵⁵ Dvořáček, Jiří. *Odvykací stavy*. In Kalina, Kamil a kolektiv. *Klinická adiktologie*. Str. 347.

⁵⁶ Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze. Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze [online]. Copyright © Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze [cit. 2019-04-21]. Dostupné z: <https://www.nmskb.cz/>.

Toto centrum je jediné svého druhu v České republice; jedná se totiž o *dětské a dorostenecké detoxikační centrum* určené pro osoby ukončeného 18. roku věku. Specializované je na akutní léčbu dětí a mladistvých, které již mají zkušenosti se závislostí na omamné a psychotropní látce. Centrum poskytuje ambulantní a pobytovou péči (při pobytu v něm pacienti zpravidla pobývají 7 – 20 dní), spolupracuje s pacientovou rodinou, školou a zajišťuje následnou péči pacientů. Léčba je zde zaměřena jak na zvládnutí abstinčních příznaků, tak na posílení motivace s drogou včas skončit. Pravidelně jsou uskutečňovány individuální i skupinové motivační terapie, aktivity pro volný čas (např. muzikoterapie, arteterapie, keramická dílna) a stejně jako v centrech pro dospělé nechybí psychoterapie či kombinovaná detoxifikační terapie.⁵⁷

3.2 Psychiatrické léčebny

Nedílnou součástí léčby závislostí je pomoc psychiatra – a to v psychiatrické léčebně či na psychiatrickém oddělení, která jsou součástí nemocnic. V naší republice se nachází celkem 90 pracovišť, kde je možné s problémem závislosti pomoci. Do psychiatrických léčeben je pacient přijat po absolvování *detoxu*, kdy je jeho tělo „vyčištěno“ od škodlivých látek. Léčba na psychiatrii probíhá formou pobytovou a zaměřuje se na udržení abstinence a na *resocializaci* pacienta. Léčba je komplexně strukturována: obsahuje fyzické aktivity, dále psychoterapeutické, zdravotnické, výchovně-režimové, resocializační a volnočasové činnosti. Vedle abstinence, která je samozřejmě v rámci pomoci závislým osobám klíčová, se zde objevuje ještě jeden důležitý terapeutický úkol. Tím je podpora adaptačního potenciálu pacienta k návratu do jeho přirozeného prostředí.⁵⁸

⁵⁷ Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze. Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze[online]. Copyright © Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze [cit. 2019-01-02]. Dostupné z: <http://www.nmskb.cz/pro-pacienty/oddeleni/detoxikacni-centrum>.

⁵⁸ Závislosti. In: *Bohnice* [online]. Copyright © Praha [cit. 2019-01-02]. Dostupné z: <https://www.bohnice.cz/lecba/zavislosti/>.

Psychiatrická nemocnice Bohnice

K výběru popisu konkrétně psychiatrické nemocnice v Bohnicích mě vedlo to samé, jako při předchozím výběru, tedy absolvování praxe v zařízení. Tu jsem absolvovala v listopadu roku 2016.

Obr. 2: Logo psychiatrické nemocnice Bohnice⁵⁹



Jedná se o jednu z největších psychiatrických nemocnic u nás, která je rozdělena na pavilony neboli oddělení. Celkem jich je 35. Každé oddělení je zaměřeno na léčení jiného druhu problému, s kterým pacienti přicházejí (pozn.: kromě oddělení, na kterém se věnují osobám s problémy se závislostí, je to např. dětské oddělení, interna či zdravotně sociální péče). Co se **pavilonů závislostí** týče, je jich v nemocnici celkem šest. Tři jsou zaměřené na závislosti u mužů a tři na závislosti u žen, v tomto případě jde o oddělení č. 16, které je pro pacientky s tzv. *duální diagnózou* (pozn.: pro ženy, které se léčí se závislostí a zároveň s jiným psychiatrickým onemocněním). Zbylé dvě oddělení, konkrétně oddělení č. 7 a 8, jsou rozděleny na příjmové oddělení a oddělení následné režimové péče. Mužům jsou poskytnuty pavilony č. 18, 31 a 35, přičemž rozdělení je téměř totožné jako u žen. Jedná se o oddělení příjmové, oddělení následné režimové péče a režimové oddělení následné péče.⁶⁰

3.3 AT poradny

Jak již zkratka v názvu napovídá, AT poradny se zabývají alkoholismem a toxikomanií. Jedná se o ambulantní léčbu s cílem poskytnout pomoc lidem, kteří se dostali do problému s užíváním nelegálních i legálních návykových látek. Poradny se často zároveň věnují patologickým hráčům. V socialistickém zdravotnictví tyto ordinace

⁵⁹ Domů. In: *Bohnice* [online]. Copyright © Praha [cit. 2019-04-21]. Dostupné z: <https://www.bohnice.cz/>.

⁶⁰ *Závislosti - muži*. In: *Bohnice* [online]. Copyright © Praha [cit. 2019-01-02]. Dostupné z: <https://www.bohnice.cz/lecba/zavislosti-muzi/>.

představovaly součást psychiatrického oddělení nemocnice, ale v průběhu 90. let se soustava začala rozpadat. Některé poradny se privatizovaly, jiné zanikly. V současné době poradny fungují jak soukromě, tak v zařízeních zřizovaných státem či obcemi.⁶¹

Remedis, ambulantní léčba závislosti

Jako příklad AT poradny jsem zvolila nestátní zdravotnické zařízení *Remedis, s.r.o.*, které se obecně věnuje lékařským službám v mnoha oborech. Součástí lékařských služeb je *adiktologická ambulance (AA)* zaměřená na oblasti závislosti, závislostních poruch a s nimi související komplikace. Určena je pro dospělé uživatele návykových látek, a to včetně alkoholu i tabáku, dále pro patologické hráče. Cílem je pomoci klientům, a současně spolupracovat s jejich nejbližšími osobami. AA nabízí základní informace z oblasti návykových látek, informace o přenosných nemocích či ambulantní adiktologickou péči (např. individuální práci s klientem, screeningové testování⁶², strukturované programy pro specifické skupiny uživatelů návykových látek, jako jsou třeba těhotné uživatelky či rodiče s dětmi).⁶³

Obr. 3: Logo organizace Remedis⁶⁴



3.4 Internetové poradny

Již více jak dvě desetiletí je moderním informačním a komunikačním trendem internet. Populární je na něm komunikace stejně jako vyhledání libovolných informací. Je tomu tak i při hledání rad od profesionálního poradce, což je pro mnohé lidi s problémy

⁶¹ Kalina, Kamil. *Glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Str. 15.

⁶² **Screeningové testování** – testování na přítomnost návykové látky.

⁶³ Ambulantní léčba závislosti | Remedis. Remedis [online]. [cit. 2019-01-02]. Dostupné z: <http://www.remedis.cz/pracoviste/ambulantni-lecba-zavislosti/>.

⁶⁴ Remedis. Remedis [online]. [cit. 2019-04-21]. Dostupné z: <http://www.remedis.cz/>.

výrazně snadnější řešení, než pomoc vyhledat osobně a delší dobu čekat na sjednanou schůzku. Proto také na internetu vznikají poradenská zařízení věnující se drogové problematice. Historicky první internetovou drogovou poradnu založilo občanské sdružení SANANIM v roce 1990.⁶⁵

Jednou ze dvou velkých výhod tohoto typu poradenství představuje **anonymita**, která zajišťuje kvalifikované odpovědi osobám, kteří z různých důvodů nechtějí prozradit svou totožnost. Druhou výhodou představuje **snadná dostupnost**, kdy si ať už klient sám, blízká osoba závislého nebo jen člověk ze zvědavosti zjistí informace téměř odkudkoliv a kdykoliv.⁶⁶

Drogová poradna SANANIM

Prostřednictvím *Drogové poradny* může kdokoli a anonymně zadat jakýkoliv dotaz, který se týká drogové problematiky. Dotyčný zároveň na internetové poradně může vyhledat informace v již zodpovězených dotazech od předchozích klientů.⁶⁷ Na dotazy odpovídá tým odborníků složený zejména z pracovníků organizace (sociálních pracovníků, psychiatrů, psychologů a pedagogů) a také specializovaní externí odborníci (specializovaní lékaři a právníci).⁶⁸ V roce 2018 se v drogové poradně objevilo celkem 1 888 dotazů týkajících se drogového problému, což činí přibližně pět dotazů denně.⁶⁹

Obr. 4: Logo organizace SANANIM⁷⁰



⁶⁵ Orlíková, Bára. Marečková, Jana. *Internetové poradenství a drogová problematika*. In kolektiv autorů sdružení SANANIM. *Drogy: otázky a odpovědi*. Str. 7.

⁶⁶ Orlíková, Bára. Marečková, Jana. *Internetové poradenství a drogová problematika*. In kolektiv autorů sdružení SANANIM. *Drogy: otázky a odpovědi*. Str. 8.

⁶⁷ *Drogová poradna: Úvodní stránka* [online]. Praha: Honeypot, 2009 [cit. 2019-02-04]. Dostupné z: <http://www.drogovaporadna.cz/Uvodni-stranka.html>.

⁶⁸ Orlíková, Bára. Marečková, Jana. *Internetové poradenství a drogová problematika*. In kolektiv autorů sdružení SANANIM. *Drogy: otázky a odpovědi*. Str. 8.

⁶⁹ *Drogová poradna: Dotazy* [online]. Praha: Honeypot, 2009 [cit. 2019-04-28]. Dostupné z: <http://www.drogovaporadna.cz/dotazy/39597/pocet-dotazu.html>.

⁷⁰ Aktuálně. In: *Sananim* [online]. Honeypot 2007. Praha [cit. 2019-04-21]. Dostupné z: <http://www.sananim.cz/>.

3.5 Následná péče

Následná péče je nedílnou součástí léčby závislosti na drogách. Dá se říci, že je to poslední fáze procesu změny člověka závislého na drogách. Zahrnuje v sobě všechny změny a intervence, které navazují na léčbu a které jsou zaměřené na udržení změn v chování. Tato péče je založena na předpokladu, že budou zmírněny nebo dokonce odstraněny rizika vzniku relapsu⁷¹ a naopak budou posíleny faktory, které zajišťují abstinenci.⁷²

Následná péče je zařazena do **zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb.**, mezi služby sociální prevence a je definována jako „*ambulantní nebo pobytová služba poskytovaná osobám závislým na návykových látkách, které absolvovaly ústavní nebo ambulantní léčbu ve zdravotnickém zařízení nebo se jí podrobují, nebo osobám, které abstínují.*“⁷³

Terapeutický tým následné péče je multidisciplinární a jádro tvoří psycholog, adiktolog, lékař a sociální pracovník. Cílem týmu a celé následné péče je klientovi po ukončení léčby pomoci s přechodem do normálního života a připravit ho na problémy s ním spojené. Dále pak podpořit a udržet abstinenci klienta, získat dovednosti, jak předcházet relapsu, podpořit osobní růst klienta a pomoci se stabilizací v oblasti zásadních sociálních jistot (bydlení, zaměstnání).⁷⁴

Centrum následné péče střediska prevence a léčby drogových závislostí Drop In

Jako příklad následné péče jsem zvolila organizaci vzniklou v roce 1991 s názvem *Drop In*, která je známá svými dobrými výsledky práce s drogově závislými.

⁷¹ **Relaps** – návrat k užívání návykových látek po období abstinence.

⁷² Pavlovská, Amalie. Makovská Dolanská, Pavla. *Následná péče a sociální rehabilitace*. In Kalina, Kamil a kolektiv. *Klinická adiktologie*. Str. 469.

⁷³ Pavlovská, Amalie. Makovská Dolanská, Pavla. *Následná péče a sociální rehabilitace*. In Kalina, Kamil a kolektiv. *Klinická adiktologie*. Str. 470.

⁷⁴ Pavlovská, Amalie. Makovská Dolanská, Pavla. *Následná péče a sociální rehabilitace*. In Kalina, Kamil a kolektiv. *Klinická adiktologie*. Str. 470.

Obr. 5: Logo organizace Drop In⁷⁵



Jedná se o nestátní neziskovou organizaci se zaměřením na poskytování zdravotnických a sociálních služeb zejména uživatelům nealkoholových drog, jejich rodinám a blízkým osobám.⁷⁶ Posláním *Centra následné péče* je pomoci bývalým uživatelům návykových látek, patologickým hráčům a jejich rodinným příslušníkům v hledání a udržení nového života s minimálním rizikem návratu k závislosti. V rámci služeb, které jsou poskytovány ambulantně, mohou klienti využívat individuální a skupinové psychoterapie.⁷⁷

3.6 Substituční programy

V první řadě je potřeba říci, že substituční léčba je v České republice dostupná pouze pro uživatele, kteří bojují se závislostí na **opiátech** (nejčastěji užívaný opiat představuje heroin). Substituční léčba spočívá v podání látky s podobnou či identickou vlastností a účinkem, jaké má užívaná droga. Látka, která nahrazuje účinky užívané návykové látky je nazývána jako *agonista* a její účinky jsou mnohem snadněji kontrolovatelné. Užívání substitučních látek také zmírňuje abstinenční příznaky a snižují zdravotní i sociální rizika. Přínosem této léčby je dát možnost závislým osobám omezit rizikové chování a stabilizovat svůj zdravotní a sociální stav.⁷⁸

⁷⁵ Drop In — Drop In — [online]. Copyright © 2017 [cit. 2019-04-21]. Dostupné z: <https://www.dropin.cz/>.

⁷⁶ Drop In — Drop In — [online]. Copyright © 2017 [cit. 2019-04-21]. Dostupné z: <https://www.dropin.cz/>.

⁷⁷ Drop In — Centrum následné péče. Drop In — [online]. Copyright © Copyright 2017 [cit. 2019-02-05]. Dostupné z: <https://www.dropin.cz/2015/06/centrum-nasledne-pece/>.

⁷⁸ Verster, Annette. Buning, Ernst. *Informace pro tvůrce drogové politiky*. Str. 14.

Cílem léčby je pacientům pomoci se svým zdravím, omezit užívání nelegálních drog, řešit problémy spojené s užíváním drog a omezit nebezpečí související se závislostí. Nejčastější nebezpečí představuje riziko infekce HIV, hepatitidy B a C či jiných krevně přenosných nemocí. V neposlední řadě hrozí riziko předávkování se, které končí smrtí.⁷⁹

Mezi nejužívanější substituční preparáty u nás patří bezpochyby látky s názvem **Buprenorfin** a **Metadon**. *Buprenorfin* vznikl v 70. letech 20. století při snaze najít neadiktivní analgetikum ve Spojeném království. První registrace pro léčbu opiátové závislosti se ale uskutečnila až roku 1995 ve Francii v podobě sublingválních⁸⁰ tablet pod názvem *Subutex*. Po užití buprenorfinu jsou v těle vytvářeny podobné účinky opiátům, brání abstinčním symptomům, snižují bažení po droze a také účinky jiných opiátů.⁸¹ *Metadon* pak představuje nejrozšířenější typ léčby závislosti na opiátech v celém světě.⁸² Tento agonista zmírňuje především touhu po užití drogy, potlačuje abstinční příznaky a blokuje pocity euforie, které vznikají po užití heroinu. Léčba je většinou určena na poměrně dlouhou dobu a to z důvodu potřeby podávání vysokých dávek pacientům s cílem je postupně snižovat až úplně vysadit.⁸³

Vzhledem k metamfetaminu a situaci v České republice s touto látkou, je již několik let k zamyšlení také léčba pomocí substituce na pervitinu. O zahájení léčby pro uživatele na pervitinu usiluje *Program protidrogové politiky*. V roce 2013 byl *Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky* do akčního plánu zařazen program substituční léčby lidí závislých na metamfetaminu, ale zatím není zcela jasné, jaké látky by měly v léčbě pervitin nahradit.⁸⁴

Centrum substituční léčby, Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN

Centrum substituční léčby, oddělení pro léčbu závislostí VFN, pro osoby pohybující se v oblasti drogové problematiky, známý pouze jako *Apolinář*. Centrum nabízí

⁷⁹ Verster, Annette. Buning, Ernst. *Informace pro tvůrce drogové politiky*. Str. 15.

⁸⁰ **Sublingvální podávání tablet** - vstřebání látky skrze sliznici dutiny ústní.

⁸¹ Verster, Annette. Buning, Ernst. *Informace pro tvůrce drogové politiky*. Str. 23.

⁸² Gossop, Michael. *Léčba problémů spojených se zneužíváním drog*. Str. 17.

⁸³ Verster, Annette. Buning, Ernst. *Informace pro tvůrce drogové politiky*. Str. 17.

⁸⁴ Po heroinu pervitin. Stát zvažuje substituční léčbu u většiny závislých. Po heroinu pervitin. Stát zvažuje substituční léčbu u většiny závislých [online]. Praha: Markéta Březinová, 2013 [cit. 2017-04-20]. Dostupné z: http://zpravy.idnes.cz/vlada-navrhuje-zavislost-na-pervitinu-lecit-substituci-pkd/domaci.aspx?c=A130328_173112_domaci_brm.

substituční program prostřednictvím metadonu, který vyžaduje vysoké nároky v oblasti dodržování abstinence od všech nelegálních drog a zároveň klade důraz na dodržování pravidel programu. Vedle podávání metadonu jsou součástí léčby terapeutické a poradenské služby, které pomáhají jak s problémem závislosti, tak také s problémy s nimi souvisejícími.⁸⁵

Obr. 6: Logo Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze⁸⁶



3.7 Terapeutické komunity

Jedná se o formu skupinové psychoterapie, kde se střetávají lidé odlišného věku, pohlaví či vzdělání a určitou delší dobu spolu žijí na jednom místě. Kromě skupinových sezení mají také další program společný, buď pracovní, nebo jinou různorodou činnost. Toto je možnost, jak do modelů aktivit promítnout problémy z běžného života, zejména ve vztahu k ostatním lidem. V komunitě jsou klienti od všech členů týmu i ostatních pacientů podporováni k **otevřené komunikaci**. Důležitou roli hrají schůzky personálu s pacienty, při nichž dochází k výměně informací a k řešení problémů ve vzájemných vztazích.⁸⁷ Terapeutická komunita se vyznačuje organizovaností a bezpečným prostředím, které má jasně stanovené struktury hranic a očekávání. V prostředí komunity jsou daná jasná **pravidla** i **denní řád**.⁸⁸

Co se terapeutických komunit zaměřených na závislosti týče, tak první generace měla spíše heroinovou klientelu nebo klienty se zkušenostmi s více drogami najednou.

⁸⁵ *Ambulantní provozy: Centrum substituční léčby* [online]. Praha: Klinika adiktologie, 2011, 2013 [cit. 2019-02-05]. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/629/4361/Centrum-substitutni-lecby>.

⁸⁶ Aktuálně. In: *Klinika adiktologie* [online]. Copyright ©Praha [cit. 2019-04-21]. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/>.

⁸⁷ Kalina, Kamil. *Terapeutická komunita*. Str. 17.

⁸⁸ Kalina, Kamil. *Terapeutická komunita*. Str. 18.

Nyní už se ale dá říci, že typ drogy o přijetí do komunity nerozhoduje. Důležitou roli hrají spíše obecné charakteristiky klienta, jako jsou motivace, závažnost závislosti či psychopatologické komplikace.⁸⁹ Pokud budeme hovořit o lidech, kteří tvoří tým v terapeutických komunitách pro drogově závislé, je důležité říci, že ho tvoří jak profesionálové, tak neprofesionálové (často bývalí uživatelé drog). Důležité je, aby byl tým vyvážený v zastoupení profesionálů a neprofesionálů či ve smyslu věku a pohlaví.⁹⁰

Terapeutická komunita Němčice

První terapeutická komunita pro osoby závislé na návykových látkách vznikla v roce 1991 v Němčicích u Volyně v jižních Čechách díky občanskému sdružení SANANIM. Komunita byla vytvořena na nezdravotnické půdě jako zařízení sociálně rehabilitačního a výchovného typu.⁹¹

Posláním této komunity je zajistit dlouhodobou léčbu a sociální rehabilitaci občanům, kteří nejsou schopni sami zvládnout závažné důsledky užívání drog. Hlavním cílem je lidi ze závislosti uzdravit a to zejména prostřednictvím osobního růstu, přijímání osobní odpovědnosti a změny životního stylu.⁹²

⁸⁹ Kalina, Kamil. *Terapeutická komunita*. Str. 279.

⁹⁰ Kalina, Kamil. *Terapeutická komunita*. Str. 219.

⁹¹ Kalina, Kamil. *Terapeutická komunita*. Str. 73.

⁹² Sananim: Terapeutická komunita Němčice [online]. HoneyPot 2007. Praha: SANANIM, z.ú., 2007 [cit. 2019-02-06]. Dostupné z: [http://www.sananim.cz/terapeuticka-komunita-nemcice-\(tkn\).html](http://www.sananim.cz/terapeuticka-komunita-nemcice-(tkn).html).

4. Specifika sociální práce s drogově závislými

Mezi uživateli návykových látek není výjimkou, že jsou nositeli **sociálně-právních problémů**. Nejčastěji se u narkomanů objevují finanční dluhy, bývají trestně stíháni, pobírají sociální dávky. To je důvod, proč je sociální práce nezastupitelnou součástí při intervencích zaměřených na stabilizaci životního stylu závislého jedince. Sociální pracovník je velmi důležitým členem terapeutického týmu a měl by usilovat o to, aby byla nabízena pomoc především praktická, tedy s klienty partnersky komunikovat, vyslechnout je či jim poskytnout potřebnou radu.⁹³

Zaměříme-li se na zařízení věnující se pomoci osobám s drogovou závislostí, tak sociální práce u nich tvoří nezastupitelnou součást intervencí zaměřených na stabilizaci životního stylu závislého jedince a jeho pozvolnou nápravu ve směru zdravého ideálu.⁹⁴

4.1 Sociální služby a programy pro uživatele drog

Dle zákona o sociálních službách, tedy **zákona č. 108/2006 Sb.**, bylo a je v roce 2019 zřízených celkem 20 zařízení poskytujících sociální služby. V práci budu popisovat ty služby, které jsou nejčastěji využívány osobami s drogovou závislostí, případně by takové služby využívat mohli.⁹⁵

Mnoho popsaných služeb jsou dle zákona určeny zejména pro osoby bez přístřeší a nikoli přímo pro osoby s problémem se závislostí. Ve většině případů ale závislé osoby často žijí přímo na ulici, a proto si dovolím je zde uvést také.

4.1.1 Azylové domy

Služba v azylovém domě je poskytována formou pobytu na přechodnou dobu. Určena je osobám nacházejícím se v nepříznivé situaci spojené se ztrátou bydlení. V rámci

⁹³ Pavlovská, Amalie. Makovská Dolanská, Pavla. *Následná péče a sociální rehabilitace*. In Kalina, Kamil a kolektiv. *Klinická adiktologie*. Str. 475.

