

Univerzita Karlova
Husitská teologická fakulta

Drogová problematika u klientů s diagnostikovanou schizofrenií
Drug issue of clients with schizophrenia diagnose

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

prof. PhDr. Beáta Krahulcová, CSc

Autor:

Kristýna Vlachová

Praha 2019

Poděkování

Děkuji vedoucí mé bakalářské práce prof. PhDr. Beátě Krahulcové, CSc. nejen za odborné vedení, ale i za ochotu pomoci a vstřícné jednání. Ráda bych také poděkovala organizacím, které mi poskytly pomoc s výběrem respondentů. Děkuji i klientům a klientkám těchto organizací za poskytnutí rozhovorů do mé bakalářské práce. Děkuji své rodině za podporu v době studia.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou bakalářskou práci „Drogová problematika u klientů s diagnostikovanou schizofrenií“ vypracovala samostatně. Dále prohlašuji, že všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány a že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 9. 5. 2019

Kristýna Vlachová

Anotace

Bakalářská práce se bude zabývat problematikou drogově závislých s diagnostikovanou schizofrenií. Cílem empirického šetření bude zjistit, jaký měla návyková látka pozitivní vliv na sociální fungování uživatele. Obsahem práce bude definičně vymezit danou problematiku - popis a druhy schizofrenie, její projevy, dopad nemoci na rodinu a širší okolí. Práce je rozdělena do dvou celků, teoretické části a části výzkumného šetření, ve kterém se snažím zmapovat, jak různě pozitivně ovlivňuje užívání omamných a psychotropních látek sociální fungování u lidí s diagnostikovanou schizofrenií. Teoretická část vychází z charakteristiky schizofrenie, definuje institucionální péči. V části výzkumného šetření je popsán cíl výzkumného řešení, zdůvodněn výběr kvalitativní výzkumné strategie a techniky rozhovoru, a interpretovány získané údaje.

Klíčová slova: Schizofrenie, návykové látky, terapie

Abstract

The thesis looks at the problem of the drug addicted with schizophrenia and at the role of addictive substances on positive social behavior of the user. In order to answer this question there is used empirical evidence. The thesis define research area within description of schizophrenia types and its impact on family and other connected areas. The thesis is divided into two parts. The first is theoretical, and the second focuses on the empirical research. The empirical part deals with positive influence of drugs on social behavior in the case of people with schizophrenia. The theoretical part describe institutional care in the field of schizophrenia. Empirical part covers selection of a qualitative research strategy and interview techniques as well. At the end thesis summarize obtained data.

Key words: Schizophrenia, Addictive substances, Therapy

Obsah

Úvod.....	1
1. Historie a současnost návykových látek	2
1.1. Návykové látky v České republice	2
1.2. Současná situace v České republice.....	2
2. Zneužívání návykových látek	4
2.1. Drogy neboli omamné, psychoaktivní či psychotropní látky	4
2.2. Rozdělení drog- nelegální drogy.....	4
3. Závislost.....	7
3.1. Závislost na opioidech	7
3.2. Závislost na cannabinoidech.....	8
3.3. Závislost na halucinogenech.....	10
3.3.1. LSD.....	10
3.4. Léky se stimulačním účinkem	12
3.5. Alkohol	12
4. Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek	14
5. Schizofrenie	15
5.1. Paranoidní schizofrenie.....	15
5.2. Hebefrenní schizofrenie	16
5.3. Katatonní schizofrenie	16
5.3. Simplexní schizofrenie	16
5.4. Reziduální schizofrenie.....	16
5.5. Schizofrenie a užívání drog	17
6. Sociální fungování.....	18
Metodologická část	19
7. Charakteristika výzkumu.....	19
7.1 Cíl výzkumu.....	19
7.2 Výzkumná otázka.....	19
7.3 Metoda výzkumu.....	19
7.4 Metoda analýzy dat.....	20
7.5 Etické aspekty výzkumu.....	20
7.6. Výběr respondentů.....	20

7.7. Struktura rozhovorů.....	20
8. Rozhovory s respondenty.....	24
8.1 Rozhovor č. 1.....	24
8.2 Rozhovor č. 2.....	28
8.3 Rozhovor č. 3.....	31
8.4 Rozhovor č. 4.....	34
8.5 Rozhovor č. 5.....	36
9. Závěr výzkumného šetření a zodpovězení hlavní výzkumné otázky.....	39
Závěr.....	41
Použitá literatura	

Seznam zkratek

CNS - Cévní nervový systém

HIV - Human Immunodeficiency Virus

LSD - Diethylamid kyseliny lysergové

MDMA - Metylendioxymetamfetamin

THC - Tetrahydrokanabinol

Úvod

Společenská pravidla nebo společenské normy jsou nezbytnou součástí života člověka a celé společnosti. To, co je u jedné skupiny obyvatel považováno za normální, může být jinou skupinou považováno za deviantní a abnormální jev. V minulosti i v současné době je postoj k drogově závislým negativní. Společnost odsuzuje lidi, kteří se neřídí společenskými konvencemi (dále jen K.s.), jsou závislí na omamné látce, či žijí způsobem pro majoritní společnost nepřijatelným. Společenskými konvencemi rozumíme dohodnutá a ustálená pravidla, jejichž původním účelem je usnadnění a zpříjemnění styku mezi lidmi v intencích dané morálky, všeobecně zastávaných hodnotových preferencí. K.s. mají původ ve stavovské resp. tradiční společnosti, kde byly zřejmě vnějším projevem integrovaného morálního a estetického citění a identifikace jednotlivce s určitým místem ve společnosti, vymezeným vůči jiným lidem. V moderní společnosti mnohé K.s. ztratily svoji hlubší opodstatněnost, ale zachovaly si svoji úlohu indikátoru příslušnosti k určité společenské vrstvě, vzdělanostní kategorii apod., a zčásti (zejména v některých sociálních skupinách s dlouhodobou tradicí) plní stále zmíněnou úlohu usnadnění a zpříjemnění společenského styku. Omamné látky ovlivňují životy mnoha lidem, kteří k omamné látce přišli náhodně či začali drogu užívat kvůli své životní situaci. Jedná se zejména o situace, kdy člověk ztratí víru v sebe = bojí se, že nedokáže přijmout starosti a zodpovědnost ve svém životě, a proto hledá útěchu v návykových látkách, které mu dočasně pomohou zvládnout obtížnou životní situaci. Z materiálů získaných od poskytovatelů sociálních služeb zabývajících se problematikou drogové závislosti je i nezanedbatelné procento klientů s duševním onemocněním, tzn. trpících duální diagnózou.

K výběru tématu bakalářské práce mě motivoval životní příběh mého příbuzného, kterému bylo specialistou diagnostikováno duševní onemocnění. Zpráva o onemocnění s ním hluboce otřásla, neboť se jedná o nemoc, ke které získal dispozice po svém otci. Vzniklou situaci začal řešit požíváním drog. V tomto případě se jednalo o kombinaci marihuany, alkoholu a cigaret. Pro dokreslení celého životního příběhu jsem ho požádala o rozhovor, který je zaznamenán pod iniciálami M. M. K získání informací k praktické části bakalářské práce jsem oslovila dvě neziskové organizace působící na území Prahy a Středočeského kraje. Pro svou specifickou cílovou skupinu jsou tyto dvě organizace zahrnuté v Krajské síti sociálních služeb v Praze. Praktickou část bakalářské práce jsem vypracovala z rozhovorů, se kterými mi pomohly dvě nestátní neziskové organizace. (Zdeněk R. Nešpor, *Sociologická encyklopedie*)

1. Historie a současnost návykových látek

Slovo droga pochází ze slova *durana*, které je arabského původu. Výraz tohoto slova znamená označuje léčivo. Toto slovo původně bylo názvem pro surovinu, která se používala na výrobu léků.

V moderním slova smyslu se o zneužívání drog, tedy ve spojení s vytvořením závislosti poprvé hovořilo na počátku 19. století, kdy se v Číně začala převážně zneužívat opiová šťáva. Kvůli vysoké poptávce po opiové šťávě musela Čína opium dovážet z Indie pomocí Východoindické společnosti. Po zakázání dovozu opia čínským císařem se opium začalo do Číny pašovat. Čína se v 19. století stala největším uživatelem opia. Díky kontaktům s Čínou a Indií, se dostalo opium i do Evropy a to konkrétně do Velké Británie, která se tak stala první zemí v Evropě, ve které se opium začalo užívat. Opium bylo běžně prodáváno v lékárnách a bylo levnější než alkohol. Zvyk užívat opium se rychle šířil mezi dělníky v přístavech. Takto se opium dostalo do Francie a na počátku 20. století zde bylo několik tisíc kuřáků opia. V současnosti má stejný význam ve farmacii. (Mahdalíčková 2014)

1.1. Návykové látky v České republice

V českých zemích byly účinky drog a drogy samotné známy už v dobách Rakouska-Uherska. Drogy byly zneužívány zejména ve vyšších společenských vrstvách v období první republiky. Jednalo se především o kokain a morfin. Po skončení druhé světové války se poptávka po drogách zmenšila. V sedmdesátých letech 20. století se na našem území začal vyrábět a šířit pervitin, který je považovaný jako český vynález. Ke zlobu došlo po roce 1990, kdy se překonala spotřeba drog, a to v první polovině devadesátých let. Avšak nejmasovější drogou mezi českou mládeží zůstává marihuana a hašiš. (Mahdalíčková 2014)

1.2. Současná situace v České republice

Drogová scéna je v České republice velice rozvinutá. Jsme tranzitní zemí pro dodávky heroinu z Blízkého východu a z Dálného východu, kokainu z Latinské Ameriky a kanabinoidů, které jsou převážně z Afriky. Mahdalíčková uvádí, že jsme cílovou zemí pro

všechny druhy omamných a psychotropních látek. Ve své knize *Víme o drogách všechno* píše o tom, že jsme zapojeni do přepravy, ale i výroby nelegálních drog. Jedná se především o marihuanu a pervitin. Nejsme však zapojeni jen do přepravy a výroby drog, ale figurujeme i v obchodu s prekurzory (=chemická látka, která se používá k výrobě návykových látek) a v praní špinavých peněz, které pochází z nelegálního obchodu s drogami. Činnost, která je páchaná organizovanými skupinami je různorodá, ale je nejčastěji zaměřena na oblasti drog, kde je zajištěn zdroj zisku. O České republice se v poslední době začalo mluvit jako o „drogovém ráji“. Podle Mahdalíčkové se dá říct, že jsme se stali nástupnickým státem Holandska. Česká republika se stala vývozcem pervitinu a marihuany do okolních zemí. V České republice se vyrobí přibližně 6 tun pervitinu ročně. Hlavními konzumenty pervitinu jsou Češi, avšak pervitin se šíří z České republiky do různých míst v Evropě. Převážně se šíří na Slovensko, do Bavorska a Saska, které leží u hranic České republiky. Trestní činnost je na našem území činností jak specializovaných nadnárodních zločineckých organizací, které jsou spojeny s nelegálním obchodem drog, ale roli zde hrají také občané České republiky a cizinci s pobytem na území našeho státu.

Mahdalíčková se ve své knize zmiňuje o ovlivňování mládeže pomocí reklam, které ovlivňují uvažování a jednání lidí. Samoučelné kampaně vyjadřují zájem toho, kdo je platí nebo organizuje. V drogové problematice však lze fungování reklamy využít i pozitivně, a to především k ovlivnění chování mládeže a pomoci vytvářet negativní postoj vůči návykovým látkám. (Mahdalíčková 2014)

2. Zneužívání psychoaktivních látek

Užívání psychoaktivních látek a závislost na těchto látkách představuje zátěž pro jedince, ale i pro společnost. Celosvětově platí, že při zneužívání psychoaktivní látky vede k propuknutí nemoci. K této problematice vede široké spektrum sociálních problémů, zdravotních problémů, a dokonce i dobrovolná kriminalita. V současné době se v různých zemích hledá nejefektivnější prostředek, jak se vypořádat s touto problematikou.

