

Univerzita Pardubice

Fakulta filozofická

Závislost na pervitinu z pohledu bývalých uživatelů

Bc. Kateřina Králová

Diplomová práce

2021

Univerzita Pardubice
Fakulta filozofická
Akademický rok: 2019/2020

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Kateřina Králová**
Osobní číslo: **H19297**
Studijní program: **N7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Resocializační pedagogika**
Téma práce: **Závislost na pervitinu z pohledu bývalých uživatelů**
Zadávající katedra: **Katedra věd o výchově**

Zásady pro vypracování

Diplomová práce se bude zabývat problematikou drogových závislostí. Přímou se bude zabývat bývalými uživateli pervitinu. Zaměřuje se na jejich zkušenosti s pervitinem a na faktory, které bývalé uživatele podnítily k abstinenci. Cílem je zjistit a popsat jejich zpětné začleňování do společnosti, navazování sociálních vztahů a postavení na trhu práce. Sběr dat bude probíhat pomocí polostrukturovaných rozhovorů s bývalými uživateli pervitinu.

Rozsah pracovní zprávy:

Rozsah grafických prací:

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

1. BĚLÍK, Václav, Stanislava SVOBODA HOFERKOVÁ a Blahoslav KRAUS. *Slovník sociální patologie*. Praha: Grada, 2017. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-271-0599-1.
2. *Drogy: otázky a odpovědi : [příručka pro rodinné příslušníky a pomáhající profese]*. Praha: Portál, 2007. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-7367-223-2.
3. GÖHLERT, Fr.-Christoph a Frank KÜHN. *Od návyku k závislosti: toxikomanie : drogy: účinky a terapie*. Praha: Ikar, 2001. Pro zdraví. ISBN 80-7202-950-9.
4. HAJNÝ, Martin. *O rodičích, dětech a drogách*. Praha: Grada, 2001. Pro rodiče. ISBN 80-247-0135-9.
5. HANSON, Glen, Peter J. VENTURELLI a Annette E. FLECKENSTEIN. *Drugs and society*. Twelfth edition. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning, [2015]. ISBN isbn978-1284036374.
6. ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.

Vedoucí diplomové práce:

Ing. Jaroslav Myslivec, Ph.D.

Katedra věd o výchově

Datum zadání diplomové práce:

31. března 2020

Termín odevzdání diplomové práce:

31. března 2021

doc. Mgr. Jiří Kubeš, Ph.D.

děkan

Ing. Jaroslav Myslivec, Ph.D.

vedoucí katedry

V Pardubicích dne 30. listopadu 2019

Prohlášení autora

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 9/2012, bude práce zveřejněna v Univerzitní knihovně a prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne

Bc. Kateřina Králová

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí mé diplomové práce Mgr. Lucii Hájkové za veškerý čas, odbornou pomoc, trpělivost, cenné rady a za vedení této práce, čehož si velice vážím. Velké poděkování patří také informantům, kteří se podíleli na této práci a poskytli mi informace, bez kterých by se výzkum nemohl realizovat. Oceňuji jejich upřímnost a odhodlání hovořit o chvílích života, které pro ně mnohdy nebyly vůbec lehké.

ANOTACE

Diplomová práce se bude zabývat problematikou drogových závislostí. Přímo se bude zabývat bývalými uživateli pervitinu. Zaměřuje se na jejich zkušenosti s pervitinem a na faktory, které bývalé uživatele podnítily k abstinenci. Cílem je zjistit a popsat jejich zpětné začleňování do společnosti, navazování sociálních vztahů a postavení na trhu práce. Sběr dat bude probíhat pomocí polostrukturovaných rozhovorů s bývalými uživateli pervitinu.

KLÍČOVÁ SLOVA

drogy, drogové závislosti, pervitin, bývalí uživatelé, abstinence

TITTLE

Methamphetamine addiction from the point of view of an ex-users

ANNOTATION

The master thesis will go through the problematics of drug addiction. The thesis will deal directly with ex-users of methamphetamine. The master thesis focuses on their experience with methamphetamine and on the factors, that encouraged ex-users to abstinence. The aim is to find out and describe their reintegration into society, the establishment of social relations and their position in the labour market. Data collection will take place through semi-structured interviews with ex-users of methamphetamine.

KEYWORDS

drugs, drug addiction, methamphetamine, ex-users, abstinence

OBSAH

ÚVOD.....	10
1. DROGY - OBECNĚ.....	11
1.1. Vymezení pojmu droga	11
1.2. Klasifikace drog	12
1.3. Základní pojmy související s tématem	15
2. PERVITIN.....	18
2.1. Vymezení pojmu a charakteristika.....	18
2.2. Pervitin v České republice.....	20
3. ZÁVISLOST	24
3.1. Vymezení pojmu a klasifikace	24
3.2. Kritéria stanovení diagnózy závislosti	26
3.3. Fáze a míra závislosti	27
3.4. Příčiny vzniku závislosti.....	29
4. TYPOLOGIE UŽIVATELŮ DROG.....	32
5. LÉČBA DROGOVÝCH ZÁVISLOSTÍ S ODBORNOU POMOCÍ.....	33
5.1. Farmakoterapie.....	36
5.2. Psychoterapie.....	37
5.3. Socioterapie	39
6. UKONČENÍ DLOUHODOBÉHO UŽÍVÁNÍ DROG BEZ ODBORNÉ POMOCI	41
7. SYSTÉM PÉČE – JEDNOTLIVÉ SLOŽKY	44
8. RELAPS A PREVENCE RELAPSU	48
9. BÝVALÍ UŽIVATELÉ DROG	51
9.1. Vymezení pojmu.....	51
9.2. Motivace a oblast závislosti.....	52
10. PRAKTICKÁ ČÁST	55
10.1. Cíl výzkumu	55
10.2. Výzkumné otázky	55
10.3. Metody výzkumu.....	55
10.4. Výzkumný soubor.....	56
10.5. Sběr dat	58
10.6. Etické aspekty výzkumu	59
10.7. Metoda analýzy kvalitativních dat	59
10.8. Představení informantů.....	60

10.9. Vyhodnocení dat	64
11. ZÁVĚR PRAKTICKÉ ČÁSTI	74
ZÁVĚR	77
Seznam použité literatury	79

„Nechceme lhostejně míjet ty, kteří ztratili víru v sebe, druhé, v lidskou existenci. Ty, kteří na své cestě životem hledali útočiště u drogy a poznali její odvrácenou tvář, která se objevuje s neúprosnou logikou – tvář utrpení, bolesti, samoty, nesvobody, smrti. Chceme podat pomocnou ruku všem, kdo na to čekají, volají své SOS. A varovat ty, pro které je droga symbolem magického neznáma, romantické vzpoury, únikem z nepřátelské skutečnosti.“
(Drogy: otázky a odpovědi, 2007, s. 10-11)

ÚVOD

Problematika drog a drogových závislostí se stala jedním z globálních společenských problémů současného světa. I přes veškerou její kauzalitu se však může zdát, že není zkoumána v celé její komplexnosti, protože pozornost je stále ubírána především na prevenci závislostí a závislosti samotné. I přestože si lze všimnout, že v posledních letech se pozornost začíná obracet i na problematiku bývalých uživatelů, tak tato oblast stále není zcela zmapována, a proto vyvstávají otázky, jak bývalí uživatelé zpětně vnímají období své závislosti? Podařilo se bývalým uživatelům svůj boj se závislostí vyhrát? Jak probíhal proces přestávání s návykovou látkou? V našem prostředí je napříč generacemi nejpobulárnější nelegální návykovou látkou pervitin, o kterém lze říct, že je pro své uživatele snadno dostupný a relativně finančně nenáročný. Tato návyková látka je však spojena s výrazným rizikem vzniku drogové závislosti, jež s sebou nese celou řadu negativních důsledků. Ukončení drogové kariéry uživatelů pervitinu je dlouhé, náročné a velice bolestné. Mnohdy tomuto rozhodnutí předchází nepříjemné životní situace, se kterými se jedinci musí vypořádat a v počátcích období abstinence musí čelit negativním dopadům, které vznikly z důvodu drogové závislosti.

Diplomová práce se cíleně zaměřuje na bývalé uživatele pervitinu, protože právě tato nelegální návyková látka je jednou z nejrozšířenějších v České republice. Další motivem k tvorbě této práce je snaha o bližší zmapování problematiky bývalých uživatelů, kteří zvítězili v boji nad svou závislostí, jež je nemilosrdným soupeřem.

Teoretická část práce se zaměřuje na problematiku drog a drogových závislostí. Blíže pojednává o drogách, drogové závislosti, pervitinu, typologii uživatelů, systému péče v rámci České republiky, relapsu a prevenci relapsu, léčbě drogových závislostí s odbornou pomocí, ukončení dlouhodobého užívání drog bez odborné pomoci a o bývalých uživatelích návykových látek.

V rámci praktické části diplomové práce byl realizován kvalitativní výzkum. Pomocí polostrukturovaných rozhovorů s šesti bývalými uživateli pervitinu jsem se snažila proniknout do problematiky bývalých uživatelů pervitinu. Cílem bylo zjistit a popsat, jak bývalí uživatelé pervitinu subjektivně vnímají své období abstinence, jaké faktory je podnítily k abstinenci, jak probíhalo jejich zpětné začleňování do společnosti, ale také jak se změnily jejich sociální vazby a postavení na trhu práce v období závislosti a v období abstinence.

1. DROGY - OBECNĚ

Z historického hlediska je patrné, že užívání drog doprovázelo lidstvo už od nepaměti. Napříč společností lze nalézt celou řadu látek, které mají charakter vyvolat v člověku závislost, ať už psychickou či fyzickou. Nicméně některé z těchto látek mohou zapříčinit zdravotní, psychické či sociální komplikace těžšího rázu než ty, se kterými se lze v každodenním životě běžně setkávat. V současnosti problematika drog a drogových závislostí představuje markantní problém, který postihuje značnou část populace. Abychom se mohli věnovat tomuto tématu, je třeba na počátku teoretické části diplomové práce vymežit termín droga, klasifikovat jej a vymežit základní pojmy, které souvisejí s tímto tématem. Počáteční vymezení těchto pojmů je zcela stěžejní a nezbytné pro následné pochopení problematiky bývalých uživatelů.

1.1. Vymezení pojmu droga

Definice pojmu droga není zcela jednoznačná, a proto ji různí autoři definují odlišně. Tento pojem má více významů. Jednak může být za drogu považována léčivá látka, která může mít rostlinný, nerostný či živočišný původ. Za drogu může být však považována i látka, která ovlivňuje psychiku člověka, a to způsobem, který je škodlivý a návykový. Tyto látky, které jsou škodlivé pro organismus člověka, jsou ve většině případech nelegální, anebo se je stát snaží různými prostředky omezovat (Bělík, Svoboda Hoferková, Kraus, 2017, s. 19).

Dle Ganeri (2001, s. 5-6) se pojem droga definuje jako „jednoduchá léčivá látka, organická nebo anorganická, užívaná samostatně nebo jako přísada.“ Ganeri však tento pojem dále ve své knize prohlubuje. Popisuje ji jako chemickou látku, která může působit na tělo člověka, měnit jeho náladu, jednání, ale může měnit i to, jak se člověk cítí, co slyší a vidí. I přestože může být látka sama o sobě jednoduchá, tak její účinky není radno podceňovat. Drogy mohou mít celou řadu druhů, forem či barev.

Zajímavá je definice Presla (1995, s. 9), který je odborníkem v této problematice. Presl vymezuje drogu jako jakoukoliv látku přírodního či syntetického původu, avšak v základě musí splňovat dva požadavky. V první řadě musí látka považovaná za drogu ovlivňovat prožívání reality člověka, jeho náladu a psychiku. Má tedy psychotropní účinky. Dalším požadavkem je, že musí mít závislostní potenciál, což znamená, že důsledkem užívání drogy může být závislost.

Lze se setkat i s definicí drogy jako omamné, psychotropní či psychoaktivní látky, protože ovlivňuje způsob vnímání, interpretaci a prožívání světa kolem nás. Je třeba znovu

poukázat na to, že drogy mají důležitou vlastnost, a to že vyvolávají návyk a později závislost. V případě, že se závislost rozvine, tak pro uživatele drogy už nemusí být důležité, co mu látka způsobuje, nýbrž to, co on sám od ní očekává. Efekty, které byly zmíněny, jsou dány změnou nervového systému. Tyto změny mohou být dočasné, ale i trvalé. I po přerušení užívání drogy mohou nadále přetrvávat. Změny nervového systému lze považovat za příznaky závislosti jako onemocnění, ale také vysvětlují, proč při ukončování závislosti nestačí pouze vůle uživatele, ale mnohdy je potřeba i odborně vedená léčba (Drogovaporadna, 2009).

1.2. Klasifikace drog

V odborné literatuře lze nalézt celou řadu dělení drog na základě různých kritérií. Tato dělení drog se často odlišují, protože neustále vznikají nové drogy, které zapříčiňují vznik závislosti a taktéž záleží dle kterého kritéria se k drogám přistupuje. Ganeri (2001, s. 8) uvádí dělení drog na základě rizika pro duševní a tělesné zdraví uživatele:

1. Drogy měkké – Obvykle jsou užívány pouze rekreačně či experimentálně, a proto nebývají doprovázeny abstinenciemi nebo odvykacími symptomy. I přestože jsou nazývány měkké, tak nelze konstatovat, že by nebyly nebezpečné, protože jejich účinky mohou být dlouhodobé a mohou ovlivňovat psychiku uživatele.
2. Drogy tvrdé – Bývají spojovány s drogami, které jsou silné a nebezpečné. Pro organismus člověka mohou být vysoce škodlivé a především návykové. Ukončením užívání těchto návykových látek se mohou dostavit příznaky abstinence, které se projevují psychickými či tělesnými účinky.

Hartl a Hartlová (2000, s. 123) dodávají, že drogy měkké nejsou příliš vymezené, protože se u nich pouze předpokládá, že jsou pro lidský organismus méně škodlivé a návykové než drogy tvrdé. Mezi tvrdé drogy patří například alkohol, který je ve společnosti tolerován, což se zdá velice kontroverzní. Uvádějí, že měkkou drogou může být například hašiš a marihuana. Mezi tvrdé drogy řadí dále například pervitin, heroin či kokain.

Společnost zaujímá k problematice drog postoj, kterým usuzuje, zda se jedná o drogu legální či nelegální. Legalita vypovídá o tom, jestli je konzumace, výroba či distribuce dané látky ve společnosti tolerována či naopak. Drogy můžeme klasifikovat na základě postoje společnosti k droze:

1. Drogy legální – Legální drogy jsou volně přístupné. Podmínkou může být věk konzumenta nebo lékařský předpis. Tyto drogy jsou společností tolerovány. I přestože jsou legální, tak mohou být škodlivé pro lidský organismus a mohou s sebou nést rizika zdravotních komplikací nebo vzniku závislosti. Mezi legální drogy přísluší například kofein, nikotin, alkohol ale i různé léky.
2. Drogy nelegální – Nelegální drogy nejsou společností tolerovány. Jejich výroba či držení se trestně stíhá. Mezi nelegální drogy přísluší například pervitin, heroin, kokain, extáze a látky konopného původu (Substitucni-lecba, 2020).

Některé drogy nejsou pro lidský organismus natolik škodlivé či toxické a riziko vzniku závislosti je poměrně nízké. Existují však drogy, které mají toxický dopad na organismus člověka velice vysoký, nesou celou řadu zdravotních a sociálních komplikací a riziko vzniku závislosti je skutečně obrovské. Z tohoto důvodu se drogy klasifikují na základě rizika závislosti:

1. Drogy s mírným rizikem – Pro lidský organismus jsou škodlivé, ale riziko závislosti je u nich nižší. Jedná se například o marihuanu, kofein či extázi.
2. Drogy s vysokým rizikem – Pro lidský organismus jsou velice nebezpečné, protože míra vzniku závislosti je opravdu markantní. Jedná se například o pervitin, heroin či toluen (Substitucni-lecba, 2020).