⁹⁴ Matoušek, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Str. 213

⁹⁵ Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách.

ubytování bývá jedinci poskytnuta také strava (pozn.: strava na celý den činí přibližně 80Kč/den) nebo pomoc při jejím zajištění a pomoc při řešení osobních záležitostí.⁹⁶

Primárním cílem těchto zařízení je pomoci osobám v životní nepříznivé situaci, poskytnout jim takřkajíc střechu nad hlavou. Pracovníci ale mají také druhotný cíl a tím je **motivovat** klienty ke změně jejich (sebe)destruktivního životního stylu a podpořit je v procesu integrace do společnosti. Pro tyto účely jsou v některých azylových domech zřízeny tzv. integrační stupně, též fáze pobytu, v nichž má klient možnost si postupně klást náročnější cíle.⁹⁷

Azylové domy jsou v ČR asi nejčastěji zřizovány církvemi a jsou považovány za komfortnější možnost přespání, nežli třeba noclehárny. Proto se předpokládá, že klienti žádající o azylový dům mají zaměstnání, případně pobírají starobní či invalidní důchod a mohou si dovolit vynaložit vyšší částku za přenocování (pozn.: cena za ubytování v azylových domech činí přibližně 90 - 130 Kč/den) než v již zmíněné noclehárně (pozn.: cena za přespání v noclehárně se pohybuje přibližně mezi 20 – 40 Kč/noc).⁹⁸

Azylový dům Armády Spásy

Armáda spásy (AS) byla založena roku 1865 a v současnosti tato křesťanská organizace působí ve 127 zemích světa. V Československu svou práci zahájila v roce 1919 a obnovena pak byla roku 1990 (v letech 1950 až 1989 byla u nás činnost AS komunistickým režimem zakazována). **Cílem** AS je sociální, morální, fyzická a duchovní podpora lidí na křesťanských principech. Služba je určena osobám, které se ocitly v obtížné životní situaci a také těm, kteří hledají duchovní pomoc či oporu. Vedle azylového domu organizace poskytuje také služby jako noclehárny, nízkoprahová denní centra či terénní programy.⁹⁹

⁹⁶ Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách.

⁹⁷ Matoušek, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Str. 30.

⁹⁸ Matoušek, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Str. 30.

⁹⁹ Kdo jsme - Armáda Spásy. Armáda Spásy - Srdce Bohu, ruce lidem [online]. Copyright © 2016 Armáda spásy V České republice [cit. 2019-04-22]. Dostupné z: <https://armadaspasy.cz/o-nas/kdo-jsme/>.

Obr. 7: Logo armády Spásy¹⁰⁰



Azylový dům Armády spásy je určen pro muže i ženy starší 18 let, kteří jsou fyzicky soběstační a mají zájem aktivně se podílet na řešení své nepříznivé sociální situace. Cílem je těmto lidem v jejich špatné situaci poskytnout ubytování na přechodnou dobu, prostřednictvím individuální sociální práce jim pomoci se začleněním do společnosti, podpořit je v nezávislosti na sociálních službách, připravit je na vlastní bydlení a pomoci jim s obnovou rodinných kontaktů a sociálních vztahů.¹⁰¹

4.1.2 Kontaktní centra

Také kontaktní centra jsou závislími uživateli drog využívána relativně často. Jedná se o *nízkoprahová zařízení*¹⁰² poskytující jak ambulantní, tak terénní služby zejména uživatelům návykových látek s cílem snížení sociálních a zdravotních rizik spojených s užíváním těchto látek. V zařízení jsou poskytovány sociálně terapeutické činnosti, podmínky pro osobní hygienu a také pomoc při osobních záležitostech.¹⁰³

Jednotlivá zařízení nabízejí také základní služby, jako je sociální poradenství, základní zdravotní péče, výměnný program a doplňkové služby, jako je hygienický, vitamínový či potravinový servis. V neposlední řadě je také poskytováno testování na

¹⁰⁰ Armáda Spásy - Srdce Bohu, ruce lidem. Armáda Spásy - Srdce Bohu, ruce lidem [online]. Copyright © 2016 Armáda spásy V České republice [cit. 2019-02-22]. Dostupné z: <https://armadaspasy.cz/>.

¹⁰¹ Azylový dům - Armáda Spásy. Armáda Spásy - Srdce Bohu, ruce lidem [online]. Copyright © 2016 Armáda spásy V České republice [cit. 2019-04-22]. Dostupné z: <https://armadaspasy.cz/pobocky/praha/praha-centrum-socialnich-sluzeb-b-burese/azylovy-dum/>.

¹⁰² **Nízkoprahové zařízení** – snadno dostupná, bezplatná a anonymní služba, která je svým klientům nabízena bez administrativních a jiných překážek.

¹⁰³ Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách.

hepatitidu B a C či na HIV, které vzhledem k rizikovému způsobu chování u závislých osob není výjimkou.¹⁰⁴

Mezi kontaktní centra řadíme službu **harm reduction**. Jedná se vlastně o postupy, které klientovi brání v prohlubování (násobení) jeho problému s drogou, ale zároveň se ho primárně nesnaží úplně vyřešit. Nejčastějším příkladem *harm reduction* je výměna sterilních injekčních stříkaček a jehel za ty již použité, nabídka intenzivní odvykací léčby nebo již zmíněná hygienická či potravinová pomoc.¹⁰⁵

Obr. 8: Balíček harm reduction¹⁰⁶



K-centrum Most k naději

V České republice jsou známá takzvaná K-centra, jako například *Drop-In* či *Sananim*. Tyto organizace jsou ale již zmíněné v jiných kapitolách práce, a proto jsem si dovolila jako příklad K-centra uvést *Most k naději*. V tomto „káčku“, jak se mezi klienty o podobných pracovištích hovoří, jsem strávila téměř půlroční praxi na přelomu roku 2015/2016.

¹⁰⁴ Kalina, Kamil. *Základy klinické adiktologie*. Str. 108.

¹⁰⁵ Matoušek, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Str. 256.

¹⁰⁶ Harm reduction materiál | Darmoděj z.ú.. Darmoděj z.ú. [online]. [cit. 2019-02-22]. Dostupné z: <http://www.darmodej.cz/t-program/9296/harm-reduction-material/>.

Obr. 9: Logo organizace Most k naději¹⁰⁷



Organizace nacházející se v Ústeckém a Libereckém kraji vznikla v roce 1995 jako reakce na tehdejší zhoršující se situaci v oblasti zneužívání drog, nárůstu onemocnění HIV/AIDS a rozmachu sociálních patologií v postižených částech severočeského regionu. V současnosti se zařízení věnuje primárně drogové problematice včetně prevence nemocí šířících se krví a pohlavním stykem (zejména se zaměřením na žloutenku typu C a na HIV/AIDS), tak také problematice menšin, prostituci či lichvářství.¹⁰⁸

Sociální a adiktologické služby v K-centru mohou využívat osoby starší 15-ti let, které mají problém s omamnými a psychotropními látkami a jedy, alkoholem či patologickým hráčstvím. Dále pak osoby abstinující od těchto látek či jejich rodinní příslušníci nebo blízké osoby. **Cílem** K-centra je snižovat zdravotní rizika v důsledku injekčního užívání drog, prevence výskytu či monitoring hepatitid a HIV/AIDS onemocnění, pomáhat klientům získat a posílit motivaci k léčbě a v neposlední řadě chránit veřejné zdraví společnosti (díky službě *harm reduction*).¹⁰⁹

4.1.3 Nízkoprahová denní centra

Nízkoprahovou službou se rozumí služba dostupná klientům bez nutnosti předchozího objednání i bez předkládání osobních údajů, jako je doklad totožnosti.¹¹⁰

¹⁰⁷ Most k naději. Most k naději [online]. Copyright © 2011 [cit. 2019-04-22]. Dostupné z: <http://www.mostknadeji.eu/>.

¹⁰⁸ O nás. Most k naději [online]. Copyright © 2011 [cit. 2019-04-22]. Dostupné z: <http://www.mostknadeji.eu/o-nas/>.

¹⁰⁹ K-centrum Žatec. Most k naději [online]. Copyright © 2011 [cit. 2019-04-22]. Dostupné z: <http://www.mostknadeji.eu/ustecky-kraj/k-centrum-zatec/>.

¹¹⁰ Matoušek, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Str. 118.

Denní centra jsou v tomto případě určena osobám bez přístřeší či osobám zneužívajícím návykové látky. Hlavním cílem je poskytnutí ambulantní a terénní služby, dále pak pomoc při osobní hygieně, poskytnutí stravy či pomoc s jejím zajištěním a pomoc v osobních záležitostech.¹¹¹

Nízkoprahové denní centrum Armády Spásy

Činnost organizace *Armády Spásy* již byla popsána v kapitole 4.1.1 *Azylové domy*, proto bych se nyní věnovala samotné službě nízkoprahového denního centra. To má za cíl pomoci ženám i mužům, kteří se ocitli v nepříznivé sociální situaci v podobě ztráty obydlí. Sociální pracovníci v centru se klienty snaží motivovat situaci řešit, pomáhají jim například cestou sociálního poradenství, základního zdravotního ošetření, hledat zaměstnání, vyřizovat sociální dávky. Dále je v centru pro klienty poskytována strava, ošacení či prostor pro osobní hygienu.¹¹²

4.1.4 Noclehárny

Tato služba je opět určena zejména osobám bez přístřeší. Již z názvu služby vyplývá, že se jedná o ambulantní službu poskytující zejména přenocování, k němuž se ještě přidává využití osobní hygieny.¹¹³ Co se hygienické očisty týče, ta je pro klienty, dá se říci, povinná. Je to z důvodu nebezpečí různých nákaz, kterým je díky očištění částečně zamezeno v dalším šíření (např. žloutenka typu A). Pokud se osoby rozhodnou noclehárnu navštívit, musí dodržovat určitý řád, který je pro všechna zařízení totožný a tím je zákaz užívání drog, alkoholu a agresivního chování. Klienti jsou v noclehárnách vítáni pouze na přespaní, tzn., že ráno pak zařízení musí opustit a případně přijít zase až ve večerních hodinách (provozní doba noclehárny může být např. 20:00 – 08:00).¹¹⁴

¹¹¹ Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách.

¹¹² Nízkoprahové denní centrum - Armáda Spásy. Armáda Spásy - Srdce Bohu, ruce lidem [online]. Copyright © 2016 Armáda spásy V České republice [cit. 2019-04-22]. Dostupné z: <https://armadaspasy.cz/pobocky/praha/praha-centrum-socialnich-sluzeb-b-burese/css-b-burese-nizkoprahove-denni-centrum/>.

¹¹³ Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách.

¹¹⁴ Matoušek, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Str. 118.

Noclehárna Lod' Hermes

Již od roku 1962, kdy byla loď postavena a určena pro přepravu nákladů či zboží, nese název *Hermes*. Pojmenována byla podle boha Herma, který byl bohem poutníků a cest, ale zároveň také zlodějů a řečníků. Od roku 2006 byla loď zakotvena na břehu Vltavy v Praze a díky Magistrátu hlavního města Prahy přestavována na ubytovací zařízení s cílem využívání plavidla jako noclehárny pro osoby bez přístřeší. V únoru roku 2007 byla pro tyto účely otevřena. Loď je určena zdravotně soběstačným osobám starším 18-ti let s platným dokladem totožnosti, které přicházejí ve střízlivém stavu. V současnosti se jedná o jednu z nejvyhledávanějších sociálních služeb svého druhu v Praze. *Hermes* nabízí velké množství lůžek a zároveň také kvalitní sociální služby. V prostorách lodi je často využívané sociální, právní či psychologické poradenství nebo zdravotní ošetrovna. Nástup i odchod z lodi je nutný dodržet dle provozních hodin na pracovišti, které jsou od 19:00 do 07:00. Při nástupu na loď je každý večer vybírán poplatek za nocleh, ten činí 20 Kč.¹¹⁵

Obr. 10: Lod' Hermes¹¹⁶



4.1.5 Služby následné péče

Tyto služby představují ambulantní a pobytovou službu určenou osobám závislým na návykových látkách, které již absolvovaly léčbu ve zdravotnickém zařízení a nyní abstinují. Služba zpravidla nabízí sociálně terapeutické činnosti, zprostředkování

¹¹⁵ Lod' Hermes – noclehárna - Centrum sociálních služeb Praha. Centrum sociálních služeb Praha [online]. Copyright © Centrum sociálních služeb Praha [cit. 2019-04-22]. Dostupné z: <https://www.csspraha.cz/24815-lod-hermes-nocleharna>.

¹¹⁶ Lod' Hermes – noclehárna - Centrum sociálních služeb Praha. Centrum sociálních služeb Praha [online]. Copyright © Centrum sociálních služeb Praha [cit. 2019-04-22]. Dostupné z: <https://www.csspraha.cz/24815-lod-hermes-nocleharna>.

kontaktem se společenským prostředím, pomoc při osobních záležitostech a v případě pobytu v zařízení také stravu (více o následné péči včetně příkladu v kapitole 3.5 *Následná péče*).¹¹⁷

4.1.6 Terapeutické komunity

V rámci terapeutických komunit jsou poskytovány pouze pobytové služby a to osobám závislým na návykových látkách, které mají zájem začlenit se zpět do běžného života. V komunitách je včetně ubytování poskytnuta také strava, objevují se sociálně terapeutické činnosti či pomoc s osobními záležitostmi (více o terapeutických komunitách včetně příkladu v kapitole 3.7 *Terapeutické komunity*).¹¹⁸

4.1.7 Terénní programy

Služby v rámci terénních programů jsou určeny zejména osobám, které vedou rizikový způsob života, případně jsou tímto způsobem života ohroženy. Takové osoby jsou často uživateli návykových látek, nemají stálé bydlení a zpravidla žijí ve vyloučených komunitách. Cílem terénních programů je tyto osoby v jejich přirozeném prostředí vyhledat a pomoci jim.¹¹⁹

Součástí terénní sociální práce je **depistáž** (pozn.: vyhledávání osob v jejich přirozeném prostředí), navozování kontaktů s potencionálními klienty, poskytování sociální pomoci vyhledaným osobám, mapování lokality osob v nepříznivé životní situaci včetně analýzy a příčin vzniku nepříznivé situace.¹²⁰

Speciálním typem terénní sociální práce je **streetwork**. Jedná se o nízkoprahovou nabídku sociální pomoci, která má doprovodný, mobilní a vyhledávací charakter. Zaměřuje se jak na skupiny, tak i na jednotlivce, kteří jsou označováni za osoby

¹¹⁷ Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách.

¹¹⁸ Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách.

¹¹⁹ Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách.

¹²⁰ Matoušek, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Str. 228.

s rizikovým způsobem chování, nebo jsou tímto způsobem chování ohroženi. Sociální pracovník tyto osoby kontaktuje v místech jejich současného pobývání.¹²¹

V České republice existuje organizace zvaná *Česká asociace streetwork*. Ta vzdělává sociální pracovníky i pracovnice, kteří pracují jako streetworkeři. Nabízí kurzy a semináře jak pro začínající pracovníky, tak i pro ty zkušené.¹²²

Terénní protidrogový program Most k naději

Zařízení *Most k naději* bylo představeno v kapitole 4.1.2 *Kontaktní centra*, proto zde začnu rovnou s popisem terénní sociální práce v tomto zařízení. Od roku 1997 se začal na severu Čech realizovat *Terénní protidrogový program*. Vznikl z potřeby neinstitucionalizovaných terénních sociálních služeb mezi osobami drogově závislými (nejdříve společně s projektem K-centra). Lokality spadající do tohoto programu (Most, Teplice, Louny) bylo nejdříve zapotřebí zmapovat depistáží a poté bylo možné nabízet určité služby.¹²³

Nyní se program zaměřuje na uživatele drog, kteří se vyhýbají institucionální péči. Klienti tak pomoc nemusejí vyhledávat, terénní sociální pracovník pracující pro organizaci je najde sám na očekávaném místě. **Cílem** programu je zmírnit zdravotní a sociální důsledky jak uživatelů drog, tak jejich okolí (pozn.: např. výměna použitých injekčních stříkaček za nové – čisté). Dále klienty motivovat ke změně dosavadního stylu života a k využití institucionální péče.¹²⁴

4.1.8 Sociální rehabilitace

Pod pojmem *sociální rehabilitace* zahrnujeme soubor specifických činností, které směřují k samostatnosti, soběstačnosti a nezávislosti. To vše díky rozvoji specifických

¹²¹ Matoušek, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Str. 228.

¹²² Co je ČAS. Streetwork. [online]. Praha [cit. 2019-04-22]. Dostupné z: <https://www.streetwork.cz/stranka/2392/co-je-cas>.

¹²³ Terénní programy Most-Teplice-Louny. Most k naději [online]. Copyright © 2011 [cit. 2019-04-22]. Dostupné z: <http://www.mostknadeji.eu/ustecky-kraj/terenni-programy-most-teplice-louny/>.

¹²⁴ Terénní programy Most-Teplice-Louny. Most k naději [online]. Copyright © 2011 [cit. 2019-04-22]. Dostupné z: <http://www.mostknadeji.eu/ustecky-kraj/terenni-programy-most-teplice-louny/>.

schopností, dovedností, nácvikem výkonu běžných nezbytných činností. Sociální rehabilitace je služba poskytovaná terénní, ambulantní i pobytovou formou.¹²⁵

Pojem *rehabilitace* obecně představuje proces, který nastává po prodělaném úrazu či psychické újmě. V procesu se jedinec snaží dosáhnout ideálního psychického a zdravotního stavu, náhrady či obnovy ztracených schopností, dovedností a sociálního fungování. Pokud budeme hovořit o rehabilitaci duševní nemoci, tak začíná co nejdříve po nástupu léčby (pozn.: v případě drogové závislosti začíná ihned při pobytu na detoxu či v psychiatrické léčebně). Sociální rehabilitace v sobě zahrnuje mnoho přístupů – skupinovou terapii, terapii k prevenci relapsu, pobyt v terapeutické komunitě či rekvalifikaci.¹²⁶

4.2 Case management

Z důvodu docenění potenciálu case managementu (CM) jako metody sociální práce, jsem se rozhodla tento pojem zařadit právě do kapitoly popisující specifika sociální práce věnující se osobám závislým na drogách. Pojem *case management* má v současnosti nespočet významů, a proto není možné učinit tu jedinou definici a obecně závazný překlad. Anglické slovo *case* lze přeložit jako *případ* či *kauza*, slovo *management* může znamenat *řídít* či *organizovat*. Termín *case management* je pak nejčastěji překládán jako koordinovaná péče o klienta v síti sociálních služeb.¹²⁷

Pro řešení klientovi situace je mnohdy zapotřebí spolupráce hned několika organizací či institucí, jejichž služby je zapotřebí koordinovat. CM v sociálních službách dělíme na **individuální** a **týmový**. *Individuální case management* spočívá ve vedení klientova případu terénním sociálním pracovníkem, který ručí za kvalitu zvolených postupů, a společně s klientem pak určují, kdy a kdo (jaká sociální služba, organizace či instituce) vstoupí do klientova případu. *Týmový case management* charakterizuje spolupráci buď v rámci týmu jedné organizace, kdy se na řešení klientovi situace podílí

¹²⁵ Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách.

¹²⁶ Kalina, Kamil. *Glosář z oblasti drog a drogových závislostí*. Str. 75.

¹²⁷ Szotáková, Markéta. *Case management a jeho různorodé chápání*. In Nepustil, Pavel. Szotáková, Markéta. *Case management se zotavujícími se uživateli návykových látek*. Str. 13.

několik služeb v dané organizaci, nebo se na situaci klienta mohou podílet také další subjekty.¹²⁸

Pro case management je důležitá činnost jak case managera, tak fungování celého jeho týmu a zejména pak spolupráce samotného klienta. Důležité je, aby osoby, které jsou do procesu zainteresovány, na sebe navzájem navazovaly, spolupracovaly a snažily se najít společná řešení.¹²⁹

Case management určený pro uživatele drog se rozvíjel samostatně a hned zpočátku se začalo ukazovat, že může zvyšovat účinky léčby a zároveň zlepšit psychosociální fungování těchto osob. Již od roku 1980 je case management přizpůsoben osobám bojujícím se závislostí na návykových látkách, které se potýkají s chronickými, mnohotvárnými a recidivujícími problémy a vyžadují tak komplexní přístup léčby. Užívání modelu case management bylo spojováno s pozitivními faktory, jako zvýšená účast v léčbě a také délka léčby, větší využívání služeb pro závislé osoby a zároveň lepší výsledky spjaté s drogovým problémem.¹³⁰

Nezastupitelnou roli má case management bezpochyby u problémových uživatelů drog, zejména pak u klientů, kteří jsou závislí dlouhodobě. O ty je třeba pečovat koordinovaně a vedle péče zdravotní jim zajistit také péči sociální. Case management by měl být praktikován zpravidla u těch, kteří závislost nedokáží vyřešit sami a dostali se již k sociálnímu propadu často končícímu problémy se zákonem. Mezi takovéto klienty patří zejména osoby s nízkou motivací k léčbě nebo osoby s tzv. duální diagnózou, tj. osoby řešící jak problém se závislostí, tak také duševní onemocnění.¹³¹

¹²⁸ Case management v sociálních službách - Agentura pro sociální začleňování. Aktuálně - Agentura pro sociální začleňování [online]. Copyright © 2019 [cit. 2019-04-21]. Dostupné z: <http://www.socialni-zaclenovani.cz/case-management-v-socialnich-sluzbach>.

¹²⁹ Nepustil, Pavel. *O koordinaci a navigaci*. In Nepustil, Pavel. Szotáková, Markéta. *Case management se zotavujícími se uživateli návykových látek*. Str. 10.

¹³⁰ Szotáková, Markéta. *Case management s uživateli drog*. In Nepustil, Pavel. Szotáková, Markéta. *Case management se zotavujícími se uživateli návykových látek*. Str. 18.

¹³¹ Szotáková, Markéta. *Case management s uživateli drog*. In Nepustil, Pavel. Szotáková, Markéta. *Case management se zotavujícími se uživateli návykových látek*. Str. 19.