2.1. Drogy neboli omamné, psychoaktivní či psychotropní látky

Po užití drogy se mění způsob, jakým interpretujeme, vnímáme a emočně prožíváme svět, který je kolem nás. Jednou z důležitých a známých vlastností látek, kterým se říká drogy, je také schopnost vyvolat návyk a závislost. Podkladem jsou změny nervového systému. Některé změny jsou dočasné a některé trvalé, záleží na tom, zda se přeruší užívání. Pokud jsou následky trvalé, znamená to, že po vysazení se neupraví, nebo se upraví jen částečně. Tyto změny poté vysvětlují příznaky závislosti jako onemocnění neboli ztrátu kontroly nad užíváním. (MUDr. Jakub Minařík, *O drogách obecně*)

2.2. Rozdělení drog - nelegální drogy

Cannabinoidy

Tvoří zvláštní skupinu, dříve řazeny k halucinogenům, účinná látka (THC). Obsažen je s dalšími cannabinoidy v konopí setém. Aplikuje se kouřením usušených rostlin (marihuana) nebo koncentrované formy (hašiš, čaras). Drogu lze také užívat perorálně, přidává se do pokrmů a nápojů, kde je vázána na tuky. Účinky této drogy jsou euforie, někdy záchvaty nezvladatelného smíchu, rozvolněné myšlení, zkreslený pojem o času (několik minut může připadat jako hodiny, nebo naopak řidčeji čas ubíhá rychle), poruchy paměti, zhoršená koordinace, zahleděnost do sebe nebo naopak extrovertní projevy, pro jedince jinak netypické. Často může po počáteční euforii přijít masivní úzkost doprovázená paranoidními představami. Někdy, zejména po větším množství halucinace a bludy. Somaticky: vlčí hlad, nástřík spojivek, tachykardie, suchost sliznic. (Furst 1996)

Halucinogeny

Řadu uživatelů vykazuje také skupina halucinogenů: LSD (kyselina, acid), Trip (směs halucinogenů s obsahem LSD), Extáze (MDMA) a přírodní látky obsažené v některých houbách, rostlinách a kaktusech- mescalín, psilocybin, psilocin. Užívají se v podobě papírových čtverečků napuštěných drogou (LSD, trip), v podobě odvarů či nálevů z přírodních drog (houbičky, durman, kaktusy), případně jako tablety či kapsle (extáze). Halucinogeny vyvolávají poruchy vnímání různých smyslů, halucinace (tj. vnímání neexistujících podmětů či věcí), často děsivé; mění se prožívání skutečnosti, typické jsou změny nálady. (Polanecký a kol. autorů 1998)

Drogy se stimulačním účinkem

Psychostimulancia jsou skupinou látek se silným budivým efektem na CNS a celý organismus. Nejznámější stimulans - kofein - je obsažen v kávě a čaji. Nelegální psychostimulancia jsou zastoupena amfetaminy, u nás hlavně pervitinem (metamfetamin). Méně často se jako stimulans objevuje kokain nebo z něj vyráběný crack. Některé látky skupiny mají efekt různě modifikovaný. Například MDMA (extáze) je typická taneční droga, která má v menších dávkách především entaktogenní efekt (tj. vyvolávající potřebu tělesného dotyku), ve vyšších dávkách funguje jako psychostimulans. Mechanismus působení spočívá v ovlivnění spojů mezi nervovými buňkami, přenosu informace z jednoho neuronu na druhý. Psychostimulancia zvyšují koncentraci mediátoru 1 ve štěrbině mezi neurony. Mechanismy, které zvyšují koncentraci ve štěrbině, jsou různé a specifické pro každou z látek. Opakované užití aktivuje adaptační mechanismy, které jsou podkladem rozvoje tolerance a závislosti. Látky této skupiny zvyšují bdělost, urychlují myšlení, zvyšují nabídku asociací a výbavnost paměti. Zkracují spánek a zahánějí únavu, vyvolávají euforii a velmi příjemný pocit duševní i tělesné síly a energie. Celková stimulace organismu je doprovázena fylogeneticky starou fyziologickou reakcí, která má za úkol jedince chránit před nebezpečím – stoupá krevní tlak a tepová frekvence, mění se distribuce krve z vnitřních orgánů ve prospěch kosterního svalstva a stoupá svalové napětí, dýchací cesty se rozšiřují a prohlubuje se dech a rozšíří zornice. Psychostimulancia také snižují chuť k jídlu, typickým doprovodným jevem jejich užívání je zhubnutí. (Sananim z.u.- Stimulační drogy)

Opiáty

K nebezpečným drogám patří také opiáty: braun (béčko - směs derivátů kodeinu), heroin (háčko, herák), kodein (káčko), morfin či jiné opiáty (Dialan apod.). Nyní se častěji vyskytuje i zneužívání methadonu, který je ve vybraných případech používán v substitučním programu.

Heroin mívá podobu bílého až hnědého prášku, braun je hnědá tekutina, ostatní opiáty jsou v tabletách či v ampulích léků obsahujících opiáty. Užívají se kouřením, šňupáním nebo injekcemi - většinou do žíly. Vyvolávají celkový tělesný a duševní útlum, zneklidnění, uvolnění tlumí bolest. Projevem jejich požití je stav omámení, porušená koordinace, zpomalené reakce, zúžení zornic. Při chronickém užívání bývá výtok z nosu, jsou patrné stopy po vpichu injekcí, často hnisající, dále je patrná pohublost a bledost. U uživatelů nacházíme jehly, stříkačky, opálené lžičky. Rizikem těchto drog je předávkování a smrt při zvyšujících se dávkách či neznalosti kvality drogy, fyzická a psychická závislost s těžkými abstinenčními příznaky, které nastupují již krátce po odeznění účinku dávky. Typická je ztráta zájmů, uživatelé se soustředí na získání další drogy, uchylují se ke kriminalitě, krádežím a prostituci, jsou agresivní. Muži mají poruchy potence, ženy výpadky menstruace. Častou komplikací je žloutenka a ve světě HIV/AIDS přenášené užíváním kontaminovaných jehel a stříkaček. (Polanecká a kol. autorů 1998)

3. Závislost

V současné době selhávají rodinné vazby, proto hledají mladí lidé a děti vzory, se kterými se mohou identifikovat, ve vnějším světě. Přirozený vývoj pod dohledem rodiny je nahrazován uměle vytvořenými vazbami, které narušují dosavadní pravidla, ale nenabízejí za ně žádnou fungující a životaschopnou alternativu pro uspokojování potřeby bezpečí a sounáležitosti, a tím se vytvoří podmínky pro vznik závislosti. V počátcích se škodlivé působení drogy neprojevuje buď vůbec, nebo je velmi mírně, a pozitivní prožitky jednoznačně převažují. Návykové látky jsou převážně užívány kvůli tomu, že člověku pomáhají uspokojit své potřeby, protože z různých důvodů není schopen učinit to jinak. Může se jednat zejména o způsob jak si ulevit od fyzické či psychické bolesti, nebo o útěk od tíživé reality. Může se jednat i o způsob, jak uspokojit potřebu radosti. Vztah s vrstevníky se postupem času mění se změnou sociální pozice, přesto dokáží navazovat kontakty s odlišnými názorovými skupinami. Svě jednání zvládá přizpůsobovat situaci, ve které se nachází a chová se přiměřeně.

Z historie víme, že užívání drog je pro člověka i jiné živočišné druhy obvyklé. Užívání drog provází člověka od nepaměti. Je pravděpodobnější, že užívání drog najdeme v historii převážně v kontextu s náboženskými rituály. To je relativně bezpečné ve smyslu vzniku závislostí ve srovnání se současnou situací, kdy jsou drogy konzumovány ve velkých množstvích bez odpovídající integrace zkušenosti do života člověka.

3.1. Závislost na opioidech

Opioidy (neboli opiáty) jsou sloučeniny extrahované z máku setého (*Papaver somniferum*) a jejich deriváty. Ke zneužívaným látkám této skupiny drog patří opium a morfin, ale také jejich deriváty jako heroin, braun, ale i pethidin a metadon. Tyto uvedené látky vyvolávají velice rychlou a silnou závislost, a to jak psychickou, tak biologickou. Opioidy ovlivňují organismus prostřednictvím opioidních receptorů. Jak víme, opioidy se používají v lékařství jako nejsilnější lék proti bolesti, nebo jako léky proti kašli. Opiáty jsou podskupinou opioidů, která má chemickou strukturu blízkou morfinu. Opiáty vyvolávají pocity a stav uvolnění, ale první zkušenost s opiáty může být doprovázená zvracením a neurózou.

Léčba závislosti na opioidech - především heroinu - je dobře propracována a má dlouhou tradici. Základem je tzv. substituční léčba. Co je vlastně substituční léčba? Je to

způsob léčby, kdy je užívání původní drogy nahrazeno lékařsky předepsaným užíváním látky s podobnými účinky a vlastnostmi, ale s výrazně menšími riziky (např. užívání heroínu je nahrazeno užíváním metadonu). Cíle substituce je eliminovat užívání určité, ale především ilegální drogy. Látky využívané k substituční léčbě se váží na opioidní receptory v mozku a vytěsňují z nich samotné opiáty. (Fischer; Škoda 2014)

3.2. Závislost na cannabinoidech

Hlavní psychotropní složkou konopí (*Cannabis sativa*) je látka delta-9-tetrahydrokanibol neboli THC a patří mezi látky s halucinogenním účinkem. Cigareta marihuany neboli „joint“ o hmotnosti mezi 0,5- 1,5 g obsahuje asi 5-30 mg THC v 1 g. K vyvolání typických účinků postačuje množství 3,3 mg THC. Z konopné rostliny se získává marihuana a hašiš, které se staly nejužívanější drogou na světě. Efekt nastupuje po 15-30 minutách po intoxikaci a trvá 2 – 6 hodin. Pokud je marihuana užívaná kouřením, její efekt odezní cca do 3 hodin. Uživatel cannaboidů má ve svém těle stopu po další 3 dny (= po vykouření jednoho jointu). U uživatelů, kteří marihuanu kouří pravidelně, a dalo by se říct, že už jsou „těžcí kuřáci“, se látka v těle drží ještě 6 týdnů po poslední intoxikaci. Konopí se liší od ostatních drog tím, že ho test odhalí i řadově týdny po použití, zatím co stopy po ostatních drogách v něm zůstanou maximálně 3 dny. Riziko závislosti na cannabinoidech je nižší než u drog, jako jsou speed a kokain. THC se váže na různá místa, což vysvětluje některé z typických účinků konopí. Někteří lidé nepokládají užívání marihuany za škodlivé, užívání je pokládáno za méně nebezpečné než užívání alkoholu.

Aplikace	Dávka	První příznaky	Vrchol intoxikace	Trvání účinku
Kouření	15-20 mg	5-15 minut	Do 30 minut	3 hodiny
Použití	30-40 mg	30 minut	Po 1-5 hodinách	6 hodin

Marihuana je často přidávána do pečiva, cukroví a nápojů. Přesto je nejčastější způsob užívání s tabákem nebo vodnice či dýmka. Tyto způsoby jsou nejškodlivější, protože se do plic dostává nejvíce škodlivých látek, THC se v tomto případě uvolňuje hořením. (Fischer; Škoda 2014)

Účinky cannabinoidů

Účinek cannabinoidů probíhá v několika fázích. Mezi počáteční účinky či symptomy patří úzkost a sevřenost. Ve druhé fázi nastávají pocity blaženosti a euforie, doprovázené neutišitelným smíchem. Ve všech fázích pak dochází k porušení kontaktu s realitou. Uživatel marihuany má problém s vnímáním času a dochází u něj k poruše krátkodobé paměti. Také se mohou vyskytnout panické akty s agresivním chováním. Dlouhodobé užívání cannabinoidů vede k charakteristickým změnám. Uživatelé se vyznačují typickou pomalostí, hloubavým se zabýváním detaily. Problémy s koordinací, zhoršení paměťových funkcí a pocit hladu patří mezi vedlejší účinky. (Mudr. Jakub Minařík, drogová poradna)

Mahdalíčková ve své knize uvádí několik nejzávažnějších a lékařsky doložených důsledků při dlouhodobém užívání marihuany:

- Poškození mechanické i logické paměti
- Poruchy smyslového vnímání (až stavy bezvědomí), porušení orientace v prostoru a času
- Poruchy motorických funkcí (nápadná neobratnost, např. při chůzi)
- Chronické záněty
- Poškození činnosti srdce, cév a jater
- Poškození dýchacích cest (vyšší riziko rakoviny než u tabáku)
- Gynekologické problémy (poruchy menstruace)
- Vypadávání vlasů
- Kožní problémy
- Zvýšené riziko komplikací při porodu, vyšší kojenecká úmrtnost, závažná poškození plodu
- Impotence u mladých mužů
- Citové otupění (projevy i vnímání)
- Pocit pronásledování
- Deprese, ztráta vůle k životu, sebevražedné myšlenky

3.3. Závislost na halucinogenech

Mezi halucinogeny se řadí převážně houby. Především se jedná o houby z rodu lysohlávek, např. lysohlávka kopinatá (*Psilocybe semilanceolata*) nebo lysohlávka česká (*Psilocybe bohemica*). Struktura jejich molekul je velice podobná chemickým látkám, které jsou přítomny v mozku, serotoninu. Halucinogeny se liší od ostatních drog tím, že jejich účinek má převážně sedativní nebo stimulační charakter. U hub nejde odhadnout obsah účinné látky, ta se v nich totiž liší podle toho, kde byly nasbírány. Kvůli nevědomosti ohledně obsahu látky se u uživatele může rozvinout toxická psychóza a ne jím očekávané ostřejší vnímání či příjemné prožitky. Uživatelé poté mohou pronásledovat jejich představy nebo věci, kterých se bojí. Lysohlávky ale mohou přinášet uživatelům i zdravotní problémy, působí totiž toxicky na játra a ledviny. Příznaky euforie, smích bez příčiny, zvýšená hovornost, snížené sebeovládání, u muchomůrky červené zvýšené vylučování slin a polospánek.