Každá látka ovlivňuje organismus a psychiku člověka jiným způsobem. Tyto látky je potřeba rozdělovat a odlišovat podle účinků, které je charakterizují. Na základě působení na psychiku člověka se drogy rozdělují:

1. Látky tlumivé – Relativně rychlým způsobem způsobují fyzickou závislost. Pokud lidský organismus nedostane dávku dané návykové látky, přichází abstinenční syndrom. Tyto návykové látky charakterizuje ospalost, zpomalenost reakcí, uvolněnost, netečnost a celkové uklidnění. Do této skupiny látek přísluší například alkohol, léky nebo heroin a jiné.
2. Látky povzbuzující – Tyto látky jsou stimulanty, které probouzí funkci centrální nervové soustavy. Konzument těchto návykových látek má spoustu energie a nepotřebuje spánek ani jídlo. Konzument je nabuzen fyzicky, ale i duševně. Proudí v něm pocity euforie. Na povzbuzujících látkách se vyvíjí psychická závislost. Jedná se například o kofein, nikotin, kokain a pervitin.

3. Látky halucinogenní – Často směřují k experimentování s tvrdými drogami. Halucinogenní látky jsou velmi nebezpečné, protože se nedají předvídat účinky na psychiku člověka. Vyvolávají halucinace, které se dotýkají zraku a mnohdy i sluchu. Člověk pod vlivem halucinogenních látek vnímá jinak prostor, ve kterém se nachází a barvy. Ovlivněna je tedy psychika, prožívání a vědomí člověka (Substitucni-lecba, 2020).

Kalina a kolektiv (2003, s. 150) uvádějí velmi obsáhlé dělení drog, které zde pro lepší orientaci bude nejdříve představeno a až následně vysvětleno. Drogy lze dělit na alkohol; opioidy a opiáty; stimulancia; halucinogenní drogy; konopné drogy; léky vyvolávající závislost; těkavé látky; MDMA a jiné drogy technoscény a jako poslední tabák. První zmíněnou skupinou drog je alkohol. Nadměrná konzumace alkoholu je nazývána alkoholismus (Kalina a kol., 2003, s. 151). Dle aktuálních údajů se Česká republika umístila jako čtvrtá ve spotřebě alkoholu z celého světa. Pomyslné první místo obsadila Litva, kterou dále následují Rakousko a posléze Francie (Novinky, 2019). Kalina a kolektiv (2003, s. 159) uvádějí další skupinu návykových látek a to opioidy, které jsou v lékařství používány jako velice silné léky na bolest, proti kašli či při léčbě odvykacího stavu. Opiáty jsou podřazené opioidům a potlačují bolest. Zastupují je drogy jako heroin či metadon. Stimulancia jsou látky, pro které je charakteristický budivý efekt. Uživatel je vlivem jejich působení plný energie, nepotřebuje spát ani jíst a prožívá pocity euforie. Jsou zastoupeny amfetaminy a metanfetaminy, které mají obdobné složení. Metanfetamin neboli pervitin je ryze českou drogou a amfetaminy jsou látkou rozšířenou ve světě, avšak se slabším účinkem. Dále stimulancia zastupuje kokain (Kalina a kol., 2003, s. 164). Halucinogenní drogy mohou být původu rostlinného, živočišného, umělého či poloumělého nebo se mohou získávat z hub. Příkladem těchto drog je LSD¹ a lysohlávky. Charakteristický je jejich účinek na psychiku člověka (Kalina a kol., 2003, s. 169). Konopné drogy se získávají z rostliny konopí. Účinkují na psychiku člověka. Na černém trhu se dají sehnat v podobě marihuany a hašiše. Jsou považované za poměrně bezpečné drogy, avšak mnohdy bývají vstupní drogou k těm tvrdým (Kalina a kol., 2003, s. 174). Léky vyvolávající závislost jsou medikamenty, které působí na bolest, spánek, mají zklidňující účinky nebo pozitivně ovlivňují náladu člověka. U této skupiny drog lze hovořit o zneužívání návykových látek s důsledkem závislosti na lécích (Kalina a kol., 2003, s. 187). Těkavé látky jsou někdy nahrazovány pojmy jako látky prchavé či drogy inhalační. Jedná se zejména o ředidla, lepidla,

¹ LSD je nejznámější drogou z halucinogenů. Stalo se symbolem hnutí hippies. Vlivem jeho působení dochází k psychedelickým prožitkům. Jedná se o chemickou látku, na které nevzniká závislost.

rozpouštědla, ale i různé typy plyných látek. Aplikují se vdechováním (Kalina a kol., 2003, s. 193). MDMA a další drogy, které jsou spojené s technoscénou, se mnohdy nazývají také jako taneční drogy. Užívají se pouze rekreačně a nejčastěji mezi mladými dospělými lidmi za účelem pobavení. Uživatelé tanečních drog je považují za bezpečné, avšak je zde riziko úplného vyčerpání organismu. Zástupce této skupiny návykových látek je extáze neboli MDMA (Kalina a kol., 2003, s. 200). Poslední skupinou drog je tabák.

1.3. Základní pojmy související s tématem

Chceme-li se věnovat problematice drog a drogových závislostí, tak je třeba zaměřit pozornost na základní pojmy, které s touto problematikou souvisejí. Nicméně jsou zde uvedeny pouze pojmy, jenž slouží k počátečnímu vymezení a lepší orientaci.

V momentě, kdy dochází k pravidelnému užívání látky či drogy způsobem a dávkováním, které jedince poškozuje, tak lze mluvit o zneužívání návykových látek či drog. Jedná se o využití kterékoliv drogy či látky způsobem, ke kterému původně nebyla určena. Může se jednat i o využití látky z jiných důvodů, než jsou léčebné. Tento pojem může být také nazýván jako nesprávné užívání drog (Ganeri, 2001, s. 7). Dochází-li ke zneužívání návykových látek, tak si lze všimnout jistých změn v chování uživatele, ke kterým může docházet pozvolna. Zpočátku se může zdát podezřelá častá změna nálad, podrážděnost, záškoláctví, vyhýbání se povinnostem, nedostatek peněz, pokles zájmů, lhaní a jiné změny v chování. Tyto změny však neznamenají, že dochází k možnému zneužívání drog. Pravděpodobnější zneužívání drog charakterizuje například nespavost, ztráta chuti k jídlu, nevolnosti, rozšířené zorničky, nadměrné pocení, třes těla, nevolnosti, ale i pocit, že je osoba pronásledována. Zřejmé zneužívání drog se projevuje kriminálním jednáním, poruchami vědomí, dezorientací, akutní otravou, depresi, sebepoškozovacími tendencemi. Může však dojít k odhalení v testech ukazujících přítomnost drog, přiznáním uživatele nebo nalezením jeho drog a materiálu, který je potřeba k aplikaci drogy (Drogy-ne).

Opakovaným užíváním drogy vzniká návyk, který je možno charakterizovat jako „*opakovaním získaný sklon k vykonávání určitého úkonu či činnosti v dané situaci na daný podnět.*“ (Hartl, Hartlová, 2000, s. 343) O návyku lze hovořit, pakliže se jedinec vzdá svých životních cílů či vyhlídek, naruší se jeho dosavadní životní styl a droga začne nekontrolovaně ovlivňovat jeho každodenní bytí a prožívání. Návyková látka začne zaobírat čím dál větší místo v jeho životě, ovlivňovat jednání a vytvářet tak bariéry. Návyk je určitým mechanismem,

kterým toxikoman odměňuje sám sebe. Pomocí drog potlačuje negativní pocity nebo naopak vyvolává ty pozitivní (Göhlert, Kühn, 2001, s. 11). V jistých aspektech se může zdát, že návyk je totéž, co drogová závislost. Zde je však nutno podotknout, že mezi návykem a závislostí je rozdíl. Tento rozdíl je patrný v projevech chování uživatele drog. Návyk je sklon k určitému jednání, který je projevem vůle uživatele drog. Nicméně drogová závislost, která je fyzická, nelze ovládat vůlí (Vychovakezdravi, 2009). Drogová závislost je někdy taktéž označována jako toxikomanie či narkomanie. Narkomanie je však název, který je používán spíše laiky. Jedná se o psychickou a fyzickou závislost na určité návykové látce. Jedinec, který zneužívá návykové látky, je nazýván toxikoman (Hartl, Hartlová, 2000, s. 624).

S uplynulou dobou užívání návykových látek vzniká drogová tolerance. Lidský organismus si zvykne na určitou drogu tak, že se postupně musí navyšovat dávka, aby se dosáhlo stejného účinku jako na počátku užívání. Tolerance vůči droze se tedy postupně zvyšuje. Jedná se o stav organismu, který vypovídá o jeho snášenlivosti vůči určité návykové látce (Hartl, Hartlová, 2000, s. 622). Přítomnost drogové tolerance naznačuje, že uživatel drogy je již závislý. V případě, že se pozastaví nebo ukončí přísun drog do těla závislého, tak nastanou abstinenční příznaky, kterými organismus reaguje. Mohou se projevovat tělesnými i psychickými účinky. Na počátku abstinence dochází k psychickým účinkům, které se projevují neustálou touhou po dané látce. Psychické účinky abstinenčních příznaků mohou být pro člověka hůře snesitelné než účinky tělesné. Ty se projevují pocením, křečemi, bolestí hlavy, tiky a třesem těla. V krajních případech může nastat smrt (Ganeri, 2001, s. 8).

Zneužívání drog obvykle neprobíhá pouze individuálně, ale skupinově. Na procesu užívání drog se podílejí konzumenti, ale i ti, co drogy vyrábí, distribuují a prodávají. Drogová scéna tedy zahrnuje uživatele drog, výrobce drog a obchodníky s drogami napříč určitým časovým obdobím v dané oblasti. Drogové scény se však odlišují i na základě toho, o jaký druh návykové látky se jedná a jakou formou je užívána (Janík, Dušek, 1990, s. 133). Tento pojem lze rozdělovat na základě místa užívání drogy, které je spojené s jistou anonymitou či naopak otevřeností uživatelů před veřejností, a to na drogovou scénu otevřenou, polootevřenou a uzavřenou. Otevřená scéna se odehrává na veřejně dostupných místech jako jsou náměstí, ulice, parky, nádraží a jiné. Polootevřená scéna se odehrává v restauracích, klubech či jiných zábavních místech. Zavřená scéna je skryta v soukromých bytech, klubech či akcích (Drogy-info, 2015). Pro hlubší porozumění a nahlédnutí do této problematiky lze najít slangový

slovník², který je součástí příručky *Drogy: otázky a odpovědi*. Autorem této publikace je kolektiv autorů sdružení SANANIM³. Slang se používá v rámci drogové scény. Je třeba však poznamenat, že výrazy, které se na drogové scéně používají, se neustále aktualizují a mění. Slang je odlišný i v rámci regionů (*Drogy: otázky a odpovědi*, 2007, s. 179).

² Slangový slovník je slovník, který obsahuje slangové výrazy a jejich vysvětlení. Jsou to výrazy charakteristické pro mluvu určité sociální skupiny, která může být zájmového nebo profesního charakteru. Nejedná se o spisovný tvar jazyka.

³ SANANIM je nezisková nestátní organizace, která byla založena v roce 1990. Její působnost je zejména v oblasti drogové závislosti. Poskytuje pomoc lidem, kteří jsou ohroženi drogovou závislostí, ale i jejich blízkým. Vytváří celistvý systém zahrnující prevenci, péči, léčbu, ale i resocializaci postižených osob drogami.

2. PERVITIN

Kapitola se podrobně zabývá vymezením a charakteristikou nelegální návykové látky pervitin, který je taktéž nazýván metanfetamin. Pozornost se dále zaměřuje na historii pervitinu v rámci České republiky.

2.1. Vymezení pojmu a charakteristika

Pervitin je v chemickém názvosloví nazýván jako metanfetamin. Patří do skupiny budivých aminů. Název pervitin dostala tato látka čistě v českém prostředí. Mezi uživateli pervitinu však koluje celá řada slangových výrazů. Mezi tyto skryté názvy patří peří, péčko, perník, matro, piko, speed, ale třeba i čeko, což je název typický v ilegálním obchodu s pervitinem, který míří mimo Českou republiku (Kalina a kol., 2003, s. 166). Tato návyková látka je na černém trhu v České republice nejběžněji dostupná. Metanfetamin je vyráběn ve varnách a následně prodáván v igelitových sáčkích nebo papírových balíčcích, které jsou nazývány psaníčka. V rámci České republiky se prodává pervitin relativně kvalitní, protože obsahuje asi 50 % látek, které jsou účinné, avšak zbytek jsou různé příměsi (Ganeri, 2001, s. 16).

Kalina a kolektiv (2003, s. 166) uvádějí, že pervitin neboli metanfetamin je bílý krystalický prášek, který nemá žádný zápach a má hořkou chuť. To však platí v případě, že jde o čistou formu této návykové látky. K uživatelům pervitinu se dostává látka, která je zabarvena do fialové či žluté barvy, což je ovlivněno příměsemi, které se používají v domácích laboratořích neboli varnách. Efedrin je základní látkou, ze které se při varu pervitinu vychází. Dále je potřeba k výrobě pervitinu fosfor červený a louh. Hajný (2001, s. 19) upozorňuje, že tento bílý prášek může mít kvalitu a koncentraci pokaždé zcela odlišnou, což se odvíjí dle chemického postupu, kterým se řídí vařič, což je výrobce pervitinu. Dále uvádí hlavní způsoby, jak užívat pervitin. Mezi tyto způsoby patří šňupání, kouření, polykání kapslí a nitrožilní aplikace. Působení a účinky pervitinu se dostávají téměř ihned po aplikaci drogy a přetrvávají v řádu hodin.

Působení a účinky pervitinu se dostávají v návaznosti na to, jaký způsob aplikace drogy konzument zvolil. U nitrožilního způsobu aplikace se účinek dostavuje ihned, u šňupání se účinek může dostavit během 5 až 10 minut a při polykání kapslí se účinek může dostavit do jedné hodiny. Účinky pervitinu mohou zmizet za 8 až 24 hodin, avšak v moči konzumenta se může vyskytovat až 14 dní po aplikaci (Kalina a kol., 2003, s. 166). Pervitin je chemická látka, která má velice obdobné účinky jako například kokain či crack. Tato návyková látka má mnoho

akutních a chronických účinků. Některé jsou v rámci možností žádoucí, což konzumenty láká, avšak každá mince má dvě strany. Hlavními účinky jsou pocit povzbuzení. Uživatel pervitinu pociťuje obrovský nával energie, kvůli kterému nepotřebuje spát. Do jisté míry otupuje pocity bolesti. Konzument zažívá pocity euforie, protože pod vlivem pervitinu má pocit zvýšeného sebevědomí (Hajný, 2001, s. 19). Kalina a kolektiv (2003, s. 166-167) zmiňují, že pervitin má velice výrazný vliv na motoriku uživatele. Příval energie zvyšuje jeho výkon. „*Urychluje psychomotorické tempo, způsobuje motorický neklid – typická je tzv. vykroucennost*⁴.“ Mezi další lákadla této látky patří zvýšení pozornosti, soustředěnosti a empatie. Vlivem zvýšeného sebevědomí je konzument sebejistější a více rozhodný. Pervitin ovlivňuje uživatele ve více rovinách po psychické i fyzické stránce. Mezi negativní dopady užívání pervitinu patří nechuť k jídlu, která může v pozdějších fázích hraničit s anorexií. Kvůli nedostatku spánku a vypětí sil může organismus pracovat až do úplného vyčerpání. Přestože je konzument soustředěnější a pozornější, tak kvalita myšlenek a jeho úsudku upadá. Vlivem pervitinu mohou nastat úzkosti a strach. Po uplynutí doby působení této látky přichází deprese a vyčerpání, což se nazývá dojezd.