4.3 Pozice sociálního pracovníka v organizaci věnující se osobám závislým na drogách

Práce sociálního pracovníka začíná již v době studia. Každý sociální pracovník by měl mít dle *zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách* vystudovanou vysokou školu (VŠ) nebo vyšší odbornou školu (VOŠ) se sociálním zaměřením. V době nástupu do jakéhokoliv zařízení by měl absolvovat vzdělávací kurzy, v případě pracovníka pracujícího s drogově závislými např. kurz protidrogového poradenství (pozn.: z důvodu dostatečné orientace v drogové problematice).¹³²

Důležité jsou bezpochyby určité specifické dovednosti (např. vedení rozhovoru či poskytování krizové intervence) nebo osobní předpoklady pro citlivou a efektivní práci s uživateli drog. Sociální pracovník by měl působit empaticky a také mít vybudovaný vlastní pevný postoj k drogám. Postoj k drogám do určité míry souvisí s věkem; ze *Standardů činnosti sociální práce* vyplývá, že člověk mladší 21 let s uživateli drog pracovat nemůže, a to ani jako dobrovolník.¹³³

Dle *Národního protidrogového střediska pro drogy a drogové závislosti* (pozn.: středisko je součástí odboru protidrogové politiky Úřadu vlády České republiky a plní roli Sekretariátu Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky), by měl každý sociální pracovník pracující v zařízeních orientovaných na drogové závislosti zvládat následující služby:

- poradenství (individuální, skupinové, telefonické, písemné, internetové, či poradenství pro rodiče a blízké osoby);
- krizovou intervenci (osobní, telefonickou i internetovou);
- program včasné intervence;
- terapie (individuální, skupinové, pracovní, rodinné, socioterapie);
- informační servis;
- potravinový servis;

¹³² Sociální práce. Časopis pro teorii, praxi a vzdělávání v sociální práci. *Sociální práce s lidmi se závislostí*. Str. 15.

¹³³ Sociální práce. Časopis pro teorii, praxi a vzdělávání v sociální práci. *Sociální práce s lidmi se závislostí*. Str. 15.

- program primární prevence (určený zejména pro rizikové skupiny);
- kontaktní a korespondenční práce;
- vzdělávací semináře a přednášky;
- výměnný program;
- základní zdravotní ošetření;
- odběry biologického materiálu;
- orientační test z moči.¹³⁴

¹³⁴ Seznam a definice výkonů drogových služeb. Str. 12.

5. Sociální adaptace

Do procesu sociální adaptace, kterému bude věnována tato kapitola, je nutno zařadit také tzv. následnou péči. Ta už sice byla nastíněna v kapitole 3.5 *Následná péče*, ale v této části textu bude hlavní roli hrát právě *sociální práce v následné péči*. Pro maximální účinnost absolvované léčby a abstinenci klienta je důležitá bezprostřední návaznost následné péče na již prodělanou léčbu. **Hlavním cílem** v procesu adaptace je bezpochyby posílení klientovy abstinence a stabilizace klientova životního stylu.¹³⁵

Dá se říci, že sociální práce zde plní roli jakéhosi podpůrného charakteru. Klient by měl být, a často tomu také tak je, v řešení svých záležitostí samostatný a jeho podpora ze strany sociálního pracovníka spočívá pouze v uspořádání záležitostí a závazků, které klient musí řešit. Dále pak práce sociálního pracovníka spočívá v podpoře při řešení osobních problémů spadajících například do trestního, rodinného a pracovního práva. V neposlední řadě je důležitá i jeho podpora při hledání vhodného zaměstnání. Žijeme přece v monetární společnosti.¹³⁶

5.1 Adaptace

Dle českého sociologa Jana Jandourka (nar. 1965) se adaptací rozumí *přizpůsobení se něčemu*. Jde o přizpůsobení se jedince okamžité a hlavně nové situaci. Pokud se jedná o trvalejší osobní situaci, respektive životní krizi, nebo o pozvolné celoživotní přizpůsobování se prostředí, tak tento proces definujeme spíše jako *socializaci*.¹³⁷

Jedinec má možnost adaptovat se dvěma způsoby, kterými jsou **adaptace sociální** a **adaptace pracovní**. Sociální adaptace představuje *výsledek procesu začlenění jedince do struktury sociálních vztahů ve skupině a v organizaci*.¹³⁸ Jako klíčové mechanismy pro adaptaci člověka jsou uvedeny psychické procesy, které mohou mít

¹³⁵ Müllerová, Pavlína. Matoušek, Oldřich. Vondrášková, Andrea. *Sociální práce s uživateli drog*. In Matoušek, Oldřich a kolektiv. *Sociální práce v praxi*. Str. 223.

¹³⁶ Müllerová, Pavlína. Matoušek, Oldřich. Vondrášková, Andrea. *Sociální práce s uživateli drog*. In Matoušek, Oldřich a kolektiv. *Sociální práce v praxi*. Str. 223.

¹³⁷ Jandourek, Jan. *Sociologický slovník*. Str. 11.

¹³⁸ Jandourek, Jan. *Sociologický slovník*. Str. 11.

podobu *asimilace*¹³⁹ či *akomodace*¹⁴⁰. Důležitou roli bezpochyby hraje změna prostředí. To je doporučováno téměř po každé absolvované léčbě. Konkrétně to znamená (ideálně, nejlépe) přestěhovat se, de facto se vztahově „odstříhnout“ od nezdravé minulosti a v nově nastěhovaném místě navázat nové sociální vazby, které dotyčnému pomohou s jeho zdravou adaptací.¹⁴¹

Osoby abstinující od drog řeší často otázku bydlení. Potřebují se odpoutat od bývalých kamarádů a známých, kteří s drogami stále laborují. Pomoc takovýmto lidem se rozhodly poskytnout například v obecně prospěšné společnosti *Renarkon*. To je organizace věnující se léčbě drogově závislých osob v Ostravě a okolí. Tato organizace se rozhodla poskytovat tzv. **tréninkové byty**, které jsou určeny pro osoby abstinující od návykových látek. Často se v bytě vyskytují dva lidé, kteří se o domácnost dělí a pozvolna se adaptují zpět do běžného života. Podmínky pro získání tohoto bytu jsou dvě: úplná abstinence a navázání plnohodnotného pracovního poměru. To vše do domácnosti pravidelně dochází kontrolovat pracovník *Renarkonu*. V bytě mohou lidé zůstat maximálně jeden rok a mají tak dostatek času najít si vlastní bydlení a zadaptovat se.¹⁴²

5.2 Integrace

Matoušek ve svém Slovníku sociální práce (Portál, 2016) slovo *adaptace* neuvádí. Slovo *adaptace* u něj představuje synonymum pro výraz *integrace* a to je definováno jako *snaha o začlenění sociálně nebo zdravotně znevýhodněných lidí do společnosti, včetně pracovního začlenění*. Jedná se o pojem, který je v dnešní sociální práci dost frekventovaný a to z důvodu, že představuje opak *sociálního vyloučení*¹⁴³. S vyloučením se sociální pracovníci (snad s jakoukoliv specializací) setkávají velmi často. Společnost by

¹³⁹ **Asimilace** – ze sociologického hlediska představuje tento pojem splynutí jednoho člověka nebo skupiny lidí s většinovým obyvatelstvem.

¹⁴⁰ **Akomodace** – jedinec mění svá mentální schémata tak, aby lépe odpovídala realitě.

¹⁴¹ Jandourek, Jan. *Sociologický slovník*. Str. 11.

¹⁴² Renarkon otevřel druhý „tréninkový“ byt. Pouze pro vyléčené narkomany — ČT24 — Česká televize. ČT24 — Nejdůvěryhodnější zpravodajský web v ČR — Česká televize [online]. Copyright © [cit. 2019-03-15]. Dostupné z: <https://ct24.ceskatelevize.cz/regiony/2056976-renarkon-otevrel-druhy-treninkovy-byt-pouze-pro-vylecene-narkomany>.

¹⁴³ **Sociální vyloučení** – proces oddělování jedinců a sociálních skupin ze společnosti.

měla usilovat o to, aby mezi znevýhodněnými lidmi a lidmi zdravými vznikal partnerský vztah, který by se měl stát pro obě strany významnou hodnotou.¹⁴⁴

5.3 Resocializace

Pokud se jedná o osoby závislé na drogách, pak lze pojem *resocializace* zaměnit s pojmem *sociální rehabilitace*. V obou případech se tedy jedná o totéž, konkrétně o *proces znovuzáčlenění jedince do společnosti*. Typ služby, jakým je sociální rehabilitace, lze poskytovat jak osobám abstinujícím, tak také osobám, které se své závislosti teprve snaží uniknout nebo také osobám, které jsou zařazené do substitučního programu. Resocializace závislých osob má více forem, např. pracovní terapie, sociální poradenství či rekvalifikační programy. Díky resocializaci má jedinec šanci získat potřebné sociální znalosti a dovednosti, čímž má ex post lepší šanci se zapojit zpět do běžného života.¹⁴⁵

Pojem *sociální rehabilitace* v sobě nese obnovení sociálních vztahů, dovedností a schopností, které byly narušeny dosavadním negativním způsobem života. K obnovení těchto funkcí je užíván tzv. *psychosociální trénink*, jehož cílem je vést klienta k samostatnosti v rámci řešení své nepříznivé sociální situace, zvyšování sociálních kompetencí a k odpovědnosti za svůj život. Díky psychosociálnímu tréninku má klient možnost nacvičit praktické techniky zaměřené na znovunabytí či získání nových dovedností, které jsou důležité k zabezpečování základních životních potřeb.¹⁴⁶ Sociální rehabilitace byla již přiblížena a částečně vysvětlena v kapitole 4.1.8 *Sociální rehabilitace*.

5.3.1 Socioterapie

Jedná se o prostředek *resocializace*, který je zaměřený na reintegraci psychicky a sociálně dezintegrovaných osob do společnosti. Základ *socioterapie* souvisí s využitím pozitivního potencionálu mezilidských vztahů a ve společném sdílení činností a sociálního učení. Dále lze do socioterapie zařadit cílené sociální učení, programy zaměřené na

¹⁴⁴ Matoušek, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Str. 79.

¹⁴⁵ Kalina, Kamil. *Glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Str. 77.

¹⁴⁶ Matoušek, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Str. 207.

zlepšení sociálních dovedností či jiné programy, které jsou zpravidla vedeny sociálním pracovníkem. Za socioterapii lze považovat téměř každou skupinovou terapii.¹⁴⁷

¹⁴⁷ Kalina, Kamil. *Glosář z oblasti drog a drogových závislostí*. Str. 85.

6. Životní příběhy drogově závislých osob – kazuistiky

Nyní se dostávám, dá se říci, do druhé části své diplomové práce, která bývá označována jako praktická. Pro ni jsem si zvolila metodu **kazuistik**, pro které je charakteristický popis a strukturovaný výklad konkrétního případu z praxe života. V mém případě se jedná o popis životní etapy osob, které si prošly zkušeností s nějakou návykovou látkou.

Pro získání dat jsem zvolila rámec kvalitativního výzkumu; jednotlivé kazuistiky vznikaly na bázi polostrukturovaných rozhovorů. Ty spočívají v předem připravených jednotlivých otázkách pro respondenta, kterých ale není třeba se striktně držet. Otázky mohou být pokládány na přeskáčku a já, jakožto výzkumník, mohu nějaké otázky rovnou odstranit, přeskočit anebo naopak vložit otázku jinou (resp. doplňující), která bude pro daného respondenta a jeho příběh vhodnější. Důležité je nechat respondentovi dostatečně volný prostor na případné doplnění či upřesnění otázek a odpovědí.

Rozhovory byly prováděny převážně v měsíci únor a březen roku 2019. Podařilo se mi oslovit téměř 30 osob, které by byly pro můj výzkum vhodnými respondenty, ale ne každý byl ochotný se se svou drogovou zkušeností svěřit. Ať už to bylo z důvodu studu za svoji drogovou kariéru, nebo nebyli dostatečně silní o drogách mluvit a myslet na svoje předchozí zážitky s obavou, že se jim chuť užít nějakou látku znovu vrátí. Pro zajímavost mohu uvést příklad z mého prvního rozhovoru. Při domluveném setkání s respondentem v kavárně, mi ihned při druhé otázce oznámil, že když o těchto věcech opět slyší, vrací se mu chuť na drogu a uvědomil si, že je ještě příliš brzy o zkušenostech s návykovými látkami mluvit. V rozhovoru tedy odmítl dál pokračovat a odešel. Samozřejmě jsem toto chování respektovala a více už daného člověka nekontaktovala.

K výběru počtu rozhovorů jsem se nakonec rozhodla využít princip teoretické saturace dat. Ptala jsem se tedy do doby, než mi nové rozhovory přestaly dávat nové pohledy na zkoumané téma. Celkem jsem nashromáždila 10 rozhovorů, přičemž devět z nich bylo poskytnuto od žen a jeden rozhovor byl poskytnut od muže. K respondentům jsem se dostávala náhodně. Některé z nich jsem vyhledala přes sociální síť *Facebook* ve skupině zaměřené na drogovou problematiku, jiné mi pak doporučili moji známí, kteří věděli, koho ke své diplomové práci hledám. Každý rozhovor probíhal v poněkud jiné

formě; některé jsem prováděla osobně u šálku kávy (tyto rozhovory byly po souhlasu respondenta nahrávány na diktafon a poté mnou přepsány do písemné formy), jiné jsem byla nucena provést elektronicky, tedy pomocí internetu. Důvody pro internetovou formu rozhovoru byly celkem dva. První z nich byl, že dotyčný respondent nechtěl o drogové zkušenosti mluvit osobně, ale byl ochotný všechno do detailu popsat. Druhým důvodem byla velká vzdálenost bydliště mezi mnou a respondentem, v jednom případě se jednalo dokonce o respondenta žijícího v cizině. Co bylo společné u všech dotazovaných, byla samozřejmě z mé strany slíbená **anonymita**, kterou převážná většina respondentů považovala jako podmínku. Pouze ve dvou případech by dotazovaným osobám nevadilo, abych uváděla jejich pravé jméno; vzhledem ke stejnorodosti rozhovorů se ale budu držet anonymity u všech.

Scénář rozhovorů mapoval počátky závislosti respondentů, které mohou pramenit z jejich dětství (např. se objevovaly otázky, zda se vyskytovaly nějaké závislosti v rodině, jaké byly důvody zkusit návykové látky, či jakou drogou závislost začínala). Poté jsem se zaměřila na samotný průběh závislosti, konkrétně jaké látky byly užívány, jak probíhal normální den člověka závislého na drogách (např. jak si drogu opatřoval) či jestli dotyčný navštěvoval v době závislosti nějaká pomocná zařízení. A v neposlední řadě jsem se zajímala, jaký byl impuls s drogami skoncovat, jaké bylo zapojení zpět do běžného života, případně jak nebo čím respondent drogu nahradil.

Po dokončení rozhovorů jsem respondentům nabídla jejich vyprávění v podobě pozdějšího přepsání. Všichni souhlasili a neobjevil se ani jeden případ, kdy by mé interpretace ze společného setkání byly negativně komentovány. Ba naopak. Dodatečně jsem se od respondentů setkala jen s pozitivními reakcemi, tudíž byli s mou interpretací spokojeni. Objevila se také velmi kladná reakce za zkušenost promluvit si s někým „cizím“ a nestranným o své životní etapě s drogou. Jednotlivé a doslovné přepisy všech rozhovorů jsou uvedeny na konci práce v přílohách, přičemž každý rozhovor představuje jednu přílohu.

6.1 Interpretace rozhovorů

Respondentka č. 1: žena, 40 let, závislá 5 let na metamfetaminu, abstínuje 3 roky

Z otázek na dětství a rodinnou situaci hned v úvodu rozhovoru vyplynulo, že respondentka byla častým svědkem příbuzné osoby, která bojovala s alkoholem. Konkrétně se jednalo o babičku, která s dotyčnou žila v jedné domácnosti. Babička byla doma často nacházena v podnapilém stavu, což na respondentku (i její sestru) zanechalo následky dodnes. Sestra měla v době dospívání problémy s pervitinem a dle psychiatricky, ke které respondentka docházela, by mohla závislost obou sourozenců pramenit právě z předešlých zkušeností. Výchova v rodině byla dle slov respondentky spíše volná a respekt vůči rodičům prakticky neexistoval.

První užití drogy, kterou byl metamfetamin, a to způsobem šňupání, si respondentka opatřila od kamaráda ve svých 17-ti letech. Dá se říci, že drogu pouze okusila, aniž by hned upadla do závislosti na ní. Do závislosti se žena dostala přibližně v 35-ti letech a důvodů bylo hned několik. V první řadě se jednalo o náročné zaměstnání, ve kterém byl často způsobován stres, dále se objevovaly neshody v manželství, které pramenily od dnes již bývalého manžela. Ten respondentku neustále sprostě urážel. Urážky byly směřovány na hmotnost respondentky a to ji přimělo shazovat kila pomocí užívání pervitinu. K pervitinu se občas přidala marihuana či extáze; tyto drogy ale u ženy nevyvolávaly dobré stavy a tak trvale užívanou drogou zůstal „jen“ metamfetamin.

Den na droze zpočátku probíhal přímo v zaměstnání, ale po pár týdnech byla respondentka nucena odejít na tzv. pracovní neschopnost, jelikož skloubit práci a braní návykové látky zkrátka nebylo možné. Přebývala tedy převážně doma, kde se starala o domácnost a v případě potřeby, vyrazila ven mezi známé, opatřit drogu. Tu financovala z peněz na „neschopenku“. Takto vydržela žít jeden rok a poté se rozhodla opět vrátit do práce. Tam ale docházela „jen když se jí chtělo“, což samozřejmě mělo za následek propuštění z pracovního poměru. Po výpovědi od zaměstnavatele byla respondentka nucena zaregistrovat se na úřadu práce. Finanční příjem, který byl z úřadu práce zasílán, ale nebyl dostatečně velký na zaplacení nájmu, opatření jídla a peníze především nestačili živit závislost na pervitinu. Dávka drogy musela být navíc sháněna dvojnásobná, jelikož nový přítel respondentky byl taktéž závislý člověk.

V době pracovní neschopnosti se respondentka rozhodla docházet na psychiatrii. Nikoli však kvůli své závislosti a pomoci s ní skoncovat, nýbrž kvůli získání invalidního důchodu (a peněz s ním spojených) na neexistující psychickou poruchu. Pacientka na psychiatrii docházela ambulantně zejména kvůli antidepresivům, které dostávala. Léky pak užívala převážně pro své „divoké“ potřeby. Dle slov respondentky tomu tak bylo nejčastěji na „dojezdu“, kdy se objevovaly bolesti hlavy či poruchy spánku. Respondentčin „plán“ s invalidním důchodem nakonec zhatila samotná závislost, kvůli které nebyla schopná pravidelně docházet na lékařské kontroly.

K ukončení závislosti respondentku vedlo její neplánované a zcela nečekané těhotenství. Jakmile se tuto radostnou zprávu dozvěděla, ihned s drogami skoncovala. Uvědomila se, že v první řadě musí změnit své přátelé. Odpoutala se od všech kamarádů a známých, kteří měli stále s drogami co dočinění. Druhý důležitý krok představovalo stěhování. Společně s přítelem respondentky se odstěhovali z bytu, kde probíhali veškeré „drogové akce“ a našli si vhodnější místo pro výchovu očekávaného dítěte. Rodina i lidé v blízkém okolí respondentku z počátku nabádali k tzv. potratu. Jako důvod uváděli, že se o dítě nezvládne postarat. Respondentka ale úspěšně abstinovala a to bez pomoci jakéhokoliv odborníka. Dle jejích slov ale abstinence na metamfetaminu nebyla lehká. V těle nastávaly několikaminutové křeče či se objevovalo zkroucení horních i dolních končetin a bylo zapotřebí hodně sil tyto stavy zvládnout a neutéct opět k droze – tyto síly představovala nenarozená dcera.

Adaptace zpět do běžného života byla náročná. V době závislosti od sebe respondentka odehnala všechny bývalé přátele včetně rodiny, a tak i nyní, při abstinenci, u nich nebudila důvěru. Nejlepší vztahy zažívala se svou sestrou, která při ní stála a věřila jí, že se ze závislosti díky očekávanému dítěti dokáže vymanit. S matkou i otcem bylo obnovení vztahů těžší; zlepšilo se to přibližně po dvou letech abstinence. Oba rodiče potřebovali čas k opětovanému získání dceřiny důvěry. Dnes, téměř 4 roky od ukončení závislosti, je vše v nejlepším pořádku a o minulosti již nikdo z rodiny nemluví.

Myšlenky na drogu se zpočátku často objevovaly, ale byl to dle slov respondentky jen myšlenkový zkrat. Po abstinenci se neobjevil žádný relaps, jelikož účinky drogy jsou nyní nahrazeny malou dcerou.

Respondentka č. 2: žena, 39 let, závislá 1,5 roku na metamfetaminu, abstinuje 19 let

Druhá respondentka vyrůstala v rodině s otcem násilníkem a alkoholikem. Otec fyzicky i psychicky týral respondentčinu matku (svou manželku) a respondentka často přihlížela otcovo útokům. Matce po fyzickém napadání musela často pomáhat. I přes veškeré domácí nepokoje se matka snažila dceři dětství zpříjemnit, ale respondentka si je jistá, že situace s otcem jí ovlivnily celý život.

První setkání a zkušenost s drogou se objevilo v 17-ti letech. Konkrétně se jednalo o metamfetamin, který byl opatřen od přítele respondentky a užit byl způsobem zvaným šňupání. Důvodem k užití byla zamilovanost do partnera, který již na pervitinu závislý byl. Ultimátum od respondentky směrem k partnerovi a budoucnosti jejich vztahu znělo jasně – buď s drogami přítel přestane anebo začne brát sama respondentka také. Jelikož se přítel drogy vzdát nehodlal, stal se z nich jen další z mnoha párů závislých na drogách. K metamfetaminu byla občas užitá také marihuana, tvrdší drogy však nikoliv.

Den na droze by se dle respondentky dal přirovnat jako „noc byl den a den byla noc“. Dalo by se říci, že vše splývalo v jediné. Po aplikování drogy, které se po měsíci šňupání změnilo v nitrožilní užívání, bylo vše „krásné“ a nastal tzv. bezstarostný život. Jediné, co bylo potřeba řešit, byly finance na opatření pervitinu. Peníze byly sháněny od rodičů pod záminkou hladu nebo se objevovali drobné krádeže a následný prodej odcizených věcí.

Hlavním důvodem skoncovat s drogami představovala respondentčina matka a malá dcera. Matka se kvůli závislosti své dceři hodně trápila a po čase s ní přestala úplně komunikovat. Malou dceru měla respondentka i v době závislosti u sebe v domácnosti a hrozilo tak odebrání dítěte z péče. Dá se tedy říci, že s drogou respondentce pomohla skoncovat právě dcera. Uvědomila si, že nechce přijít o život strávený se svým dítětem. Jelikož přítel s drogami skoncovat nehodlal, respondentka se rozhodla pro rozchod a následné přestěhování se. Pomocnou ruku respondentce nabídla sestra. Ta jí i s malou dcerou vzala k sobě domů a pomohla jí začít žít nový život – život bez pervitinu. K abstinenci nepotřebovala žádnou organizaci či odborného lékaře, stačila pouze pevná vůle.

Adaptovat se zpět do normálního života, tedy života bez drog, bylo dle slov respondentky velmi těžké. Okolí ji stále bralo jako „feťačku“, blízcí lidé ani rodiče jí nevěřili, že s drogami opravdu skoncovala. Pomocnou ruku (ta spočívala zejména v pomoci s malou dcerou) rodina podala po uplynutí přibližně tří měsíců. Stoprocentní důvěra byla ale budována dlouhé roky a bez sebemenších obav byla rodinou přijata téměř po pěti letech abstinence. Co se týká dluhů z dob závislosti, ty byli příliš vysoké (za již zmíněné krádeže, přestupky, pokuty) a přesto, že respondentka žije celých 19 let klidným životem bez drog, dluhy splácí dodnes.