Účinky jsou velice podobné jako u LSD a přetrvávají i několik hodin. Další méně zneužívanou houbou je muchomůrka červená (*Amanita muscaria*), která se většinou připravuje máčením v mléce. Obsahuje jedy, které způsobují otravu (muskarin, muscinol a kyselinu ibotenovou). Tyto jedy způsobují otravu, která vypadá jako polospánek s barevnými vizemi a halucinacemi. Srdeční činnost se zpomaluje, klesá krevní tlak a zvyšuje se vylučování slin. (Miovský 1996; Furst 1996)

3.3.1. LSD

Když se řekne halucinogen, většině lidí se vybaví LSD. Tato látka dokáže ovlivnit duševní vnímání a prožívání člověka. Chemicky se jedná o diethylamid kyseliny lysergové. Tato látka byla poprvé syntetizována v roce 1938 v laboratořích firmy Sandoz. V roce 1943 se díky neopatrnosti při resyntéze Albert Hoffman intoxikoval a objevil tak její účinek. O popularizaci LSD se zasloužil Timothy Leary. LSD patří mezi agonisty S₂ receptorů (tj. látka, která aktivuje S₂ receptory), tzn. má psychické účinky- může vyvolat psychózu.

Pro intoxikaci dostačuje látka kolem 50 gama (0,000 05 gramu). Dávky, které jsou do 100 gama, vyvolávají většinou euforii, někdy úzkost. Uživatel vnímá realitu zkresleně, ale je schopen se v této situaci orientovat. Dávka do 250gama vyvolá značnou ztrátu kontaktu

s realitou, stav je podobný psychóze. Od 200 gama výše označujeme dávky jako dávky psychedelické. Uživatel má přerušeny kontakt s realitou. Uživatel má problém s orientací – dochází k její ztrátě v sobě samém i ve svém okolí. (Miovský 1996)

Intoxikace

Nástup intoxikace se většinou projeví pocity nevolnosti, závratěmi a někdy zvracením. Objevuje se slinotok, kuřáci mají tendenci kouřit. Somaticky se objevuje rozšíření zornic, stoupá krevní tlak a tep, stoupá teplota, pot. Psychické projevy jsou různé. Vědomí je zachováno, bývá porušena kontinuita prožívání. Je oslabena kontrola vůle a kritičnost, taktéž časová orientace. Pro intoxikaci je klíčový tzv. set a seting - tj. vnitřní stav intoxikovaného a zevní prostředí. Mění se prožívání emocí, většinou převládá euforie a hypomanické tempo, může také ale převládat panická hrůza a bezbřehá úzkost. Intoxikace bývá doprovázena poruchou pohybové koordinace, alternace vnímání je značná, hlavně zrakového a tělového. (Fúrst 1996)

Rizika

Rizika spojená s užíváním jsou poměrně značná. LSD nepatří mezi drogy vhodné k užití tzv. pro zábavu, pro svou razanci a předem nevypočitatelný efekt. Nezkoušeného uživatele může stav překvapit. Specifickým rizikem intoxikace LSD jsou tzv. flashbacky (záblesky paměti). Jedná se o návrat stavu prožitého při intoxikaci s určitým časovým odstupem. Flashbacky bývají často krátkodobé, několikaminutové či vteřinové, průběh však může být co do délky a intenzity shodný s intoxikací. Flashbacky se někdy objeví jednorázově, jindy přicházejí opakovaně.

Riziko závislosti je poměrně malé. Obyčejně nedochází ke ztrátě kontroly, jako je tomu například u závislosti alkoholu. Uživatelé se vztahují ke světu až s jistým „filozoficky moudrým“ náhledem, pro normální život však bývají často nepoužitelní. (Fúrst 1996)

Charakteristika látky:

1. Účinné dávky jsou již 0,000 05 gramu, jedná se tedy o látku mimořádně účinnou.
2. Svým primárním účinkem vyvolává psychotický stav.
3. Nepatří mezi tzv. rekreační drogy, intoxikace může mít vážné psychické následky.

4. Dlouhodobě i po jednorázovém užití drogy může dojít k návratu stavu prožitého při intoxikaci.
5. Jedná se o látku s potencionálně mutagenním účinkem.
6. Látka vyvolává závislost, při častém užívání dochází k osobnostním změnám.
(Miovský 1996)

3.4. Léky se stimulačním účinkem

Psychostimulační látky jsou látky s budivým účinkem. Užívají se k odstranění únavy a pro povzbuzení. Při vyšších dávkách způsobují silné vzrušení, nespavost a křeče, některé způsobují arytmiu srdce. Při zneužívání vzniká závislost. Mohou být příčinou těžkých duševních poruch. Do této skupiny patří amfetamin, pervitin, kokain, crack, MDMA (extáze).

Rizika spojená s užíváním stimulačních látek: Toxická psychóza se zpravidla rozvíjí v souvislosti s déletrvajícím užíváním, které je charakterizované relativně vysokou frekvencí - obvykle denní nebo obdenní - a užíváním dostatečně vysokých dávek. Psychická porucha se obvykle projevuje pocitem pronásledování a ohrožení, dalším častým obrazem je pocit hmyzích larev v podkoží. Svůj stav si zneuživatel poměrně dlouhou dobu uvědomuje, avšak postupně se toto povědomí vytrácí. Psychóza se prohlubuje, bludy nabírají na bizarnosti a on současně pozbývá schopnost korigovat vnímání světa svou dosavadní zkušeností. Psychóza je nebezpečná negativním vlivem na chování a psychické zdraví. Jedinec se může pod vlivem bludů dopustit násilného jednání vůči okolí nebo sám na sobě a po čase může dojít k přetrvávajícímu poškození psychiky. (Mahdalíčková 2014)

3.5. Alkohol

Alkohol je sloučenina získaná kvašením cukru. Chemická látka, která je tím intoxikujícím prvkem v pivu, vínu, lihovinách, které jsou tak často v naší společnosti užívané, je etylalkohol (ethanol). Pokud mluvíme o alkoholu, máme na mysli nápoje, které jsou z největší části směsí ochucené vody a lihu. Orlíková mluví o tom, že alkohol se zdá být méně nebezpečnou látkou, než ve skutečnosti je, protože je obecně tolerován, jeho užívání je sice omezeno některými zákonnými úpravami, nicméně je v našich zemích pro většinu populace legálně dostupný. Alkohol má ve společnosti pevné místo a nelze ho

jednoduše vykázat. Také jde o účinky a způsob užívání alkoholu. Stav po užití alkoholu je víceméně neměnný, předvídatelný. (Bára Orlíková, drogová poradna Sananim)

Kombinace alkoholu s jinými látkami

Všechny kombinace drog jsou rizikové a přináší víc nevyzpytatelných nebo nebezpečných účinků než jednotlivá droga samotná, navíc se účinky nesečítají, ale násobí. Riziková je tedy i kombinace alkoholu a jiných drog, především těch, které mají tlumivý efekt na centrální nervový systém (opiáty, tlumivé látky – benzodiazepiny, barbituráty), kdy se zesiluje tlumivý účinek a může dojít až ke smrtelnému předávkování. Kombinace alkoholu a marihuany většinou vede k zesílení negativních účinků obou drog, končí zpravidla nevolností a zvláště pak zesílení nepříjemných stavů v kocovině, taktéž kombinace mnoha vykouřených cigaret a alkoholu je dobrý start pro nepříjemné strážlivění. (Bára Orlíková- Drogová poradna)

4. Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek

Patří sem poruchy vyvolané používáním alkoholu, opioidů, kanabinoidů, sedativ nebo hypnotik, kokainu, stimulací (včetně kofeinu), halucinogenů, tabáku a organických rozpouštědel. Tyto poruchy mají mnoho společného s depresivním prožíváním (s hledáním vlastní nezávislosti, sebe samého, svého místa ve světě). Často je u začátku zneužívání psychoaktivních látek obrana před úzkostí. Jádro problému bývá mnohdy právě v potřebě nezávislosti, ke které však jedinec ještě nedozrál. „Chci být nezávislý, ale přitom jsem závislejší než ostatní. A to je můj způsob fungování ve světě.“

Škodlivé užívání je takový způsob užívání psychoaktivních látek, který poškozuje zdraví. Poškození může být somatické (např. epizody depresivní poruchy objevující se sekundárně při těžkém pití). Škodlivé užívání je často kritizováno okolím a vyvolává různé nepříznivé sociální důsledky.

Syndrom závislosti je psychologická nebo fyzická potřeba užívání látky, která má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Pocit puzení danou látkou používat je velmi silný, ztrácí se schopnost kontrolovat používání látky. V případě, že se pokusí abstinovat, dostaví se odvykací příznaky (somatické, nebo psychické). Závislost sama se může projevat jako psychická, nebo somatická. Různé látky vyvolávají různou formu závislosti. Některé ji nevyvolají vůbec, riziková je u nich spíše vlastní intoxikace (např. halucinogeny, LSD). Psychotická porucha je v tomto okruhu taková porucha, která vzniká během nebo bezprostředně po požití látky. Je charakterizována smyslově živými (typicky sluchovými) halucinacemi (často halucinacemi více smyslů), záměnou osob, bludy nebo vztahovačností (často paranoidního, zvláště perzekučního obsahu). (Mahrová, G.; Venglářová. M. 2008)

5. Schizofrenie

Schizofrenické poruchy jsou obecně charakterizovány podstatnou a typickou definicí myšlení a vnímání. Afekty jsou nepřiměřené nebo otupělé. Jasně vědomí a intelektuální kapacita jsou obvykle zachovány, ačkoliv v průběhu doby se mohou vyvinout určité kognitivní defekty.

Nejdůležitější psychopatologické fenomény zahrnují:

- ozvučování myšlenek;
- vkládání nebo odnímání myšlenek;
- vysílání myšlenek;
- bludné vnímání a bludy ovládání;
- pasivita nebo ovlivňování;
- sluchové halucinace, které komentují nebo diskutují o pacientovi ve třetí osobě;
- poruchy myšlení a negativní příznaky.

Průběh schizofrenických poruch je buď trvalý nebo epizodický s narůstajícím nebo trvalým defektem, anebo může být jedna nebo více atak s úplnou nebo neúplnou remisí. Diagnóza schizofrenie by neměla být stanovena za přítomnosti rozsáhlých nebo manických symptomů, pokud není jasné, že schizofrenní příznaky předcházely afektivní poruchu. Schizofrenie by rovněž neměla být diagnostikována v přítomnosti zřejmého onemocnění mozku nebo během stavů intoxikace nebo odnětí drogy. Pokud se podobné poruchy vyvinou v průběhu epilepsie nebo jiných chorob mozku, pak by měly být klasifikovány jako F06.2. (Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů)

5.1 Paranoidní schizofrenie

Paranoidní schizofrenie je charakterizována relativně trvalými, často persekučními bludy, které jsou většinou provázeny halucinacemi sluchovými a poruchami vnímání. Poruchy afektivní, poruchy vůle, řeči a symptomy katatonní jsou buď nepřítomné nebo poměrně nenápadné. Zajímavostí však je, že ne všechny poruchy, které jsou doprovázeny například halucinatorními hlasy, či schizofrenními symptomy jsou považovány za

onemocnění schizofrenie. (Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů)

5.2 Hebefrenní schizofrenie

Forma schizofrenie, u které jsou nápadné změny afektivní, bludy a halucinace jsou částečné a prchavé, chování neodpovědné, nepředvídatelné, manýrismus je obvyklý. Nálada je nepřiměřená a plochá. Myšlení je dezorganizované a řeč je inkoherentní. Je zde tendence k sociální izolaci. Prognóza je obvykle špatná kvůli rychlému rozvoji negativních symptomů. Zvláště oploštění afektů a ztrátě vůle.

Hebefrenie by se normálně měla diagnostikovat pouze v dospívání a u mladých dospělých. (Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů)

5.3. Katatonní schizofrenie

Katatonní schizofrenie je charakterizována především významnými psychomotorickými poruchami, které mohou oscilovat mezi hyperkinézou a stuporem nebo povoleným automatizmem a negativizmem. Strnulé postoje mohou trvat dlouhou dobu. Epizody náhlého vzrušení mohou být kombinovány snovými stavy (oneiroidními) a s živými scénickými halucinacemi. (Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů)

5.4. Simplexní schizofrenie

Tento druh onemocnění je spíše postupné uzavírání se do vlastního vnitřního světa. Tito nemocní bývají již od dětství introvertní, samotáři, uzavření. Dominují zde spíše negativní příznaky nemoci (snížená motivace, vůle, aktivita...). Negativní příznaky lze léčbou hůře ovlivnit než příznaky pozitivní (bludy, halucinace). Zde mají své nezastupitelné místo metody psychiatrické rehabilitace. (Mahrová; Venglářová 2008)

5.5 Reziduální schizofrenie

Chronické stadium ve vývoji schizofrenní nemoci, kde je jasná progresa z časného do pozdního stadia. Je charakterizována dlouhodobými, nikoliv však nezbytně ireverzibilními „negaativními“ symptomy a poruchami, např. psychomotorické zpomalení; snížená aktivita; otupělost afektu; pasivita a nedostatek iniciativy; chudá řeč v obsahu nebo množství; špatná non-verbální komunikace výrazem obličeje, očima, modulací hlasu a postojů; snížená péče vlastní osobu a defektní sociální projevy. (Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů)

5.6. Schizofrenie a užívání drog

Bylo zjištěno, že mladí pacienti se schizofrenií užívají různé drogy třikrát tak častěji, než jejich stejně staří zdraví vrstevníci. K nejužívanějším návykovým látkám patří alkohol, cannabis a stimulance, dále v anamnéze také často nacházíme užívání halucinogenů. Naopak opiáty bývají zneužívány méně, což někteří autoři vysvětlují jejich obtížnější dostupností a cenou. Tento argument však dle mého názoru dnes neobstojí. Alkohol patří k tzv. legálním drogám, jeho dostupnost je bezproblémová, excesivně jej zneužívají spíše pacienti, jejichž schizofrenní kariéra je již pokročilá, je užíván běžnou populací všech věkových skupin a navíc jde o problém v ČR již starý.