Přestože se konzument může zprvu cítit povzbuzený a plný sebejistoty, tak tyto pocity odezní, jakmile odezní účinky drogy. Typické je tedy střídání nálad. Jedním z nebezpečí může být skutečnost, že se konzument vzpomíná z účinků ještě pár dní po aplikaci drogy, což pro něho může být těžké, a proto může drogu aplikovat znovu, aby se vyhnul úzkostným a depresivním stavům dojezdu. Toto jednání však může vyvolat závislost. Mezi vedlejší efekty může patřit i pocit pronásledování a pocit, že konzumenta okolí sleduje, což může v krajních mezích vést k duševním onemocněním (Ganeri, 2001, s. 17). Psychické komplikace jsou pro užívání pervitinu typické. Při dlouhodobé konzumaci se mohou objevit poruchy soustředění a poruchy paměti. Nicméně vážné psychické problémy si uživatel pervitinu může přivodit i při jednorázové dávce, která je vysoká. Velkým rizikem je toxická psychóza, která velmi připomíná schizofrenii. Toxická psychóza se rozvíjí postupně. Postižený jedinec je zpočátku vztahovačný. Prožívá silné úzkosti doprovázené halucinacemi. Zprvu si postižený halucinace uvědomuje, posléze nikoliv. Pokud není schopen vnímat realitu, tak je třeba psychiatrická léčba (Extc, 2009).

⁴ Vykroucennost je velice častým jevem zejména u uživatelů pervitinu (stimulantů). Nemusí se projevit u každého konzumenta. Jedná se o tikavý a zrychlený pohyb, který působí nepřírozeň a nekoordinovaně. Vykroucennost je především slangový výraz.

Zdravotní rizika se odvíjí od způsobu aplikace drogy. Pokud se pervitin kouří, tak se jedná o způsob, který je nejméně škodlivý. Riziko předávkování se rapidně snižuje a nehrozí ani riziko přenosu nemoci, protože při kouření není uživatel v kontaktu s krví. Šňupání pervitinu je taktéž méně škodlivý způsob, jak drogu aplikovat. Riziko předávkování je opět malé, avšak tím, že pervitin prochází dutinou nosní, tak vzniká náchylnost na infekce horních dýchacích cest. Při opakovaném užívání však může dojít k porušení sliznice nosní. V krajním případě může nastat ztráta čichu. Zdravotní rizika jsou nejvíce spjatá s nitrožilním způsobem aplikace drogy. Uživatel se může předávkovat a přenos nemocí je vysoce pravděpodobný. Mohou nastat i kožní či žilní infekce (Extc, 2009).

Následků, komplikací a rizik je s pervitinem spojena celá řada. Mezi zdravotní a sociální rizika patří bezesporu riziko závislosti, a to i přestože si to konzument sám neuvědomuje nebo si tuto možnost nepřipouští. Zdravotní riziko je spojené zejména s již zmíněnou nitrožilní aplikací drogy, protože si konzument může narušit cévní systém, mít srdeční problémy a je zde stále riziko žloutenky či HIV v případě, že nepoužije čistou injekční stříkačku (Kalina a kol., 2003, s. 167). Velice nebezpečné je pervitin kombinovat s jinými látkami. Při kombinaci pervitinu s alkoholem je velkým rizikem otrava, protože uživatel těchto látek nepocítuje účinky alkoholu, a proto nezná svoji míru. Marihuana zesiluje účinky pervitinu, a proto se jeho účinky mohou těžko odhadovat. Kombinace pervitinu s léky, zejména s antidepresivy, může ohrožovat život (Extc, 2009).

2.2. Pervitin v České republice

Pervitin je mnohdy považován za český vynález, což je však velice diskutabilní. „*Metamfetamin byl poprvé syntetizován z efedrinu japonským chemikem Nagaiem Nagayoshim v roce 1893, jeho krajan Akira Ogata pak v roce 1919 poprvé syntetizoval jeho krystalickou formu.*“ (Brenza, Růžička, 2012, s. 18)

Nicméně čeští experimentátoři a uživatelé drog na počátku 70. let tuto návykovou látku objevili znovu. Je třeba podotknout, že v té době bylo minimum informací o drogách a postupech k jejich výrobě, což bylo dáno omezeními spojenými s komunismem, ale i faktem, že neexistovala digitální média, informační a komunikační technologie, které existují dnes (Brenza, Růžička, 2012, s. 18).

Českou pervitinovou scénu lze rozdělit do pěti následujících etap:

1. *První generace - Průkopníci (cca 1973-1978)*

2. *Druhá generace – Následovníci (cca 1979-1984)*

3. *Třetí generace – Expanze (1985-1989)*

4. *Období Divokého východu (1989-1998)*

5. *Přelom tisíciletí až současnost (1999 – 2010)*

(Brenza, Růžička, 2012, s. 19)

V první generaci české pervitinové scény se angažovalo jen pár desítek lidí. Skupinu tvořili vařiči a uživatelé pervitinu. Jednalo se o komunitu, která byla velmi uzavřená. Drogy se distribuovaly jen v rámci komunity. Pro jedince, který byl mimo komunitu, bylo téměř nemožné pervitin sehnat. Jediným způsobem, jak pervitin získat, byla osobní známost s některým ze členů skupiny nebo určitý přínos pro tuto komunitu. Přestože se s metanfetaminem v té době neobchodovalo, tak získání pervitinu znamenalo, jistým způsobem se participovat na výrobě této látky. Každý v komunitě měl tedy svou roli. Někdo vlastnil prostory, kde se látka mohla vařit, další měl přístup k chemikáliím, lékům nebo k laboratornímu sklu. Největší postavení v rámci komunity měl vařič, který znal postup na výrobu pervitinu (Brenza, Růžička, 2012, s. 19).

V druhé generaci české pervitinové scény byl zdokonalen postup na výrobu pervitinu. Na konci 70. let se tedy pervitin začal vyrábět v krystalické formě, a tak se začal užívat pomocí injekční stříkačky formou nitrožilní aplikace. S novým způsobem aplikace vznikla nová rizika. Některé injekční stříkačky se získávaly ze známosti od jedinců pracujících ve zdravotnictví. Část pervitinové scény, která neměla potřebné konexe, neměla tuto možnost, a proto začala používat použité injekční stříkačky. V rámci tehdejší situace byly drogy a jejich užívání tabu. Uživatelé pervitinu nebyli informováni o rizicích spojených s užíváním této látky. Velkým problémem tedy byla nulová prevence. Je třeba uvést, že uživatelé pervitinu z první generace byli již pravidelnými konzumenty a začali se u nich projevovat vážnější obtíže. Komunita uživatelů drog se postupně rozrůstala. Z původní uzavřené komunity, která sčítala na desítky jedinců, se okruh rozrostl na stovky konzumentů. S pervitinem se v menší míře začalo obchodovat, avšak stále jen mezi známými (Brenza, Růžička, 2012, s. 19-20). Janík a Dušek (1990, s. 97) dodávají, že se v 80. letech výroba pervitinu velmi rozšířila. Pervitin a kodein se staly nejvíce zneužívanými návykovými látkami v našem prostředí. Problémem bylo, že

v Československu pervitin nebyl uveden jako léčivo. Nevztahoval se na něho tzv. opiový zákon. Nebyl zaznamenán ani v soupisu látek, a proto se na něho nevztahovala zákonná opatření.

Ve třetí generaci české pervitinové scény přibylo mnohonásobně vaříčů, ale i uživatelů drog. Komunita již nebyla uzavřená. Vaříči se přestali s uživateli pervitinu znát osobně. Začaly tedy nově vznikat interakce mezi dodavateli a zákazníky. Pervitin se objevil ve všech větších městech a zkušenost s touto drogou měly tisíce jedinců (Brenza, Růžička, 2012, s. 20).

Období Divokého Východu je charakteristické uvolňováním norem ve společnosti a zároveň hledáním a ustanovováním pravidel, které budou pro společnost nové. Tato doba hledání nové identity ve společnosti šla ruku v ruce k přísunu drog ze zahraničí, a tak se zvýšila dostupnost různých druhů drog, jejich kvalita, ale i příznivější cena. Následkem byla otevřenější a rozmanitější drogová scéna (Brenza, Růžička, 2012, s. 20).

Za poslední období české pervitinové scény lze považovat časový úsek od přelomu století až po současnost. Problematika drog byla a je na veřejnosti velmi často diskutována. Mnohdy se objevují mediální skandály ohledně spojitosti konzumace drog s politiky či jinými veřejně známými osobnostmi. Upravena je drogová legislativa, která stanovuje právní normy a předpisy. Policie je na rozdíl od předchozího období v drogové situaci zorientována a potlačuje otevřenost drogové scény. Důležité je zmínit, že upadá kvalita pervitinu, protože hlavní složkou při výrobě už není efedrin, ale pseudoefedrin, který zeslabuje jeho působení (Brenza, Růžička, 2012, s. 20). Efedrin se totiž v roce 2004 v České republice přestal vyrábět, protože docházelo k jeho zneužívání jako stimulační látky, ale také z důvodu toho, že se používal při výrobě pervitinu. Původně se efedrin využíval při léčbě chřipky, astmatu a narkolepsie. Využíval se také jako přípravek pro podporu hubnutí a proti nízkému tlaku. Později se však ukázalo, že dlouhodobé užívání efedrinu způsobuje závislost (Diastyl, 2021).

V závěru kapitoly věnované pervitinu budou uvedeny statické údaje ohledně drogové prevalence v populaci České republiky. Je však nutné zmínit, že tyto údaje nejsou zcela odpovídající, protože značná část drogové scény zůstává stále okolím a veřejnosti skrytá. Jedná se o data, jež jsou získána díky spolupráci se zařízeními, které jsou zaměřené na drogovou problematiku. V roce 2007 se odhadovalo, že v České republice bylo problémových uživatelů pervitinu cca 20 900. V roce 2015 se počet problémových uživatelů razantně zvýšil na celkový počet 34 200. Hovoříme-li o evropské populaci, tak zkušenost s amfetaminy mělo zhruba 3,8 % populace, což činí 12 500 000 dospělých jedinců. Z celkového počtu 12 500 000

uživatelů amfetaminu je 72 % mužů. Co se týče způsobu aplikace drogy, tak nitrožilní aplikaci používá 15 % uživatelů, šňupání využívá 46 % uživatelů, což je tedy nejčastěji používaný způsob aplikace a do nápojů či jídla si sype drogu 30 % uživatelů (Substitucni-lecba, 2020).

NMS⁵ každý rok realizuje výzkum Prevalence užívání drog v populaci České republiky, který vypovídá o stavu ve věcech drog v České republice. V roce 2018 se tohoto výzkumu zúčastnilo 1665 respondentů, kteří byli ve věku od 15 do 64 let, z nichž 29,7 % respondentů během života zkusilo nelegální drogu. Pervitin užilo přesně 2 % z nich. Výzkum také ukázal, že zkušenosti s nelegálními drogami mají ve větší míře spíše muži než ženy (Mravčík a kol., 2019, s. 39). V roce 2019 se tohoto výzkumu zúčastnilo 833 respondentů ve věku od 15 do 64 let, z nichž 31,9 % mělo během života zkušenost s nelegální drogou. Zkušenosti s pervitinem mělo 1,9 % z nich. Znovu se potvrdilo, že zkušenost s nelegálními drogami mají častěji muži než ženy (Mravčík a kol., 2020, s. 70). Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti se soustředí také na to, jaká je četnost problémového užívání nelegálních drog. Data se získávají od nízkoprahových služeb, které dodávají informace o počtu svých klientů. V roce 2018 se ukázalo, že v České republice bylo 43,7 tisíc problémových uživatelů, z nichž bylo 33,5 tisíc uživatelů pervitinu (Mravčík a kol., 2019, s. 75).

⁵ NMS je zkratka pro Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti.

3. ZÁVISLOST

Kapitola se zprvu věnuje vymezení pojmu a klasifikaci závislosti. Pozornost je dále směřována na kritéria stanovení diagnózy závislosti, fáze a míru závislosti a příčiny jejího vzniku.

3.1. Vymezení pojmu a klasifikace

V odborné literatuře lze nalézt více definicí pojmu závislost. Psychiatr, pedagog a specialista na léčbu závislostí Nešpor (2007, s. 9) uvádí definici syndromu závislosti dle Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize. „*Je to skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více.*“ Za zcela stěžejní charakteristiku, jež vypovídá o závislosti, se považuje především touha po dané látce, s čímž se ztotožňuje Hajný (2001, s. 14), který uvádí, že závislost na drogách je nemoc, jež se projevuje právě touhou po droze a jejích účincích. Dochází k užívání návykové látky, přestože v důsledku vznikají rizika a komplikace. Nejprve jedinec s danou látkou experimentuje a až po opakovaném užívání vzniká drogová závislost. Jedinci, kteří jsou závislí dlouhodobě, mohou opakovaně procházet abstinencí, avšak poté znovu upadnout do návyku. Přestože se může zdát, že jedinec má své užívání drogy pod kontrolou, tak opakovaná intoxikace vytváří bariéry v jeho životě a řadu sociálních, psychických a zdravotních komplikací. V *Psychologickém slovníku* se závislost vymezuje jako chronický stav, který vzniká opakovanou intoxikací či otravou organismu člověka látkou, která může být přirozeného či syntetického původu. Tato látka má negativní dopad na organismus uživatele, ale i na celou společnost. Závislost ve spojitosti s návykovými látkami je taktéž nazývána jako drogová závislost či látková závislost. Jedná se o vztah mezi drogou a organismem člověka, který lze považovat za patologický, protože opakovanou intoxikací se snižuje sebeovládání uživatele, kterého ovládá silná touha po dané látce, a tak dochází k periodickému opakování užívání a zvyšování tolerance organismu vůči látce (Hartl, Hartlová, 2000, s. 699).

V roce 1963 doporučila Světová zdravotnická organizace (WHO) používat pro tělesný a psychický stav závislosti termín drogová závislost, který byl zaměněn za zastaralejší označení toxikomanie a narkomanie. Tento termín zaštiťuje všechny typy závislosti, například i alkoholismus (Petrušek, Maříková, Vodáková, 1996, s. 225). Drogová závislost je vázána na určitou látku, kategorii daných látek, ale i na více látek najednou. Nešpor (2007, s. 10) zmiňuje

klasifikaci závislosti dle MKN⁶ 10, která je založena na základě toho, ke které látce se závislost vztahuje a dle toho ji dělíme:

- *F10.2 Závislost na alkoholu*
- *F11.2 Závislost na opioidech (např. heroin)*
- *F12.2 Závislost na kanabinoidech*
- *F13.2 Závislost na sedativech nebo hypnoticích (tlumivých lécích)*
- *F14.2 Závislost na kokainu*
- *F15.2 Závislost na jiných stimulantcích včetně kofeinu a pervitinu*
- *F16.2 Závislost na halucinogenech*
- *F17.2 Závislost na tabáku*
- *F18.2 Závislost na organických rozpouštědlech*
- *F19.2 Závislost na několika látkách nebo jiných psychoaktivních látkách*

Sdružení SANANIM drogovou závislost rozděluje na psychickou a fyzickou (tělesnou). Psychická závislost bývá mnohdy velmi podceňována, a to i přestože se velmi špatně ovlivňuje. Překonat ji, žádá mnoho motivace a pevné vůle. Především kvůli závislosti psychické je potřeba dlouhodobá léčba, která je nabízena v léčebných zařízeních nebo v terapeutických komunitách, kam se mohou uchýlit i recidivisté, kteří prošli několikaletou abstinencí, avšak závislosti znovu podlehl. Vypořádat se s psychickou závislostí trvá měsíce, léta, ale i celý život. Je to zcela individuální (Drogy: otázky a odpovědi, 2007, s. 19-20). Projevuje se zejména silnou touhou po užívání drogy pro její účinky, a to i přestože si uživatel drogy může být vědom, že daná látka poškozují jeho zdraví. Po opakovaném užívání drogy nastává tzv. návyková paměť, která nutí uživatele vynakládat úsilí, prostředky a ovlivňuje jeho jednání tak, aby zažíval znovu drogové opojení (Göhlert, Kühn, 2001, s. 22). Za příčinu problémů spojených se závislostí se považuje fyzická neboli tělesná závislost. Právě ta ovlivňuje uživatele tak, aby pravidelným opakovaným užíváním drogy nenastal odvykací syndrom, který je spojený s abstinencií příznaky, jež jsou velmi nepříjemné. Přestože mohou během pár dní odeznít, tak v krajních případech mohou vyústit ve smrt. Nicméně narozdíl od psychické závislosti ji lze odbourat pomocí lékařské péče za poměrně krátkou dobu (Drogy: otázky a odpovědi, 2007, s. 19-20). Tělesná závislost se může dostavit při úplné, ale i částečné abstinenci. Důvodem je, že organismus závislého zvyklý na pravidelný přísun drog, se naučil s drogou fungovat. Drogová tolerance se neustále zvětšuje,

⁶ MKN neboli Mezinárodní klasifikaci nemocí. Jedná se o publikaci, která systematicky umožňuje označovat lidská onemocnění, zdravotní problémy, poruchy, ale i jejich příznaky, situace a okolnosti.

a proto se dávka drogy musí taktéž navyšovat. Jinak přichází abstinenční příznaky, což je výstražným faktorem závislosti (Göhlert, Kühn, 2001, s. 22).