Chutě na opětované užití drogy se u respondentky z počátku objevovaly a také nastaly tři relapsy. Jelikož pocity s užití drogy už nebyly takové, jako na začátku užívání, nadobro s návykovými látkami skončila. Drogy pak byly nahrazeny rodinou, prací, přáteli a zkrátka normální životem.

Respondentka č. 3: žena, 38 let, závislá 6 let na metamfetaminu, 1 rok na alkoholu, abstinuje 16 let

U třetí respondentky bylo dle jejích slov dětství i rodinný život v jejích mladých letech zcela v pořádku. Neobjevovaly se žádné problémy ve výchově, nevyskytovaly se žádné závislosti v rodině. Dalo by se říci, že důvody k začátku užívání drog nebyly. Ale jak se říká „zakázané ovoce chutná nejlépe“. Respondentka zkrátka chtěla okusit něco, co již od mala vnímala jako špatné, ale o to více zajímavé. První vyzkoušenou drogu v 16-ti letech představovala marihuana. Ta byla vyžádána od svého přítele, v té době již závislého člověka. O rok později se respondentka stala závislou na metamfetaminu, který byl často kombinován již se zmíněnou marihuanou. K těmto dvou primárním drogám respondentka dále přidávala extázi, LSD či speed¹⁴⁸ a později také alkohol.

Dny na droze byly u respondentky stále se opakující. Ráno po probuzení začal den odchodem do města, kde bylo nejdůležitější opatření a aplikování drogy. Jelikož byla respondentka ve věku pouhých 17-ti let, po aplikování látky následoval odjezd do školy (ne však vždy měla respondentka pod vlivem drogy chuť na studium). Pokud se rozhodla

¹⁴⁸ **Speed** – drogy se stimulačním účinkem (amfetaminy).

do školy nejtít, čekala v místním parku na ostatní narkomany s podobnými osudy. Večer, po návratu domů, se zavřela ve svém pokoji a šla opět spát.

V době závislosti respondentka navštěvovala pouze K-centrum, nikoliv však kvůli poradenství, pomoci k léčbě či třeba osobní hygieně, ale pouze kvůli výměně použitých injekčních stříkaček za čisté. Přibližně po čtyřech letech užívání pervitinu, upadla respondentka také do hlubin alkoholu. Čím více pila alkohol, ztrácela tím potřebu užívat pervitin. A tak se dá říci, že přešla ze závislosti do závislosti. Alkohol u ní vyvolával jiné stavy, než tomu bylo na metamfetaminu a objevila se tzv. panická porucha, která byla samozřejmě doprovázena stavy, jako je nervozita, strach (nejčastěji ze smrti), problémy se spánkem. Tato diagnostikovaná nemoc byla podnětem ke konci pití alkoholu a zároveň představovala hrozbu před dalšími návykovými látkami.

Na otázku zapojení se zpět do běžného života respondentka reagovala vcelku překvapivě, jelikož to dle jejích slov bylo jednoduché. V době závislosti nepřišla ani o rodinu, ani o práci a tak nebylo co napravovat. Takový návrat do běžného života by si asi představoval každý abstinující člověk.

Při abstinenci se neobjevily žádné relapsy ani žádné myšlenky na alkohol či návykové látky. Hlavní impulz respondentčina života představuje rodina a hlavně dcera, která pro ni znamená mnohem víc, než jakákoliv droga.

Respondentka č. 4: žena, 30 let, závislá 6 let na marihuaně, 4 roky na metamfetaminu, abstinuje 9 let

U čtvrté respondentky probíhalo bezproblémové dětství. V domácnosti žila společně s rodiči a dvěma sourozenci, s kterými vždy skvěle vycházela. Rodiče se o všechny tři děti dobře starali a neshody či hádky před dětmi nepřicházeli v úvahu. V rodině nastal pouze jeden případ s problémy s alkoholem. Ty se objevovaly u strýce respondentky, bratra z matčiny strany. S rodinou matky se ale respondentka příliš nestýkala a tak se nedá předpokládat, že závislost na alkoholu jejího strýce ovlivnila její pozdější závislost.

Respondentka se již v mladých letech zajímala o drogovou problematiku. Četla různé knížky od předních autorů těchto témat a lákala jí zvědavost o účincích drog popsaných v knihách. Bylo pro ni lákavé zjistit, zda jsou popsané stavy totožné s těmi prožitými. To byl první důvod k vyzkoušení návykové látky. Druhým důvodem byla jakási „frajeřina“. Od 13-ti let si příležitostně dala cigaretu, v 15-ti pak přešla na marihuanu. Tu společně s kamarády, od kterých marihuanu získávala, z počátku užívala přibližně jednou za měsíc. Asi po půl roce se ale kouření marihuany začalo stupňovat, až došlo ke každodennímu užívání. V 17-ti letech měla již dvouletou zkušenost s kouřením marihuany a neostýchala se vyzkoušet i tvrdší drogu – metamfetamin. Ten byl užít šňupnutím a dle slov respondentky byl „nájezd“ po něm příliš dlouhý. Po seznámení s lidmi, kteří s metamfetaminem měli zkušenost v podobě jeho přípravy, nebyl problém s pomocí prvního užití látky injekčním způsobem. Tím respondentka propadla do hluboké závislosti na nitrožilním užívání pervitinu.

Vzhledem k tomu, že respondentka v době braní pervitinu stále navštěvovala střední školu, den měl pro ni určitý řád. Ráno, než začala první vyučovací hodina, byla vždy užita pravidelná dávka pervitinu. Droga byla aplikována buď venku, nebo na toaletě přímo ve škole. Po odchodu ze školy se šlo společně s partou přátel do města, kde se sháněly peníze na další drogy (krádeže, žebrání). Po sehnání peněz přišel čas aplikace látky a bloudění po městě, zkrátka nicnedělání.

Jelikož jí život na droze bavit, sama s drogami skončit nechtěla. Impulzem pro ukončení dosavadního života pro ni představovali rodiče. Ti jí umístili do psychiatrické léčebny Červený Dvůr. Přesto, že respondentka byla již plnoletá a mohla tak podepsat revers o ukončení léčby, zůstala a rozhodla se s drogami skončit. V léčebně zažila týdenní detoxifikaci těla a poté pětíměsíční pobyt na oddělení pro závislé. Pobyt v léčebně měl dvě fáze. První fáze trvala tři měsíce a po těchto měsících abstinence nastala fáze druhá, která měla výhodu ve formě vycházek. Vzhledem k tomu, že respondentka v době umístění v psychiatrické léčebně díky dálkovému studiu studovala střední školu, mohla tak vycházky využívat na předem domluvené zkoušky. Na léčení v Červeném Dvoře si uvědomila, že se bez drog dá žít. Po pěti měsících, kdy léčbu opustila v domnění, že je vyléčená, se vrátila zpět do města, kde všechna závislost začala. Což jak sama později uznala, byla chyba, jelikož závislosti opět propadla. Přibližně jeden rok svého života pak

věnovala opět pervitinu. K finální abstinenci jí pomohl tehdejší kamarád, dnes již dlouholetý přítel. Ten byl povoláním řidič nákladního vozu a jeho práce spočívala v dlouhých cestách po celé Evropě. Nabídka od něj směřem k respondentce představovala jakýsi výlet bez drog. Při první cestě byly všechny respondentčiny drogy zničeny a sama se rozhodla, že začne nový život bez závislosti.

Adaptace zpět do běžného života byla náročná. Zejména z důvodu vyhýbání se lidem spojeným s drogami, respondentka s přítelem 5 let absolvovala dlouhé cesty (jako již zmíněný první výlet) po Evropě. Po návratu zpět do České republiky nastalo stěhování do úplně jiného města, regionu i kraje. Tím začal nový život a učení se normálních všedních věcí, jako např. vaření, uklízení, praní. V době závislosti respondentka zklamala své rodiče (zejména k navracení závislosti po absolvování léčby), a tak napravování jejich vztahů trvalo hodně dlouho. Postupem času se stále lepšily, ale nutno říci, že i nyní (téměř po devíti letech abstinence), v respondentce její rodiče stále nemají stoprocentní důvěru.

Chuť ani myšlenky na metamfetamin se už neobjevují. Pro respondentku je nyní nepředstavitelné drogy opět užívat, znamenalo by to zklamání sama sebe a také všech přátel a rodiny. Droga byla nahrazena rekreačním sportem, přítelem a normálním životem.

Respondentka č. 5: žena, 35 let, závislá 9 let na marihuaně, 3 roky na metamfetaminu, abstinuje 11 let

U této respondentky se objevovaly problémy již v dětství. Ve škole byla jako malé děvče svými vrstevníky šikanována. V domácnosti společně s matkou a otčímem byla tyranizována ze strany nevlastního otce. V rodině se taktéž objevovaly závislosti, zejména v rodině matky. Sestřenice respondentky, tedy neteř její matky, byla závislá na pervitinu. Taktéž matka respondentky měla již od mladého věku problémy s alkoholem a ty se objevují dodnes.

Ačkoliv respondentka neměla jednoduché a vysněné dětství, vznik drogové závislosti tomu nepřisuzuje. K droze jí vedla zvědavost, neboli jaký by byl život na nějaké návykové látce. Poprvé zkusila kouřit marihuanu, bylo tomu tak v 15-ti letech. V 18-ti

letech se rozhodla pro tvrdší drogu, kterou byl metamfetamin. Ten byl zpočátku užíván šňupáním, po pár aplikacích ale nastal způsob nitrožilního užití. Jak marihuana, tak pervitin byl opatřen od blízkého kamaráda, který s drogami již experimentoval.

Den na droze probíhal v barech či na různých akcích, kde byl k pervitinu téměř vždy přidáván také alkohol. Se samotným pervitinem v těle nastávaly problémy se spánkem. Díky alkoholu, se pak dle respondentčiných slov, usínalo mnohem lépe. Pokud se zrovna nekonaly žádné akce (tyto časy nastávaly zejména ve všední dny), pak se respondentka nacházela doma a jak sama uvádí, měla jakousi uklízeckou mánii – doma musela vše přerovnávat či dokola uklízet.

Z počátku závislosti respondentka docházela k psychiatrovi, kde se snažila svůj problém léčit ambulantně. Droga ale byla silnější a léčba tedy byla neúspěšná. Po delším čase se závislostí na pervitinu nastávaly problémy v zaměstnání. Práce musela být často měněna, jelikož ji respondentka navštěvovala jen velmi nepravidelně a navíc pod vlivem drog. V takovém stavu samozřejmě nebyla schopna svou práci plnit správně. Jelikož už takový život nezvládala po psychické stránce, rozhodla se pro další léčbu, tentokrát formou pobytu v psychiatrické léčebně. V léčebně se dozvěděla důležitou zprávu – svoji graviditu. Ta pro ni představovala jasný impuls léčbu dokončit a úspěšně abstinovat. A to se povedlo.

Po propuštění z léčby se respondentka nastěhovala do bytu své matky, která ji s adaptací pomohla. Zařazení se zpět do běžného života tak pro ni nebylo příliš složité. Nejdůležitější fakt hrála výměna starých přátel, kteří jí samozřejmě připomínali minulost se závislostí. Celá rodina ji pak ve své abstinenci a v roli nastávající matky plně podporovala. K samostatnosti ji dále pomohlo město, ve kterém žila. To jí nabídlo vlastní byt, kam se respondentka mohla i se svým synem nastěhovat.

V začátcích abstinence se myšlenky na drogu objevovaly velmi často a zpočátku od respondentky nastávalo nevhodné řešení – myšlenky na metamfetamin se snažila zahnat pomocí alkoholu. Svě chutě na alkohol ale dokázala včas ukončit a nemusela tak řešit další problém se závislostí. Začala žít pro svého syna a na veškeré návykové látky již nemyslí.

Respondentka č. 6: žena, 31 let, závislá 4 roky na marihuaně, 3 roky na metamfetaminu, abstinuje 8 let

U této respondentky nastávaly problémy již v dětství. V domácnosti žila se svou matkou a svým nevlastním otcem. Otčím fyzicky týral matku, k tomu měl navíc problémy s alkoholem a patologickým hráčstvím. Respondentka již od svých 4 let přihlížela všemu, co se mezi její matkou a nevlastním otcem dělo a zároveň byla považována jako spouštěč toho všeho. Přibližně v respondentčině desátém roku věku se matka s nevlastním otcem rozešla a v domácnosti tak zůstala sama s dcerou. Pár let po rozchodu propadla matka alkoholu a v tomto období s drogami začala experimentovat sama mladá dívka.

Ve 14-ti letech byla první užitou návykovou látkou marihuana. Vzhledem k tomu, že se respondentka pohybovala mezi lidmi, kteří zkušenosti s drogami již měli, nebyl v opatření s nimi žádný problém. Přibližně o rok později byl vyzkoušen metamfetamin, v čemž ale respondentka nepokračovala a dál užívala „jen“ marihuanu. Závislosti propadla až ve své plnoletosti, konkrétně v 19-ti letech. Příčinou byl vztah s přítelem, který pervitin rekreačně užíval. Zpočátku se jednalo jen o víkendovou zábavu, po čase ale tato zábava přerostla v užívání několikrát týdně. Metamfetamin byl užíván „pouze“ způsobem šňupání, nitrožilního užívání pro respondentku představovalo respekt a nikdy tak neučinila. Jednou nastala situace v podání kokainu, ale v porovnání s pervitinem kokain nezpůsoboval takové vzrušení, a tak už ho vícekrát nevyžadovala.

Den na droze byl pokaždé jiný. Bylo jedno, jestli drogy byly užívány ráno, odpoledne či večer. Pokaždé, když se naskytla příležitost k získání pervitinu, tak byla využita. Z počátku závislosti byla droga aplikována pouze doma. Mezi ostatní lidi se respondentka pod vlivem drog bála vycházet, z důvodu jiné pohyblivosti těla. Po aplikaci pak nastal celodenní spánek. Metamfetamin byl užíván zpravidla každý druhý den a po čase prohlubování závislosti byla respondentka nucena svou dávku užívat častěji, což obnášelo také užívání v zaměstnání.

Jelikož si v dobách své závislosti dotazovaná svou situaci nijak nepřipouštěla, braní drog považovala pouze jako povyražení a neměla tak potřebu navštívit žádnou odbornou pomoc. Léčba v jejím podání znamenala až zjištěné těhotenství. Nečekané otěhotnění proběhlo s taktéž závislým člověkem na pervitinu. Situaci ale oba dva pojali

velmi zodpovědně. Ze dne na den s drogami přestali, začali se seznamovat jako lidé žijící bez drog a plánovali společný život, který nyní, po 8 letech, stále pokračuje. Za což jsou dnes oba vděční.

Adaptace do přirozeného života díky těhotenství bylo jednodušší, než kdyby tomu tak bylo bez něj. Respondentka se upnula pouze na nenarozené dítě a těšila se na svou novou roli – být matkou. S rodinou se po abstinenci problémy neobjevovaly a to z prostého důvodu – nikdo z nich o závislosti respondentky nic nevěděl.

Po abstinenci se myšlenky na drogu nevyskytovaly, drogy jsou již uzavřená etapa. Naopak si respondentka vytvořila názor, že už je k životu potřebovat nikdy nebude. Drogou se pro ni stala malá dcera.

Respondentka č. 7: žena, 33 let, závislá 15 let na metamfetaminu, abstinuje 2 roky

Dětství respondentky, dá se říci, bylo rozděleno do dvou etap. První byla bezproblémová. Respondentka společně s rodiči a starší sestrou jezdila každý rok na dovolené či výlety, sama pak absolvovala spoustu dětských táborů. Situace se změnila až v době dospívání respondentky. Začalo to nejprve podnikáním otce a po čase také podnikáním matky. Na děti najednou nebylo tolik času, jako dříve. Matka podnikala v oblasti pohostinství a tak veškeré večery, včetně svátků (jako například Silvestr či Štědrý večer) trávila ve svém podniku. Ve věku respondentčiných 15-ti let se její rodiče rozvedli z důvodu nové přítelkyně otce. Dotazovaná zůstala přirozeně u matky, která ale kvůli svému podniku na dceru neměla dostatek času a otec kvůli své nové přítelkyni, s kterou čekal novou rodinu, taktéž ne. Starší sestra byla v době rozvodu rodičů na vysoké škole a respondentka tak byla na své dospívání sama.

Hlavním důvodem k sáhnutí po droze byl od respondentky uveden nezájem rodičů. Také se ale objevila zvědavost ze stavů po požití drogy a roli hráli i přátelé respondentky, kteří s návykovými látkami měli co dočinění. Droga byla respondentce v 16-ti nabídnuta kamarádem na soukromé akci v jeho bytě, jednalo se o metamfetamin. Látka byla ihned užita nitrožilně, ale způsob užití přinesl příliš špatný stav a další užívání probíhalo tzv. šňupáním. Celých 5 let trvalo, než si respondentka opět řekla o nitrožilní

aplikaci a od té doby, zejména kvůli většímu prožitku, byl pervitin užíván jen tímto způsobem. K metamfetaminu byl příležitostně přidáván také heroin, marihuana a LSD.

Klasický den na pervitinu probíhal velmi akčně, ale dá se říci, pořád stejně. Nastával velký úklid domácnosti, několikačetné stěhování věcí z místa na místo či opravování rozbitých věcí. Večer byly samozřejmě navštěvovány různé akce či diskotéky, které byly opět ve znamení pervitinu.

Za celých 15 let závislosti respondentka nenavštěvovala žádnou léčbu ani zařízení s odborníky na drogovou problematiku. Respondentka v době závislosti dvakrát otěhotněla. Vzhledem k její závislosti žila první dcera u svého otce. Druhá dcera, dcera již současného přítele, žila s respondentkou. Byla to právě mladší dcera společně se svým otcem, kdo přinutil respondentku změnit svůj život. Vzhledem k tomu, že hrozilo odebrání i druhého dítěte, rozhodla se s drogami skoncovat. Kromě dcery a přítele ji s abstinencí pomohla starší sestra se svým manželem. Ty ji společně s malým dítětem u sebe ubytovaly a nastavily přísný režim bez drog.

Adaptace do přirozeného života byla náročná. Jelikož je respondentka bez drog pouhé dva roky, což je oproti její dlouhé patnáctileté závislosti krátká doba, stále se učí žít normálním životem. Učí se například platit za své závazky a vzhledem k dluhům napáchaným v předchozím životě je nucena řešit různé insolvence a půjčky. Zaměstnání má respondentka stabilní a zlepšení vztahů v rodině jsou také na dobré cestě. Před nedávnou dobou proběhlo usmíření s otcem, jejichž neshody trvaly dlouhé 4 roky.

Ze začátku abstinence se myšlenky na drogu objevovaly (přeci jen žena s pervitinem strávila celých 15 let). Díky sestře a její urputnosti drogy ze života vymazat, se ale relaps nikdy nedostavil. Návykové látky byly nahrazeny zejména sportem, dcerou a neteřemi, kterým se často věnuje. Respondentka v současnosti čeká na svého přítele, který by měl být v brzké době propuštěn z výkonu odnětí svobody a těší na společný rodinný život.

Respondentka č. 8: žena, 42 let, závislá 4 roky na metamfetaminu a heroinu, abstinuje 8 let

Dětství respondentky bylo zlé již od jejího narození. V pouhých třech měsících jejího života jí zemřel otec. Matka si po čase našla nového partnera a společně s ním a mladším bratrem žili v jedné domácnosti. Otčím doma všechny fyzicky i psychicky týral. Přibližně od 16-ti let žila respondentka v domácnosti pouze s bratrem a otčím, jelikož matka začala pracovat v cizině. Oběma sourozencům bylo ze strany nevlastního otce zakazováno se s matkou jakkoliv stýkat či ji kontaktovat. V 17-ti letech respondentčina života se objevila rakovina u matky, což mělo za následek pár měsíců života a poté smrt. Po smrti matky následoval vyhazov z domu ze strany otčíma a začal život na ulici, život na ulici s pomocí drog.

Drogová kariéra respondentky, se dá říci, celkem dělí na tři etapy. Od 16-ti let experimentovala s marihuanou, ale závislou se na ní stala až o rok později (po vyhazovu z domu). Druhá etapa začala přibližně v 18-ti letech. To byla k marihuaně přidána také extáze. Důvody k užívání návykových látek v tomto období respondentka přisuzuje situaci doma, zejména tedy chování nevlastního otce, vyhazovu z domu a následně pak smrti vlastní matky. Třetí etapa pak nastala v dospělém věku. Důvodem dle slov respondentky byla vlastní hloupost. V této době byla rozvedená, měla děti a nového partnera. Psychicky ale nezvládala situace, které se děly kolem ní a bývalého manžela, otce jejich dětí. Tím spadla do nejtěžší závislosti, závislosti na pervitinu a heroinu. Obě tyto látky byly užívány nitrožilně.

Den na droze se odvíjel od aktuálního místa přežívání. Respondentka společně s partou přátel nejčastěji přespávala v opuštěné stodole u města, kde původně žila. Ráno po probuzení byla ihned aplikovaná droga z předešlého dne. To samozřejmě pouze v případě, že něco zbylo – pokud ano, znamenalo to pro závislé osoby štěstí, protože mohly být ihned od rána pod vlivem své oblíbené látky. Pokud někomu zbylo něco navíc a nechtěl se s ostatními rozdělit, bez ohledu na pohlaví následovalo surové zmlácení. Po aplikování látky do těla se odcházelo do centra města, kde se kradlo nebo také žebrale. To vše kvůli další dávce pervitinu či heroinu. Následovalo obchodování s lidmi, kteří drogy prodávali, a poté už se mohlo přejít rovnou k aplikaci drogy. Po užití se narkomané vraceli zpět „domů“ a zbytek dne převážně prospali.

Ze zajetí závislosti ženu vysvobodila myšlenka na její dvě děti. Ty žily u svého otce, který byl mimo jiné také závislý na pervitinu. Vzhledem k obavě umístění dětí do dětského doma, respondentka ale bývalého manžela nikde nenahlásila a doufala, že se k nim časem vrátí ona sama. Uvědomovala si, že se z ní stala bezdomovkyně a děti jsou již ve věku, kdy situaci kolem sebe dobře vnímají. Při abstinenci respondentce poskytl střechu nad hlavou dnes už bývalý partner a dle jejich slov ji tím zachránil před jistou smrtí.