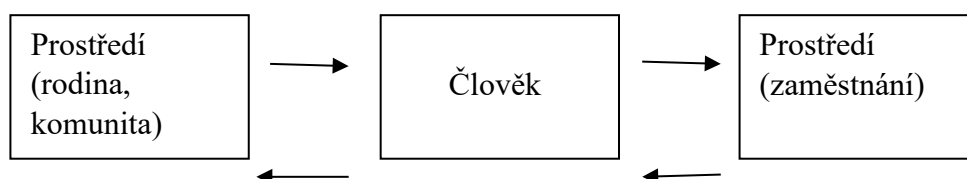
O tom, co prožívá pacient, u kterého se rozvíjí schizofrenie, můžeme pouze hypotetizovat. Popisována bývá změna vztahu ke skutečnosti, svět přestává být srozumitelný, význam všech věcí nejasný, hranice vlastního Já mizí, dostávají se pochybnosti, zda vůbec něco existuje apod. Nemocný bývá tímto stavem plně zaujat, vědomě či nevědomě se mu brání, potřebuje hypotézu. Má dojem, že „jeho myšlení není jeho“ (alien quality of thinking), odtud asi pak bludy o ovládnutí, sledování, hlasy toto mohou jen potvrzovat apod. - viz úvodní stať o schizofrenii. Jeho blízkým začíná být patrné, že se s ním něco děje, změnil se, nekomunikuje tak jako dříve, izoluje se, nezvládá školu, ztratil zájmy, atd. atd. Drogy v tomto období mohou sehrát tuto úlohu: Vysvětlují pacientovi původ obtíží, pomáhají vyhnout se stigmatizaci – je přijatelnější být „feťákem“, „huličem“, „vyhulencem“, než „pakem“, „magorem“, „šilencem“, psychotikem či schizofrenikem. Navíc společnost, kde se tyto drogy užívají, je spojována především

drogovým prožitkem, který šílenství může napodobovat, a tudíž je toleruje a interpretuje je skrz drogu. Drogy zdá se také zkrátí onu periodu mezi začátkem nemoci a objevením se prvních nápadných psychotických příznaků, které můžeme chápat jako jakýsi pokus poškozené mysli o reparaci, která je ale také patologická. Zajímavé je, že pacienti užívají zejména drogy, které mysl jitrí (cannabinoidy, halucinogeny, stimulancia), zatímco ty, které jí zklidňují (např. opiáty), užívají zřídka. Tito pacienti působí často jiným dojmem než ostatní nemocní. Jakoby byli více sví - rockeři, punkeři, rebelové, na léčbu často kašlou a dávají to okázale najevo. (Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů)

6. Sociální fungování

Pojem sociálního fungování charakterizuje podstatnou vlastnost každé životní situace. Dle Navrátila je důležité vzít do úvahy faktor, který ve vymezení sociálního fungování chybí. Sociální prostředí není jediné, které definuje svá očekávání a požadavky vůči jednotlivci či skupině. Podstatné je, že i jednatlivec či skupina, mají svá očekávání vůči svému prostředí. Pokud přihlédneme k tomuto faktu je pak sociální fungování možné vymezit jako vztah mezi očekávanými jednotlivce a sociálního prostředí. Pokud jsou tato očekávání v souladu, interakce probíhá bez problémů a v souladu. Pokud očekávání v souladu nejsou nastávají obtíže. Pokud budeme mluvit o schopnosti zvládat životní úkoly, tak je nutno vztáhnout z jednotlivce i na prostředí, ve kterém žije. Chápání vztahu člověka a jeho prostředí umožňuje pochopit roli každého jednotlivce. Jednatlivec některé požadavky akceptuje a některé ne. Svým jednáním si vytváří situaci a také životní situace druhých lidí.

Termín „sociální fungování“ se týká dynamické stránky životní situace, tzn. že vyjadřuje napětí v konkrétním čase a prostoru. Z popisu životní situace je třeba nevynechat její statickou stránku, kterou tvoří systémy a prvky, které danou situaci vytvářejí. (Navrátil Pavel- Životní situace jako předmět intervence sociálního pracovníka)



II. METODOLOGICKÁ ČÁST

Metodologická část popisuje výzkum týkající se respondentů, kteří jsou duševně nemocní a závislí na omamné látce. Respondenti se zmiňují o svých životech (vypráví svůj životní příběh). Mluví o tom jak vnímali své životy předtím, než se u nich projeví příznaky nemoci, či příznaky které se objevily při užívání návykové látky.

7. Charakteristika výzkumu

7.1 Cíl výzkumu

Před zahájením rozhovorů bylo nutno sestavit okruh otázek tak, aby rozhovor s respondenty zachytil jejich životní příběh, a zároveň mi odpověděl na základní výzkumnou otázku, která zní. Tento výzkum se zabývá tím, jak návyková látka ovlivnila sociální fungování a jestli změnila respondentům život. Cílem je získání názorů respondentů na otázky, které byly předem dané a souvisí s jejich životní zkušeností.

7.2 Výzkumná otázka

Hlavní výzkumní otázka zní: *„Jak různě pozitivně ovlivňuje užívání omamných a psychotropních látek sociální fungování u lidí s diagnostikovanou schizofrenií“.*

7.3 Metoda výzkumu

V tomto výzkumu jsem zvolila metodu polostrukturovaného interview nebo-li rozhovoru. Polostrukturovaný rozhovor se dle Miovského řadí mezi nejrozšířenější metodu rozhovoru, jelikož dokáže řešit mnohé nevýhody nestrukturovaného a plně strukturovaného rozhovoru. Polostrukturovaný rozhovor vyžaduje důkladnější technickou přípravu a tou je vytvoření schématu. U tohoto typu rozhovoru je vhodné použít upřesnění a vysvětlení odpovědi respondenta. To znamená, že si necháváme vysvětlit, jak danou věc myslí. Tento druh rozhovoru lze provádět v prostředí, které je standardizované. Takové prostředí může být například kancelář, poradna, atd., také lze rozhovor provádět

v prostředí, které je různorodé, například klidnější části restaurací. (Miovský 2006)

7.4 Metoda analýzy dat

Jako metodu analýzy dat jsem si vybrala metodu, kterou popisuje Miovský ve své knize „Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu“. Tato metoda slouží obvykle k tomu, abychom seskupili a konceptualizovali určité výroky do skupin. Tyto skupiny tzv. trsy by měly vznikat na základě vzájemného překryvu nebo-li podobnosti mezi identifikovanými jednotkami. Tento proces utváří obecnější a induktivně zformované kategorie. Zařazení těchto kategorií do dané skupiny či trsu je asociováno s určitými opakujícími se znaky, určitým charakteristickým uspořádáním atd. Společné znaky takové skupiny (trsu) mohou být například tematické překryvy, kdy vyhledáváme ve výrocích osob všechny pasáže, které si týkají jednoho úzce ohraničeného tématu. (Miovský, 2006)

7.5 Etické aspekty výzkumu

Všichni respondenti byli seznámeni s tématem výzkumu. Bylo jim sděleno, že se jedná pouze o zjištění jak se stali uživateli návykových látek. K tomuto průzkumu nebo-li zjištění jsem použila polostrukturovaný rozhovor. Účast respondentů byla dobrovolná a před zahájení rozhovoru jim byl předložen informovaný souhlas, který byl následně podepsán. Zároveň jsem respondenty požádala zda bych mohla rozhovor nahrávat na diktafon a ujistila je, že veškeré informace budou anonymní. Při prepisování rozhovoru jsem veškerá jména pozměnila kvůli veškeré anonymitě.

7.6 Výběr respondentů

Pro výběr respondentů jsem využila sociální pracovníky dvou neziskových organizací, které se zabývají drogově závislými s duševním onemocněním.

Společnost, která mi poskytla konzultace a pomoc při psaní závěrečné práce, je nestátní nezisková organizace, která pomáhá lidem s duševním onemocněním na cestě zpět do zaměstnání. Podporuje je v úsilí překonat krizi způsobenou nemocí, aby co nejlépe zvládli pracovní zátěž. Podporu poskytují osobám, které se léčí, a jejichž stav je víceméně stabilizovaný. Klienti jsou ve věku od 18 do 75 let a mají trvalé bydliště, nebo se dlouhodobě zdržují v Praze nebo Středočeském kraji. Pomáhají jim získat pracovní a sociální dovednosti, které jim umožní lépe se připravit na vstup do běžného zaměstnání.

Nabízí více modelů tréninku pracovních dovedností (pracovní rehabilitace), z nichž některé zároveň umožňují výdělek. Značné procento lidí s duševním onemocněním má však na rozdíl od lidí s mentálním postižením kvalifikační předpoklady k vykonávání odborné práce (VŠ nebo SŠ vzdělání). Stupeň zátěže v takovéto práci by však neměl být příliš velký.

Druhá společnost působí v oblasti drogových závislostí. Lidem ohroženým drogami a jejich blízkým poskytuje pomoc v síti programů a služeb, které tvoří komplexní systém prevence, péče, léčby a resocializace. Touto svou činností tak vyvrací stále značně rozšířený mýtus, že závislosti na drogách se nelze zbavit, a napomáhá odstranit stigmatizaci související s užíváním drog, která je v poskytnutí efektivní pomoci často zcela zbytečnou překážkou. Rovněž se aktivně účastní na vytváření protidrogové politiky na všech úrovních státní správy s důrazem na ochranu veřejného zdraví, prosazuje realistický a poučený postup, pokud jde o priority a vytýčené cíle, a zasazuje se o hodnocení efektivity poskytovaných služeb, změnu systému jejich financování a jejich dlouhodobé plánování.

Sociální pracovnice mi zprostředkovaly celkem pět rozhovorů s mladými klienty s duální diagnózou, kteří byli ochotni vyprávět svůj životní příběh. Dva rozhovory byly zprostředkovány sociální pracovníci z první společnosti. V prvním případě se jedná o mladou ženu z Liberecka, která přišla do Prahy studovat. V druhém případě se jedná rovněž o ženu, která trpěla duševním onemocněním, a která se pomocí drog snažila svojí tíživou životní situaci překlenout. Další metodou získání rozhovoru byla metoda tzv. koule, kdy jsem požádala tyto dvě respondentky o zprostředkování rozhovoru s dalšími potencionálními respondenty. Tato metoda však byla odmítnuta. Sociální pracovnice oslovily celkem 9 respondentů s žádostí o rozhovor. Pouze tři z nich však byli ochotni rozhovor poskytnout s příslibem anonymity. Ostatní oslovení respondenti nebyli ochotni poskytnout rozhovor zejména z obavy, že by došlo k prozrazení jejich identity. Jedná se o tři muže, kteří se do Prahy přistěhovali. Tito tři respondenti navštěvují Kontaktní centrum druhé společnosti. Ve všech případech byly rozhovory pořizovány s klienty, kteří trpí schizofrenií.

Mlčenlivost a ochrana osobních údajů

Všichni respondenti byli na počátku rozhovoru informováni o pravidlech ochrany osobních údajů, o důvěrnosti získaných materiálů. Informováni byli ústní i písemnou formou. V informovaném souhlasu bylo zmíněno i další zpracování dat – pořízení audio nahrávek s následným přepisem a následnou likvidací. Dále byli informováni o dobrovolnosti poskytnutí rozhovoru a o možnosti odmítnout odpovídat na otázky, popřípadě o možnosti rozhovor bez vysvětlení ukončit. Většina respondentů trvala na anonymitě, zdůrazňovala neuvádění pravých jmen, souhlasila však s uvedením iniciál jmen.