Göhlert a Kühn (2001, s. 23) dále zmiňují, že tělesné abstinenční příznaky se mohou projevovat znaky aktivace a tlumivými znaky. Znaky aktivace mají čtyři stupně. V prvním stupni je patrné nadměrné pocení, rozšířenost zornic, nevolnosti, střevní potíže či zvýšenost reflexů a dráždivosti. Ve druhém stupni dochází ke zmatenosti, horečce a vysokému tlaku. Třetí stupeň má již jisté psychotické znaky, ale může se objevovat i porucha vědomí. Čtvrtý stupeň se může projevovat tím, že abstinent má silné křeče, ztrácí vědomí, ale může být ohrožen i na životě. Tělesné abstinenční příznaky se také mohou projevovat tlumivými znaky, které se taktéž dělí do čtyř stupňů. V prvním stupni může docházet ke spavosti nebo zákalu vědomí. Ve druhém stupni zákal vědomí pokračuje, ale může nastat i kóma a snížený krevní tlak. Ve třetím stupni může nastat ochrnutí dýchání. Čtvrtý stupeň je skutečně závažný, protože může být poškozen mozek nebo může docházet ke ztrátě obrany proti bolesti, snížení četnosti dechů, tlaku krve, tepu, ale může být ohrožen i život.

Ne všechny závislosti jsou však spjaté s drogami, a proto se dají také rozlišovat na látkové a nelátkové neboli behaviorální závislosti. Látkové závislosti jsou tedy spjaty s návykovými látkami. Mezi nelátkové neboli behaviorální závislosti můžeme zařadit různé činnosti, které jsou pro daného člověka nutností k jejich vykonávání, protože mu přinášejí uspokojení či radost, avšak projevují se negativními komplikacemi nebo škodlivě ovlivňují jeho život. Mezi tyto činnosti lze zařadit například gambling, shopaholismus, přejídání, netolismus, závislost na sexu, ale i workoholismus. U některých nelátkových závislostí není cílem absolutní abstinence, ale alespoň relativní, protože mnohdy se jedná o činnosti, bez kterých se jedinec neobejde, a proto je nutné uvědomit si, jaká míra jedinci nebude škodit nebo vytvářet bariéry v jeho životě (Substitucni-lecba, 2020).

3.2. Kritéria stanovení diagnózy závislosti

Po vymezení a klasifikaci závislosti je třeba objasnit, jaká jsou kritéria pro stanovení diagnózy závislosti. Nešpor (2007, s. 10) uvádí kritéria, která stanovila Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize neboli MKN 10. Abychom určili tuto diagnózu, tak je třeba zjistit či stanovit, zda se během posledního roku objevily nejméně tři z níže zmíněných faktorů:

- intenzivní touha konzumovat drogu a prožít její účinky
- obtíže se sebeovládáním či kontrolou konzumace drogy

- snaha vyhnout se tělesnému odvykacímu stavu opakovanou konzumací drogy
- tolerance organismu vůči látce a navyšování dávky za cílem původního účinku
- postupná změna životního stylu a s ním souvisejícím zanedbáváním zájmů
- užívání látek, přestože vykazují škodlivé účinky a následky

Můžeme se však setkat i s trochu odlišnými diagnostickými kritérii závislosti podle DSM⁷-IV. Tento manuál uvádí, že se jedná o závislost, pakliže se prokazatelně vyskytly alespoň tři faktory z níže zmíněných během posledních dvanácti měsíců:

- zvyšující se tolerance organismu vůči droze
- abstinční příznaky, které se projevují při úplné či částečné abstinenci a snaha se jim vyhnout při opětovném užití dané látky nebo nahrazením jinou látkou
- užívání návykové látky ve větší dávce, než uživatel původně zamýšlel
- intenzivní touha po droze, neúspěšné snižování dávky a kontroly nad užíváním
- navyšování časového fondu stráveného sháněním, užíváním a vzpomínáním se z účinků návykové látky
- pokračující užívání drogy, i přestože jsou zjevné komplikace plynoucí z užívání návykové látky
- zanedbávání povinností a zájmů kvůli užívání návykové látky (Psycholog-jihlava, 2020)

3.3. Fáze a míra závislosti

Intenzita, frekvence a následky užívání vypovídají o tom, v jaké míře je závislost uživatele drog. Matoušek, Kodymová a Koláčková (2005, s. 212) zmiňují pět fází užívání drog, které vedou k závislosti:

1. Experimentování – Ve fázi experimentování se droga nekonzumuje pravidelně, a proto nemusí mít doprovodné škodlivé následky a komplikace, které by jedince ohrožovaly.
2. Příležitostná konzumace drogy – Zde je již patrná jistá perioda v užívání drogy. Látka se konzumuje méně než jednou týdně. Konzumuje se především během volného času. Droga nemá velký vliv na sociální fungování a psychickou rovnováhu uživatele, avšak následky působení drogy už se začínají objevovat. Prozatím jen po konzumaci drogy, která už ovlivňuje životní styl uživatele.

⁷ DSM neboli Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch. Jedná se o americkou příručku, která napomáhá klasifikovat mentální poruchy a porovnávat psychiatrické diagnózy.

3. Pravidelná neboli škodlivá konzumace drogy – Droga ovlivnila životní styl uživatelů, kteří ji konzumují již vícekrát do týdne. Frekvence užívání drogy se tedy výrazně zvýšila. Začínají se projevovat komplikace plynoucí z užívání.
4. Problémová konzumace – Frekvence užívání je zcela pravidelná. Zasahuje do soukromého, ale i sociálního života uživatele, který zaznamenává počínající zdravotní komplikace. Mnohdy může dojít ke změně aplikace drogy na nitrožilní způsob.
5. Závislost – Organismus vykazuje toleranci vůči droze. Uživatel je ovlivněn silnou touhou po droze, které podmaňuje svůj život a vynakládá prostředky a čas, aby mohl užívat návykovou látku.

Je však potřeba poznamenat, že každý jedinec je zcela individuální, a proto je každého cesta k závislosti zcela odlišná. Experimentování nebo příležitostná konzumace drog nemusí nutně vést k závislosti. Nicméně v případě pravidelné neboli škodlivé konzumace drogy už se pravděpodobnost velmi zvyšuje. Tak jako může být odlišná cesta k závislosti uživatelů drog, tak může být odlišný i pohled odborníků v problematice drogových závislostí na její fáze a projevy. Někteří odborníci se domnívají, že existují pouze čtyři základní fáze:

1. Experimentování – Jedná se o zcela dobrovolné požití drogy, které nemá sociální ani právní důsledky. Experimentování může proběhnout jednou, ale i vícekrát za účelem zábavy nebo vyrovnání se s nějakým problémem, kterému jedinec čelí. Jedinec zažívá zcela nové pocity, je plný euforie a vlivem působení drogy vnímá svět s nadhledem a bezstarostně. Důvodem ke konzumaci drogy může být i zvědavost, kterou jedinec uspokojí a dále si nepřejde drogu užívat. Problém nastane v případě, že jedinec propadne do další fáze.
2. Pravidelné užívání – Někteří jedinci vstoupí do této fáze a stále si nevytvářejí závislost, protože jsou schopni drogy přestat pravidelně užívat. Nicméně je zde velké riziko. Uživatel může nabýt dojmu, že má vše pod kontrolou. Z důvodu pravidelného užívání se postupně bude navyšovat dávka drogy, což se postupem času projeví v sociální a zdravotní rovině.
3. Rizikové užívání – Mezi pravidelným a rizikovým užíváním je opravdu tenká hranice. Pro rizikové užívání je však typické, že dochází k opakované intoxikaci, i přestože jsou již zjevné problémy, které plynou z užívání. Může se začínat objevovat silná touha po droze, podráždění, střídání nálad, deprese, posedlost po droze, ale i vyčerpanost.
4. Drogová závislost – Kromě silné touhy po droze se objevují abstinenční příznaky, které nastávají v případě, že se pozastaví přísun drog do organismu. Objevují se závažné

dopady na mezilidských vztazích, finanční situaci, fyzickém a duševním zdraví, ale mohou se začít objevovat i jiné sociálně patologické jevy (Casapalmera, 2020).

3.4. Příčiny vzniku závislosti

Důvodů a faktorů, které mohou vést ke vzniku závislosti je mnoho. Nelze s jistotou říct, které z nich vedou jedince k pravidelnému užívání drog. Nicméně vycházejí z psychických či fyzických dispozic, sociálního a rodinného prostředí, ze zkušeností, psychiky, aktuální situace, vzdělání, ale mohou souviset i s věkem daného jedince. Můžeme jen polemizovat o tom, jaká souhra faktorů a okolností předurčila riziko vzniku závislosti, protože závislý na drogách může být v podstatě kdokoli. Existují však teorie, které se pokoušejí vysvětlit příčiny, proč jedinci vyhledávají a užívají drogy.

Teorie biologická se domnívá, že mozek uživatelů drog funguje s vrozenými či získanými odchylkami. Příčinu vzniku závislosti si vysvětluje v tom, že některým jedincům může v mozku chybět určitá chemická látka v dostatečném množství, aby vyvolávala libé pocity jako radost a potěšení. V takovém případě mohou jedinci sáhnout po droze, která jim tyto pocity do jisté míry vynahradí (Pešek, Veselá Vondrášková, Veselý, 2007, s. 7). Psychoanalytická teorie vnímá drogovou závislost jako jakousi formu sebepoškození. Uživatelé drog jsou v nevědomém vnitřním konfliktu a zažívají nelibé pocity, před kterými se snaží uniknout. Pro odstranění těchto pocitů a uspokojení vlastních potřeb používají rizikové chování, které je mnohdy až dětinské, sebestředné a egocentrické. Tato teorie vnímá drogu jako náhradu za nefunkční vztahy s blízkými. Transpersonální teorie je duchovně založená. Zodpovídá otázky ohledně přesahu možností smyslů a rozumu. Badatelé této teorie pokládají za velice důležité, jak probíhal porod jedince, protože trauma, které při porodu mohl zažít, na něho může mít vliv až v dospělosti. Dále připisují velký význam tomu, že někteří jedinci touží po transcenci⁸, a proto sahají po drogách (Pešek, Veselá Vondrášková, Veselý, 2007, s. 8).

Teorie kognitivní vnímá příčinu vzniku závislosti v životním pozadí a v kritických událostech, které jsou spouštěčem. Jedinec mohl v dětství prožít nějakou traumatickou událost, která na něho měla negativní dopad a má ji hluboko v mysli zakořeněnou. Další kritická situace v jeho životě může být spouštěčem pro vyhledání a konzumaci drog. Svým způsobem si požití drogy omlouvá například tím, že by měl žít naplno nebo naopak, že jedno užití drogy mu nic neudělá. Teorie behaviorální vnímá drogové závislosti jako naučený vzorec chování, který

⁸ Transcendence je přesah smyslové a rozumové skutečnosti.

vznikne a je udržován následky tohoto jednání. Mozek uživatele drog se naučil a zapamatoval, že díky působení drogy se cítil dobře, protože si neuvědomuje, jakým dopadům může čelit při dlouhodobé konzumaci. Pozornost je věnována i sociálnímu učení, kdy jedinec pozoruje a napodobuje jednání, které kopíruje od blízkých, jež jsou pro něho vzorem. Poslední teorií je teorie sociální, která velmi souvisí s behaviorální teorií. Tato teorie se však přímo soustředí na mezilidské vztahy a vazby s okolím. Velkým problémem je snadná drogová dostupnost, která ovlivňuje vznik drogových závislostí. Vlivem užívání drog se poškozuje rodinné, partnerské, ale i přátelské vztahy, a proto uživatelé drog mohou vnímat jako pozitivum, že jsou součástí drogové scény, kde mohou být jistým způsobem uznávání, oblíbení a úspěšní (Pešek, Veselá Vondrášková, Veselý, 2007, s. 9).

Pro vysvětlení příčin vzniku závislosti bude uveden tzv. bio-psycho-socio-spirituální model závislosti. Kalina a kolektiv (2003, s. 91) uvádějí dle tohoto modelu, že na vzniku a rozvoji drogových závislostí se participuje více faktorů najednou, které mají vlastnost se stále měnit, vyvíjet a zároveň se vzájemně ovlivňovat. Tento model se rozděluje na čtyři úrovně, které jsou biologické, psychologické, sociální a spirituální. Biologická úroveň se soustředí především na genetické a dědičné vlivy. Ty se mohou projevovat vyšší predispozicí či sklony k dané návykové látce, ale i vyšší vrozenou tolerancí. Důležité je poporodní období, jak se dítě vyvíjelo a zda prošlo nějakými traumatizujícími situacemi. V rámci této úrovně je diskutován i porod, a to jakým způsobem probíhal, protože jeho okolnosti mají taktéž vliv na jedince. Zejména pokud při porodu byly použity látky na utlumení bolesti či případného stresu.

Úroveň psychologická se zaměřuje především na psychické zážitky, které mohly způsobit biologický defekt. Kupříkladu stres, který zažívá matka během svého těhotenství, nechtěně přenáší i na svůj plod, který ho zažívá s ní. V případě, že stres zaléčí či utlumí medikamenty, tak plod tuto informaci zaznamená a vtiskne si ji jako efektivní. Tato informace bude uchována v jeho podvědomí i po narození. V pozdějších letech vezme-li si jedinec látku, která má stejné nebo obdobné působení, tak přestože prožije zkušenost novou, tak se jedná o působení látky, které již prožil, než se narodil a toto působení může způsobovat návyk. Mezi psychologické faktory dále patří péče o dítě, uspokojování potřeb dítěte, podpora v krizových obdobích, zejména v období pubescence a adolescence, pomoc při objevujících se patologiích a jiné (Kalina a kol., 2003, s. 92).

Úroveň sociální se zaměřuje především na prostředí, ve kterém jedinec žije. Důležité jsou vazby v rodině, zvyky, rituály, výchova, patologie v rodině, zaměstnanost, vliv vrstevníků

a blízkých osob, rasa, sociální úroveň, postavení ve společnosti, místo bydliště, kvalita vztahů, trávení volného času, zájmové činnosti, ale i vzory a autority, a jiné. Všechny zmíněné faktory se jedince dotýkají a ovlivňují ho napříč jeho vývojovým obdobím. Značným problémem dnešní doby je vysoká rozvodovost, s ní spojený rozpad rodiny a do jisté míry nastavený systém společnosti, který na jedince vynakládá náročné požadavky a velký tlak skrze úspěchy, výkon a vzdělání (Kalina a kol., 2003, s. 92).