Návrat do běžného života bezpochyby nebyl jednoduchý. V začátcích abstinence žila respondentka u partnera, který jí poskytl domov, ale zároveň ji fyzicky napadal. Vzhledem ke strachu opětovného žití na ulici, respondentka týrání snášela a postupně se snažila, jak se říká, postavit na vlastní nohy. Jelikož je vystudovanou zdravotní sestrou a v dobách před závislostí pracovala v uznávané organizaci Červený kříž, při abstinenci už si na podobnou práci netroufla. V Červeném kříži by se o místo ani žádat neodvážila, jelikož o práci v něm dříve přišla z důvodů krádeží peněz potřebných na pervitin a heroin. Rozhodla se pracovat kdekoliv, kde se naskytla příležitost. Postupně tak začala měnit nejen svou pracovní kvalifikaci, ale celý svůj život.

Relapsy v podobě aplikace drog se u respondentky neobjevily, ale myšlenky i chutě se dostávají i nyní, po osmileté abstinenci. Dle slov respondentky se jich už asi nikdy nezbaví. Drogy byly nahrazeny, dá se říci, změnou celého stylu života. Veškeré věci, co se dějí, už vidí i vnímá jinak. Jinak se už také dívá na závislého člověka. Většina společnosti ho označí za pouhého feťáka, ona sama ale za chudáka, kterému by se mělo pomoci.

Respondent č. 9: muž, 49 let, závislý 20 let na marihuaně, alkoholu, hypnotikách a opiátech, abstinuje 2 roky

To, že se objevovaly problémy v dětství, si respondent začal uvědomovat až v dospělém věku na terapiích, které absolvoval. Domníval se, že vztahy mezi ním a rodiči byly v normě. Při řešení svých problémů v dospělosti, se ale začal vracet do dob, kdy byl ještě malé dítě. S terapeuty postupně přicházel na to, že rodiče chtěli úplně něco jiného, než on sám. Respondent už tehdy (jako malé dítě) toužil po společné spokojené rodině,

kdežto matka s otcem však prahli spíše po financích. Neustále proto pracovali a v práci trávili více času než doma se svým malým synem. Respondent trávil spoustu času v jeslích, školkách či školní družině, nebo u známých a příbuzných, ke kterým měl lepší vztah než k vlastním rodičům.

První zkušenost s drogou se u respondenta objevuje později, než je tomu u předchozích dotazových. Až ve 27 letech je vyzkoušena marihuana, kterou ale brzy uvede do pozadí hašiš, kanabinoidy, hypnotika, opiáty a alkohol. Primární návykovou látkou společně s marihuanou pro respondenta představoval alkohol, hypnotika a opiáty. Důvodem k počátku pití alkoholu a braní hypnotik byly deprese, které pramenily ze špatné práce. Respondent byl zaměstnán na Generálním finančním ředitelství, kde řešil různé daňové podvody. Ty se často týkaly lidí, kteří byli a jsou zainteresováni do politiky a trest pro ně prakticky neexistoval. Z neúspěšných výsledků tak respondent sahal po návykových látkách s pocitem zapomnění na nespravedlnost. Dalším impulzem, tentokrát k braní opiátů, pro respondenta představovala fyzická práce. Tu vynakládal na stavbu svého domu. Téměř 4 roky přicházel, dá se říci, z jedné práce (kde trpěl psychicky) do práce druhé (tam trpěl fyzicky) a pracoval celých 20 hodin denně. K tomu, aby byl schopen takovou zátěž vydržet, užíval zejména lék *tramabene*¹⁴⁹, který ho dle jeho slov nakopl, dodal sílu a ubral potřebu jídla a spánku. Posledním důvodem k propadu do úplné závislosti bylo zjištění nevěry manželky (matky jeho dětí). V té době začala respondentova úplná sebedestrukce v podání užívání alkoholu a opiátů.

Den na návykové látce z počátku fungoval celkem bez problémů. Vzhledem k depresivní práci byly léky užívány i v ní a často ve velkém množství. Důvodem byla respondentova neovladatelnost a udržitelnost bez určité látky v těle. Zejména díky opiátům byl v klidu a mohl vykonávat svou práci. Zlom v zaměstnání nastal po první léčbě, která však nebyla absolvována kvůli závislosti, nýbrž v důsledku deprese. Po návratu z léčby zpět do pracovního procesu, začal respondent práci vidět jako nepotřebnou a pro svůj život bezvýznamnou. Dle jeho slov na ni začal kašlat. V tomto období se k alkoholu začala přidávat závislost na marihuaně (denně bylo vykouřeno až 15 jointů), což vedlo k navrácení deprese. Respondent se uzavřel doma ve svém světě a den trávil užíváním

¹⁴⁹ **Tramabene** – lék zařazen do opioidních analgetik, který je užíván proti bolesti s rychlým účinkem a několikahodinovým přetrváním.

drog ve velké míře. Z domu zkrátka nevycházel a nevyvíjel sebemenší reakce na zvonění, telefonáty či dopisy. Uzavřenost ale měla velmi negativní důsledek – pokus o sebevraždu. Ten proběhl neúspěšně (vzhledem k množství sněžených léků, byl přežitý pokus o sebevraždu, dle pozdějších slov lékaře v psychiatrické léčebně, pouhý zázrak). Nepovedený pokus o sebevraždu měl i pozitivní dopad a tím byl impulz k léčbě (na popud přítele, taktéž závislého na drogách) v psychiatrické nemocnici Bohnice.

V Bohnicích byl respondent zařazen na protialkoholní a protidrogové oddělení, kde strávil 3 měsíce, a dle jeho slov, tam prožil nejlepší čtvrt rok svého života. Za tuto krátkou dobu absolvoval skupinové a individuální terapie a také hypnózu. V hypnóze hraje důležitou roli dohoda mezi klientem a terapeutem, co do podvědomí pacienta vložit. V případě respondenta nebylo těžké usoudit, co bylo do hypnózy vloženo, jednalo o tzv. nezávislost. Hypnóze tak respondent částečně přisuzuje svou abstinenci. Dalším důležitým krokem pro respondenta představovalo motivující zjištění od velké části terapeutů na protialkoholním a protidrogovém pavilónu, kteří jsou sami bývalými uživateli návykových látek. Nejdůležitější součástí pro abstinenci byla ale podmínka chtít přestat s dosavadním způsobem života.

Adaptace zpět do běžného života nebyla tak náročná, z důvodu obměny téměř všeho, co měl respondent k dispozici v době závislosti. Po absolvování pobytové léčby v Bohnicích, respondent nějakou dobu nepracoval. Věnoval se sám sobě, s čímž souviselo pokračování v léčbě, tentokrát již ve formě ambulantní – pravidelné ježdění na skupinové terapie do psychiatrické léčebny. Rok po opuštění léčby si respondent našel práci zcela mimo dřívější obor. Tam pracuje i nyní a s prací je velmi spokojen. S rodiči se v dobách závislosti vůbec nestýkal, což napравuje již od dob abstinence. Vztahy jsou nyní mnohem lepší a rodiče pravidelně navštěvuje společně se svými dcerami.

Při abstinenci se neobjevil žádný relaps, nastaly pouze dvě suché recidivy¹⁵⁰. U respondenta jinak převládají zejména negativní reakce na dřívější alkohol a jiné návykové látky (špatné fyzické i psychické stavy), které při pomýšlení na jejich užití způsobují nevolnost. Změna života proběhla ve smyslu změny myšlení a práce s povědomím, že jakýkoliv špatný stav, se dá zvládnout i jinak, než pomocí návykové látky.

¹⁵⁰ **Suchá recidiva** – sen o návykových látkách, který se zdá abstinujícímu člověku (alkoholikovi se například zdá, že se opíjí).

Dalším nábojem do života se pro respondenta stalo studium adiktologie, které ho naplňuje a zároveň doufá v jeho úspěšné zakončení a následné práce s lidmi oplývajícími podobnými problémy, které měl dříve on sám.

Respondentka č. 10: žena, 24 let, závislá 6 let na marihuaně, metamfetaminu a MDMA, abstinuje 2 roky

Dětství respondentky nebylo dle jejich představ. Oba rodiče podnikali a byli tak časově vytíženi. I přes určitou snahu se své dceři věnovat, nevnímala své dětství jako příliš dobré, tudíž má na něj spíše negativní vzpomínky. Vzpomíná zejména na časté fyzické tresty a naopak nepamatuje žádnou chválu, rodinné výlety či jiné společné aktivity.

První drogou, kterou respondentka již v brzkém věku (ve 14-ti letech) zkusila, byla marihuana. O dva roky později následovala zkušenost s extází (MDMA). Ta byla zpočátku brána pouze příležitostně, po pár týdnech ale nastalo každodenní užívání. Vzhledem k tomu, že MDMA má dle zkušeností respondentky spíše negativní stavy a účinky (křeče celého těla, tendence žvýkat si ústa, velmi náročný dojezd na droze, riziko předávkování při užívání drogy ve formě tabletek /dlouhá doba nájezdu/), přešla k braní metamfetaminu. Od 17-ti let pervitin užívala každý den. Nejdříve formou šňupání, poté přešla k nitrožilní aplikaci. Okusila také kokain, LSD, hašiš, crack, speed či heroin, ale primární drogu pro ni představoval „jen“ pervitin.

Důvodů k braní drog bylo hned několik. Prvním z nich byla potřeba odlišit se od ostatních vrstevníků. Na droze se respondentka cítila jako ve vlastním světě a připadala si pak jedinečná. Druhým důvodem byla touha na sebe upozornit. U rodičů respondentka nikdy neměla takovou pozornost, jakou by sama chtěla. Stávalo se například, že domů přišla silně ovlivněná drogami a rodiče si ničeho nevšimli. V tu chvíli byla samozřejmě za reakci doma ráda, po vystřízlivění si ale uvědomovala, že ji ne/reakce rodičů raňuje a představuje pro ně jakousi neviditelnost. Posledním důvodem k užívání drog byl rozchod s přítelem, který byl snášen velmi špatně, a dle vlastních slov respondentky, chtěla utéct sama před sebou.

Dny na droze probíhaly dost podobně. Navštěvovaly se bary, soukromé party v bytech svých kamarádů, diskotéky či taneční kluby. To vše spojovalo jediné – na každé akci bylo užíváno velkého množství drog. Spací režim respondentky, a zřejmě i ostatních závislých osob, je pro normální lidi zcela nepochopitelný. Respondentka uvádí, že pravidelně spala přibližně od pondělí do středy. Zbylé dny trávila na již zmíněných akcích a díky drogám zcela beze spánku. Po aplikaci látky do těla mu kromě potřeby spánku nechyběla také potřeba jíst. V praxi to znamenalo, že respondentka byla v době užívání pervitinu (většinou čtyři dny, od čtvrtka do neděle) zcela bez jídla, zbylé tři dny se pak přejídala nezdravými jídly z fast foodů či chipsy.

Prvním impulzem k abstinenci byl stav na drogách, který se pro respondentku stával již stavem zcela běžným; z užití drogy už nepřicházelo požadované uspokojení. Další důvod představovaly rozdílné příznaky fyzické stránky ve srovnání se subjektivním vnímáním drogy v těle. Stávalo se, že tělo fyzicky vykazovalo typické příznaky předávkování (křeče, třes), psychicky se ale respondentka cítila zcela normálně. Tyto stavy ji děsily a uvědomila si, že je čas s užíváním skoncovat. Zároveň si vzpomněla na pravidlo, které si sama před začátkem závislosti stanovila – s drogou skončí tehdy, až jí droga bude více brát nežli dávat.

Sžít se s životem bez drog nebylo snadné. Jelikož v době závislosti respondentka nekradla ani neprostitovala, život s abstinencí nezačal nepříjemnostmi v podobě dluhů, jako je to u bývalých narkomanů časté. Z počátku abstinence na tom respondentka nebyla dobře zejména psychicky. Objevovala se nervozita a z toho pramenilo nepřiměřené jednání vůči ostatním lidem. První měsíce bez drogy nepředstavovaly žádné výhody. Respondentka neměla žádné přátele, její hmotnost se rapidně zvyšovala, musela si zvykat na nový nudný život – život bez drog. Nastal rozchod s přítelem, který se sice také pokoušel abstinovat od drog, ale začal s užíváním velkého množství alkoholu. Odstěhování se od přítele mělo za příčinu nastěhování se zpět do domu svých rodičů. S nimi byly vztahy v době závislosti špatné, zejména však zaviněné samotnou respondentkou, jelikož o jejich přízeň nejevila zájem. To, že byla závislá, dle jejích slov rodiče oficiálně nevěděli, anebo pouze vědět nechtěli. Po nastěhování se zpět domů se vztahy postupně zlepšily a nyní, po dvouleté abstinenci, jsou výborné.

Myšlenky na drogu se u respondentky první půl rok po abstinenci objevovaly každým dnem. I nyní (2 roky po abstinenci) se objeví, zejména v době určitého stresu; doposud ale neproběhly žádné relapsy. Respondentka se navíc rozhodla pro studium vysoké školy, kterou zvládá zároveň se svou prací a na drogy tak nemá téměř čas.

Závěr

Svoji absolventskou práci jsem věnovala rozboru procesu adaptace osob závislých na omamných a psychotropních látkách a jedech s akcentem kladeným na perspektivu sociální práce. V úvodní části textu nastiňuji historii omamných a psychotropních látek a jedů, včetně jejich základních definic a dělení. Poté už přecházím na popis fenoménu závislosti a závislostního chování; zde se věnuji jak prevenci, tak také typům či důsledkům závislosti na návykových látkách. Po vysvětlení, co jsou vlastně omamné a psychotropní látky a jedy, rozebírám zdravotnické a sociální služby, které se věnují osobám s problémy souvisejícími se životem narkomanů. U jednotlivých služeb jsou názorně popsána zařízení, která jsou ve své oblasti svou činností řazena mezi elitní. Součástí specifik sociální práce je nepochybně sociální pracovník, který hraje významnou roli v životech klientů s drogovou zátěží. V neposlední řadě je do textu zařazen rozbor širokospektrálního procesu adaptace; ten vychází z problematizace pojmů (dílčích jevů) často spojovaných s osobami závislými na omamných a psychotropních látkách a jedech.

Pojem *sociální adaptace* může být definováno jako „výsledek procesu začlenění jedince do struktury sociálních vztahů ve skupině a v organizaci“, nebo také jako „snaha o začlenění znevýhodněného sociálně nebo zdravotně znevýhodněných lidí do společnosti“. V případě, že se bavíme o adaptaci osob závislých na omamných a psychotropních látkách a jedech, lze synonymicky užívat také pojmy *resocializace* či *sociální rehabilitace*, jejichž definice zní „proces znovuzачlenění jedince do společnosti“. Ať už hovoříme o pojmu adaptace, resocializace nebo sociální rehabilitace, vždy se jedná o tzv. následnou péči s cílem daným abstinujícím osobám vždy pomoci s abstinencí a novým životem bez návykové látky. To v první řadě bezpochyby záleží na přístupu klienta, jeho motivaci a odhodlanosti k léčbě. Na druhou stranu důležitou roli hraje také klientovo zázemí a blízké okolí, s doporučením obměnit veškeré přátele i známí z dob závislosti, nejlépe vyměnit i místo bydliště. Dále také rodina, která je v některých situacích svému dítěti stále na blízku, v některých už ale veškeré vztahy následkem nevhodného chování závislého dítěte kvůli drogám zanikly. V neposlední řadě je důležitou částí pomoc odborníků. Ta je určena převážně těm klientům, kteří nejsou dostatečně silní na to, se z propasti závislosti dostat sami bez pomoci výše zmíněných faktorů.

Praktickou část jsem realizovala formou rozhovorů vztahujících se k životu závislého člověka. Klíčovým faktorem se stala konkrétně zne/užívaná návyková látka, která je ve všech rozhovorech několikrát cíleně uvedena. Hlavní předmětnou oblastí ale pro mou práci byla identifikace příčin a důvodů vedoucích k propuknutí závislosti, dále popis života stráveného na droze a zejména pak fáze života po ukončení závislosti. Snažila jsem se tedy nastínit (objasnit) proces zapojení člověka s drogovým problémem zpět do běžného života, neboli popsat jeho adaptaci po skončení s drogami.

Rozhovorů jsem absolvovala celkem 10 a z jejich interpretace vyplývá, že u osmi z nich se objevovaly určité problémy již v dětství (např. nezáměr rodičů či fyzické týrání), k nimž respondenti svou vzniklou závislost částečně přisuzovali. Hlavním důvodem k vyzkoušení drogy, který se objevil celkem v osmi případech, ale byla uváděna pouhá zvědavost ze života na návykových látkách. Ve dvou případech byl vznik závislosti spuštěn reakcí na vzniklý stres. První zkušenost s drogou, kterou byla téměř u všech respondentů marihuana, nastávala v průměru ve věku 14 – 17 let, pouze u jednoho respondenta se první užití objevilo až v dospělém věku. Primárně užívanou drogou u respondentů představoval metamfetamin, který byl často kombinován s jinými látkami. V jednom případě byl kombinován s heroinem, v jednom pak s drogou MDMA. Pouze jediný respondent byl primárně závislý na opiátech v podobě léků, které navíc kombinoval s marihuanou a alkoholem. Pět respondentů navštěvovalo zdravotní či sociální zařízení (např. K-centrum či psychiatrické ambulance). Jelikož se respondenti dle pohlaví dělili na 9 žen a 1 muže, z rozhovorů dále vyplývá, že důvody k abstinenci byly převážně způsobeny díky těhotenství závislé ženy, nebo již díky narozenému dítěti, o které se žena kvůli své závislosti nebyla schopná postarat. Bylo tomu tak celkem u šesti respondentek, ostatní k abstinenci vedla buď nemoc vzniklá kvůli návyku, nebo rodina včetně životního partnera. Adaptace na nový život probíhala převážně špatně. Šest z respondentů muselo napravovat své narušené vztahy s rodinami či přáteli, také si museli hledat nové zázemí (zejména těhotné dívky), zaměstnání či řešit problémy s dluhy. Čtyři respondenti měli s adaptací minimální nebo žádné problémy.

Zaměříme-li se na sociální práci a sociální pracovníky, z obsahové interpretace rozhovorů vyplynulo, že drogově závislé osoby mají tendenci se na sociální pracovníky obracet pouze za jistých okolností. Dá se říci, že již v rozjeté drogové kariéře, jsou

narkomané k nabídce sociálních služeb „hluší a slepí“ a nejvíce efektivní a smysluplné opatření představuje služba *harm reduction*. V procesu adaptace pak klíčovou úlohu sehrávají primárně rodiny či změna bydliště a volnočasového kolektivu (sociální vztahy). Dle mého názoru by bylo vhodné zlepšit obecné povědomí a inzerci pomocných služeb, případně by měl být od poskytovatelů sociálních služeb kladen větší důraz na terénní sociální práci, tedy na práci streetworkerů.

Seznam diagramů

| | |
|-----------------------------------------------------|----|
| Diagram 1: <i>Kombinace vzniku závislosti</i> | 22 |
|-----------------------------------------------------|----|

Seznam tabulek

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tab. 1: <i>Nejvíce užívané drogy v ČR a potenciál vzniku závislosti na nich</i> | 25 |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----|

Seznam obrázků

| | |
|------------------------------------------------------------------------|----|
| Obr. 1: Logo nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského | 30 |
| Obr. 2: Logo psychiatrické nemocnice Bohnice | 32 |
| Obr. 3: Logo organizace Remedis | 33 |
| Obr. 4: Logo organizace SANANIM | 34 |
| Obr. 5: Logo organizace Drop In | 36 |
| Obr. 6: Logo Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze | 38 |
| Obr. 7: Logo armády Spásy | 42 |
| Obr. 8: Balíček harm reduction | 43 |
| Obr. 9: Logo organizace Most k naději | 44 |
| Obr. 10: Loď Hermes | 46 |

Seznam příloh

| | |
|-----------------------------------------|-----|
| Příloha 1: <i>Rozhovor č. 1</i> | 91 |
| Příloha 2: <i>Rozhovor č. 2</i> | 94 |
| Příloha 3: <i>Rozhovor č. 3</i> | 97 |
| Příloha 4: <i>Rozhovor č. 4</i> | 100 |
| Příloha 5: <i>Rozhovor č. 5</i> | 104 |
| Příloha 6: <i>Rozhovor č. 6</i> | 107 |
| Příloha 7: <i>Rozhovor č. 7</i> | 110 |
| Příloha 8: <i>Rozhovor č. 8</i> | 113 |
| Příloha 9: <i>Rozhovor č. 9</i> | 116 |
| Příloha 10: <i>Rozhovor č. 10</i> | 120 |

Seznam použité literatury a dalších pramenů informací

Odborné monografie a další zdroje:

1. *Drogy: otázky a odpovědi : [příručka pro rodinné příslušníky a pomáhající profese]*. Praha: Portál, 2007. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-7367-223-2.
2. GOSSOP, Michael. *Léčba problémů spojených se zneužíváním drog: důkazy o účinnosti*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2009. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 978-80-87041-81-9.
3. JANDOUREK, Jan. *Sociologický slovník*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-269-0.
4. KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-05-6.
5. KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. Monografie (Úřad vlády České republiky), no. 1. ISBN 80-86734-05-6.
6. KALINA, Kamil. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4331-8.
7. KALINA, Kamil. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Filia nova, 2001. ISBN 80-238-8014-4.
8. KALINA, Kamil. *Terapeutická komunita: obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí*. Praha: Grada, 2008. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2449-2.
9. MAHDALÍČKOVÁ, Jana. *Víme o drogách všechno?*. Praha: Wolters Kluwer, 2014. ISBN 978-80-7478-589-4.
10. MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-549-0.
11. MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Vydání třetí. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1154-9.
12. MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-x.

13. MIOVSKÝ, Michal. *LSD a jiné halucinogeny*. Boskovice: Albert, 1996. ISBN 80-85834-35-9.
14. NEPUSTIL, Pavel a Markéta SZOTÁKOVÁ. *Case management se zotavujícími se uživateli návykových látek: metodická příručka*. Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2013. Metodika (Úřad vlády České republiky). ISBN 978-80-7440-076-6.
15. NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. 5., rozšířené vydání. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1357-4.
16. NOVOTNÝ, Oto a Josef ZAPLETAL. *Kriminologie*. 3., přeprac. vyd. Praha: ASPI, 2008. ISBN 978-80-7357-377-5.
17. PRESL, Jiří. *Drogová závislost: Může být ohroženo i Vaše dítě?*. Praha: Maxdorf, 1994. Medica. ISBN 80-85800-18-7.
18. *Seznam a definice výkonů drogových služeb*. Praha: Úřad vlády České republiky, [200-]-^{^^^}. ISBN 80-86734-81-1.
19. SLOBODA, Zili. *Epidemiology of drug abuse*. New York, NY: Springer, c2005. ISBN 03-872-4415-8.
20. VERSTER, Annette a Ernst BUNING. *Buprenorfin: rozbor kritických otázek*. Praha: Úřad vlády České republiky, c2007. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 978-80-87041-11-6.
21. VERSTER, Annette a Ernst BUNING. *Informace pro tvůrce drogové politiky o účinnosti substituční léčby závislosti na opiátech*. Praha: Úřad vlády České republiky, Sekretariát rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2003. ISBN 80-86734-15-3.
22. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog pro Evropské monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti: Česká republika*. Praha: Úřad vlády ČR, 2002-. ISBN 978-80-87041-99-4.