Průběh rozhovorů

Všechny rozhovory probíhaly v prostorách, které byly respondentům známé a kde se cítili bezpečně. Na přání všech respondentů probíhaly rozhovory mezi čtyřma očima, bez přítomnosti sociálních pracovníků. Jeden rozhovor byl realizován v kavárně, která patří pod jednu neziskovou organizaci. Druhý rozhovor jsem pořídila při pracovním výkonu v kavárně stejné neziskové organizace. Obě prostředí jsou respondentům známá, takže rozhovor probíhal v přátelském duchu a beze strachu. Tři rozhovory respondentů byly realizovány v Kontaktním centru organizace zabývající se léčbou drogových závislostí. Pro všechny rozhovory bylo vytvořeno prostředí s maximální mírou soukromí, jaké je možné v daném místě vytvořit. Všech pět respondentů má diagnostikovanou schizofrenii.

Rozhovory byly nahrávány na diktafon, následně doslovně přepisovány. Délka rozhovorů se pohybovala od 35 do 135 minut. Celková stopáž poskytnutých rozhovorů je 5 hodin a 25 minut.

7.7 Struktura rozhovorů

Jednotlivé rozhovory byly vedeny jako polostrukturované, kdy respondent dostal dopředu vytištěný přehled jednotlivých témat, kterých se snažil držet. V několika případech se stalo, že respondent odmítal odpovídat na otázky, které byly pro něj velice nepříjemné. V takových případech jsem akceptovala jeho vůli a okruh otázek jsem zjednodušila či vypustila. Jednalo se zejména o oblast dospívání či dětství, vztah s matkou

a otcem. Oblast dětství a dospívání označili všichni respondenti jako hlavní spouštěč jejich problémů s drogami.

Rozhory byly rozděleny do 5 částí, kdy některou z nich bylo možné na žádost respondenta vyloučit.

Základní údaje dotazovaného:

- věk, zaměstnání, rodinná anamnéza

Životní příběh:

- Jaký vztah jste měl/a s rodiči?
- Jaký vztah měli rodiče mezi sebou vztah a jaký vztahy měli k Vám?“
- Jaký byl motiv k užívání drog?
- Jak jste se pokoušel/a s užíváním drogy přestat?

Vyprávění o významných okamžicích v životě:

- Jaké bylo vaše dětství?
- Jaká událost ve vašem životě způsobila, že jste stal/a uživatelem drog?
- Jak se zkušenost s užíváním drogy promítla do Vašich rodinných a pracovních vztahů?
- Přineslo Vám užívání drogy něco pozitivního?

Zkušenost s pomocí – co pomáhá či co nepomáhá?

- Jaké zkušenosti máte se systémem pomoci? Víte, kde pomoc hledat a na jak dlouho?
- Jak Vaše okolí přijalo skutečnost, že jste se rozhodl/a svoji situaci vyřešit léčbou?
- Koho by jste označil jako hlavního aktéra pomoci?

Budoucnost

- Co byste dělal, kdyby někdo z okruhu nejbližší rodiny začal brát drogy?
- Jak byste zareagoval/a, kdyby Vám někdo nabídl předávat své zkušenosti s návykovou látkou?

Okruhy některých témat byly před uskutečněním rozhovorů konzultovány s odborníky, kteří se zabývají sociální prací s klienty s drogovou závislostí. Jednalo se zejména o to, aby otázky nebyly návodné a postihly hlavní okruhy problematiky drogově závislých.

<i>číslo</i>	<i>Iniciály jména</i>	<i>Délka rozhovoru</i>	<i>Pohlaví</i>	<i>Věk</i>	<i>Uživatel drogy</i>	<i>Vlastní děti</i>	<i>Přímý respondent</i>
1.	M. M.	100 minut	Muž	38	marihuana, pervitin	Ano (3)	ano
2.	J. S.	60 minut	Žena	45	marihuana	Ano (2)	ano
3.	H. V.	40 minut	Žena	49	pervitin	ne	ano
4.	K. P.	45 minut	Muž	52	Alkohol, léky	neví	ano
5.	P. N.	80 minut	Muž	29	Alkohol a marihuana	Nechce odpověď dět	ano

*Iniciály v tabulce jsou smyšlené z důvodu udržení anonymity.

Rozhovory s respondenty se odehrávaly v období od prosince 2018 do konce února 2019. Termín rozhovoru byl domluven tak, aby byl zohledněn jejich časový rozvrh. Přizpůsobila jsem harmonogram podle naplánovaných terapeutických aktivit u výše jmenovaných poskytovatelů sociálních služeb. Jednou se stalo, že byl rozhovor odložen z důvodu nechuti ze strany respondenta. Ve dvou případech se stalo, že bez omluvy na sjednanou schůzku nepřišli. Rozhovor jsem nechávala přirozeně plynout, pouze v případě, když respondent příliš zabíhal od tématu, jsem rozhovor usměrnila tak, abych získala co nejvíce informací.

8. Rozhovory s respondenty

8.1 Rozhovor č. 1

„Dobrý den pane Mxxxx Mxxxxxx. Jsem ráda, že jste si našel chvílku a byl ochotný se mnou vést rozhovor o vašem životě. Chci vás ujistit, že všechny záznamy jsou pouze pro moji potřebu a budou anonymně zpracovány v mé bakalářské práci. Souhlasíte s takovým postupem?“

Odpověď: „Jo, však jste mi to říkala. Je mi to jasný, nemám, co bych skrýval, v podstatě se za to stydím. Co po mně vlastně budete chtít?“

„Sestavila jsem okruh otázek, které vám předkládám. Prosím, přečtěte si je; jsou vám otázky srozumitelné nebo je nějaká nejasnost?“

Odpověď: „No, chcete toho vědět poměrně hodně. Nevím, jestli Vám na všechno budu chtít odpovědět. Uvidíme, jak se to vyvine. Nedáme si pivo? Mně se po pivu lepší mluví.“

Po počátečním seznámení s okruhem otázek a po navození atmosféry pro respondenta přijatelné, jsme zahájili vlastní rozhovor.

První otázka, byla otázkou základní: na věk, zaměstnání a rodinnou anamnézu.

„Mohu se vás zeptat kolik je vám let a kde pracujete? Jaká je vaše rodinná anamnéza?“

Odpověď: „Je mi 39 let. Občas pracuji na černo, stálou práci nemám. Můj otec spáchal sebevraždu, s mámou se nestýkám už hodně dlouho.“

„Jaký vztah jste měl s rodiči? Bylo vaše dětství spokojené? Jaký vztah měli rodiče mezi sebou a jaký vztah měli k vám?“

Odpověď: „Jako dítě si pamatuju, že to bylo fajn. Rodiče se sice hádali, ale řek' bych, že se měli rádi. Hádali se hlavně kvůli tomu, že můj otec nechtěl s rodinou nikam jezdit, nechtěl utrácet peníze za výlety a cestování. Měl jen svoje zájmy a my jsme se mu museli podřídít.

Můj otec byl despota. Co si pamatuju, tak máma hodně brečela, a občas na otce křičela, že už toho má dost. Můj otec nepřipouštěl cizí názory, vždycky se muselo dělat to, co chtěl on, my jsme se podřizovali. Tak jsem začal utíkat z domu. Moje sestra to řešila jinak. Ona je stejná jako otec, takže uvěřila, že za všechno může máma. No a já, abych měl klid, tak jsem se sestrou souhlasil. Víte, můj otec po revoluci získal restituci spoustu peněz a já jsem se chtěl mít dobře. Máma se s tátou rozvedla a my jsme s mámou zůstali. Náš otec nás však přesvědčil, že naše matka je špatný člověk, a my jsme se sebrali a od mámy jsme odešli. Až za spoustu let jsem zjistil, jaká chyba to byla. Furt po nás řval, říkal nám satani a cumploši. Rval mě za vlasy, byl jsem pro něj blbec a lidský hovado. Bože, jak já ho začal nesnášet. Vždycky jsem si vzpomněl na mámu. Jednou jsem za ní šel a bylo to fajn. Zjistil jsem, že mám malou ségru, ale nějak jsem se cejtil cizí. Jako bych tam nepatřil. Vymyslel jsem ale, že to zkusím a budu za mámou chodit. A tak jsem to tátovi řekl. Kdybyste slyšela, jak na mě řval. U mého otce se objevilo duševní onemocnění. Prej měl schízu. Určitě to mám po něm, všechny blbý věci, co se mi v životě staly, jsou jenom díky němu. Neměl jsem ho nikdy poslouchat a věřit mu. Kdybych zůstal s mámou, tak bych tu s váma nemusel sedět. Za mámou bych šel, ale co já vim, jestli by mě nevyhodila? Jít tam jako drogáč, třeba by mě zmlátila. Kdo by si do baráku ztroskotance pustil?“

„Je někdo, kdo je ve Vašem životě důležitý? Kdo měl na Vás pozitivní vliv?“

Odpověď: „Rád vzpomínám na mámu. Na Vánoce, ty uměla připravit hezký. Bylo to fajn. Nikdy víc už jsme takový Vánoce neměli. Ani táta je tak neuměl připravit. Když jsme zůstali s tátou, tak nás na Vánoce odvezl ke svojí mámě, ale už to nebylo ono. A pak byl dobrej mistr na učňáku. Ten se s náma nemazal, ale naučil nás. No, a pak už vlastně nevím, kdo by mě nějakým způsobem zaujal.“

„Jak se zkušenost s užíváním drog promítla do vašich rodinných a pracovních vztahů?“

Odpověď: „Všichni se na mě vykašlali. Měl sem rodinu, děti, mámu, ségru, a teď nemám nikoho. Všechno ale moje vina není. Kdyby se snažili pochopit, že mám problém, měli by mi pomoc, od toho jsme rodina. Takhle se rodina nechová. Ale víte, co bylo fajn? Když sem moh' vydržet tátu poslouchat a vůbec nevědět, co mi říká. Když táta zjistil, že hulim, tak mi říkal, abych s tím někam došel, že hulit není normální, a tehdy jsem se na něj naštvál a přestal s ním na čas komunikovat.“

„Z jakých důvodů jste se stal uživatel drog?“

Odpověď: „Na učňáku jsme s klukama chodili na diskotéky, a tam mi poprvé dal Standa jointa. Říkal mi, že marihuana není návyková, že je to všechno v pohodě, a že se nemusím bát. Nejdřív mi bylo hrozně zle, ale chtěl jsem chodit s klukama ven a nebejt za blbce. Když mě doma otec rozčílil a já měl pocit, že ho seřežu, tak jsem utek, a abych se uklidnil, tak jsem si zahulil. A víte, že je to fajn? Najednou zjistíte, že vás to přestalo štvát.“

„Podařilo se vám s drogou přestat? Pokud ano, na jak dlouho?“

Odpověď: „Přestat se mi úplně nepodařilo, jen když jsem se odstěhoval od táty, tak už jsem hulil jen s kamarádama, a ne kvůli němu. Pak jsem se seznámil s holkou, kterou jsem měl fak' rád, občas si s náma taky dala, ale tak ňák normálně. Ona s tím přestala, když otěhotněla. Taky mě nutila, abych s tím přestal, ale já vím, že přestat můžu kdykoliv. Marihuana totiž není droga. Kluci říkali, že je to vlastně všechno v pohodě a můžu s tím přestat kdykoliv se mi zachce. Nevím, proč bych měl přestat hulit, když mi to dělá dobře. Když se mi narodil kluk, bylo to prima. Najednou jsem byl táta. Měl jsem vám takovou chuť začít znova, prostě normálně, jako žijou všichni kolem mě, a mít svůj domov, svojí rodinu, ženskou, co mě má ráda. Tak ňák bych si to představoval. Mě ale strašně vadí ta pravidelnost. Že musím ráno vstát, jít do práce, pak domu, zase práce, ženská, co po mě pořád něco chce. No to dlouhodobě nedám. A vrcholem všeho bylo, když zase otěhotněla a řekli nám, že budeme mít dvojčata. Ty jo, v rozbombardovaném baráku, kde není ani pořádná koupelna, jedna místnost, kde spíme, vaříme, pereme. To je k zbláznění. Copak já vydělám na opravu baráku? Já to všechno dám dohromady a ona se na mě pak vykašle. A dřít od rána do večera? To teda nebudu. No, a když se mi ty děti narodily, přijel švára, a on vám poprvé ke mně přivez perník. To byla úplně jiná jízda. Vůbec nechápu, že to ta moje ženská nepochopila, a když se vrátila z porodnice, šíleně vyváděla. Popadla všechny tři děti a odešla. No tak at'. Stejně doma nic nedělala, prej na to neměla čas.“

„Jak vaše okolí přijalo skutečnost, že jste se rozhodl svoji situaci vyřešit léčbou?“

Odpověď: „Zatím to ví jenom ségra a kámoši. Ségra bude ráda a kámoši mi na to nic neřekli no. . Mámě se to bojím říct, protože by mi stejně nevěřila. Za dětma pudu až budu vědět, že se mi to povedlo. Dřív tam nepudu.“

„Jaké zkušenosti máte se systémem pomoci, víte, kde pomoc hledat a na jak dlouho?“

Odpověď: „Jo, pomoc. Proč by mi měl někdo pomáhat? Já jsem v pohodě, jen lidi okolo mě si furt myslí, že by mi měl někdo pomoci. Ale nevím proč. Hele, byl jsem u doktora, protože jsem měl pocit, že jsem jako táta, a víte, že mám problém jako on? Vždycky mě štvál. Proč musím mít všechno po něm? Schíza je hnus, někdo na mě furt mluví a já nevím kdo. Doktor mně řekl, že jsou lidi, kteří by mi pomohli, ale já vůbec nevěděl, kam mám jít. Taky jsem nevěděl, proč bych to dělal, bylo mi dobře. Občas jsem prostě zahulil, nebo si se švárou šlehnul, a bylo všechno lehčí.“

„Je osoba od které jste pomoc očekával? Proč si myslíte, že Vám nepomohl/a?“

Odpověď: Čekal sem jí vod mámy. Ona mi totiž vždycky pomohla a najednou nic. Myslím si, že sem udělal tolik hnusáren, že bych se divil, že by mi vůbec chtěla pomoci.