U spirituální úrovně *„jde o intimní oblast přímého prožitku toho, co je za každodenním úsilím, co dává smysl tomuto úsilí, co dává smysl životu vůbec“*. (Kalina a kol., 2003, s. 93) Spiritualita se však odlišuje od tradičního náboženství, přestože daný prožitek je náboženským směrem směřován, tak jedinci nemusí být součástí jakékoliv církve nebo být náboženského vyznání. Jedná se o rozumový a smyslový přesah, objevování jiných významů a úrovní toho, co dosud vnímal. Potřeba vyhledávat spiritualitu v posledních letech narostla vlivem konzumního stylu života a postupnou ztrátou duchovních hodnot. Velice patrný je i zájem o sebepoznávání. V rámci spirituální úrovně lze nalézt mnoho lidí, kteří zůstali závislími, protože měli potřebu naplňovat tyto hodnoty, které se pokoušeli hledat formou skupinových transcendencí založených na tanečních či stimulačních drogách na parties nebo naopak zcela osamoceně izolováni od ostatních. Na místo nalezení nových přesahů, významů a sebepoznání, však přišli o jakousi vnitřní svobodu, protože zůstali závislími na návykových látkách (Kalina a kol., 2003, s. 93)

4. TYPOLOGIE UŽIVATELŮ DROG

Adiktolog, psychiatr, psycholog a v neposlední řadě pedagog Kalina (2003, s. 17) uvádí typologii uživatelů drog, jež obsahuje pět základních typů jedinců, kteří se potýkají s drogami:

1. Experimentátoři – I přestože se jedná o nepřesně definovaný termín, tak v odborné literatuře se používá velice hojně. Tato skupina osob pouze testuje různorodé typy drog, které konzumuje občas, nárazově a bez periody. Důležitý je fakt, že užívání nemusí doprovázet komplikace a rizika.
2. Rekreční a příležitostní uživatelé – Zmíněná cílová skupina je charakteristická tím, že se zde už objevuje perioda v užívání návykové látky, s čímž souvisí vliv na životní styl. Konzumace probíhá méně než jedenkrát za týden. Prozatím nehrozí riziko vzniku závislosti a ani jiných komplikací. Pro tuto cílovou skupinu jsou charakteristické drogy jako je marihuana, extáze či LSD.
3. Pravidelní uživatelé – Již z názvu vyplývá, že se jedná o uživatele, u kterých lze nalézt pravidelnou periodu v konzumování návykové látky. Konzumace může probíhat i vícekrát v týdnu, s čímž souvisí velký vliv na životní styl konzumentů, ale i na vytvářející se komplikace a škodlivé účinky. Jedná se o škodlivé užívání.
4. Problémoví uživatelé – Skupina konzumentů užívající návykové látky již pravidelně a dlouhodobě. Zejména se jedná o opiáty, kokain či amfetaminový typ drog.
5. Závislí – O závislých můžeme hovořit v momentě, kdy splňují kritéria stanovení diagnózy závislosti. Mnohdy mohou být závislími i problémoví uživatelé.

5. LÉČBA DROGOVÝCH ZÁVISLOSTÍ S ODBORNOU POMOCÍ

„Člověk, který se dlouho oddával opiu nebo hašiši a který, ač oslaben svým otrockým návykem, přece našel potřebnou sílu, aby se ho zbavil, mi připadá jako uprchlý vězeň. Budí ve mně větší obdiv než člověk opatrný, který nikdy neklesl, protože se vždy pečlivě vyhýbal pokušení.“
(Nepustil, 2014, s. 9)

Drogovou závislost lze považovat za chronické onemocnění, a proto je třeba při léčbě a sociální rehabilitaci drogově závislých k tomu tak přistupovat. Léčba zahrnuje různé metody a přístupy, jež by měly odpovídat problematice závislostí, která je velice komplexní. Chceme-li, aby byla léčba účinná, tak by měly být zohledněny potřeby klientů a dle nich přizpůsobovat programy. Je však důležité uvědomit si, že není program, který by byl všeobjímající, a proto by se měly přístupy a metody vzájemně prolínat a doplňovat tak, aby byl daný program efektivní. Toho lze dosáhnout za předpokladu práce v týmu, jenž zastupují profesionálové z nejrůznějších oblastí (Kalina a kol., 2003, s. 15). Léčba drogové závislosti je možná, ale velice obtížná. Úplné uzdravení vyžaduje dlouhou dobu, která může být srovnatelná s dobou, kdy jedinec užíval drogy či ještě delší. Abstinenční syndrom, který se projevuje tělesnými příznaky pomine během několika dní, psychické příznaky nikoliv. Léčbu velice komplikuje závislost sociální, ale i další problémy, které se během užívání návykových látek mohly objevit. Úzdravu závislého mohou problematizovat blízké osoby, které jsou stálými konzumenty návykových látek. Dále v léčbě závislosti představuje riziko rodina, která vůči závislému jedinci ztratila důvěru. Léčbu také výrazně ovlivňuje vzdělání, praxe, pracovní návyky, přítomnost dluhů či záznam v trestním rejstříku, absence zájmů a sociálních dovedností, nemoc a jiné (Pešek, Veselá Vondrášková, Veselý, 2007, s. 19).

Pravděpodobnost efektivní léčby výrazně zvyšuje řada faktorů. Nejdůležitějším faktorem je, že se jedinec chce léčit a uvědomuje si své důvody k léčbě. Vnitřní motivace za cílem pozitivní změny je nesmírně důležitá. Dále léčbu podporuje sociální opora v rodině a v přátelích, ale také jisté sociální zajištění v podobě zaměstnání a bydlení. Hraje zde roli i věk uživatele a doba drogové kariéry. Čím mladší je závislý a čím déle užívá návykové látky, tím více je ohroženo jeho zdraví, úzdrava a zpětné začlenění do běžného života. Efektivní léčbu ovlivňuje i typ drogy, ze které se závislý léčí, ale také již zmiňovaný program a návaznost léčby. U zhruba 40 % jedinců je léčba efektivní a po propuštění dochází k absolutní abstinenci. Zbylí uživatelé drog, přesněji 50-60 %, se po propuštění z léčby znovu navrací ke konzumaci návykových látek (Pešek, Veselá Vondrášková, Veselý, 2007, s. 20-21).

Dle Kaliny (2003, s. 103) by se účinná komplexní léčba závislosti měla skládat ze tří složek. První složkou je poradenství, které se realizuje před nástupem do léčby. Toto poradenství má za cíl podporovat a posílit motivaci závislého, urychlit nástup klienta do procesu léčby, zlepšit jeho participaci, informovat ho o léčebném procesu a v neposlední řadě snížit riziko předčasného ukončení léčby. Druhou složkou je léčba samotná. Jejím cílem je abstinence, objasnění a hledání východisek ze zdravotních, sociálních a psychologických problémů klienta. Třetí složkou je následná péče. Tato péče má za cíl usnadnit zpětně sociální začlenění, snižovat relaps a zamezit pokračující drogové kariéře.

Kalina a kolektiv (2003, s. 106) uvádějí, že v současnosti by měl mít moderní terapeutický koncept následující znaky:

1. Intervence včas – V ideálním případě by měla být dostatečná nabídka sociálních služeb, které by měly být běžně dostupné a neměly by vytvářet bariéry pro potenciální zájemce. Pomoc by se neměla poskytovat ve chvílích, kdy je klient na dně, ale ve chvílích, kdy se objevují první problémy.
2. Individuální přístup – Každý jedinec je zcela individuální, a proto je třeba ke každému přistupovat odlišně.
3. Motivační podpora – Během zotavování se ze závislosti je posilování motivace nesmírně důležité. Motivace by měla vycházet ze strany klienta, ale i terapeuta.
4. Prevence relapsu – Relaps je velkým rizikem pro klienta po ukončení léčby, a proto se toto riziko nesmí ignorovat. Během léčebného procesu se terapeut s klientem na toho téma zaměřuje.
5. Upotřebení léčení, které je nedobrovolné – Terapeuti by měli klienty do jisté míry přesvědčit o tom, že i nedobrovolné léčení má smysl stejně jako dobrovolné.
6. Léčebné kontinuum a jeho zhodnocení – Mělo by být využíváno přípravného poradenství, léčby a následné péče, aby byla léčba komplexní. Léčby různého typu by se měly případně opakovat či na sebe navazovat.
7. Fázující terapeutické cíle za účelem snížení rizik – Někteří klienti nejsou schopni své jednání změnit, ale i přes to je povinností vynakládat prostředky a pomoc, kterými se sníží rizika a zvýší motivace.

Nešpor (2004, s. 94-95) zmiňuje, že při léčení drogové závislosti se prokázaly různé metody a postupy. Bohužel však programy či léčebné formy nenabízejí všechny, a proto by si každý měl vybrat formu a program léčení, co možná nejkvalitnější, tak aby vyhovoval jeho

požadavkům a potřebám. Léčba drogové závislosti může obsahovat tělesné vyšetření, psychoterapii, socioterapeutický klub, svépomocnou skupinu, relaxační techniky, jógu, terapii rodinnou, terapeutickou komunitu, cvičení či rozvoj žádoucích zájmů. Tělesné vyšetření má za cíl léčit tělesné a duševní obtíže. Toto vyšetření může být doprovázenou léčbou medikamenty. Zde je však nutno podotknout, že to může, ale také nemusí mít žádoucí účinky. Medikamenty mohou pomoci překonávat příznaky odvykání, psychické komplikace či případnou toxickou psychózu. Nicméně medikamenty mohou vyvolávat závislost na lécích a v případě kombinace medikamentů a drog mohou stav závislého výrazně zhoršit. Psychoterapie probíhá pouze mezi klientem a terapeutem. Může však probíhat i ve skupinách. Výhodou skupinové psychoterapie je, že závislý může najít porozumění v druhých, kteří prožívají obdobné problémy, a tak získat pomoc a oporu. Díky psychoterapii se jedinec může naučit více porozumět druhým, ale i sám sobě. Psychoterapie je tedy zdrojem sebepoznávání a jakéhosi překonání životních a duševních problémů. Svépomocné organizace a socioterapeutické kluby mají za cíl usnadňovat abstinenci pomocí pravidelných schůzek s lidmi, kteří překonávají svou závislost. Dochází k utvrzování zdravého životního stylu a k pomoci druhým lidem. Jóga, cvičení a relaxační techniky podporují zdravý způsob života, nalézání nových sociálních vazeb, překonávání negativních duševních stavů a napomáhají zvládnutí stresu a únavy. Rozvoj žádoucích zájmů napomáhá rozvíjet pracovní dovednosti, vzdělávání a připravuje závislé na vstup do života po absolvování léčby.

Velice významná je i rodinná terapie, což potvrzuje americký odborník na léčbu drogové závislosti Frederick Rotgers. Rotgers (1999, s. 118) tvrdí, že její hlavní myšlenkou je, aby se rodinní příslušníci závislého zapojili do léčebného procesu. V rámci rodinné terapie lze využívat dva typy terapií, a to párové a rodinné. Terapie v páru se obvykle účastní závislý jedinec a partner či partnerka. Využívá se zejména u dospělých jedinců. Do terapie rodinné však bývají zainteresované i další osoby z rodiny. Využívá se zejména u závislých osob v adolescentním věku. Rodinná terapie je obtížná metoda, protože daleko snazší je se zaměřovat pouze na jednoho klienta. Při rodinné terapii je pozornost věnována více klientům, a tak je potřeba zajišťovat participaci všech zúčastněných. Preston, Malinowski a Šefránek (2007, s. 11) poznamenávají další možnou náplň léčby, kterou se může stát již zmíněná terapeutická komunita. Komunity jsou zařízení, kde dochází k léčbě nealkoholových závislostí. Jedná se o dlouhodobé působení terapeutického programu, který má za cíl, aby jedinec dokázal fungovat bez konzumace drog. Jedná se však o možnost léčby, která nemusí vyhovovat každému.

5.1. Farmakoterapie

Při zotavování se z drogové závislosti má farmakoterapie společně s psychoterapií nezastupitelné místo. Od psychoterapie se odlišuje svým rozsahem použití, který je výrazně menší, ale také tím, jak se postupně projevuje, účinkuje a na jaké symptomy cílí. Farmakoterapii lze uplatnit jen pro omezené skupiny závislostí na určitých typech drog a také na poměrně omezené množství symptomů, které dané skupiny závislostí doprovázejí. Například farmakoterapie určená pro léčbu opioidní závislosti nelze aplikovat při léčbě závislosti na kokainu, protože účinky by nebyly efektivní (Rotgers, 1999, s. 232). Kalina a kolektiv (2003, s. 19) potvrzují, že farmakoterapie je součástí léčebného procesu, který je nedílný. Lze ji rozdělovat na medikaci cílenou k závislosti, medikaci podávanou z důvodu zmírnění škod, které vznikly konzumací návykových látek a medikaci klientů, u kterých se projevuje duální diagnóza⁹.

Farmakoterapie se využívá při detoxikaci, udržování a stabilizaci, při léčbě poruch, které se vyskytují současně a také při blokaci účinků návykových látek. Medikace se aplikuje při detoxikaci, protože některé návykové látky způsobují abstinenci syndrom, který doprovázejí symptomy, jež jsou potřeba utlumit a pomocí medikamentů kontrolovat tak, aby abstinenci příznaky byly snesitelnější. Detoxikace je prováděna v prostředí, které je kontrolováno nebo při hospitalizaci, protože některé látky by mohly být klienty zneužívány. Farmakoterapie je dále využívána při udržování a stabilizaci dlouhodobě závislých jedinců. V případě opioidní závislosti je heroin nahrazen za metadon, který je na rozdíl od heroínu legální. Tato substituční léčba je velice kontroverzní, avšak v důsledku působení metadonu jedinec může do jisté míry ve společnosti fungovat. Metadon je třeba aplikovat každý den a působí zhruba 24 až 36 hodin. Uživatel nemá abstinenci příznaky a nepociťuje silné nutkání po droze (Rotgers, 1999, s. 232). Farmakoterapii lze využít bez podpory psychoterapie jako samostatnou léčbu, avšak to lze považovat za prostředek, který je nedostatečný. Přestože se využívá při detoxikaci, stabilizaci a udržování, v léčbě poruch, které se objevují současně či blokování působení účinků návykových látek, tak se nejedná zcela o komplexní léčbu, protože je nutné klienty motivovat a povzbuzovat k abstinenci dále pomocí postupů psychoterapie (Rotgers, 1999, s. 235).