Elektronické zdroje:

1. Aktuálně. In: *Klinika adiktologie* [online]. Copyright © Praha [cit. 2019-04-21]. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/>.
2. Aktuálně. In: *Sananim* [online]. Honeypot 2007. Praha [cit. 2019-04-21]. Dostupné z: <http://www.sananim.cz/>.
3. *Ambulantní provozy: Centrum substituční léčby* [online]. Praha: Klinika adiktologie, 2011, 2013 [cit. 2019-02-05]. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/629/4361/Centrum-substitutnicni-lecby>.
4. *Armáda Spásy - Srdce Bohu, ruce lidem*. *Armáda Spásy - Srdce Bohu, ruce lidem* [online]. Copyright © 2016 Armáda spásy V České republice [cit. 2019-02-22]. Dostupné z: <https://armadaspasy.cz/>.
5. *Azylový dům - Armáda Spásy*. *Armáda Spásy - Srdce Bohu, ruce lidem* [online]. Copyright © 2016 Armáda spásy V České republice [cit. 2019-04-22]. Dostupné z: <https://armadaspasy.cz/pobocky/praha/praha-centrum-socialnich-sluzeb-b-burese/azylovy-dum/>.
6. *Case management v sociálních službách - Agentura pro sociální začleňování*. Aktuálně - Agentura pro sociální začleňování [online]. Copyright © 2019 [cit. 2019-04-21]. Dostupné z: <http://www.socialni-zaclenovani.cz/case-management-v-socialnich-sluzbach>.
7. *Co je ČAS*. *Streetwork*. [online]. Praha [cit. 2019-04-22]. Dostupné z: <https://www.streetwork.cz/stranka/2392/co-je-cas>.
8. *Česká pozice: Informace pro svobodné lidi* [online]. Praha: Copyright ©, 2015 [cit. 2019-04-20]. Dostupné z: http://ceskapozice.lidovky.cz/jaromir-badin-kvalita-drog-je-skandalni-a-to-nejen-v-cesku-pe5-/tema.aspx?c=A150902_151202_pozice-tema_lube.
9. *Domů*. In: *Bohnice* [online]. Praha [cit. 2019-04-21]. Dostupné z: <https://www.bohnice.cz/>.
10. *Drogová poradna: Dotazy* [online]. Praha: Honeypot, 2009 [cit. 2019-04-28]. Dostupné z: <http://www.drogovaporadna.cz/dotazy/39597/pocet-dotazu.html>.
11. *Drogová poradna: Úvodní stránka* [online]. Praha: Honeypot, 2009 [cit. 2019-02-04]. Dostupné z: <http://www.drogovaporadna.cz/Uvodni-stranka.html>.

12. *Drogy 1: Negativní důsledky drogové závislosti* [online]. webnode, 2011 [cit. 2019-01-21]. Dostupné z: <https://drogy1.webnode.cz/negativni-dusledky-drogove-zavislosti/>.
13. Drop In — . Drop In — [online]. Copyright © Copyright 2017 [cit. 2019-02-05]. Dostupné z: <https://www.dropin.cz/>.
14. Drop In — Centrum následné péče. Drop In — [online]. Copyright © Copyright 2017 [cit. 2019-05-02]. Dostupné z: <https://www.dropin.cz/2015/06/centrum-nasledne-pece/>.
15. Drop In — . Drop In — [online]. Copyright © 2017 [cit. 2019-04-21]. Dostupné z: <https://www.dropin.cz/>.
16. Harm reduction materiál | Darmoděj z.ú.. Darmoděj z.ú. [online]. [cit. 2019-02-22]. Dostupné z: <http://www.darmodej.cz/t-program/9296/harm-reduction-material/>.
17. K-centrum Žatec. Most k naději [online]. Copyright © 2011 [cit. 2019-04-22]. Dostupné z: <http://www.mostknadeji.eu/ustecky-kraj/k-centrum-zatec/>.
18. Kdo jsme - Armáda Spásy. Armáda Spásy - Srdce Bohu, ruce lidem [online]. Copyright © 2016 Armáda spásy V České republice [cit. 2019-04-22]. Dostupné z: <https://armadaspasy.cz/o-nas/kdo-jsme/>.
19. Loď Hermes – noclehárna - Centrum sociálních služeb Praha. Centrum sociálních služeb Praha [online]. Copyright © Centrum sociálních služeb Praha [cit. 2019-04-22]. Dostupné z: <https://www.csspraha.cz/24815-lod-hermes-nocleharna>.
20. Most k naději. Most k naději [online]. Copyright © 2011 [cit. 2019-04-22]. Dostupné z: <http://www.mostknadeji.eu/>.
21. Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze. Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze [online]. Copyright © Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze [cit. 2019-04-21]. Dostupné z: <https://www.nmskb.cz/>.
22. *Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze. Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze*[online]. Copyright © *Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze* [cit. 2019-02-01]. Dostupné z: <http://www.nmskb.cz/pro-pacienty/oddeleni/detoxikacni-centru>.
23. Nízkoprahové denní centrum - Armáda Spásy. Armáda Spásy - Srdce Bohu, ruce lidem [online]. Copyright © 2016 Armáda spásy V České republice [cit. 2019-04-22].

- Dostupné z: <https://armadaspasy.cz/pobocky/praha/praha-centrum-socialnich-sluzeb-b-burese/css-b-burese-nizkoprahove-denni-centrum/>.
24. Po heroínu pervitin. Stát zvažuje substituční léčbu u většiny závislých. Po heroínu pervitin. Stát zvažuje substituční léčbu u většiny závislých [online]. Praha: Markéta Březinová, 2013 [cit. 2017-04-20]. Dostupné z: http://zpravy.idnes.cz/vlada-navrhuje-zavislost-na-pervitinu-lecit-substituci-pkd/domaci.aspx?c=A130328_173112_domaci_brm.
 25. *Prevcentrum: LSD a jiné halucinogeny* [online]. Praha: Šalom, 2017 [cit. 2019-04-20]. Dostupné z: <https://www.prevcentrum.cz/informace-o-drogach/lsd/>.
 26. Remedis. Remedis [online]. Copyright © [cit. 2019-04-21]. Dostupné z: <http://www.remedis.cz/>.
 27. Renarkon otevřel druhý „tréninkový“ byt. Pouze pro vyléčené narkomany — ČT24 — Česká televize. ČT24 — Nejdůvěryhodnější zpravodajský web v ČR — Česká televize [online]. Copyright © [cit. 2019-03-15]. Dostupné z: <https://ct24.ceskatelevize.cz/regiony/2056976-renarkon-otevrel-druhy-treninkovy-byt-pouze-pro-vylecene-narkomany>.
 28. Substituční léčba - Veřejnost | Rozdělení drog. Substituční léčba - Veřejnost [online]. Copyright © 2019 [cit. 2019-01-14]. Dostupné z: <https://www.substitucni-lecba.cz/drogy>.
 29. Substituční léčba - Veřejnost | Rozdělení drog | Rozdělení drog. Substituční léčba - Veřejnost [online]. Copyright © 2019 [cit. 2019-01-14]. Dostupné z: <http://www.substitucni-lecba.cz/rozdeleni-drog>.
 30. Substituční léčba - Sociální dopady drogové závislosti. Substituční léčba - Veřejnost [online]. Copyright © 2019 [cit. 2019-01-14]. Dostupné z: <http://www.substitucni-lecba.cz/novinky/socialni-dopady-drogove-zavislosti-99>.
 31. Terénní programy Most-Teplice-Louny. Most k naději [online]. Copyright © 2011 [cit. 2019-04-22]. Dostupné z: <http://www.mostknadeji.eu/ustecky-kraj/terenni-programy-most-teplice-louny/>.
 32. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách [online]. 2006, 12.10. 2006 [cit. 2019-03-05]. Dostupné z https://www.mpsv.cz/files/clanky/31234/Zakon_o_socialnich_sluzbach-stav_k_1._10._2017.pdf.

33. Závislosti. In: *Bohnice* [online]. Copyright © Praha [cit. 2019-01-02]. Dostupné z: <https://www.bohnice.cz/lecba/zavislosti/>.
34. *Závislosti - muži*. In: *Bohnice* [online]. Praha [cit. 2019-01-02]. Dostupné z: <https://www.bohnice.cz/lecba/zavislosti-muzi/>.

Abstrakt

Kromě popisu stručné historie omamných a psychotropních látek a jedů včetně definic vybraných návykových látek, se diplomová práce zaměřuje na závislostní chování, zdravotní léčbu a sociální pomoc osobám závislých na omamných a psychotropních látkách a jedech. Nedílnou součástí léčby těchto osob je jejich následná adaptace zpět do běžného života, která je mnohdy velmi důležitá. V kapitolách jsou popsány jednotlivé služby (zdravotní i sociální) včetně příkladů, které jedincům pomáhají s jejich problémem a také se sociálně adaptovat, tedy se něčemu přizpůsobit. V praktické části je pak díky respondentům a jejich životním příběhům názorně ukázáno, jaká je cesta zpět od přežívání jedince s drogovou závislostí k běžnému životu.

Besides describing a brief history of narcotic drugs and psychotropic substances and poisons including definitions of selected addictive substances, the thesis focuses on addictive behaviour, medical treatment and social assistance for persons addicted to narcotic drugs and psychotropic substances and poison-dependent people. An essential part of these people's treatment is their follow-up adaptation back to normal life, which is often very important. The chapters describe the particular service (medical and social), including examples that help individuals with their problem and also to adapt socially, or adapt to something. In the practical part it is due to the respondents and their life stories clearly shown, what is the way back from the survival of individuals with drug addiction to everyday life.

Přílohy

Příloha 1: Rozhovor č. 1

1. Objevovaly se závislosti ve Vaší rodině? Pokud ano, jaké a u koho?

Ano. Sestra užívala pervitin asi 1 rok a babička byla závislá na alkoholu.

2. Nastávaly ve Vaší rodině nějaké výraznější problémy v dětství?

Ano. Babička byla alkoholička a žila s námi v jedné domácnosti (v mých 12 ti letech). Mně bylo asi 12 let a babičku jsme doma se sestrou často nacházeli v podnapilém stavu (na sestru to má následky dodnes). Dle psychiatričky se má závislost mohla vyvíjet také od takovýchto zkušeností. Co se týče rodiny, tak výchova byla spíše volná. Od rodičů jsem nedostávala tresty, ani když to bylo potřeba. Bohužel jsem vůči nim neměla žádný respekt. Táta nebyl často doma, a když přišel, vodil s sebou své kamarády.

3. V kolika letech jste poprvé sáhla po droze a jak se užívání stupňovalo?

Úplně poprvé ve svých 17 letech. To jsem brala jen pár měsíců. Pak jsem ale začala znova ve 35 letech.

4. Jaké důvody jste měla k užívání drogy?

Hlavním důvodem bylo náročné zaměstnání, ve kterém nastával stres. Dále neshody v manželství a touha si užívat. Manžel mě urážel, nadával mi. Urážky se často týkaly mé váhy a tak touha shodit nějaká kila také přispěla k užití drogy. Váhu jsem ztrácela až moc a nakonec byla díky fetování až příliš hubená. S manželem po čase nastal rozvod.

5. Jak jste si opatřila svou první drogu?

Od kamaráda.

6. Jaká byla Vaše první užitá droga a jaký byl způsob jejího užití?

Moje první droga byla pervitin a to způsobem nazývaným šňupání.

7. Jaké další drogy jste užíval?

Pravidelně jen pervitin. Zkoušela jsem trávu, ale z té mi nebylo dobře. Jednou jsem zkusila extázi, ale ve stejnou chvíli jsem v sobě měla také pervitin, tak jsem oproti samotnému užití pervitinu nepocítovala nic rozdílného.

8. Jak dlouho jste drogy užívala?

Celkem 5 let.

9. Mohla byste v krátkosti přiblížit Váš každodenní den na droze?

S drogou jsem začala v době zaměstnání, ale po čase jsem to nezvládala skloubit a zařídila si pracovní neschopnost. V té době jsem byla jen doma, starala se o domácnost, uklízela, žehlila, sháněla drogy. Všechny přátelé i rodinu jsem od sebe odehnala. V pracovní neschopnosti jsem byla jeden rok a pak zase začala pracovat. Pracovala jsem ale stylem „jen když se mi chtělo“, a tak po čase nastal vyhazov. Zaregistrovala jsem se na úřadu práce a v tu dobu se to vše zlomilo. V době pracovní neschopnosti jsem pobírala peníze na tzv. neschopenku a tak o drogy nebyla nouze. Horší to bylo v době, kdy začal fetovat i přítel, který sice pracoval, ale přesto nastávaly chvíle, kdy jsme neměli ani na jídlo, jelikož všechny peníze padli na pervitin.

10. Navštěvovala jste nějaké organizace pomáhající drogově závislým osobám, pokud ano, jaký typ léčby jste absolvovala?

Ano, v době pracovní neschopnosti jsem docházela na psychiatrii, kde jsem brala léky (Rivotril a nějaká antidepresiva). Léky jsem ale užívala dle svých potřeb, Rivotril jsem brala jen na „dojezdu“ a někdy při bolesti hlavy, aby se mi líp usínalo. Když jsem na psychiatrii docházela, často jsem v sobě měla pervitin a lékaři to ani nepoznali. Důvodem pro léčbu na psychiatrii zpočátku byla snaha získat důchod na psychiatrickou poruchu. Droga ale byla silnější a díky ní jsem přestala chodit na kontroly a nakonec nešla ani před finální komisi.

11. Kdy jste si poprvé uvědomila, že je potřeba s drogou přestat?

Okamžitě, jakmile jsem nedostala menstruaci a zjistila jsem, že čekám miminko. Z kontaktů jsem ihned vymazala všechny lidi, kteří mají něco společného s drogami

a těšila se jen na miminko. Abstinovala jsem úplně sama a úspěšně. Nutno ale říci, že jednoduché to nebylo, při absenci pervitinu v těle nastávaly několikaminutové křeče, zkroucení horních i dolních končetin. Takže vedlejší účinky pervitinu nejsou zrovna příjemné.

12. Jak a co Vám pomohlo s drogou skončit?

Jen moje těhotenství. Nikoho jsem k abstinenci nepotřebovala.

13. Jaké bylo zapojení se zpět do běžného života (práce, partnerské vztahy, rodinné vztahy, přátelé, bydlení, zbavení se dluhů)?

Bylo to hodně těžké. Každý mi říkal, ať jdu na potrat, že se o dítě nezvládnou postarat, a že na to nemám. Nikdo se mnou nepočítal. Navázat znovu vztahy bylo hodně těžké, všichni ke mně měli nedůvěru. S přítelem jsme řešili bydlení. Věděli jsme, že s miminkem nemůžeme běhat po ulici. Rodinné vztahy byly dlouho špatné. Nejlepší byly se sestrou, s kterou jsme vztahy udobřily již v těhotenství, ve kterém jsme byly obě dvě. Matka mi začala odpouštět cca po 2 letech abstinence a dnes je náš vztah už mnohem lepší. V době závislosti mi mamka nedala ani korunu, aby neživila závislost na pervitinu. Dnes už mi finančně pomáhá a to hlavně s dcerou. Otec se mnou začal mluvit více jak po roce. O drogové minulosti se s nikým z rodiny nebavím. Nikdo z nás o tom mluvit nechce. Je to navždy zapomenuté.

14. Objevily se u Vás při abstinenci myšlenky opět užít drogu?

Určitě ano. Někdy se objeví i teď, občas se mi vrací ty stavy, užít drogu, ale díky bohu už jen myšlenkové. Pak si rychle řeknu bože, na co myslíš a začnu se tomu smát.

15. Jak dlouho drogy k životu nepotřebujete?

Více jak 3 roky.

16. Dá se říci, že jste něčím nahradila účinky drogy (sport, kultura, náboženství)?

Ano. Dcera mi nahradila vše, ona je moje droga a můj život!

Příloha 2: Rozhovor č. 2

1. Objevovaly se závislosti ve Vaší rodině? Pokud ano, jaké a u koho?

Ano, otec byl alkoholik, kvůli alkoholu zemřel už v 60-ti letech.

2. Nastávaly ve Vaší rodině nějaké výraznější problémy v dětství?

Ano, otec fyzicky i psychicky týral matku. Mé dětství to hodně ovlivnilo. Kamarádky domů na návštěvu nepřicházely v úvahu, mnohokrát jsem musela pomoci mamce po otcově útoku. Díky mamce mám alespoň nějaké dobré vzpomínky na dětství, ta se vždycky snažila.

3. V kolika letech jste poprvé sáhla po droze a jak se užívání stupňovalo?

Drogu jsem poprvé užíla v 17 ti letech a to způsobem šňupání. Hned po jednom měsíci jsem začala užívat nitrožilně.

4. Jaké důvody jste měl k užívání drogy?

Zamilovanost do osoby závislé na pervitinu. Chtěla jsem, aby tehdejší partner přestal užívat drogy, ale místo toho jsem začala brát s ním. Když jsem se o jeho závislosti dozvěděla, dala jsem mu ultimátum: buď s drogami přestane, anebo začnu taky. Skončilo to druhou možností a přítelova závislost se stále stupňovala.

5. Jak jste si opatřila svou první drogu?

Partner mi ji sám opatřil a také mi pomohl s jejím užitím.

6. Jaká byla Vaše první užitá droga a jaký byl způsob jejího užití?

První drogu představoval pervitin, který jsem si šňupla.

7. Jaké další drogy jste užívala?

Jen marihuanu.

8. Jak dlouho jste drogy užívala?

Celkem rok a půl.

9. Mohla byste v krátkosti přiblížit Váš každodenní den na droze?

Den byl noc a noc byla den. Vše splývalo v jediné. Bylo mi všechno jedno, všechno bylo krásné, neměla jsem žádné starosti. Občas se objevil mrak v podobě nedostatku financí. Peníze na drogy jsem sháněla, kde se dalo. Od mamky pod záminkou hladu, přítel kradl a vše prodával, abychom se „uživili“, nikoli však díky jídlu, ale díky pervitinu.

10. Navštěvovala jste nějaké organizace pomáhající drogově závislým osobám, pokud ano, jaký typ léčby jste absolvovala?

Ne. Věřila jsem, že přestanu sama.

11. Kdy jste si poprvé uvědomila, že je potřeba s drogou přestat?

Když jsem viděla svou vlastní mamku, jak se trápí a okolí se mnou přestalo komunikovat. Hlavním důvodem ale bylo to, že mi hrozili odebráním dcery, kterou jsem i v době závislosti měla u sebe.

12. Jak a co Vám pomohlo s drogou skončit?

Dcera. To maličké, bezbranné stvoření mě vtáhlo zpět do života. Uvědomila jsem si, že o ni nechci a nemohu přijít. Jednoho dne jsem vzala jehlu s pervitinem a vyhodila ji. Sbalila jsem věci mně i dceři a šla k sestře, kde začal boj sama se sebou, přestat s pervitinem a začít normálně žít.

13. Jaké bylo zapojení se zpět do běžného života (práce, partnerské vztahy, rodinné vztahy, přátelé, bydlení, zbavení se dluhů)?

Zapojení zpět bylo moc těžké. Okolí mě stále bralo jako feťačku. Na vlastní matce jsem viděla, jak je nešťastná a to díky mně. Nikdo mi nevěřil, že chci opravdu přestat. Po čase pochopili, že to myslím vážně a podali mi pomocnou ruku. Až téměř po pěti letech mě začali brát normálně, jako sobě rovnou. Bývalý přítel s užíváním nepřestal a tak skončil náš vztah. Dluhy byly příliš vysoké, a proto se jich zbavuji dodnes, i přesto, že je to 19 let.

14. Objevily se u Vás při abstinenci myšlenky opět užít drogu?

Zpočátku ano. Občas jsem si i něco dala, ale už jsem z toho neměla to, co dřív, a tak jsem s tím nadobro přestala.

15. Jak dlouho drogy k životu nepotřebujete?

Dlouhých 19 let.

16. Dá se říci, že jste něčím nahradil účinky drogy (sport, kultura, náboženství)?

Ano. Drogy jsem nahradila rodinou, normálním životem, prací a přáteli. Drogu už nepotřebuji a jsem si jistá, že ani potřebovat nebudu.

Příloha 3: Rozhovor č. 3

1. Objevovaly se závislosti ve Vaší rodině? Pokud ano, jaké a u koho?

Ne, žádné závislosti v rodině jsme neměli.

2. Nastávaly ve Vaší rodině nějaké výraznější problémy v dětství?

Ne, žádné problémy se neobjevovaly.

3. V kolika letech jste poprvé sáhla po droze a jak se užívání stupňovalo?

V 16 ti letech jsem poprvé šáhla po marihuaně, od 17. roku jsem začala užívat pervitin, extázi, speed, LSD či MDMA. Nejčastěji jsem užívala pervitin společně s extází a marihuanou.

4. Jaké důvody jste měla k užívání drogy?

Konkrétní důvod nebyl žádný. Řekla bych, že nejlíp se pro můj začátek závislosti hodí heslo „zakázané ovoce chutná nejlépe“.

5. Jak jste si opatřila svou první drogu?

Od přítele, který byl také závislý. Zpočátku mi drogu dát nechtěl, ale věděl, že to chci zkusit a nezabránil by mi v tom.

6. Jaká byla Vaše první užitá droga a jaký byl způsob jejího užití?

Úplně poprvé jsem užila marihuanu, kterou jsem kouřila. Potom jsem zkusila pervitin formou šňupání a později přešla k formě pomocí jehly.

7. Jaké další drogy jste užívala?

Extáze, LSD, MDMA, později také alkohol.

8. Jak dlouho jste drogy užívala?

Necelých 6 let.

9. Mohla byste v krátkosti přiblížit Váš každodenní den na droze?

Ráno po probuzení vstát, jít do města, koupit si drogu, aplikovat drogu a jet do školy. Nebo taky do školy nejet a jen tak si sednout v parku, kde se objevují stejní lidé se stejným osudem. V parku jen tak sedět a kouřit trávu. Večer jet domů posledním autobusem, zalézt si do pokoje, kde opět nic nedělat, anebo jít spát.

10. Navštěvovala jste nějaké organizace pomáhající drogově závislým osobám, pokud ano, jaký typ léčby jste absolvovala?

V době závislosti jsem navštěvovala jen K-centra a to čistě jen kvůli výměně jehel za čisté.

11. Kdy jste si poprvé uvědomila, že je potřeba s drogou přestat?

Vlastně nikdy, jelikož jsem v době užívání pervitinu začala i pít alkohol, časem jsem jen přešla ze závislosti do závislosti. Časem jsem přestala mít potřebu užít pervitin a začala víc a víc užívat alkohol. Alkohol jsem pak přestala užívat z důvodu nemoci.