„Jaké je vaše přání ohledně budoucnosti?“

Odpověď: „Chtěl bych vidět zase děti. Stýkat se s nima, vidět jak rostou, prostě s nima být. Aby si nemysleli, že je otec blbec. Nechci dopadnout jako můj fotr (povzdech).“

„Co byste dělal, kdyby někdo z okruhu nejbližší rodiny začal brát drogy?“

Odpověď: „No asi bych mu naflákal.“

„Jak byste zareagoval, kdyby vám někdo nabídl předávat své zkušenosti s návykovou látkou?“

Odpověď: „Na něco takového fakt nemám náladu.“

„Děkuji vám za rozhovor a přeji hezký zbytek dne. Na shledanou.“

Odpověď: „Nashle.“

8.2 Rozhovor č. 2

S druhou respondentkou jsem se sešla v parku na Náměstí Míru v Praze. Místo rozhovoru si určila respondentka sama.

„Dobrý den, jsem ráda, že jste si na mě udělala chvilku čas. Jen bych vás chtěla upozornit, že veškerý materiál bude po přepsání smazaný, a bude určen jen pro mou potřebu. Samozřejmě to bude celé anonymní. Souhlasíte?“

Odpověď: „Hm“ (s pokývnutím hlavy)

„Jaké bylo vaše dětství?“

Odpověď: „Moje dětství bylo fajn. Teda od doby, co se o mě starala babička. Rodiče se o mě nechtěli starat, tak si mě vzala k sobě. Vyrůstat s babičkou bylo fajn, byla hodně milá, ale neuznávala, když se holky líčily. Tak jsem to měla zakázané a učila mě žít tak, jak ona říkala přírodně, a to pro mě znamenalo žádné líčení a žádné výrazné obličání. Pořád měla o mě strach. Nesměla sem chodit ven s klukama, proto jsem neměla zkušenosti, jak se před klukama chovat. No, přišla jsem si trapně. Pořád jsem si myslela, jak si o mně povídají, jak jsem hloupá a naivní, a že se mi vysmívají.“

„Z jakého důvodu jste se stala uživatelkou drog?“

Odpověď: Víte, slečno, jak se říká, že za všechno může špatný chlap, nebo láska? Máte někoho? Jestli jo, tak časem poznáte, jak dlouho budete mít růžové brejle. Když mě manžel mlátil, a já si dala jointa, byla ta situace snesitelnější. Babička tehdy věděla, že mi sebral celou výplatu, tak mi nějaké peníze dávala, ale nevěděla, že si za to kupuju marihuanu, to by mi žádné peníze nedávala, ale víte jak to pomáhalo? Dalo se všechno snášet lépe. Časem jsem se teda babičce přiznala, protože sem se cítila hrozně.“

„Ano vím, často to kolem sebe slýchám. Jak jsem správně pochopila, za vaše trable může muž?“

Odpověď: „Ano, pochopila jste to dobře. Poznala jsem ho, když mi bylo asi 16 let. Jezdil na každé prázdniny za babičkou, která bydlela ve stejný vesnici jako my. Byla to taková

naše parta, která chodila plavat do rybníka a hrála volejbal. Všechno jsme dělali spolu. Když mi bylo asi 18, tak jsem si ho vzala. Když mi bylo asi 22, tak jsem porodila dceru. Všechno bylo fajn, žili jsme na vesnici v domě, takže jsme jako rodina měli hodně aktivit. Pět let na to jsem porodila druhou dceru. Byli jsme za ní vděční, protože předtím jsem prodělala dva potraty. Jeho rodiče mě nikdy do rodiny nevzali, teda aspoň jeho máma. Pořád mě urážela a říkala, že nejsem ženská do baráku, že jsem na nic. Ze začátku se mně manžel zastával, ale časem se ke své matce přidal. Přesto jsem ho měla ráda. Jednoho dne jsem přišla domu a on mi mezi dveřma řek', ať mu odevzdám celou výplatu, že se prej bude o peníze starat on. Takže jsem byla bez peněz. Do práce mě vozil, protože to měl cestou, a já nemohla ani s holkama na kafe, protože jsem neměla ani korunu. Jednou za mnou přišla v práci kolegyně a ptala se mě, proč s nima nechodím na kafe jako dřív, nechtěla sem jí říkat, že mi manžel sebral veškeré peníze, tak jsem řekla, že šetříme na novou střechu, nebo tak něco. Prostě jsem si něco vymyslela, protože jsem se styděla. Po práci mě holky pozvaly na kafe. Domu mě hodila jedna kolegyně, protože ten den jela přes naší vesnici. Kdybych věděla, co se bude dít, nikdy bych na to kafe nešla (povzdech). Když sem přišla domu, tak jsem mezi dveřma dostala facku“ (předklonění a chycení se za oči).

„Nechcete si dát na pět minut pauzu? Tamhle je kavárna, donesu vám vodu nebo kafe, chcete?“

Odpověď: „Poprosím Vás o to kafe, děkuju.“

Během krátké pauzy jsme pokračovaly v rozhovoru.

„Můžeme pokračovat? Když tak to můžeme přerušit nebo přesunout na jindy, stačí kdykoliv říct, dobře?“

Odpověď: „Dobře, ale doděláme to dneska. Nerada bych se k tomu vracela znovu. Kde sem skončila?“

„U toho, že vás dovezla kolegyně domu poté, co jste byla na kafi.“

Odpověď: „Jo, děkuju. Tak jsem přišla domu a mezi dveřma sem dostala facku od manžela. Začal na mě rvát před dětma, kde sem jako byla, a že sem se určitě někde kurvila.“

Když holky začaly brečet, tak přestal a odešel pryč. Myslím, že do hospody. Tam byl docela často. Další den se přišel omluvit a sliboval, že to už neudělá, že mě má rád a takové ty kecy. Jenže jsem jim uvěřila. Chvilku se nic nedělo, ale pak při každé menší hádce se to opakovalo. Nevěděla sem, co dělat, protože jeho máma říkala, že ženská co zklame, si proplesknout zaslouží. Víte, ona byla takovej babochlap, co si hodí na záda padesátikilovej pytel a jde s ním na půdu. Nechápala sem, proč se tak choval, myslíte, že sem byla opravdu tak špatná a zasloužila si to? (povzdech). Vždyť sem dělala všechno, co po mně chtěl. Když jednou přišel z hospody, tak mě zmlátil. Holky našťestí byly u mojí babičky na víkend. Zůstala sem přes noc sama doma. Kdybych neměla ty holky, tak bych se asi nikdy nesebrala a neodešla. Ráno sem odjela k babičce a za holkama. Připadala sem si hrozně, víte, co to je vysvětlovat dětem, proč máte modřiny? Pořád sem si něco vymýšlela, ale babička mi to nevěřila, to je jasný. S manželem sem se rozvedla, i když pořád sliboval, jak se polepší. Nechtěla sem, aby holky vyrůstaly s takovým člověkem. Bylo to hrozně těžký se po letech podívat zpátky a uvědomovat si, jak se měnil. Víte, až před časem sem pochopila, proč mi babička v těch osmnácti říkala, ať si ho neberu, ale neposlechla sem, měla sem ho ráda.

„Jakou osobu byste označila jako hlavního aktéra pomoci?“

Odpověď: „Moje babička.“

„Jak se zkušenost s užíváním drog promítla do vašich rodinných a pracovních vztahů?“

Odpověď: „Přišla jsem o spoustu přátel. V práci to věděla jen jedna kolegyně, ale ta to nikomu neřekla. Časem jsem o práci přišla, ale o tom se bavit nechci.“

„Jak vaše okolí přijalo skutečnost, že jste se rozhodla svoji situaci vyřešit léčbou?“

Odpověď: „Babička byla ráda, že s tím něco dělám. Když se to doneslo k mým přátelům, tak mi bylo naznačeno, že mi nevěří. Mám pocit, že jediný, kdo mi věří, je právě babička.“

„Jak byste zareagovala, kdyby někdo z okruhu nejbližší rodiny začal brát drogy?“

Odpověď: „To nevím, ale asi bych mu to rozmluvila. Doufám, že to jednou nenapadne holky.“

„Jak byste zareagovala, kdyby vám někdo nabídl předávat své zkušenosti s návykovou látkou?“

Odpověď: „No já nevím, kdyby asi chtěl někdo vědět mou zkušenost, tak mu jí řeknu, ale jestli myslíte, že bych šla jako dělat pracovníka, tak to asi ne, ale jeden kluk od nás chce.“

„Děkuji vám za váš čas a za to, že jste mi poskytla rozhovor o vašem životě, přesto že to pro vás nebylo příjemné, velice si toho vážím. Přeji Vám hezký den. Na shledanou.“

Odpověď: „Vám také, na shledanou.“

8.3 Rozhovor č. 3

Rozhovor s třetí respondentkou se uskutečnil v kavárně, která patří k jedné neziskové organizaci.

„Dobrý den, jsem moc ráda, že jste si našla čas na společný rozhovor. Jen na počátku rozhovoru upozorňuji, že všechny údaje budou použity jen pro mou potřebu. Souhlasíte?“

Odpověď: „Souhlasím, ale nebude tam uvedené jméno, že jo. Nechci, aby mě někdo poznal.“

„Nebojte se, skutečně se jedná pouze o podklad k mojí bakalářské práci. V práci budou uvedené iniciály jména, takže vás nikdo nepozná.“

Odpověď: „Dobře.“ (pokývání hlavou)

„Budu vám pokládat otázky a budu ráda, když mi odpovíte. Když by pro vás byla odpověď nepříjemná, neodpovídejte.“

Odpověď: Pokývání hlavou.

„Ráda bych, abyste mi vyprávěla o dětství, o rodičích. Jak jste vnímala vztahy v rodině?“

Odpověď: „Myslím, že to bylo dobrý. Máma byla teda dost vostrá, a pro ránu nešla daleko. Dost jsme museli s bráchou doma pomáhat, což mi lezlo na nervy. No, ale komu ne, že jo. Všichni byli venku a my jako troubové doma hákovali. Ale máma nám vyprávěla, že i ona musela doma dělat, tak asi to bylo normální. Vy jste doma dělat nemusela?“

„To víte, pomáhat jsem musela. Jak jste vnímala svojí rodinu? S odstupem času jí vnímáte jako funkční?“

Odpověď: „Tak normálně. Co chcete slyšet? Máma byla přísná a táta furt někde byl. Nevím, jestli v práci nebo prostě nechtěl chodit domů. Všechno bylo fajn, dokud máma chodila do práce. Pak jí vyhodili a bylo to špatný.“

„Můžete mi říct, co způsobilo, že jste se stala uživatelkou drog? Kteří lidé vás ovlivňovali, ať kladně či záporně a měli zkušenost s užíváním drog?“

Odpověď: „Nechtěla jsem chodit domů. Máma byla bez práce, neměli jsme peníze. Táta se na to nemohl dívat, tak občas domů nechodil. Já jsem začala chodit za klukama do Stromovky. Byla tam legrace, dost jsme se nasmáli, a mně bylo dobře. Díky tomu jsem našla partu a díky tomu jsem neřešila to co se občas děl odoma. Občas někdo něco přinesl, tak jsme si všichni dali, a bylo to prima. Pak po mně začali chtít peníze, a to bylo blbý. Kde bych je asi tak vzala? Po mámě jsme je teda nechtěla. Pak se i objevila ta nemoc a já vůbec nevěděla, co mám dělat. Copak jsem blázen? A už nebudu o tom mluvit.“ (pláč)

„Jaké máte zkušenosti se systémem pomoci?“

Odpověď: „Cvokař mi řekl, že si mám dojít na obec, a tam mi řeknou, kde najdu pomoc. To není jen tak, to mám jako jít na vrátnici a zeptat se? Trvalo mi dost dlouho, než jsem se sem dostala.“

„Jakou osobu byste označila jako hlavního aktéra pomoci?“

Odpověď: „Myslela jsem si, že mi pomůže máma. Ona si ale myslí, že si musím pomoci sama. Div mě nevyhnala.“

„Jak se zkušenost s užíváním drogy promítla do vašich rodinných a pracovních vztahů?“

Odpověď: „Přišla jsem kvůli tomu o děti, prý sem je zklamala. No, a protože sem nechodila do práce, tak mě vyhodili