Co se týče léčby akutní intoxikace a léčby odvykacího syndromu stimulancií jako je metanfetamin neboli pervitin, tak se farmakoterapie či farmakologický zásah používá pouze

⁹ Duální diagnóza je kombinace duševní poruchy se závislostí na návykových látkách.

zřídka. Při závislosti na pervitinu se medikace používá pouze ve výjimečných případech jako jsou kardiovaskulární komplikace nebo v případě výrazného neklidu ke zklidnění. V zahraničních státech se však začala zkoušet substituční terapie amfetaminů, což znamená obrovský průlom (Kalina a kolektiv, 2003, s. 21). Zavedení substituční léčby pro uživatele pervitinu v České republice by značně ovlivnilo situaci na drogové scéně, což projednávali odborníci na drogovou problematiku již v roce 2018, avšak náhražková léčba pro závislé na pervitinu stále chyběla. *„Odborníci na protidrogovou problematiku se shodují, že zavedení substituční léčby závislým na pervitinu výrazně pomůže. Nyní proto u nich zjišťují, jak mají velkou motivaci se do substituční léčby zapojit. Léčba by měla ideálně vést až k úplné abstinenci.“* (IDNES.cz, 2018)

5.2. Psychoterapie

Psychoterapie má nepřeberné množství odvětví. Mnoho z nich je využíváno při léčbě drogových závislostí. *„Psychoterapie je odborné užívání psychologických postupů a prostředků při prevenci, léčbě a rehabilitaci poruch zdraví. Je součástí bio-psycho-sociálního přístupu ke zdraví a často do léčebné péče zahrnuje nejen klienta samotného, ale i osoby pro něj důležité, zvláště jen rodinu.“* (Kalina a kol., 2003, s. 25) Obecně lze konstatovat, že psychoterapie se aplikuje, aby odstranila nebo alespoň zmírnila psychologicky ovlivnitelné obtíže, objasnila příčiny těchto obtíží a pokud možno je taktéž zmírnila či odstranila. Během jejího působení se mění to, jak se klient chová a jak prožívá. Její cíle jsou různorodé. Odvíjejí se od řady faktorů jako je způsob použití, psychotherapeutické přístupy, povaha daných obtíží, sociální vazby klienta, osobnost a chování klienta a jiné (Kalina a kol., 2003, s. 25). Psychoterapie v oblasti drogových závislostí zasahuje do terénní práce, následné péče, terapeutických komunit, ale i do činností substitučních programů a nízkoprahových zařízení. Psychoterapie, která se reflektuje v oblasti drogových závislostí má určité aspekty a základní prvky, které ji charakterizují. Kalina a kolektiv (2003, s. 26) uvádějí, že tyto charakterizující prvky jsou:

- přeměna či úprava jednání, jež není kompatibilní s abstinencí
- nácvik či získávání pozitivních sociálních hodnot a dovedností, které mohou sloužit v zaměstnání, vzdělávání, ale i v osobním a rodinném životě
- povzbuzování a nápomoc k činnostem, jež usnadňují a podporují sebepoznávání, osobní růst a rozvoj sociálních vazeb

- nácvik modelových situací a rolí, jež vedou k utváření si aktivních a zvědavých postojů a k učení

Rotgers (1999, s. 234) pojednává o tom, že psychoterapie na rozdíl od farmakoterapie je ve většině případů efektivní pro léčbu závislosti. Pro tuto léčbu je základem, avšak s výjimkou léčby opioidní závislosti, u které je farmakologická léčba nutností. Přestože lze psychoterapii považovat za efektivní, tak lze nalézt jistá negativa. V případě psychoterapie jako samostatné léčby mohou klienti léčbu předčasně ukončit nebo porušit svou abstinenci. Může tak vzniknout riziko relapsu. V tomto případě by mělo dojít ke kombinaci psychoterapie s jinou metodou, například farmakoterapií, která by pomohla klientovi v léčbě a podpořila její výsledky.

V rámci psychoterapie je uplatňováno velké množství směrů a přístupů, které jsou založeny na odlišných teoriích, avšak cíl zůstává přesto stejný. Do základních směrů psychoterapie, jež se využívají při léčbě drogové závislosti včetně závislosti na pervitinu, lze zahrnout hlubinnou a dynamickou psychoterapii, kognitivně-behaviorální psychoterapii, humanistickou psychoterapii, rodinnou a systematickou psychoterapii, ale i různé přístupy hypnotického, relaxačního či integrativního rázu. Nejvíce využívané a odborníky v České republice uznávané jsou však kognitivně-behaviorální a behaviorální terapie. Behaviorální terapie je založena především na tom, že chování člověka je důsledkem či výsledkem učebního procesu. Proces učení, který zformoval problémové chování jedince, ho zároveň může napravit a změnit. Zároveň je však vnímán i silný vliv sociálního prostředí a prožitých situací jedince na proces učení. Behaviorální terapie ovlivňuje myšlení i emoce. Kognitivní teorie je založena na tom, že veškeré myšlenkové operace probíhající v mozku člověka zpracovávají informace pocházející z tělních receptorů. Tato teorie pojednává o závislosti jako o extrémním komplexním procesu, který lze charakterizovat jako maladaptivní přesvědčení, jež je uloženo hluboko a je přetrvávající. Toto přesvědčení je formováno již v časném dětství z důvodu vlivného působení zkušeností a zážitků, které jsou pro člověka kritické. Propojením těchto dvou teorií se zrodila kognitivně behaviorální teorie (Brenza, Růžička, 2012, s. 53). Jejími stěžejními rysy jsou například vědeckost, edukativnost, direktivnost, strukturovanost či časová omezenost. Jedná se o velice intenzivní spolupráci mezi terapeutem a klientem. Zaměřuje se především na přítomnost, určité převraty v životě a konkrétně a ohraničeně sleduje dané fenomény. Terapeutické postupy, které jsou využívány v rámci kognitivně behaviorální teorie nelze považovat za cíl, ale pouze jako prostředek. Cílem by měla být samostatnost (Brenza, Růžička, 2012, s. 54).

5.3. Socioterapie

Přestože se terapie vztahující se k léčbě závislostí rozdělují na dva hlavní směry, a to na již popsanou farmakoterapii a psychoterapii, tak se lze setkat s dalším terapeutickým směrem, jež se nazývá socioterapie. Ta má velice blízký vztah s psychoterapií, se kterou se vzájemně doplňují. Socioterapie a psychoterapie mají obdobné rysy, ale především i základní cíl, a to snahu pomoci jedincům z obtížných situací. Tato pomoc je realizována s profesionální podporou, avšak způsobem, díky kterému by klient porozuměl své situaci, překonal ji a naučil se danými situacemi pracovat tak, aby byl samostatný (Vymětal, 2003, s. 139). Dle Hartla a Hartlové (2000, s. 550) socioterapie je „*léčení nemocných prováděná snahou začlenit je opět do společnosti, šířeji sociální pomoc lidem společensky nepřizpůsobivým, propuštěným z výkonu trestu, z azylových zařízení apod.*“ Matoušek (2008, s. 207) zmiňuje, že socioterapie je soubor opatření, který slouží k příznivému ovlivňování situace a stavu jedinců, které lze považovat z důvodu přítomných nežádoucích jevů za rizikové nebo nacházející se v sociální nouzi. Cílem socioterapie je sociální rehabilitace a integrace těchto osob. Sociální rehabilitace je chápána jako obnova sociálních vazeb, dovedností a schopností, které z důvodu nežádoucího způsobu života a životního stylu byly narušeny. Matoušek (2008, s. 205) uvádí, že socioterapie neboli sociální terapie je realizována profesionálními intervencemi, které jsou zaměřené na podporu blízkých osob klientů. Krizové situace jsou pro některé jedince stresující a nedovedou si s nimi vlastními silami poradit, a proto využívají neformální či formální pomoci od druhých lidí.

Obsahem sociální terapie je například primární, sekundární a terciální prevence, poradenství, diagnostika, krizová intervence, spolupráce s terapeuty a jinými osobami, zapojování různých odborníků do spoluprací, sociální, rodinné a volnočasové rehabilitace, resocializace, přímá terapeutická práce a aplikování jiných metod, které podporují její vývoj (Zakouřilová, 2014, s. 21.) Aby bylo dosaženo cílů sociální terapie, tak je zapotřebí využití určitých nástrojů. Mezi tyto nástroje lze zařadit například sociální diagnostiku, sociálně-terapeutické rozhovory, prošetřování a navštěvování rodin, ale i blízkého okolí klienta, terapeutický vztah, mezioborové spolupráce, spolupráce s neziskovým sektorem, opatření ku prospěchu klienta, speciální a mediační techniky a metody, které podporují sociální terapii (Zakouřilová, 2014, s. 25-26). Průběh sociální terapie výrazně ovlivňují faktory jako je osobnost terapeuta, osobnost klienta, terapeutický prostor a vztah. Je třeba uvést, že neexistuje ideální osobnost terapeuta. Nicméně každý terapeut by měl mít požadovanou kvalifikaci, kterou by měl pravidelně doplňovat a neustále čerpat poznatky z humanitních věd. Klient by měl být

k terapii především motivovaný, měl by mít pozitivní přístup, měl by být vůči terapeutovi otevřený, mít k němu důvěru, cítit určitou zodpovědnost za své jednání a měl by být schopen přijímat různé alternativy řešení situace. Terapeutický prostor je velice důležitý, protože z něho klient musí cítit bezpečí a důvěru. Je zapotřebí vytvořit potřebnou atmosféru, čemuž velice napomáhají rituály jako jsou například zavedené metody loučení a vítání, vyjádření pocitů, domluva pravidel a jiné. Vztah mezi klientem a terapeutem se formuje napříč celou sociální terapií. Tento vztah tvoří psychické obsahy jako potřeby, postoje, zkušenosti a očekávání, dále je tvořen dynamikou, jež je založena společnými interakcemi (Zakouřilová, 2014, s. 31-33).

6. UKONČENÍ DLOUHODOBÉHO UŽÍVÁNÍ DROG BEZ ODBORNÉ POMOCI

„Pokud se léčba – tak jak jí v současnosti rozumíme – nezdá být efektivnější než přirozené uzdravné procesy, potom musíme těmto uzdravným procesům porozumět.“ (Nepustil, 2014, s. 13)

Přestože předchozí kapitola pojednává o nutnosti léčby drogové závislosti s odbornou pomocí, tak lze sledovat, že v posledních letech se začíná hovořit o ukončení dlouhodobého užívání návykových látek bez odborné pomoci. Český psycholog Pavel Nepustil (2014, s. 13) uvádí, že v současnosti prozatím nelze nalézt jednotnou terminologii pro tento fenomén, avšak on sám označuje ukončování užívání návykových látek bez pomoci odborníků za přirozené zotavení. Mínění, že dlouhodobé užívání návykových látek není možno ukončit bez pomoci odborníků, může souviset s tím, jak se postupně pojem závislost rozšiřoval. V 19. století tento pojem označoval konzumaci alkoholu, která měla fatální důsledky, avšak posléze tento pojem začal dále zastřešovat způsoby konzumace drog i alkoholu, které byly v rámci společnosti pokládány za neakceptovatelné. V pozdějších letech tento pojem začal označovat i horlivé vykonávání různých činností. Toto mínění však také podporuje to, že závislost je považována v laické i odborné veřejnosti za nemoc či poruchu. Jedinec, který užívá návykové látky dlouhodobě, tudíž snadno získává jakousi nálepkou závislého či nemocného.

Koncept závislého jako nemocného se využívá ve zdravotnických zařízeních, svépomocných skupinách a v jiných dalších zařízeních, které nabízejí pomoc a podporu. Přestože tato nabídka služeb prošla určitým vývojem směrem k vyšší efektivnosti, tak nadále udržuje mínění, že překonání závislosti není možné bez odborné pomoci (Nepustil, 2014, s. 14). Případů jedinců, kteří dokázali závislost ukončit bez odborné pomoci, je velké množství, avšak často bývají skryté. Na tyto případy jedinců, kteří odbornou pomoc nepotřebovali nebo ji nevyhledali, se již zaměřily zahraniční studie či výzkumy. První rozsáhlejší studií, jež se zaměřuje na jedince, kteří bez odborné pomoci ukončili svou závislost na drogách, je práce amerického psychologa Winicka. Ten se pokusil analyzovat dostupná data o uživatelích nelegálních návykových látek. Většina zaznamenaných uživatelů nelegálních návykových látek po pěti letech z dat a registrů zmizela a zároveň se nedala nalézt v žádných záznamech, které vypovídají o jejich úmrtí. Na těchto faktech začal tvořit jakousi hypotézu o možném vyrůstání z drogové závislosti a stanovil, že drogová kariéra uživatelů bývá ukončena zhruba okolo třicátého roku života (Unodc).

Zahraniční studie zaměřené na proces přirozeného zotavování dokládají, že jedinci, kteří přestali s dlouhodobým užíváním návykových látek bez léčby, existují. Základem těchto studií však je, aby se neodhalovala podstata závislosti, nýbrž aby se s ní pracovalo jako s jakýmsi stavem, který je přechodný a který je ovlivňován řadou sociálních a vývojových činitelů. Český psycholog Pavel Nepustil, který se zaměřuje na přirozené zotavování se z pervitinu bez odborné pomoci na našem území uvádí, že základním rozdílem mezi jedinci, kteří s návykovými látkami skoncovali bez pomoci odborníků a jedinci, kteří pomoc odborníků vyhledali, je zejména v rozsahu podpory blízkých a okolí, jež jsou neformální (Em.muni, 2014). Sociální pomoc a podpora, funkční sociální síť a vazby, schopnost jedince nalézt nový způsob života, který naplní zálibami, jsou nejčastěji uváděné faktory, které vedou k efektivnímu a úspěšnému přirozenému zotavení se ze závislosti. Tento sociální kapitál je možným nástrojem, díky kterému lze pochopit proces přirozeného zotavování. Existují však další teorie, které se zabývají přirozeným zotavováním a přinášejí další možné způsoby vysvětlení (Nepustil, 2014, s. 19).

Další nástroj, který je nejrozšířenější, a vysvětluje tento proces změny, je koncept identity. Právě identita jedince výrazně ovlivňuje začátek, rozvoj, ale i ukončení konzumace návykových látek. Závislý jedinec v minulosti mohl prožít nežádoucí zkušenost, která se vážala na vnímání své ego-identity nebo z důvodu prožití této nežádoucí zkušenosti přišel o svou vlastní identitu, kterou si definoval a měl nad ní kontrolu. Velkou roli zde hraje i motivace. V případě, že je jedinec nespokojený se svou aktuální identitou, tak motivace začlenit se do drogové scény je vyšší, protože toto začlenění jedinci přináší nové příležitosti (Nepustil, 2014, s. 20). Během procesu přirozeného zotavování je nutné, aby se jedinec odpoutal od své identity, která je spojená s dlouhodobou konzumací návykových látek. V rámci konceptu identity existují tři základní způsoby přirozeného zotavování neboli zbavování se závislosti na návykových látkách bez pomoci odborníků. Dle Nepustila (2014, s. 21) tyto způsoby jsou:

1. Vynořující se identita – Jedinec došel k rozhodnutí, že přestane nadále užívat návykové látky, avšak prozatím nemá plán či vizi, kam se bude dál jeho život ubírat a jakým způsobem bude žít. Jeho způsob života se utváří krok za krokem a pomáhají mu blízké osoby či okolí.
2. Navrácení k nezkažené identitě – Tento způsob je vhodný pro jedince, u kterých byla přítomna fungující sociální identita už před počátkem užívání návykových látek.
3. Rozšíření identity, jež byla přítomna už v období závislosti – Někteří jedinci se během závislosti věnovali všedním činnostem, které při procesu přirozeného zotavování

posílili a rozšířili, čímž došlo k ustálení či upevnění identity. Díky novým zkušenostem a společenským závazkům překonali své obavy a zároveň nedůvěru, kterou v nich vzbuzovalo okolí.

7. SYSTÉM PÉČE – JEDNOTLIVÉ SLOŽKY

V České republice je poměrně rozmanitý výběr zařízení a služeb, které se zaměřují na práci s uživateli návykových látek. Výběr zařízení či služby, které jsou vhodné pro daného uživatele, je zásadním rozhodnutím a odvíjí se od více kritérií. Matoušek (2005, s. 214) uvádí, že při výběru služeb a zařízení zaměřujících se na uživatele návykových látek je potřeba zhodnotit, o jaký stupeň závislosti se jedná, posoudit zdravotní stav jedince a zaměřit se na psychologickou a psychopatologickou stránku. Důležitými kritérii jsou také potřeba podpory, jaké jsou sociální vazby s nejbližšími, klientovo sociální prostředí a jeho motivace. Taktéž se doporučuje zaměřit se na rizika vzniku relapsu, na psychické a fyzické abstinenční příznaky a na dovednost závislého je ovládat. Další kritéria, která mohou hrát roli při výběru zařízení či služby, může být vzdělání závislého a to, zda je zaměstnán či naopak.

System péče zaměřující se na uživatele návykových látek v České republice je komplexní. Jednotlivé složky systému na sebe navazují z důvodu toho, aby problematiku závislosti řešily celistvě a aby co nejvíce pomohly závislým jedincům. Závislosti na návykových látkách je potřeba přecházet, čemuž se věnuje primární prevence. Jejím úkolem je informovat veřejnost ohledně rizik spjatých s užíváním návykových látek. Cílí na celou populaci, ale především se zaměřuje na skupiny, které jsou vystavené většímu riziku, avšak daný problém je stále nepostihl (Substitucni-lecba, 2021).