12. Jak a co Vám pomohlo s drogou skončit?

Objevila se u mě panická porucha, s níž byli spojené strašné stavy. Od té doby mám strach z takového stavu, nechci opět zažívat ataky a podobné stavy.

13. Jaké bylo zapojení se zpět do běžného života (práce, partnerské vztahy, rodinné vztahy, přátelé, bydlení, zbavení se dluhů)?

Rodinu, vztah i práci jsem měla i v době mé závislosti, takže život po skončení s drogami byl pro mě v tomto smyslu celkem jednoduchý.

14. Objevily se u Vás při abstinenci myšlenky opět užít drogu?

Neobjevily. Mám rodinu a hlavně dcera je pro mě více než nějaká droga.

15. Jak dlouho drogy k životu nepotřebujete?

16 let.

16. Dá se říci, že jste něčím nahradil účinky drogy (sport, kultura, náboženství)?

Od pervitinu jsem bohužel sklouzla k alkoholu. Alkohol jsem pila několik let, dokud se u mě neobjevila panická porucha. „Díky“ této poruše jsem přestala pít a i jen myslet na drogy.

Příloha 4: Rozhovor č. 4

1. Objevovaly se závislosti ve Vaší rodině? Pokud ano, jaké a u koho?

Strýc měl problémy s alkoholem (bratr od mé matky). Moc o něm ale nevím, protože se s rodiči nestýkal.

2. Nastávaly ve Vaší rodině nějaké výraznější problémy v dětství?

Významné problémy nebyly, rodiče se přede mnou, ani před sourozenci nehádaly. Dá se říci, že dětství bylo normální.

3. V kolika letech jste poprvé sáhla po droze a jak se užívání stupňovalo?

Ve 13-ti letech jsem zkusila cigarety (pouze příležitostně, dá se říci, že z „frajeřiny“). V 15-ti letech jsem okusila marihuanu, opět jsme si s kamarády řekli, že to jen zkusíme. Z počátku jsme ji užívali přibližně jednou za měsíc, postupně jsme ale kouřili skoro každý den. Po zkušenostech s trávou jsem si řekla, že zkusím i pervitin a poprvé jsem to udělala v 17 ti letech, kdy jsem si ho šňupla (celkem asi 3x v jednom měsíci). Nájezd mi ale přišel celkem dlouhý, a když jsem se seznámila s lidmi, kteří tuto drogu „vařili“, nebyl problém si s nimi pervitin píchnout rovnou do žil. To se mi samozřejmě zalíbilo a s nitrožilním užíváním jsem pervitin začala užívat z počátku o víkendech, ale po pár týdnech velmi pravidelně, dá se říci, že obden.

4. Jaké důvody jste měla k užívání drogy?

Frajeřina, zapadnout do party, zvědavost, jak se narkomané cítí. Problematika drog mě zajímala již dříve a hodně jsem o ní měla načteno, chtěla jsem si zkusit, jestli je pravda to, jak autoři popisují stavy po užití látky.

5. Jak jste si opatřil asvou první drogu?

Jak cigarety, tak marihuanu i pervitin jsem si sehnala přes kamarády, kteří s tím již měli zkušenosti.

6. Jaká byla Vaše první užitá droga a jaký byl způsob jejího užití?

Ve 13-ti letech cigarety, v 15-ti marihuana, v 17-ti pak pervitin, který jsem si šňupla.

7. Jaké další drogy jste užívala?

Marihuana, pervitin.

8. Jak dlouho jste drogy užívala?

Marihuanu jsem užívala přibližně 6 let a pervitin 4 roky.

9. Mohla byste v krátkosti přiblížit Váš každodenní den na droze?

Vzhledem k tomu, že v době užívání jsem stále chodila do školy, den měl určitý řád. Před školou jsem si vždycky dala dávku (spíše někde venku, protože v domě se pohybovali rodiče), nebo někdy na záchodě ve škole (pro zajímavost uvedu, že největší nutkání užít drogu jsem měla před hodinou psychologie, nemám k tomu ale nijaké vysvětlení). Po škole jsem se většinou setkala s kamarády ve městě, kde jsme sháněli peníze na další drogy, případně je rovnou koupili. Pokud nějaké peníze zbyly, většinou se utratily v herně. Po zbytek dne, pod vlivem drogy, se nic nedělalo, chodilo se bezvýsledně po městě, vymýšlely se blbosti.

10. Navštěvovala jste nějaké organizace pomáhající drogově závislým osobám, pokud ano, jaký typ léčby jste absolvovala?

Jednou jsem navštívila K-centrum, kde jsem o svých problémech mluvila s tamní pracovníci. Ta působila sympaticky, nicméně mi přišlo, že rady v oblasti drog má naučený pouze teoreticky (zřejmě čerstvě vystudovaná slečna) a neměla představu o tom, jak to funguje v reálném životě. Po delším užívání jsem se rozhodla (hlavně díky rodičům) podstoupit léčbu v psychiatrické léčebně Červený Dvůr, kde jsem byla 5 měsíců. Absolvovala jsem týdenní detoxifikaci a pak jsem byla přeřazena do komunity (klasické oddělení následující po detoxu). To mělo dvě fáze, z první do druhé jsem se musela sama dostat díky úspěšné abstinenci. To se mi povedlo po třech měsících. Dostávala jsem pravidelné vycházky a mohla také dojíždět do školy (v „červeňáku“ jsem se musela učit, jelikož jsem v tu dobu studovala dálkově a díky vycházkám jsem mohla dojíždět alespoň na zkoušky).

11. Kdy jste si poprvé uvědomila, že je potřeba s drogou přestat?

Sama jsem si nikdy neuvědomila, že je potřeba s fetováním skončit, protože mě ten život vyloženě bavil. Až když mě rodiče poslali do léčebny, jsem si řekla, že to zkusím bez drog vydržet (i přesto, že jsem díky své plnoletosti mohla podepsat revers).

12. Jak a co Vám pomohlo s drogou skončit?

V léčebně jsem zjistila, že je fajn být zase čistá a po dobu pobytu tam, jsem to celkem v pohodě vydržela. Po ukončení léčby jsem se ale vrátila do starého města a na rok začala opět užívat pervitin. K finální abstinenci mi pomohl nynější přítel, kterého jsem v době fetování potkala (již před devíti lety). Tehdy pracoval jako řidič kamionu a nabídl mi, abych s ním odjela na výlet a já souhlasila. Po dlouhých kilometrech jízdy mi kamarád sdělil, že buď tam drogy (které jsem ještě měla u sebe) vyhodím a skončím s nimi, nebo mě vysadí a ujede. Já jsem drogy hodila do kanálu a na dobro s nimi skončila. Hodně mi tehdy pomohl společný sport s přítelem, kdy jsem často jezdila na kolečkových bruslích, a přítel vedle mě běhal.

13. Jaké bylo zapojení se zpět do běžného života (práce, partnerské vztahy, rodinné vztahy, přátelé, bydlení, zbavení se dluhů)?

Zapojení do života bylo těžké, ale díky přítelovi a hlavně jeho práci mohu říct, že jsem to zvládla. Celých 5 let jsem absolvovala všechny jeho pracovní cesty s ním, abych se nevracela zpět mezi lidi, který jsem znala díky drogám. Po návratu zpět do České republiky jsme se přestěhovali do úplně jiného města, než jsem žila v době závislosti. Tím, že jsem s drogami začala v pubertě, jsem se učila mnohé věci až v pozdějším věku (např. vaření). Při začlenění pro mě bylo asi nejtěžší koordinovat své pohyby těla. Rodinné vztahy se po mém vyléčení hodně zlepšily, i když rodiče vůči mně nemají sto procentní důvěru ani teď.

14. Objevily se u Vás při abstinenci myšlenky opět užít drogu?

Při pomyslení, že bych zklamala jak partnera, tak přátelé a rodinu, vím, že si už drogu nedám.

15. Jak dlouho drogy k životu nepotřebujete?

Skoro 9 let.

16. Dá se říci, že jste něčím nahradila účinky drogy (sport, kultura, náboženství)?

Nedá se úplně říci, že jsem drogu ničím nahradila, není nic, co bych začala dělat navíc po skončení s užíváním. Co se týče změn, mohu říci, že od doby abstinence se moje povaha změnila spíše na cholerickou.

Příloha 5: Rozhovor č. 5

1. Objevovaly se závislosti ve Vaší rodině? Pokud ano, jaké a u koho?

Ano, nějaké závislosti byly. Sestřenice (z máminy strany) byla závislá na drogách (pervitinu), matka měla problémy s alkoholem, které má dodnes.

2. Nastávaly ve Vaší rodině nějaké výraznější problémy v dětství?

Ano nastávaly. Ve škole jsem jako malá byla šikanována a doma mě také tyranizoval můj otčí, se kterým jsme žili v jedné domácnosti.

3. V kolika letech jste poprvé sáhla po droze a jak se užívání stupňovalo?

V 15 ti letech jsem okusila marihuanu, v 18 ti letech jsem zkusila pervitin, který jsem si šňupla. Po pár užitích tímto způsobem jsem použila jehlu.

4. Jaké důvody jste měla k užívání drogy?

Zvědavost, jaký bude život na droze. Zjistila jsem, že mě to baví.

5. Jak jste si opatřila svou první drogu?

Od kamaráda, který s drogami již experimentoval.

6. Jaká byla Vaše první užitá droga a jaký byl způsob jejího užití?

Marihuanu samozřejmě kouřením a pervitin šňupáním.

7. Jaké další drogy jste užívala?

Zkoušela jsem houbičky, ale jen občas.

8. Jak dlouho jste drogy užívala?

Marihuanu 9 let a pervitin 3 roky.

9. Mohla byste v krátkosti přiblížit Váš každodenní den na droze?

Jelikož je pervitin aktivní droga, chodilo se na různé akce. Přes den, když jsem zrovna byla doma, se dá říci, že jsem měla uklízací mánii. Nesnesla jsem nikde nepořádek, všechno jsem musela dát na své místo. Večer na akci jsme k pervitinu často užívali

alkohol. V barech jsme hráli např. stolní fotbálek. Na samotném pervitinu mi dělalo problém usnout, ten stav jsem vždy musela přepít, abych v klidu usnula. Druhý den byl stav vždy hrozný, bylo mi vždy nesnesitelně špatně.

10. Navštěvovala jste nějaké organizace pomáhající drogově závislým osobám, pokud ano, jaký typ léčby jste absolvovala?

Z počátku závislosti jsem docházela k psychiatrovi, kde se léčila ambulantně – neúspěšně. Po čase jsem nastoupila dobrovolně do psychiatrické léčebny.

11. Kdy jste si poprvé uvědomila, že je potřeba s drogou přestat?

Asi po dvou letech užívání. Vlastní bratr se se mnou nechtěl stýkat, často jsem přicházela o práci, jelikož jsem nebyla schopná do ní pravidelně docházet a když už jsem přišla, nebyla jsem schopná plnit ji dobře. Všechno na mě dopadlo a nezvládala jsem tento život hlavně psychicky.

12. Jak a co Vám pomohlo s drogou skončit?

Pomohla mi léčba psychiatrické léčebně a fakt, že jsem právě tam zjistila, že jsem těhotná. Důležitá také byla výměna kamarádů, kteří mě tahali zpět k drogám a podpora rodiny, která mi moc fandila.

13. Jaké bylo zapojení se zpět do běžného života (práce, partnerské vztahy, rodinné vztahy, přátelé, bydlení, zbavení se dluhů)?

Do běžného života jsem se zařadila celkem bez problému. Díky těhotenství jsem s drogami ihned přestala. Po propuštění z psychiatrické léčebny jsem bydlela u matky, a pak od města dostala vlastní byt. Po celou dobu mě podporovala celá rodina.

14. Objevily se u Vás při abstinenci myšlenky opět užít drogu?

Pár měsíců po abstinenci jsem myšlenky na drogy měla, povedlo se mi je zahnat užíváním alkoholu.

15. Jak dlouho drogy k životu nepotřebujete?

11 let.

16. Dá se říci, že jste něčím nahradila účinky drogy (sport, kultura, náboženství)?

Nyní žiju pro svého syna. Drogy nepotřebuju.

Příloha 6: Rozhovor č. 6

1. Objevovaly se závislosti ve Vaší rodině? Pokud ano, jaké a u koho?

Ano, moje matka byla alkoholička.

2. Nastávaly ve Vaší rodině nějaké výraznější problémy v dětství?

Objevovaly se problémy mezi mou matkou a jejím přítelem, který s námi žil. Přítel ji mlátil, byl alkoholik a gambler. Mě jako čtyřleté dítě považovali za spouštěče svých hádek a „akcí“. Všemmu jsem samozřejmě musela přihlížet. Toto období trvalo asi 5 let. Přibližně v mých čtrnácti letech se alkoholičkou stala má matka.

3. V kolika letech jste poprvé sáhla po droze a jak se užívání stupňovalo?

Asi ve čtrnácti letech mi kluci v partě dali prvního jointa a v patnácti jsem si dala první čáru pervitinu od kamarádky, která „víkendově“ šňupala. Pak jsem s pervitinem měla několika letou pauzu. Jen jsem hulila marihuanu. V 19-ti letech jsem začala chodit s klukem, který si občas šňupl pervitin a tak jsem začala znova i já. Bylo to zprvu jen víkendové užívání, potom jsem si ale dávku nechala nosit i do práce a užívala jsem několikrát do týdne.

4. Jaké důvody jste měla k užívání drogy?

Lákala mě na tom ta akčnost. Vše mě bavilo. Bylo mi na tom prostě skvěle!

5. Jak jste si opatřila svou první drogu?

Vždy jsem se pohybovala kolem lidí, kteří měli s drogami něco společného, a vždy tam byl někdo, kdo měl něco u sebe. Když jsem byla sama a měla jsem na drogu chuť, někomu z lidí, kteří drogy nosili u sebe, jsem zavolala a rádi mi ji donesli.

6. Jaká byla Vaše první užitá droga a jaký byl způsob jejího užití?

První byla marihuana, potom pervitin v podobě šňupání. Jehla mě vždy odpuzovala.

7. Jaké další drogy jste užívala?

Jednou jsem zkusila i kokain, ale to bylo oproti pervitinu nic, takže ten mě nějak nepřitahoval.

8. Jak dlouho jste drogy užívala?

Asi tři roky.

9. Mohla byste v krátkosti přiblížit Váš každodenní den na droze?

Bylo to různé, zprvu jsem si vždy dávala jen někde na bytě, bála jsem se ostatních lidí, že to na mě hned poznají. Bylo jedno, jestli je ráno nebo večer, vždy když byla příležitost, tak jsem si drogu vzala a potom celý den prospala. Většinou jsem drogy brala obden, tedy jeden den ano, druhý den ne. A takhle se to opakovalo. Neměla jsem okamžiky, že bych si vyloženě potřebovala zase šňupnout, abych neměla dojezd. I když dojezdy byly mnohdy dost nepříjemné a otravné. Když jsem si později pervitin dávala i v práci, bylo mi jedno, jestli to někdo pozná nebo ne. Bylo to vlastně mnohem zábavnější, práce mě pod pervitinem více bavila, komunikace s lidmi byla zábavnější. Zkrátka na pervitinu bylo všechno lepší než bez něj.

10. Navštěvovala jste nějaké organizace pomáhající drogově závislým osobám, pokud ano, jaký typ léčby jste absolvovala?

Neabsolvovala jsem žádnou léčbu. V dobu užívání mi vůbec nedocházelo, že jsem vlastně závislá. Furt jsem si říkala, že je to jen "víkendové" zpestření a povyražení. Jako když se člověk jde občas opít a pobavit na diskotéku.

11. Kdy jste si poprvé uvědomila, že je potřeba s drogou přestat?

Nad celou touhle podstatou jsem se zamyslela, až když jsem zjistila, že jsem těhotná. Těhotná jsem byla s klukem, s kterým jsem se scházela pouhých 14 dní a vlastně jen když jsme byli oba na pervitinu. Šílená situace. Situaci jsme ale oba pojali dost vážně a jsme spolu dodnes. Samozřejmě bez pervitinu.

12. Jak a co Vám pomohlo s drogou skončit?

Mé těhotenství. Okamžitě a ze dne na den jsem si řekla, že v tom nemůžu pokračovat, když se ve mně rodí nový život, nevinný tvor. Jsem za to neskutečně vděčná, že se mi to vlastně takhle lehce podařilo.

13. Jaké bylo zapojení se zpět do běžného života (práce, partnerské vztahy, rodinné vztahy, přátelé, bydlení, zbavení se dluhů)?

Vzhledem k tomu, že mě potkalo těhotenství, což je vlastně to nejlepší, co mě v životě mohlo potkat, jsem se upnula jen na miminko. Těšila jsem se na jeho příchod a těšila jsem se na to být mámou. Co se týče rodiny, v době mé závislosti o ní nikdo nevěděl.

14. Objevily se u Vás při abstinenci myšlenky opět užít drogu?

Vůbec, nikdy. A dodnes nechápu, že jsem to vlastně měla tak snadný a nakonec jsem to k životu vůbec nepotřebovala. Vděčím za to mé dceři. Nepřijít na svět, bůhví kde bych dnes byla, protože vím, že bych s tím nikdy jen tak neskoncovala. Je to pro mě uzavřená etapa, nikdy bych si už pervitin ani marihuanu nedala.

15. Jak dlouho drogy k životu nepotřebujete?

Osm let. Mám z nich velký respekt a dnes se jich bojím.

16. Dá se říci, že jste něčím nahradila účinky drogy (sport, kultura, náboženství)?

Je to samozřejmě má dcera, bez té opravdu nemůžu být. Bez té bych umřela.

Příloha 7: Rozhovor č. 7

1. Objevovaly se závislosti ve Vaší rodině? Pokud ano, jaké a u koho?

Závislosti se v naší rodině v podstatě nevyskytovaly, pouze má teta (otcova sestra) byla závislá na pervitinu a marihuaně.

2. Nastávaly ve Vaší rodině nějaké výraznější problémy v dětství?

Problémy jako takové nebyly. Dětství jsem měla krásné. Každý rok jsem jezdila na dovolené, tábory a výlety. Zhroutilo se to až ve chvíli, kdy otec začal podnikat a po něm se přidala také matka. Ani jeden na mě neměli čas. Od svých cca 12-ti let si nepamatuji dovolenou společně s celou rodinou. Pokud ovšem nepočítám to, že za námi na dovolenou přijela matka na víkend (měla hospodu, a tak dost času trávila tam). I na Silvestra či po štědrovečerní večeři a rozdání dárků běžela otevřít hospodu. V mých 15-ti letech se rodiče rozvedli a já jsem zůstala bydlet u matky. Ta mi díky své hospodě nechávala volnost. Táta se svou přítelkyní, kvůli které od nás odešel, čekali dítě. Najednou se o mě nikdo nestaral. Starší sestra byla na koleji na vysoké škole na druhé straně republiky.

3. V kolika letech jste poprvé sáhla po droze a jak se užívání stupňovalo?

Poprvé jsem po droze, konkrétně po pervitinu sáhla v 16-ti letech, kdy mi byla hned aplikovaná nitrožilně. To se mi ale vůbec nelíbilo, tak jsem začala šňupat. Zhruba po 5 ti letech šňupání jsem začala drogu užívat pravidelně nitrožilně.

4. Jaké důvody jste měla k užívání drogy?

Asi všechno v jednom – špatná parta lidí, kteří fetovali, nezájem rodičů, zvědavost.

5. Jak jste si opatřila svou první drogu?

Na jedné akci na bytě u tehdejších kamarádů, byla mi nabídnuta a já souhlasila.

6. Jaká byla Vaše první užitá droga a jaký byl způsob jejího užití?

Pervitin, užila jsem hned nitrožilně.

7. Jaké další drogy jste užívala?

Marihuana, LSD. Zkusila jsem i heroin.

8. Jak dlouho jste drogy užívala?

15 let.

9. Mohla byste v krátkosti přiblížit Váš každodenní den na droze?

Po užití pervitinu je člověk aktivní, tudíž jsem uklízela, něco opravovala, stěhovala různé věci, chodila na diskotéky.

10. Navštěvovala jste nějaké organizace pomáhající drogově závislým osobám, pokud ano, jaký typ léčby jste absolvovala?

Ne, nikdy jsem nic nenavštěvovala.

11. Kdy jste si poprvé uvědomila, že je potřeba s drogou přestat?

Přesně si nepamatuji, zkoušela jsem přestat několikrát, ale droga byla vždy silnější.

12. Jak a co Vám pomohlo s drogou skončit?

Mám dvě dcery a přítele ve výkonu trestu. Starší dceru nemám u sebe, a když všechno šlo k tomu, že u sebe nebudu mít ani tu mladší, tak jsem řekla dost! Přítel měl na 5 dní propustku z výkonu trestu a dost razantně mi dal na výběr s tím, že se nechce vrátit do toho dna, ze kterého odešel. Donutil mě zavolat sestře, abych ji poprosila, zda mě k sobě i s malou nevezme. Souhlasila a nastavila pravidla, které jsem musela dodržovat, takže mě z toho dostala sestra s manželem.

13. Jaké bylo zapojení se zpět do běžného života (práce, partnerské vztahy, rodinné vztahy, přátelé, bydlení, zbavení se dluhů)?

Zapojení zpět do běžného života bylo těžké, dodnes se žít normálně učím, ale pokroky jsou znát. Naučila jsem se platit veškeré své závazky, vyřizují si insolvenční práci mám stálou a vztahy v rodině jsou dobré. Po 4 letech se opět bavím s otcem a partnera

mám stále jednoho, stále na něj čekám, až ho propustí z výkonu trestu a budeme žít normální život s naší dcerkou.

14. Objevily se u Vás při abstinenci myšlenky opět užít drogu?

Ze začátku trochu ano, ale nebylo to nic hrozného. Díky režimu stanoveného mou sestrou jsem nad drogami neměla čas přemýšlet.

15. Jak dlouho drogy k životu nepotřebujete?

Rok a půl, naposledy jsem užila v červnu roku 2017.

16. Dá se říci, že jste něčím nahradila účinky drogy (sport, kultura, náboženství)?

Dá se říci, že prací a cvičením, jelikož jsem po abstinenci přibrala 15 kilo a chci zhubnout. Také mám dvě malé neteře, kterým se dost věnuji.

Příloha 8: Rozhovor č. 8

1. Objevovaly se závislosti ve Vaší rodině? Pokud ano, jaké a u koho?

V době, kdy jsem já byla závislou, se u nás jiné závislosti neobjevovaly. V současné době je na alkoholu závislý můj bratr.

2. Nastávaly ve Vaší rodině nějaké výraznější problémy v dětství?

Problémů v dětství bylo opravdu hodně. Otec mi zemřel v mých pouhých třech měsících života a po jeho smrti si matka našla nového přítele. Ten nás doma všechny surově bil, což považuji za jeden ze základních kamenů mé závislosti. Matka zemřela v mých 17-ti letech na rakovinu.