„Jak vaše okolí přijalo skutečnost, že jste se rozhodla svoji situaci vyřešit léčbou?“

Odpověď: „No máma byla ráda, ale kolegové z bývalé práce mi nevěří.“

„Jak vidíte svoji budoucnost? Jaké je vaše přání?“

Odpověď: (pláč) „Chci být zase s dětma. To je asi moje největší přání. Chci, aby mi odpustili. Mám ale strach za nima jít. Užili si se mnou dost. Nešla byste tam se mnou? Jen byste tam stála.“

„To nemohu, je mi líto. Myslíte si, že byste mohla znovu fungovat ve vaší rodině?“

Odpověď: „To nevím, co kdyby mi to pořád předhazovali. Chtěla bych, ale už se o tom nechci bavit.“ (pláč)

„Jak byste zareagovala, kdyby vám někdo nabídl předávat své zkušenosti s návykovou látkou?“

Odpověď: „Odmítnu to.“

„Jak byste v budoucnu zareagovala, kdyby někdo z okruhu nejbližší rodiny začal brát drogy?“

Odpověď: „No jak bych asi mohla zareagovat? určitě bych ho seřezala, však sem si tím prošla tak vím jaký to je.“

8.4 Rozhovor č. 4

„Dobrý den, jsem ráda, že jste si na mě udělal čas a poskytl mi tu možnost, nahlédnout do vašeho životního příběhu. Souhlasíte s tím, že veškeré materiály budou po přepsání smazány? Rozhovor bude samozřejmě anonymní.“

Odpověď: „Jooo, souhlasím.“

„Jaké bylo vaše dětství a vaše vztahy s rodiči?“

Odpověď: „No, když chcete, tak vztahy s rodiči jsou super, ale když sem byl malej, tak mě táta často řezal. Občas mi říkal, že to se mnou nebylo lehký. Táta totiž před pár lety umřel, víte? Ale co musím teda říct, že táta byl super na plánování oslav. On byl takovej komik, víte, každá oslava byla díky němu neskutečná prdel. Jooo, v tomhle byl borec. Máma je zase dobrá v tradicích. U nás se vždycky muselo všechno dodržovat. Třeba moje bejvalka to neuměla, ta na tradice kašlala. Prej je to ztráta času. Vlastně všechno podle ní byla ztráta času. Víte, jak to mrzelo? Ona byla úplně jiná než máma a dohánělo mě až k šílenství, že jí bylo všechno tak ukradený. Máma vždycky měla všechno perfektní, snažila se, aby to bylo pro mě i pro tátu co nejlepší.“

„Jaký člověk je ve vašem životě důležitý, měl na vás pozitivní vliv?“

Odpověď: „Určitě rodiče. Oba mě naučili spoustu věcí. Táta mě odmala vedl k práci, bylo super, když sme se v něčem na zahradě šťourali.“

„Jaká událost ve vašem životě způsobila, že jste stal uživatelem drog?“

Odpověď: „No, tak s chlastem sem začal, když sem byl ženatej. Kdo by vedle ní nezačal chlastat (úšklebek). Ona mě totiž často peskovala, a pořád se jí něco nelíbilo, a já nevěděl co jí pořád vadí. Řvala na mě kvůli každý kravině. Tak sem chodil sám na pivo, abych s ní nemusel být doma. Nejhorší bylo, že sem v tu dobu onemocněl, no a od té doby to šlo z kopce. Pak sem chodil k doktorovi a ten mi dával něco na deprese nebo tak něco. No, ale v háji bylo, že sem na to chlastal. A to sem neměl. Víte, co to se mnou dělalo? Vůbec sem neměl ponětí o Jako by mě někdo vypnul nebo co.“

„Jak jste se pokoušel s užíváním drogy přestat?“

Odpověď: „No, jednou sem si řek', že bych mohl přestat pít. Nějaký čas mi to vydrželo, ale pak jsem do toho zase spadnul.“

„Jak se zkušenost s užíváním drogy promítla do vašich rodinných a pracovních vztahů?“

Odpověď: „V práci super, protože sem potom s chlapama chodil večer na pivo. Dalo by se říct, že díky tomu sem k nim zapadnul. Než sem teda začal chodit s chlapama tak sem se věnoval manželce, ale jí to bylo jedno. Časem sem teda začal s těma chlapama chodit. Navíc bylo teda super to, že když sem onemocněl, tak mě chlapi podrželi. To bylo fajn, že se na mě nevykašlali. Manželka teda odešla, že prej se mnou nebude protože chlastám. V práci mou situaci chápali, a co se týče onemocnění, tak kvůli němu ke mně byli chlapi tolerantnější. Máma teda byla nešťastná, že chodím na pivo, ale zjistila, že nemá cenu mi něco vysvětlovat. Pak mi to teda bylo líto, protože byla smutná z toho že piju. Nechtěla, aby se mi něco stalo.“

„Jakou osobu byste označil jako hlavního aktéra pomoci?“

Odpověď: „Tak to určitě máma. Ta do mě hučela už dlouho, ať s tím něco dělám.“

„Jak vaše okolí přijalo skutečnost, že jste se rozhodl svoji situaci vyřešit léčbou?“

Odpověď: „Máma byla nadšená. Od doby, co táta umřel, sem jí takhle veselou neviděl, a mně udělalo dobře, jí zase se vidět smát. A chlapi v práci? To jste měla být u toho, slečno, to bylo neskutečný, jak se radovali. Manželka o tom teda neví, protože ani nevím kam odešla.“

„Jak byste v budoucnu zareagoval, kdyby někdo z okruhu nejbližší rodiny začal brát drogy?“

Odpověď: „Zůstala mi jen máma, a ta by to brát nezačala, takže vám na tohle nedokážu odpovědět.“

„Jak byste zareagoval, kdyby Vám někdo nabídl předávat své zkušenosti s návykovou látkou?“

Odpověď: (smích) To snad po mně nikdo chtít nebude, ne? Vždyť já ani nevím, co bych měl říkat. Jako vyprávět jim svoje zkušenosti nebo co? Ne to bych opravdu nechtěl.“

„Mnohokrát vám děkuji za rozhovor a přeji hezký den. Na shledanou.“

Odpověď: „Na shledanou.“

8.5 Rozhovor č. 5

„Dobrý den pane X, ráda bych vám jen připomněla, že všechno, co mi zde řeknete, bude naprosto anonymní a rozhovor bude po přepsání smazán. Souhlasíte?“

Odpověď: „Jo, je mi to jasný, ale stejně vám svoje jméno neřeknu, nevádí?“

„Nevadí, hlavně aby to bylo pro vás pohodlné. Jaké bylo vaše dětství?“

Odpověď: „Myslím si, že vztahy s rodiči jsou v pohodě. Máma i táta jsou super. Když jsem byl malej, tak jsem vždycky pomáhal tátovi s takovejma chlapskejma věcmá. S mámou trávil čas spíš bratr. Ten je mladší než já. Na svoje dětství vzpomínám rád, máma každý týden pořádala veliký rodinný oběd, a to se mi jako klukovi hrozně líbilo. Naše rodina je docela malá, takže jsme spolu trávili dost času. Jsme taková ta pohodová rodina, no.“

„Dětství jste tedy měl, koukám, veselé. Můžete mi říct, proč jste tedy začal užívat drogy?“

Odpověď: „Jo dětství bylo fakt super. Hrozně rád na něj vzpomínám. Tak chlastat jsem začal s klukama na škole, protože sem nechtěl bejt zalezlej. Kdo nikdy nepil, že jo? Vy pijete?“

„Kvůli svému zdraví nepiju. I když občas si sklenku dám. Ale vraťme se k vám. Jaká událost ve vašem životě způsobila, že jste stal uživatelem drog?“

Odpověď: „No, ono to občas není na škodu se uvolnit. Víte co, na škole sem se seznámil s partou lidí, která chodila často do hospody. No, a tak sem chodil s nima. Byl sem totiž na

intru a nechtěl sem tam být pořád jenom zavřený. Byla ste na intru? Jestli jo tak víte jaká tam je nuda. Vlastně od té doby chlastám. Když jsem vypadnul ze školy, tak jsem si našel práci v takové pizzerce, která je tady v Praze. Byla to fakt super práce. Šéf byl hrozně v pohodě. Rodiče byli na mě pyšní, že jsem si našel práci. Pracoval jsem tam asi tři roky. Pak najednou odešel kolega a já tam zůstal sám. Jako na place, myslím. A kolem obědů to byl fakt masakr. Chodilo tam docela dost lidí a šéf nikoho nedokázal sehnat, takže na mě padly veškeré směny. Byl sem z toho fakt hotovej, každý den v práci a občas sem tam byl nonstop. Když už sem fakt padal na hubu, a nevěděl, jak to jako říct šéfovi, že to nedávám, tak mi docvaklo, že k nám chodí takovej chlápek, o kterém se ví, že prodává. Tak sem za ním přišel a poprosil ho, aby mi dal něco na energii, ale ať mi neříká co. Bylo mi to ukradený, hlavně abych nemusel odejít z práce. Potom, co odešel, jsem si to vzal, a najednou to začalo. Makal jsem celou noc bez nějaké únavy. Jako vůbec sem nechápal jak je to možný. Chápete, že to bylo docela hustý? Taková malá bestie, a co to udělalo. Nakonec šéf řekl, že sehnal někoho na brigádu, ale že to taky nebude žádná sláva, ale že teď pár dní to vymyslí, abych se mohl jít vyspat. No, přišel jsem domu asi po necelých třech dnech. Máma byla naprdnutá, ale jen prej, protože se o mě bála. A představte si, že jsem potom spal asi čtyři dny, vím jen, že jsem se vždycky vzbudil, když sem potřeboval na záchod, a když mě máma nutila do jídla. Tu práci jsem potřeboval, a proto jsem v tom pokračoval, když to bylo nutný. Tu práci sem fakt měl rád, tak sem neřešil, že kvůli tomu musím něco brát. Bylo to tam fakt dobrý, nečekal sem, že najdu takovej fajn flek, i když to bylo trochu moc. Když toho začalo bejt fakt hodně, a pořád sem tam byl sám, tak sem začal bejt fakt vypsychlej. Začal sem být otrávený, že do té práce zase musím, protože sem věděl, co se bude dít a taky že tam zase budu sám. Až teda časem mi máma řekla, že to není fakt normální a nevěděla co se děje. Ani nevím jestli to bylo těma drogama nebo tím, že sem měl moc práce, ale ty psychické problémy byly fakt hrozný. Když už se fakt máma naštvála kvůli té mé práci a mému stavu, tak mě dotáhla k nějakému doktorovi. Mámě sem pak přiznal barvu. Řekla sem jí, že něco beru. Hele to ste měla vidět jak mě seřezala. Jako by mi bylo 5 let. Časem se zjistilo, že ty mé stavy sou projevy schizofrenie. Víte, co to je? Asi jo, co, když o tom píšete nějakou tu práci. No, každopádně sem musel skončit s prací, protože sem to nedával. Štvalo mě to, protože to tam bylo fakt super, i když to byl trochu hardcore.“

„Jak se zkušenost s užíváním drogy promítla do Vašich rodinných a pracovních vztahů?“

Odpověď: „Jo, tak v práci to bylo super, šéf věděl, že беру něco na energii, ale raději se nezajímá, a dělal, že to nevidí. Časem do mě začal rejpat, že nechce, abych si zničil zdraví, a ať se na to vykašlu. Navíc já byl rád, že sem mohl pracovat v práci, která mě fakt baví. Máma teda byla naštvaná a chvíli se mnou nemluvila. Ale je super, že sem správnou partu lidí našel až tady. A v rodině to bylo chvíli na nic, táta se mnou chvíli nemluvil, ale pak ho to přešlo, když viděl že se snažím.“

„Jak Vaše okolí přijalo skutečnost, že jste se rozhodl svoji situaci vyřešit léčbou?“

Odpověď: „No, máma byla nadšená. Vlastně celá rodina. Byl sem hrozně rád, že mě nikdo z rodiny nezavrhnul. Jen ten táta se se mnou chvíli nebavil, ale to sem vám už říkal. Ale nenechal mě v tom. Jen teda pár kámošů se na mě vykašlalo no. Ty řekli, že se se mnou nebudou zahazovat.“

„Koho byste označil jako hlavního aktéra pomoci?“

Odpověď: „No, tak ona to nebyla jedna osoba. Ona to byla celá rodina a dokonce do mě hučel i šéf. Takže tak, no.“

„Co by jste dělal, kdyby někdo z okruhu nejbližší rodiny začal brát drogy?“

Odpověď: „No, to nevím, co bych dělal. Asi bych mu řekl svou zkušenost, ale víte jak, potom už si to musí rozmyslet sám. Třeba sem byl rád, že mě rodiče nezavrhli, a kdyby začal brát brácha, tak bych se na něj nevykašlal. Byl sem rád, že se na mě rodiče nevykašlali, proto bych se zachoval stejně jako oni.“

„Jak byste zareagoval, kdyby vám někdo nabídl předávat své zkušenosti s návykovou látkou?“