Na již závislé jedince se zaměřují terénní programy, které poskytují sociální práci ve vnějším prostředí, kde se klienti vyskytují. Cílem je informovat klienty o rizicích, jež vyplývají z užívání návykových látek, o možnosti snižovat tato rizika a o možnosti léčení či poskytování jiných druhů péče. V rámci terénních programů probíhá Harm reduction¹⁰, jež se realizuje distribucí prezervativů, výměnou injekčních stříkaček, sterilní vody, vatiček a tampónů, alobalu, dezinfekce a dále. Vedle terénních programů uplatňují přístup Harm reduction i nízkoprahová kontaktní centra. Zde je nabídka služeb rozmanitější, protože nabídka zahrnuje i hygienický a potravinový servis. V nízkoprahových kontaktních centrech je sociální práce s klienty dlouhodobá a cílená. Je zde prostor pro soustředění se na práci s motivací klientů. Pracovníci kontaktních center se zaměřují na zdravotní stav klientů, jejich aktuální situaci, informují je o rizicích spjatých s užíváním drog a v případě potřeby klienty informují o možnostech léčby, které následně mohou zprostředkovat (Matoušek, 2005, s. 215).

¹⁰ Harm reduction je přístup, který je založený na snižování rizik, jež jsou spojená s užíváním návykových látek. Tento přístup se zaměřuje na jedince, kteří konzumují návykové látky a nemají dostatečnou motivaci ukončit svou závislost.

Další složkou systému péče o závislé je ambulantní léčba, která se specializuje na jedince, u kterých se již vyskytují sociální a zdravotní problémy, které nastaly jako následek konzumace drog. V rámci léčby může být uplatňována psychoterapie, farmakoterapie, socioterapie, ale i jiné terapie jako je párová či rodinná. Je nesmírně důležité, aby léčba byla přizpůsobena dané situaci klienta, typu drogy, kterou užíval, ale i dalším faktorům, které se mohou napříč léčbou měnit. Jedná se o práci s klientem, která je dlouhodobá. Na klienta jsou již kladeny určité nároky, protože se předpokládá, že klient je ochoten spolupracovat a je připraven ve svém životě nastolit změny (Kalina a kol., 2003, s. 172). Intenzivní ambulantní léčba je poskytována také v denních stacionářích. Léčba je realizována ve formě celodenních programů na dva až tři měsíce. V základě ji lze charakterizovat tak, že léčení klienti se vrací každý den do prostředí, ve kterém žijí. Je tedy vhodná zejména pro klienty, u kterých se vyskytují problémy jako následek závislosti, mají kde žít, ale nemohou nebo neměli by být ve svém přirozeném prostředí sami. I tato léčba zahrnuje řadu terapií, například skupinovou, individuální a rodinnou (Matoušek, 2005, s. 215). Kalina a kol. (2003, s. 179) uvádějí, že „*denní stacionář je typickým zařízením na poloviční cestě mezi běžnou ambulantní péčí a péčí ústavní, mezi domovem a institucí. Poskytuje denní péči (zdravotní, psychoterapeutickou, ošetrovatelskou, sociální, výchovnou, rehabilitační apod.), tj. péči přes den, nelůžkovou, obvykle jen v pracovní dny.*“

V rámci systému péče České republiky je nabízena i střednědobá ústavní léčba, jež trvá tři až šest měsíců. Ta je poskytována zejména v psychiatrických léčebnách, popřípadě v psychiatrických odděleních v nemocnicích nebo formou kratšího programu v terapeutických komunitách. Střednědobou ústavní léčbu lze vymezit jako velmi komplexní a strukturovanou, protože její program zahrnuje celou řadu aktivit jako skupinové terapie, rodinné či partnerské terapie, sociální práci, farmakoterapie, programy prevence lapsů a relapsů, ale i aktivity rehabilitačního rázu jako terapii pracovní, sportovní aktivity či trénování sociálních dovedností. Cíle této léčby by se měly odvíjet od délky programu a potřeb klientů. Základním cílem však je abstinence (Kalina a kol., 2003, s. 195).

Střednědobou a dlouhodobou péčí o závislé jedince poskytují terapeutické komunity. Cílem komunit je, aby izolovaly své klienty od prostředí, které je pro ně rizikové a mohou se v něm setkávat s dostupností návykových látek (substitucni-lecba, 2021). Léčba je intenzivní a strukturovaná a může trvat od šesti do osmnácti měsíců. Jsou zde na klienty kladeny poměrně vysoké nároky, o čemž vypovídá i délka léčby. Velice důležité jsou intenzivní terapeutické procesy a dodržování komunitního způsobu života (Matoušek, 2005, s. 215).

Pro zvládnání odvykacího stavu a intoxikace návykové látky jsou zřízeny detoxifikační jednotky. V detoxifikačních jednotkách se nevyžaduje intenzivní péče, kterou by vykonávalo jiné zařízení, avšak detoxikace jako samostatná intervence není pro efektivní léčbu závislosti dostačující. Tyto jednotky jsou vhodné zejména pro klienty, u kterých by nebylo bezpečné přestat užívat návykové látky v přirozením prostředí, protože by mohla vznikat rizika poškození. Taktéž by mohlo vzniknout riziko nebezpečnosti klienta vůči sobě a svému okolí. Dalšími důvody pro detoxikaci je příprava závislých na další formy léčby, snížení tolerance vůči návykovým látkám, zjištění duševního stavu klienta a dále zvláštní důvody jako například blížící se nástup klienta do vězení a jiné (Kalina a kol., 2003, s. 190).

System péče se zaměřuje i na jedince, kteří prošli léčbou. Doléčovací centra a následná péče mají za cíl pomáhat abstinujícím jedincům v jejich novém způsobu života, podporovat je v jejich změně, stabilizovat ji a případně pomáhat s problémy, se kterými se mohou potýkat a mohly by zvyšovat riziko vzniku relapsu. V rámci doléčovacích programů je nabízeno poradenství, skupinové nebo individuální terapie. Mnohdy je součástí nabídky i poskytování párové či rodinné terapie, chráněná obydlí či práce v chráněné dílně. Tento program může trvat šest až dvanáct měsíců (Matoušek, 2005, s. 216). Hlavními složkami programu následné péče je psychoterapie, prevence relapsu, sociální práce, rekvalifikace, práce v chráněné dílně, lékařská péče, volnočasové aktivity a práce v interakci s rodinou. Návaznost následné péče na základní léčbu je velmi důležitá a žádoucí (Kalina a kol., 2003, s. 209).

Specifickou složkou systému péče v České republice jsou substituční programy. Tato léčba může být krátkodobá trvající jeden až dva týdny, střednědobá, jež je prodlouženou detoxikací či provádějí se během ústavní léčby a dlouhodobá, jež se realizuje ambulantně. V zásadě se jedná o nahrazení návykové látky, která je škodlivá pro organismus konzumenta za látku, u které nevznikají rizika poškození a je bezpečná v tom smyslu, že v ní nelze nalézt toxické příměsi. Tato látka má delší účinek a je předepisována lékařem (Kalina a kol., 2003, s. 221). Zaměřuje se především na konzumenty návykových látek opiátového typu. Látky, které se podávají během substituční léčby, jsou subutex a metadon. Cílem je fyzicky, psychicky a sociálně stabilizovat své klienty, ale i preventivně zamezovat kriminálnímu jednání klientů, kteří by usilovali o získání návykové látky nelegálním způsobem a jakýmkoliv prostředky, jež jsou v rozporu se zákonem (Matoušek, 2005, s. 216).

Mimo již zmíněné složky systému péče mohou uživatelé návykových látek využít právní poradny, která nabízí pomoc v případě, že jsou v rozporu se zákonem nebo řeší problémy

právního rázu a neví si s nimi rady. Právní poradna však může napomáhat i pracovníkům působících v zařízeních zaměřujících se na závislosti a uživatele drog (Matoušek, 2005, s. 216). Pozornost je však věnována i rodičům, partnerům či jiným rodinným příslušníkům konzumentů návykových látek, protože je potřeba jim pomoci vyrovnat se s danou situací. Poradny pro rodinné příslušníky pomáhají urovnat vztahy a vazby v rodině, motivovat, informovat o možnostech léčby a doléčování, v získávání podpory a odhodlání řešit náročné životní situace (Substitucni-lecba, 2021).

8. RELAPS A PREVENCE RELAPSU

Jedním ze základních problémů, které mohou nastat po léčbě drogové závislosti, je relaps neboli porušení či nedodržení abstinence. Již při léčbě drogové závislosti se hledají její příčiny tak, aby se co nejvíce zamezilo riziku vzniku relapsu. Lze nalézt více definicí tohoto pojmu. Relaps neboli recidivu lze vymezit jako navrácení určité choroby do původního stavu. Jedná se o zvrát, kdy dojde k opětovnému započnutí choroby, která už byla potlačena (Hartl, Hartlová, 2000, s. 504). Některé definice však rozlišují pojmy relaps a recidiva, protože u drogových závislostí jsou stavy, kdy dochází k relapsování, poměrně běžné. Kalina a kolektiv (2003, s. 118) uvádějí, že relaps je navrácení k aktivitě, kterou jedinec vykonával dříve na určité úrovni, i přestože se pokoušel tuto aktivitu omezit nebo ji úplně ukončit. Závislý, který porušil svou abstinenci, by se měl začít znovu léčit, protože znehodnotil všechny pokroky, které učinil.

U relapsu tedy dochází k porušení abstinence vícekrát. Lze se setkat i s pojmem laps, který znamená porušení abstinence pouze jednou. Toto uklouznutí lze hodnotit pozitivně i negativně. V případě pozitivního hodnocení se jedinec z jednorázového lapsu může poučit a pozitivně změnit své chování, tak aby nedocházelo k dalšímu porušování abstinence. V případě negativního hodnocení lze hovořit o relapsu, který je tedy opakovaným porušováním abstinence, jež rozvíjí původní drogovou závislost (Pomocvzavislosti, 2011).

Kalina a kolektiv (2003, s. 118) poukazují, že některé situace mohou být pro abstinujícího jedince velice rizikové, protože mohou ohrožovat jeho sebekontrolu. Tyto situace jsou velice individuální a pro každého jedince zcela odlišné. I přes to je lze shrnout do třech základních skupin:

1. Emoční stavy negativního rázu – Tato skupina představuje rizikové situace, které jsou nejčastější a vysoce navyšují rizika vzniku relapsu. Může se jednat o frustraci, nudu, depresi, úzkosti, hněv a jiné emoce. Lze je nalézt u 35 % jedinců, jež opakovaně porušili abstinenci.
2. Mezilidské konflikty – Jedná se o konflikty především v rodině, s partnery či blízkými osobami. Může dojít však i ke konfrontaci v povolání, ale i v jiných situacích, se kterými se jedinec potýká. Mezilidské konflikty představují příčinu až u 16 % jedinců, kteří opakovaně porušili svou abstinenci.
3. Sociální tlak – Sociální tlak může být přímý a nepřímý. V případě přímého sociálního tlaku se jedinec může setkat s tím, že mu drogová scéna, jež byl dříve součástí, nabízí

danou návykovou látku. Nepřímý sociální tlak je výskyt osob, které užívají návykové látky v blízkosti abstinujícího.

Mezi další spouštěče relapsu může patřit falešná sebedůvěra a podceňování drogové závislosti. Dále může být spouštěčem návštěva rizikového místa, kde například jedinec dříve užíval návykové látky, emoce pozitivního rázu, užívání látek, které snižují schopnost sebekontroly, tělesné či psychické potíže, které trvají delší dobu. Rizikem jsou i situace, které lze považovat za výjimečné a jedinec má potřebu je oslavit (Pomocvzavislosti, 2011). Za další komplikaci, se kterou se jedinec může potýkat během své abstinence, je craving neboli bažení. S cravingem se během své abstinence potýká 60–70 % jedinců (Kalina a kol., 2003, s. 118). Při cravingu jedinec pocítuje silnou touhu po návykové látce. *„Bažení zhoršuje sebeovládání, oslabuje paměť, zhoršuje soustředění. Také zhoršuje schopnost správně se rozhodnout v dané situaci, a tím zvyšuje riziko relapsu (porušení abstinence).“* (Pomocvzavislosti, 2011)

Relapsu je tedy vhodné předcházet, čemuž se věnuje prevence relapsu. Je používána při léčbě drogové závislosti a v následné péči. *„Jedná se o psychoedukační program, kombinující techniky kognitivních intervencí a trénink dovedností s cílem pomoci individuu změnit jeho závislé chování a udržet tyto navozené změny. Cílem je zlepšení sebekontroly, anticipování rizikových situací a zlepšení dovedností jejich zvládnutí.“* (Drogy-info, 2015) Prevence relapsu se snaží o celkovou transformaci stylu života závislého. Aby k této změně došlo, tak je potřeba nalézt a zjistit zdroj, který daného jedince stresuje. Dále je nutné zaměnit nežádoucí vzorce chování a zvyky za žádoucí, nalézt aktivity a záliby, které jsou pozitivní. Rovněž je důležité jedince naučit time management¹¹ tak, aby čas, který dříve naplňoval konzumací návykových látek, naplňoval smysluplnými aktivitami, dokázal nakládat s časem efektivně a aby si dokázal stanovit určité cíle a priority (Kalina a kol., 2003, s. 120). Na možnost vzniku relapsu by měl být připravený každý abstinující jedinec. K předcházení relapsu přispívá vyhýbání se prostředí, které je rizikové a mohou se v něm objevovat návykové látky, následná péče, komunikace s blízkými, komunikace s příslušnými odborníky, vyhýbání se impulzivnímu jednání, psychohygiena, zlepšení životního stylu, relaxační techniky, psychoterapie, relaxace, vhodné záliby a náplň volného času, cvičení, sport, procvičování prospěšných dovedností, které se týkají závislosti a jejího zvládnutí. Prevence relapsu tedy není založena pouze na abstinenci,

¹¹ Time management lze v překladu vyložit jako management času. Jedná se o řadu postupů či návrhů, jak plánovat a využít čas, tak aby byl strávený, co nejefektivněji. Zahrnuje plánování, stanovení priorit a cílů a jiné.

nýbrž na rozhodnutí a snaze transformovat styl života a dosavadní chování (Pomocvzávislosti, 2011).

Kalina a kolektiv (2003, s. 120) uvádějí, že prevence relapsu by měla být pro závislé přínosná ve třech základních směrech, které by jej měly připravit na případné krizové situace:

1. Klient by měl být vybaven takovými dovednostmi, aby identifikoval situace, které jsou pro něho rizikové. Do jisté míry by měl být schopen takové situace předvídat a poté se jim následně vyhnout. V případě, že se do rizikové situace dostane, tak by ji měl náležitě zvládnout.
2. Pakliže dojde k porušení abstinence jednou neboli k lapsu, tak by klient měl mít osvojené určité dovednosti či strategie, které by mu pomohly vyhnout se opakovanému porušení abstinence neboli relapsu a následnému rozvíjení původní drogové závislosti.
3. Pomocí prevence relapsu by měl být klient motivován a měly by být navyšovány pocity o účinnosti, kterou on sám iniciuje.