3. V kolika letech jste poprvé sáhla po droze a jak se užívání stupňovalo?

Pokud nebudu počítat alkohol, kterým byla vodka v 15-ti letech, tak hlavní drogu pro mě od 16 ti představovala marihuana. Tvrdší drogu jsem měla v 18-ti letech a tou byla extáze. Ještě tvrdší drogy jsem okusila až později v dospělém věku.

4. Jaké důvody jste měla k užívání drogy?

Jak již bylo uvedeno v otázce č. 2, matka si našla nového partnera a při zjištění její nemoci zrovna pracovala ve Vídni. Nevlastní otec mě i bratrovi se s matkou zakazoval stýkat. Po její smrti mě vyhodil z domu a já musela žít na ulici. Naštěstí jsem to nějakým způsobem přežila a to i bez prodávání sama sebe (prostituce). V době, kdy už jsem měla rodinu a znovu do drog spadla, byla důvodem čistě má hloupost. Nevládla jsem situaci kolem mého partnera a bývalého manžela (otce mých dětí), který mi nakonec drogu sám opatřil.

5. Jak jste si opatřila svou první drogu?

Vodku jsem si vzala u babičky ve sklepě a marihuanu jsem dostala od kamarádky k narozeninám.

6. Jaká byla Vaše první užitá droga a jaký byl způsob jejího užití?

Lehké drogy (jako alkohol a marihuanu) radši přeskočím, to není třeba vysvětlovat. Tvrdší drogu, tedy pervitin, jsem užila rovnou nitrožilně.

7. Jaké další drogy jste užívala?

K pervitinu jsem užívala také heroin. Když je člověk závislý, je mu v podstatě jedno, co si vezme. Důležité pro něj je, aby v sobě něco měl. Takže jsem mnohdy užívala spoustu drog najednou, ale závislá jsem byla "jen" na pervitinu a heroinu.

8. Jak dlouho jste drogy užívala?

Mé období na drogách bylo rozděleno celkem na tři etapy. V 17-ti letech po vyhození z domu jsem byla závislá asi jeden rok. Po nějaké době znovu celkem 3 roky a po třetí v době, když už jsem měla manžela i děti, tak jsem do drog opět spadla celkem na 4 roky (nutno dodat, že poslední doba na drogách můžu označit jako „největší závislost“).

9. Mohla byste v krátkosti přiblížit Váš každodenní den na droze?

Když vezmu život na drogách na ulici, tak hodně záleží na tom, kde zrovna spíte. Já se svými tehdejšími kamarády přespávala v opuštěné stodole u našeho města. Ráno se vzbudíte, a když máte štěstí, zbylo vám u sebe aspoň trochu materiálu z předešlého dne, který samozřejmě ihned užijete pro fungování alespoň po ránu. Pokud máte drogy navíc a nechcete se podělit, zmlátí vás, a to bez ohledu na pohlaví. Po užití látky se vyrazilo do centra města, kde se kradlo nebo žebrolo. Já kradla hodně oblečení v secondhandech, které jsem pak prodávala a měla peníze na drogy. Taky jsem kradla hračky, které jsem ale posílala svým dětem, které žily u bývalého manžela (ten byl mimochodem taky závislý na drogách, ale neudala jsem ho z důvodu rizika přemístění dětí do dětského domova). Po sehnání peněz na drogu jsme se scházeli s lidmi, kteří drogy prodávali; buď přijeli oni za námi, nebo my za nimi (já často jezdila za "kamarádem" na ubytovnu). Drogu si tedy aplikujete, vrátíte se "domů" a jdete spát.

10. Navštěvovala jste nějaké organizace pomáhající drogově závislým osobám, pokud ano, jaký typ léčby jste absolvovala?

Nikdy žádné.

11. Kdy jste si poprvé uvědomila, že je potřeba s drogou přestat?

Když jsem si uvědomila, že jsem bezdomovkyně a také, že mé děti nejsou hloupé a nechci, aby si na mě takhle pamatovali.

12. Jak a co Vám pomohlo s drogou skončit?

Moje děti. Jen myšlenka na ně. Pak také můj, teď už bývalý přítel, který mi poskytl domov, což mě zachránilo téměř před jistou smrtí.

13. Jaké bylo zapojení se zpět do běžného života (práce, partnerské vztahy, rodinné vztahy, přátelé, bydlení, zbavení se dluhů)?

Přesto, že jsem vystudovaná zdravotní sestra, po abstinenci jsem začala pracovat ve fabrice, kde jsem byla dva roky. V té době jsem žila u muže, který mě bil, ale bylo to mé jediné zázemí. Mezi námi to nebyl partnerský vztah. Před mou závislostí jsem pracovala u Červeného kříže, kam jsem se ale vrátit nemohla, jelikož jsem o tu práci přišla z důvodů krádeží.

14. Objevily se u Vás při abstinenci myšlenky opět užít drogu?

Člověk už se chuti na drogu nezbaví do konce života. Nikdy jsem si neřekla, že si dám znovu, ale člověk má stále chuť.

15. Jak dlouho drogy k životu nepotřebujete?

Přibližně 7 až 8 let.

16. Dá se říci, že jste něčím nahradil účinky drogy (sport, kultura, náboženství)?

Samozřejmě. Změnila jsem celý svůj životní styl. Stala jsem se vegetariánkou. Člověka to změní, i kdyby nechtěl. Už do konce života bude vnímat všechno jinak. Hlavně lidi, kteří jsou závislí. Pro mě, jako pro člověka, který s drogami má zkušenosti, nejsou tito lidé „fetáci“ jako pro většinu naší společnosti, ale spíše chudáci.

Příloha 9: Rozhovor č. 9

1. Objevovaly se závislosti ve Vaší rodině? Pokud ano, jaké a u koho?

Nebyly.

2. Nastávaly ve Vaší rodině nějaké výraznější problémy v dětství?

Před nástupem na terapie jsem žil v domnění, že můj vztah s rodiči byl, dá se říci normální, na terapiích (ať už kvůli depresím či později závislosti) jsem si uvědomil, že problém pramení právě z dětství. Od půli roku jsem byl neustále mimo domov, pobýval jsem zejména v jeslích, u známých či příbuzných. Rodiče hodně pracovali a byli furt pryč. Vždy jsem měl blíže spíše k cizím lidem, než k vlastním rodičům. Rodiče chtěli žít jinak než já. Chtěli mít všechno okolo, všechno, na co bylo třeba neustále vydělávat peníze. Já byl naopak skromnější a toužil jsem po společné rodině.

3. V kolika letech jste poprvé sáhl po droze a jak se užívání stupňovalo?

Ve 27 letech po marihuaně. Postupně jsem vyzkoušel také hašiš, opiáty (jen ve formě léků), kanabinoidy, hypnotika a alkohol.

4. Jaké důvody jste měl k užívání drogy?

Deprese. Ty pramenily zejména ze špatné práce – téměř 20 let jsem pracoval na Generálním finančním ředitelství, na obvodu řízení a správy rizik, kde jsem řešil daňové podvody, mimo jiné lidí, kteří mají velké vlivy do politiky, a trest pro ně prakticky neexistoval. Neúspěšné výsledky v práci jsem začal řešit alkoholem a poté kanabionidy a hypnotiky. Další popud k braní zejména opiátu pro mě byla práce na vlastním domě, kdy jsem po příchodu domu z práce opět pracoval na stavbě domu. Po dobu čtyř let jsem pracoval přibližně 20 hodin denně a braní opiátů mi pomohlo hlavně po fyzické stránce (ačkoli se to může zdát jako nesmysl, jelikož opiáty většinou lidi utlumí, tak mě spíše nabudily). Zejména lék tramabene mě hodně nakopl, dodával sílu, bral potřebu spánku i jídla. Úplný zlom nastal při zjištění nevěry mé manželky, kdy došlo k rozvodu a v té době jsem začal s úplnou sebedestrukci.

5. Jak jste si opatřil svou první drogu?

Marihuanu jsem dostal, opiáty jsem si opatřil přes kamaráda.

6. Jaká byla Vaše první užitá droga a jaký byl způsob jejího užití?

Marihuana formou kouření.

7. Jaké další drogy jste užíval?

Nejvíce jsem užíval alkohol a opiáty ve formě léků. Zejména Tramabene - kapky určené k užívání proti bolesti a Neurol – lék proti úzkosti ve formě tabletek (po neurologu jsem zažil největší a nejhorší abstíně).

8. Jak dlouho jste drogy užíval?

20 let.

9. Mohl byste v krátkosti přiblížit Váš každodenní den na droze?

Z počátku užívání vše relativně funguje, s ničím nebyl problém. Co se týče léků, tak ty jsem bral později už i v práci (nedokázal jsem se ovládnout, bral jsem mnohé hrsti denně). Výsledky v práci byly, dá se říci, furt stejné. Léky mě spíše házely do klidu. Až po návratu z léčby ve Šternberku (léčba nikoli kvůli závislosti, ale čistě kvůli depresím), jsem přestal vidět význam mé práce a víceméně jsem na ni začal kašlat. V roce 2015 ustupovala závislost na alkoholu, ale zhoršovala se závislost na marihuaně (cca 10 – 15 jointů). To vedlo k navracení depresí ještě ve větší míře, než před léčbou. Nedokázal jsem vycházet z domu, vrátil jsem se k alkoholu a celé dny doma jen popíjel a kouřil. Neřešil jsem jídlo, s nikým jsem nekomunikoval, telefonáty, dopisy, zvonění – vše mi bylo jedno. Po pár měsících došlo až k pokusu o sebevraždu díky lékům. Po pokuse mi kamarád (závislý na drogách) domluvil léčbu v Bohnicích, kde jsem byl hospitalizován 3 měsíce. Tyhle 3 měsíce byly nejlepší v mém životě. V Bohnicích jsem si uvědomil mnoho věcí, pomohli mi tam se zbavit veškeré závislosti (žádné léky, žádný alkohol).

10. Navštěvoval jste nějaké organizace pomáhající drogově závislým osobám, pokud ano, jaký typ léčby jste absolvoval?

Hospitalizace na protialkoholním a protidrogovým oddělení v Bohnicích, kde jsem se cítil velmi dobře. Nikdy jsem se nestyděl tam cokoli přiznat, nic mě tam nesvazovalo. V současné době ambulantně navštěvuji psychoterapie.

11. Kdy jste si poprvé uvědomil, že je potřeba s drogou přestat?

Poprvé jsem s pitím přestal sám (cca na 5 let), ale v tu dobu se zhoršovala závislost na marihuaně. Po druhé (a naposledy) jsem se rozhodl přestat po neúspěšném pokusu o sebevraždu.

12. Jak a co Vám pomohlo s drogou skončit?

Podmínka chtít, „nechtít život žít, jako do teď“. Dále zdravotní problémy (špatný spánek, nevolnosti, špatné psychické i fyzické stavy). Léčba v Bohnicích, kde jsem absolvoval jak individuální, tak skupinové terapie. Velkou motivací bylo zjištění, že terapeuti na pavilonu pro léčbu závislostí jsou vyléčení narkomani (např. pan Pavel Gregor, v minulosti největší vaříč pervitinu v Praze, podle něhož byl natočen film Piko). Dále jsem v Bohnicích podstoupil hypnózu (3 týdny před koncem léčby), kde byla důležitá dohoda mezi mnou a terapeutem, co vlastně do mého podvědomí vložit, pro mě jasná volba - nezávislost.

13. Jaké bylo zapojení se zpět do běžného života (práce, partnerské vztahy, rodinné vztahy, přátelé, bydlení, zbavení se dluhů)?

Po Bohnicích jsem byl rok ještě bez práce, byl jsem doma a věnoval se sám sobě. Pravidelně jsem dojížděl na skupinové terapie do Bohnic. Po roce jsem si našel práci, úplně mimo obor té předchozí. V době závislosti jsem se s rodiči nestýkal, ale hned po léčbě jsme si všechno vyříkali a naše vztahy jsou nyní mnohem lepší. V době po propuštění ze Šternberka se objevily problémy v práci ve smyslu neakceptovatelnosti mé osoby od jedné kolegyně, která se vyjádřila slovy „s bláznem pracovat nebudu“. V práci jsem ale brzy skončil, tak jsem tuto situaci nijak neřešil. Po propuštění z Bohnic jsem se svou minulostí nikdy netajil a dosud jsem se nesetkal s negativními reakcemi.

14. Objevily se u Vás při abstinenci myšlenky opět užít drogu?

Objevily se pouze 2 suché recidivy (sen o alkoholu), jinak u mě převládají negativní motivace (špatné fyzické i psychické stavy v době závislosti, při myšlence na alkohol se mi zvedá žaludek). Chuť není vůbec.

15. Jak dlouho drogy k životu nepotřebujete?

2 roky.

16. Dá se říci, že jste něčím nahradil účinky drogy (sport, kultura, náboženství)?

Změna myšlení. Vykonávat jakoukoli jinou činnost. Pracovat s povědomím, jak jakýkoli špatný stav zvládnout jinak než pomocí drogy. Dále studium adiktologie, které mě naplňuje.

Příloha 10: Rozhovor č. 10

1. Objevovaly se závislosti ve Vaší rodině? Pokud ano, jaké a u koho?

Neobjevovaly.

2. Nastávaly ve Vaší rodině nějaké výraznější problémy v dětství?

Rodiče byli (a jsou) podnikatelé, tudíž byli časově vytížení. Snažili se mi sice dát maximum, ale i tak to bylo myslím málo. Pamatuju si hodně fyzických trestů z dětství, žádné pochvaly a ani žádné pohádky před spaním, když jsem byla malá.

3. V kolika letech jste poprvé sáhla po droze a jak se užívání stupňovalo?

Poprvé jsem kouřila marihuanu cca v 14 letech. Další drogu bylo MDMA neboli extáze, tu jsem měla v 16 ti letech. Zprvu jsem ji užívala příležitostně, potom každý den. Užívat MDMA každý den má svoje nevýhody. Po užití MDMA má člověk velké zornice a to i na denním světle. Extáze také způsobuje křeče celého těla a člověk se musí neustále hýbat, má tendenci žvýkat nebo si kousat vnitřky úst. Další nevýhodou je asi nejhorší dojezd, alespoň pro mě, a také velké riziko předávkování při užívání extáze formou tabletek. Důvodem je příliš dlouhá doba nástupu účinku, někdy až 20 minut (odvíjí se to od kvality tabletky a také od toho, co člověk před užitím jedl). Proto jsem od extáze přešla na kokain a později na pervitin. Denně jsem užívala zhruba od třetího ročníku na střední škole, tedy od 17-ti let.

4. Jaké důvody jste měla k užívání drogy?

Bylo jich několik. Rozeberu je postupně.

- *Potřeba odlišit se - nikdy jsem nebyla ráda jedna z davu. Na droze (jakékoliv) jsem se cítila odlišná, ve vlastním vesmíru a dávalo mi to pocit jedinečnosti.*
- *Utéct sama před sebou - s prvním přítelem (zmíněným v otázce 5) byl rozchod hodně stresující. Několik měsíců jsem brala antidepresiva. Byli jsme spolu dva roky a ani další tři roky po rozchodu jsem ho nepřestala milovat. Ničilo mě to a chtěla jsem utéct sama před sebou.*
- *Zaplnění díry v sobě - po těžkém rozchodu jsem v sobě měla díru, kterou jsem chtěla něčím (asi čímkoliv) zaplnit. Měla jsem permanentně zlomené srdce*

a s bývalým přítelem se kamarádila v domnění, že se k sobě vrátíme (ale on mě jen prostě využíval).

- *Touha na sebe upozornit - nikdy v životě jsem neměla od rodičů takovou pozornost, jakou bych chtěla. Klidně jsem domů přišla ve stavu, kdy mi nebyly vidět duhovky, a do schodů v domě jsem lezla po čtyřech, přesto nikdo nic neřekl. Na jednu stranu jsem byla hrozně ráda, že si nikdo ničeho nevšiml, ale na druhou mě to ranilo. Přišla jsem v hrozném stavu a reakce ze strany rodičů nebyla žádná. Možná si ničeho nevšimli, možná to vidět nechtěli, výsledek je pro mě stejný.*

5. Jak jste si opatřila svou první drogu?

Tehdejší přítel měl kontakty a na festivalu jsme si od dealerky koupili MDMA.

6. Jaká byla Vaše první užitá droga a jaký byl způsob jejího užití?

První, asi jako u většiny lidí, marihuana ve formě jointu. Pervitin jsem užívala formou šňupání.

7. Jaké další drogy jste užívala?

Primárně jsem užívala pervitin, který jsem zpočátku šňupala, ale časem přešla k nitrožilnímu užívání (jediný způsob, který jsem vždy zavrhovala, byl pervitin kouřit). K tomu jsem užívala marihuanu či MDMA. Zkusila jsem ale také kokain, LSD, GHB, heroin, hašiš, crack, speed a hodně dalšího.

8. Jak dlouho jste drogy užívala?

Celkem 6 let.

9. Mohla byste v krátkosti přiblížit Váš každodenní den na droze?

Jednotlivé dny se lišily, týdny nikoliv. Proto popíšu týden.

- *Neděle večer – jít spát.*
- *Pondělí večer – probudit se, najíst se, provést důkladně osobní hygienu.*
- *Úterý – uklidit byt, domlouvat víkend.*
- *Středa – sehnat drogu, večer návštěva baru a užití drogy.*

- *Čtvrtek – „afterparty“ v bytě, večer opět bar užití.*
- *Pátek – dopoledne/odpoledne sehnat všechny spoluúčastníky, večer přesun do menšího města za lokálními djs, návštěva tanečního klubu. Užití drogy ve velké míře.*
- *Sobota – afterparty v menším městě, přesun do Studia 54 v Praze, afterparty na bytě, návštěva Retra nebo Duplexu v Praze. Užití drogy ve velké míře.*
- *Neděle – rozloučení se všemi, uklidit byt, dokud jsem pod vlivem a večer jít spát. Můj spací režim byl takový, že jsem každý týden nespala od čtvrtka, někdy i od středy do neděle. Každý týden jsem proto prospala celé pondělí, někdy i úterý a deficit jsem nikdy nedohnala. Co se týče jídla – když jsem byla pod vlivem, tak jsem nejedla. V praxi to znamenalo, že ze sedmi dní v týdnu jsem nejedla třeba tři nebo čtyři. Zbytek dní jsem se přejídala k prasknutí KFC, kebabem, chipsy atd. Stejně jsem ale stále hubla.*

10. Navštěvovala jste nějaké organizace pomáhající drogově závislým osobám, pokud ano, jaký typ léčby jste absolvovala?

Ne, nikdy.

11. Kdy jste si poprvé uvědomil, že je potřeba s drogou přestat?

Ve chvíli, kdy jsem brala drogy, abych brala drogy. Stav, kdy jsem byla sjetá, pro mě byl normálem. Droga mi už nepřinášela žádné další uspokojení. Když jsem začínala brát, zařekla jsem se, že přestanu, až mi bude droga víc brát než dávat. A dodržela jsem to. Další věc, která mě ke konci vyděsila, byly rozdílné příznaky, jaké jsem cítila fyzicky a jak jsem účinky drogy vnímala subjektivně. Ke konci se mi stávalo, že moje tělo vykazovalo typické příznaky těžkého předávkování, ale já jako osoba jsem se subjektivně cítila v pohodě.

12. Jak a co Vám pomohlo s drogou skončit?

Stavy, které jsou popsány již v otázce č. 11. Každý týden byl stejný, žila jsem od klubu ke klubu. Jednoho dne jsem si uvědomila, že přežívám. Už mě droga netěšila. Tak jsem počkala, než ze mě vyprchá a dál už jsem si další nedala.

13. Jaké bylo zapojení se zpět do běžného života (práce, partnerské vztahy, rodinné vztahy, přátelé, bydlení, zbavení se dluhů)?

Dluhy jsem nikdy neměla. Nikdy jsem nekradla. Nikdy jsem nedělala prostituci. Po tom, co jsem přestala, jsem se za 3 měsíce rozešla s přítelem. Byl na mě absolutně závislý, ale financoval naše drogy a bydlela jsem u něj, proto jsem jeho výstřelky tolerovala. Ke konci vztahu hodně pil, když nebral drogy, aby se na chvíli odpoutal od reality. Já jsem bez drog byla dost nepříjemná a čistě jsem ho zneužívala. Po rozchodu mě začal sledovat, psát mi stovky zpráv a vyhrožovat mi. Málem to skončilo na policii. Vztah k rodičům nebyl v době závislosti a bydlení u nich moc dobrý. Snažili se semnou sice normálně komunikovat, ale ve chvíli, kdy jsem byla sjetá, jsem nejevila žádný zájem, anebo se bavila nuceně. Po odstěhování jsme si občas zavolali, ale z mé strany víceméně zase z donucení. Po rozchodu s přítelem jsem se nastěhovala zpět k rodičům, kteří vlastně o mé závislosti oficiálně nikdy nevěděli, nebo možná vědět nechtěli. Nyní mám s rodiči skvělý vztah. Chtěla jsem dohnat ty ztracené roky a povedlo se. Jelikož nyní studuji i pracuji, nejsem doma tolik času, jako dříve a nelezeme si tím pádem tolik na nervy, jako dřív.

14. Objevily se u Vás při abstinenci myšlenky opět užít drogu?

Ano, v prvním půl roku každý den. Nyní si na drogu vzpomenu jen tedy, když jsem ve stresu, nebo mám chuť prostě vypnout.

15. Jak dlouho drogy k životu nepotřebujete?

Nikdy jsem ji k životu nepotřebovala, ale chtěla jsem jí. Na pervitinu nevzniká fyzická závislost. Vždy jsem byla alergická na slova „potřebuju dávku“. Ne, nikdo jí nikdy nepotřebuje. Potřebujeme jídlo, spánek. Drogu jen a jen chceme. Nyní je to ale rok a půl, co již drogy neužívám.

16. Dá se říci, že jste něčím nahradila účinky drogy (sport, kultura, náboženství)?

V prvním roce po vysazení jsem stále přežívala. Ničím se nedají nahradit opojné účinky drog. Ba naopak, prvních několik měsíců z toho pro mě neplynuly žádné výhody. Přibrala jsem asi 15 kilo, které dodneška shazuju. Neměla jsem žádné přátele ani známé. Ti, co nebraly, už se se mnou dávno nebavili, kvůli předchozí závislosti.

Když jsem přestala, tak ti, co brali, už si se mnou neměli co říct. Více méně další rok jsem přežívala, protože jsem si odvykla na nudný život. Nijak extrémně se na mě drogy nepodepsaly. Jediné, čeho si občas všimnu je, že mám horší soustředění, horší krátkodobou paměť a je mi neustále zima. Něco s drogami souvisí, něco ne, těžko říct.