Odpověď: „Že vy ste se vyptávala? Protože v plánu to mám. Prý je možnost, že bych tady v organizaci pracoval, a vedl nějaká setkání a tak, ale to musím prý nejdřív splnit nějaké podmínky, ale byl bych rád, kdyby to vyšlo.“

„Děkuji vám za poskytnutí rozhovoru. Přeji hezký den. Na shledanou.“

Odpověď: „Jojo, mějte se.“

9. Závěr výzkumného šetření a zodpovězení hlavní výzkumné otázky

Výzkumné šetření mělo nalézt odpověď na hlavní výzkumnou otázku *„Jak různě pozitivně ovlivňuje užívání omamných a psychotropních látek sociální fungování u lidí s diagnostikovanou schizofrenií“*. Z poskytnutých rozhovorů vyšlo najevo, že všichni respondenti si uvědomují závažnost svého onemocnění, které se zhoršuje užíváním omamných látek. Uvedli také, že k vyhledání pomoci je dovedli jejich nejbližší, či zaměstnavatel nebo lékař. Během výzkumu také vyšlo najevo, že část respondentů ztratila určitou skupinu lidí, která s nimi do doby, než začali látku užívat, komunikovala. Z rozhovorů jsem si udělala závěr, že všichni respondenti měli obavy ze ztráty rodinného zázemí. Zejména poukazovali na skutečnost, že by mohli z důvodu svého chování při požívání návykových látek zůstat zcela osamoceni. Zejména z těchto důvodů vyhledali pomoc při řešení drogové závislosti u neziskových organizací, kde našli individuální pomoc. Tyto organizace nabízejí drogově závislým substituční léčbu, psychologické poradenství či pobyt v terapeutických komunitách. Z provedených rozhovorů vyplynula také velmi důležitá skutečnost, že pro úspěšnou léčbu a začlenění do společnosti je důležité být součástí komunity lidí se stejnými problémy. Většina respondentů byla zařazena do pracovních terapií neziskových organizací, kde získávali zpět své pracovní návyky. Znovu se učili dennímu rytmu tak, aby po ukončení léčby a terapií byli schopni samostatného života. Jeden z respondentů uvedl, že by chtěl pracovat a pomáhat v jedné z organizací, kde by na vlastním životním příběhu motivoval ostatní drogově závislé v léčbě ke změně postojů a k víře, že jejich situace není ojedinělá, a že je řešitelná. Z jednoho rozhovoru s respondentem vyšlo najevo, že v současné době není schopen svou situaci změnit tak, aby se mu napravily rodinné vztahy s dětmi, aby se mohl navrátit do práce a začít život jako dřív. U většiny respondentů bylo zjištěno, že prozatím nejsou připraveni samostatně docházet do zaměstnání. Během výzkumu také vyšlo najevo, že u všech respondentů se

projevilo onemocnění schizofrenií až po užití návykových látek. Respondenti si uvědomovali, že většinová společnost užívání drog netoleruje a návykové látky v jakékoliv formě odmítá, a tím se snižuje jejich možnost začlenění do společnosti. Neziskové organizace vytvářejí pro tuto cílovou skupinu uživatelů služeb sít' poradenských center, komunitních center a terapeutických center tak, aby pomohla uživatelům služeb začlenění do většinové společnosti.

V průběhu rozhovorů bylo odpovězeno na základní výzkumnou otázku. Všichni uživatelé návykové látky uvedli, že návyková látka jim pomohla k fungování v běžném životě. Uživatelé také uvedli, že návyková látka jim pomohla zvládat situaci, která pro ně byla zatěžující a s jejíž pomocí se jim podařilo těžkou životní situaci vyřešit. Většina respondentů také uvedla, že užívání návykové látky jim pomohlo začlenit se do skupiny lidí, která je ve stejné věkové kategorii jako respondenti. Jeden z respondentů uvedl, že užívání návykové látky mu pomohlo zvládat obtížnou situaci v práci.

Neziskové organizace, které byly zapojeny do tohoto výzkumu, aktivně vyhledávají v terénu uživatele s drogovou závislostí a duševní nemocí.

Pomocí terénních sociálních pracovníků pak tyto uživatele služby doporučují do kontaktních center. Většina respondentů měla s touto službou zkušenost a později ji ocenila. Z rozhovorů jednoznačně vyplynulo, jak důležitá je činnost neziskových organizací v oblasti drogových závislostí a duševních onemocnění při vyhledávání uživatelů v terénu. Bez pomoci těchto organizací by nebyli uživatelé schopni vlastními silami problém vyřešit

Závěr

Cílem této práce je zmapovat, jak pozitivně ovlivňuje omamná a psychotropní látka sociální fungování u lidí s diagnostikovanou schizofrenií. Omamné látky ovlivňují životy nejen samotným uživatelům drogy, ale negativně se dotýká zejména jejich nejbližšího okolí, zvláště rodiny. Pro rodinu je tato skutečnost velice bolestná, ve většině případů neumějí s takovou zkušeností pracovat, a člena rodiny, který se stane drogově závislým, odsoudí, a v mnoha případech zavrhne. Jedná-li se o mladého člověka, který nemá životní zkušenosti, žije v zidealizované představě o fungování společnosti, má užívání psychotropních látek fatální následky. Lidé ztrácejí víru v sebe a právě užití návykové látky jim pomáhá, aby jejich situace se stala snesitelnější. Stát vytváří prostřednictvím krajů krajské sítě sociálních služeb, které fungují jako záchranná síť pro lidi vyžadující pomoc druhé osoby. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, definuje služby poskytované drogově závislým a duševně nemocným. Jedná se zejména o terapeutické komunity, kontaktní centra, adiktologické ambulance, doléčovací centra a chráněné byty. Ve většině typů těchto služeb jsou cílovou skupinou nejen uživatelé návykových látek, ale v mnoha případech služba zapojuje i rodinu a přátele. Tato spolupráce je vnímána jako důležitý prvek pro nastartování a udržování změny a zdárný průběh léčby. S rodinnými příslušníky se spolupracuje zejména v léčbě uživatelů adiktologické ambulance. Jako velice důležitý pro zdárný průběh léčby je přístup okolí k uživateli. Přístup, který uživatele nehodnotí, neodsuzuje jej, je nedílnou součástí práce s ním. *„Téma konopných látek, zejména marihuany, je pro českou veřejnost blízké. Pro legalizaci marihuany se vyjadřuje 22% společnosti. Je v tom zahrnuto mnoho jejich uživatelů a jejich blízké okolí. Užívání konopných látek s sebou nese množství konkrétních rizik, která souvisí nejen s drogou samotnou, ale též s okolnostmi jejího užívání a s psychickými dispozicemi uživatele. Tato rizika nelze předem s jistotou uhádnout a určit, jaký bude mít droga okamžitý nebo dlouhodobý vliv na konkrétního jedince. Marihuanu někdy v životě kouřilo 44% mladých Čechů do čtyřiaadvaceti let,“* uzavírá Mahdaličková. *„V laické veřejnosti se traduje řada mýtů o duševně nemocných. Většina uživatelů s duševní poruchou nikdy nespáchá násilný trestný čin, i když je u nemocných se schizofrenií mírný počet násilných trestných činů, je to většinou u nemocných, kteří nejsou léčeni nebo nejsou léčeni správně. Tito lidé bývají oběťmi trestných činů. Lidé se schizofrenií jsou nespolehliví a nemohou soustavně pracovat. Je pravda, že zaměstnávání s psychickým onemocněním má svá specifika. Jsou dána především tím, že klinický obraz často kolísá, není tak stálý, což omezuje ochotu zaměstnavatelů je zaměstnávat. Nicméně*

velká část uživatelů je nějaké formy pracovního zařazení schopna. Zvláštní kapitolou jsou nejrůznější „kombinace“, například duální diagnózy (např. schizofrenní pacienti zneužívající současně psychoaktivní látky). Potíže nestačí řešit pouze na úrovni zdravotnické péče, ale je třeba pro ně zajistit doplňkové sociální služby. Je to skupina, o níž pečují dva systémy. Sociální a zdravotní. Aby bylo možné poskytovat kvalitní péči, je nutné tyto systémy zkoordinovat (Gabriela Mahrová, Martina Venglářová a kol., str. 126-127). V teoretické části byla popsána historie návykových látek a současný stav v České republice. Zvláštní kapitola je věnována druhům návykových látek a jejich užívání. V kapitole s názvem Schizofrenie je věnována pozornost tomuto onemocnění, zejména druhům a průběhu onemocnění. Cílem výzkumného šetření bylo odpovědět na hlavní výzkumnou otázku „*Jak různě pozitivně ovlivňuje užívání omamných a psychotropních látek sociální fungování u lidí s diagnostikovanou schizofrenií*“, přičemž byla použita kvalitativní výzkumná strategie, konkrétně technika polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovory s respondenty vybranými podle předem stanovených kritérií potvrdily důležitost rodinného zázemí, vědomí, že existuje pomoc ze strany neziskových organizací zabývajících se drogovou problematikou a duševním onemocněním. 26. června je mezinárodní den proti zneužívání drog a nezákonnému obchodu s nimi. Svět si každoročně připomíná tento den protidrogovou kampaní, která je řízená a koordinovaná OSN - UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime).

Použitá literatura

1. FISCHER, Slavomil; ŠKODA, Jiří. *Sociální patologie*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014. ISBN 978-80-247-5046-0
2. FURST, Peter T. *Hallucinogens and Culture*. DrahmaGaia Mat' a, 1996. ISBN 80-901915-7-6
3. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2. Praha: Portál, 2008. 407 s. ISBN 978-80-7367-485-4.
4. JANEBOVÁ, Radka; SMUTEK (EDS.), Martin. *Posuzování životní situace v sociální práci*. Vyd. 1. Hradec Králové: Gaudeamus, 2008. 321 s. ISBN 978-80-7041-419-4.
5. JANEBOVÁ, Radka; KAPPL, Miroslav; SMUTEK (EDS.), Martin. *Sociální práce: Mezi pomocí a kontrolou*. Vydání 1. Hradec Králové: Gaudeamus, 2008. 373 s. ISBN 978-80-7041-118-6.
6. KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese*. Vyd. 5. Praha: Portál, 2006. 147 s. ISBN 80-7367-181-6.
7. MAHDALÍČKOVÁ, Jana. *Víme o drogách všechno?*. Vyd. 1., Praha: Wolters Kluwer, 2014. 124 s. ISBN 978-80-7478-589-4-
8. MAHROVÁ, Gabriela; VENGLÁŘOVÁ A KOL., Martina. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. První vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. 176 s. ISBN 978-80-247-2138-5
9. MATOUŠEK, Oldřich, et al. *Základy sociální práce*. Vyd.2. Praha: Portál, 2007. 312 s. ISBN 978-80-7367-331-4.
10. MATOUŠEK, Oldřich, et al. *Metody a řízení sociální práce*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008. 384 s. ISBN 978-80-7367-502-8.
11. MATOUŠEK, Oldřich; KOLÁČKOVÁ, Jana; KODYMOVÁ (EDS.), Pavla. *Sociální práce v praxi*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005. 352 s. ISBN 80-7367-002-X.
12. MIOVSKÝ, Michal. *LSD a jiné halucinogeny*. Praha. Albert, 1999. ISBN 80-85834-35-9.
13. MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Vyd.1. Praha: Grada Publishing,a.s, 2006. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.

14. POLANECKÝ, V.; ŠMÍDOVÁ, O.; STUDNIČKOVÁ, B.; ŠEJDA, J. *Užívání drog, alkoholu, tabáku a životní styl středoškoláků a učňů v České republice-1997*. Praha: Prospektum s.r.o., 1998
15. PUNCH, Keith F. *Základy kvantitativního šetření*. Vyd.1. Praha: Portál, 2008. 152 s. ISBN 978-80-7367-381-9.
16. NECHANSKÁ, B.; MRAVČÍK, V.; ŠŤASTNÁ L.; BROŽOVÁ, J. *Uživatelé alkoholu a jiných drog*. Vyd.1. Úřad vlády České republiky, 2011. ISBN 978-80-7440-048-3
17. GITTERMAN, A.; GERMAIN, C. *The Life Model of Social Work Practice*. Columbia University Press, 2008. ISBN 9780231139984
18. NAVRÁTIL, P. *Teorie a metody sociální práce*. Marek Zeman, 2001. ISBN 80-903070-0-0
19. KOL. AUTORŮ OBČANSKÉHO SDRUŽENÍ SANANIM. *Drogy – otázky a odpovědi*. Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-223-2

Internetové zdroje

1. <https://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>
2. <http://www.sananim.cz/o-nas/kdo-jsme.html>
3. <https://www.greendoors.cz/cs/komu-pomahame/>
4. <http://www.drogovaporadna.cz/halucinogeny/lzd.html>
5. <http://www.drogovaporadna.cz/konopne-drogy-uvod.html>
6. <http://www.drogovaporadna.cz/stimulacni-drogy.html>
7. <http://www.drogovaporadna.cz/halucinogeny/lzd.html>