9. BÝVALÍ UŽÍVATELÉ DROG

„Abstinence je ten nejcennější dar, který sám sobě znovu každý den dávám. Abstinence je moje svoboda, dobrovolně už do kriminálu závislosti nepůjdu!“ (Rohr, 2015, s. 115)

9.1. Vymezení pojmu

Hovoříme-li o bývalém uživateli drog, jedná se o jedince, který abstínuje měsíce či léta. U bývalého uživatele neboli ex-usera abstinence mohla nastat čistě spontánně nebo po léčbě. Časové období, kdy můžeme jedince označit za bývalého uživatele, a ne za konzumenta, který přítomně abstínuje, není přesně definováno. Liší se zde názory odborné i neodborné veřejnosti. Sporné je i časové období, kdy můžeme jedince přestat nazývat bývalým uživatelem neboli ex-userem. Některá medicínská a epidemiologická kritéria tvrdí, že jakmile se jedinec potýkal s drogovou závislostí, tak je označován za bývalého uživatele již doživotně, po celý jeho život. Jiná kritéria však poukazují na to, že se jedinec může zbavit jakési nálepky bývalého uživatele v momentě, kdy razantně změní svůj životní styl a do jisté míry vývojově překoná období, ve kterém návykové látky konzumoval (Drogy-info, 2015).

Ve chvíli, kdy jedinec přestane konzumovat drogy a započne jeho abstinenci, se může zdát, že je problém vyřešen, avšak to není pravdou. Během dlouhodobého užívání návykových látek si závislý vyvodí další potíže. Některé se dají během léčby drogové závislosti zmírnit či odstranit, avšak některé nikoliv. Mnoho jedinců se po léčbě a v abstinenci setkává s řadou obtíží, jež mají povahu právních a finančních problémů. Abstínující jedinec se může ocitnout v situaci, kdy se bude potýkat se ztrátou bydlení a musí si hledat nové útočiště, kde si vytvoří nové zázemí. Značný problém mohou představovat zdravotní obtíže, ale i hledání nového zaměstnání. Napravení těchto všech vzniklých obtíží může být pro abstínujícího velmi obtížné a trvat značně dlouhou dobu. Velmi náročné je i napravení a urovnání narušených rodinných vztahů a vazeb. Přestože náprava důsledků drogové závislosti vyžaduje čas, tak nic není nemožné. Během své abstinence jedinec stále zápasí s psychickou závislostí, která se zdá být horší než závislost fyzická. Jedince stále doprovází silná touha po užití návykové látky. Započnout abstinenci je relativně snadné, avšak vytrvat a udržovat dlouhodobou abstinenci je obtížnější. Fyzické neboli tělesné příznaky abstinence jedinec překlene během několika dní, avšak s touhou po konzumaci návykové látky může jedinec bojovat řadu měsíců, let, ale i celý život. Je potřeba, aby abstínující jedinec pocíťoval silnou podporu svého okolí a aby měl své zázemí. V opačném případě ho může silná touha po droze snadno přemoci, což je velkým

rizikem. U abstinujícího jedince může dojít k jednorázovému porušení abstinence neboli lapsu. Problém nastává v případě opakovaného porušení abstinence neboli relapsu, který značně zvyšuje riziko vzniku původní drogové závislosti (Drogy: otázky a odpovědi, 2007, s. 107).

V léčbě drogové závislosti se závislý jedinec snaží uzdravit po stránce fyzické a psychické. Patrné jsou změny, vývoj, ale i příprava a vytváření si představ, jaký bude jeho život po léčbě. Bohužel jsou však tyto představy mnohdy zkreslené a idealistické, zejména pokud jedinec návykové látky konzumoval dlouhodobě. Díky léčbě se jedinec dostává z drogové závislosti. Beze sporu vynaloží obrovské úsilí a je za ním velký kus práce. Nicméně když se po dokončení léčby dostává do svého přirozeného prostředí, tak zjišťuje, že to, co on pokládal za jeden ze svých životních úspěchů, nemusí tak považovat ostatní, nemusí tomu rozumět, mnohdy není vhodné o své drogové závislosti a léčbě mluvit, a tak začíná narážet na to, že navrácení se zpět do běžného života není takové, jaké si představoval. Nástrahy důsledků drogové závislosti, se kterými se abstinující jedinec po léčbě potýká a narušení idealistických a zkreslených představ může vést k demotivaci a nabití dojmu, že léčba závislosti byla zbytečná, protože nyní se mu daří ještě hůře, než když návykové látky konzumoval. V takových situacích je opět potřeba podpory rodiny, partnera či blízkých přátel a vyhledání odborné pomoci, jež se zaměřuje na následnou péči, protože abstinující jedinec může znovu sáhnout po droze, protože takové řešení problémů je pro něho mnohem jednodušší. Během abstinence se jedinec také může setkávat s tím, že se nemusí cítit psychicky v pořádku, což mohou vyvolávat narušené vztahy s rodinou, partnerem či jinými blízkými lidmi. V rámci léčby byl jedinec do jisté míry chráněný, protože se neseťkával s nepříjemnými situacemi, traumaty a zkušenostmi z minulosti, jež se postupně dostávají na povrch a nemusel jim tak čelit. Po ukončení léčby a návratu do přirozeného prostředí se abstinující setkává s neznámými situacemi, napětím a stresem. V důsledku toho se může cítit oslabeně a neschopen se stresovým situacím bránit či vzdorovat, a proto je na místě vyhledat psychologickou pomoc, díky níž může o svých potížích mluvit a řešit je (Drogy: otázky a odpovědi, 2007, s. 108-109).

9.2. Motivace a oblast závislosti

Pojem motivace je v problematice závislostí velmi důležitým prvkem. „*Motivací rozumíme hybné síly psychického charakteru, které uvádějí do pohybu lidské chování a činnost.*“ (Studium-psychologie, 2020). Tento pojem je však výrazně nejednotný. Motivaci lze také definovat jako „*proces usměrňování, udržování a energetizace chování, který vychází*

z biologických zdrojů.“ (Hartl, Hartlová, 2000, s. 328) Různorodost definicí pojmu motivace se odráží v odlišných výkladech závislosti samotné. To, zda je závislost na návykových látkách považována za nemoc či zda je považována za chování, které je naučené a je stavem, který je pouze přechodný, ovlivňuje přístup k motivaci. Motivace hraje významnou roli již při rozhodování jedince ukončit svou závislost, při léčbě, ale i následně v období abstinence (Rotgers, 1999, s. 202).

Kalina a kolektiv (2003, s. 27) zmiňují, že existují čtyři roviny motivačních faktorů, které lze odlišovat. Tyto roviny se vzájemně ovlivňují, propojují a oddělit je od sebe nelze. Jsou to roviny psychické a zdravotní, sociálně-psychické, trestně-právní a sociální. Nešpor a Csémy (1996, s. 75) poznamenávají, že posilovat motivaci je vhodné nejen u závislého, ale i u jeho blízkých, kteří jsou pro něho důležití. Je to prospěšné, protože si všichni uvědomí rozsah a hloubku problému, kterému čelí. Společně hledají cestu a zároveň vědí, jak pomoci. Matoušek (2005, s. 219-220) uvádí, že již v předléčebném poradenství je práce s klientovou motivací velmi důležitá, protože ji rozvíjí a podporuje ho k léčbě. Při práci s motivací klienta je však třeba dbát na to, aby se klientovi dodávala pouze optimální míra pomoci, na kterou je v určité fázi vývoje připraven, což je dáno jeho momentálním postojem ke své závislosti. Vysoká angažovanost pracovníka, který se závislostmi zabývá, může vést k zablokování klienta, jež si vytvoří nelibost k léčbě. Angažovanost pracovníka musí být tedy přiměřená, protože především klient si musí být vědom jisté bilance zisků a ztrát, která vyplývá z jeho závislého chování. Uvědomění si bilance zisků a ztrát je důležitým faktorem pro vstup do léčby. Jakmile si závislý jedinec začne uvědomovat, že ztráty převyšují zisky, tak v tu chvíli je třeba motivačního poradenství. V této fázi je nesmírně důležité opatrně poukázat závislému na bariéry a důsledky, které plynou ze závislého chování. Neměl by však být vyvíjen velký tlak. Měla by být podporována sebedůvěra klienta. Velký vliv má naslouchání klientovi a podporovat jeho snahy o změnu. Pakliže se závislý jedinec dostane do stádia odhodlání či připravenosti, tak je třeba začít hovořit o možnostech a způsobech léčby, pomoc řešit problémy, se kterými se potýká a se souhlasem zprostředkovat kontakt sociálního pracovníka s rodinou či blízkými závislého.

Nešpor a Csémy (1996, s. 75) upozorňují, že posilování motivace je patrné i během léčby závislosti. Je vhodné, aby byl klientovi projevován určitý respekt, aby docházelo k naslouchání a aby probíhala komunikace, z níž by měl klient pocít určitého porozumění. V průběhu komunikace by se prostřednictvím vhodných otázek mělo poukazovat na rozpory mezi tím, jak by klient chtěl žít a jak dosavadně žil. Otázky by se také měly zaměřovat na problémy, které postupem času vplynuly vlivem závislosti jako například zdravotní, duševní,

finanční, rodinné či pracovní problémy. Důležité je směřovat komunikaci k možnostem, plánům či životním cílům závislého. V případě, že klient na tyto otázky reaguje odporem, tak terapeut tuto reakci reflektuje a využívá k další komunikaci či případnému řešení daného problému. Předchozí způsob života či odpor závislého nekritizuje a nehádá se s ním. Úkolem terapeuta je, aby závislý jedinec v sobě našel důvěru a soběstačnost, aby viděl, že má možnost se na své cestě za pozitivní změnou podílet. Dle Matouška (2005, s. 221) patří mezi základní cíle léčby to, že závislí jedinec změni svůj životní styl a přijme abstinenci jakou nezbytnou součást svého života. Dalšími cíli jsou přijetí plné zodpovědnosti za vlastní osobu a jednání, kterého se jedinec dopouštěl, nalézání jiných variant trávení času, než je konzumace návykových látek, nácvik a modelování situací, které mohou být pro klienta náročné a může se s nimi po léčbě setkat.

Dle Matouška (2005, s. 223) mají taktéž doléčovací programy a následná péče podpůrný charakter z hlediska motivace. Nejenže zvyšují efektivnost léčby, kterou jedinec absolvoval, ale také pomáhají udržovat schopnosti abstinujících tak, aby nadále ve své abstinenci vytrvávali. Dochází ke stabilizaci nových změn jako je životní styl, k pomoci při budování narušených sociálních vazeb, při řešení problémů, které vznikly jako důsledky závislosti například dluhy, nezaměstnanost, řešení trestně-právních záležitostí a jiné. Hovoří se o rizicích relapsu, o prioritách jedince a v neposlední řadě je prostor věnován podpoře a posilování vědomí klienta, že své problémy dovede efektivně řešit sám. Rotgers (1999, s. 209-2010) potvrzuje, že při ukončování závislého chování hraje motivace významnou roli. Tento proces změny ovlivňují zejména vnitřní hodnoty závislého, jež se odrážejí v jeho vnitřním smyslu, ve smyslu života, ale také v jeho přidělených a řádných rolích o nichž si myslí, že je zastává. Ústředním bodem je klientovo rozhodnutí učinit změnu. Toto rozhodnutí však může mít krátkou životnost, a proto je potřeba ho co nejdéle udržet pomocí promyšlených akcí a strategií, protože mysl závislého se vyznačuje svou slabostí a nerozvážným rozmýšlením, které může vést k relapsu.

„Motivace je tudíž průběžný proces. Je to však proces, v němž se přání a energie pro dosažení specifických cílů pohybují jako příliv a odliv. Všichni se v některých dnech cítíme více motivováni k dosažení změny než jindy.“ (Rotgers, 1999, s. 210)

10. PRAKTICKÁ ČÁST

V praktické části se budeme věnovat výzkumu zaměřenému na problematiku bývalých uživatelů, přesněji na závislost na pervitinu z pohledu bývalých uživatelů. Informace, které byly uvedeny v teoretické části, jsou stěžejní pro orientaci a hlubší proniknutí do této problematiky. Vzhledem k charakteru výzkumu jsem zvolila kvalitativní přístup. Výzkum byl realizován pomocí polostrukturovaných rozhovorů s bývalými uživateli pervitinu. V praktické části této diplomové práce budou představeny jednotlivé kroky.

10.1. Cíl výzkumu

Hlavním cílem praktické části diplomové práce je proniknout do problematiky bývalých uživatelů pervitinu a získat odpověď na otázku, jak bývalí uživatelé pervitinu vnímají období své abstinence. Za dílčí cíle si tato práce také klade zjistit a zmapovat, jaké faktory podnítily bývalé uživatele k abstinenci, jak probíhalo zpětné začleňování do společnosti, jak se změnil sociální vazby a jaké je jejich postavení na trhu práce.

10.2. Výzkumné otázky

Na základě cíle této práce jsem si stanovila následující výzkumné otázky.

Hlavní výzkumná otázka:

- *Jak bývalí uživatelé pervitinu vnímají období své abstinence?*

Dílčí výzkumné otázky:

- *Jaké faktory podnítily bývalé uživatele pervitinu k abstinenci?*
- *Jakým způsobem probíhalo zpětné začleňování do společnosti?*
- *Jak se změnil sociální vazby bývalých uživatelů během závislosti a v období abstinence?*
- *Změnilo se postavení na trhu práce bývalých uživatelů v období abstinence?*

10.3. Metody výzkumu

Výzkum jsem se rozhodla provést pomocí kvalitativního přístupu, protože díky němu se mi naskytla možnost zmapovat tuto problematiku hlouběji a podrobněji. „Cílem kvalitativního

výzkumu je totiž porozumět lidem a událostem v jejich životě.“ (Gavora, 2010, s. 148) Kvalitativní výzkum lze charakterizovat více přednostmi. Hendl (2005, s. 52) poznamenává, že díky kvalitativnímu výzkumu lze podrobně získat popis a pochopení pro zkoumané jedince, fenomény, skupiny, ale i situace. Lze také zkoumat dané fenomény přímo v jejich přirozeném prostředí. Výzkumníkovi poskytuje studování procesů, navrhování nových teorií, okamžité reagování na právě probíhající situace a jejich podmínky. Kvalitativní výzkum čítá řadu výhod, avšak přináší i řadu nevýhod. Pro cíl výzkumu s ohledem na jistou citlivost tohoto tématu jsem uvážila, že výhody tohoto přístupu převažují, a tak jsem jej upřednostnila před kvantitativním přístupem.

Přestože se ke kvalitativnímu výzkumu pojí více designů, rozhodla jsem se pro variantu zakotvené teorie, která je rovněž způsobem analýzy dat. *„Cílem výzkumu, který vychází ze strategie zakotvené teorie, je návrh teorie pro fenomény v určité situaci, na niž je zaměřena pozornost výzkumníka. Vznikající teorie je zakotvená v datech, získaných během studie.*“ (Hendl, 2005, s. 125)

Získávání kvalitativních dat probíhalo pomocí polostrukturovaných interview. Miovský (2006, s. 159) uvádí, že polostrukturované rozhovory jsou jedním z nejvíce rozšířených druhů interview, protože přinášejí alternativu vůči strukturovaným a nestrukturovaným rozhovorům. Polostrukturované rozhovory jsou náročnější oproti nestrukturovaným rozhovorům z hlediska jejich technické přípravy. Výzkumník si musí připravit určité schéma otázek, kterého je následně při realizaci rozhovorů potřeba se držet. Za výhodu polostrukturovaných rozhovorů považují, že výzkumník může dle potřeby měnit pořadí otázek a tazatel má prostor pro případné dovysvětlení a upřesnění jeho odpovědí, kterým by výzkumník chtěl více porozumět a dále je rozvíjet. Výzkumník také může jádro rozhovoru obohatit o doplňující otázky, které v průběhu rozhovoru vyvstaly.

10.4. Výzkumný soubor

Výzkumný soubor byl vybírán s ohledem na problematiku, které se tato práce věnuje. Jedná se o nepravděpodobnostní metodu výběru vzorku. Informanti byli získáni pomocí metody sněhové koule. *„Základním východiskem pro aplikaci této metody je získání kontaktu s první vlnou či generací účastníků výzkumu. To se může dít prostřednictvím využití výběru přes instituce nebo díky předchozímu osobnímu kontaktu samotného výzkumníka atd.*“ (Miovský, 2006, s. 131) Díky odborné praxi v K-centru a následně i v Sociálně aktivizační službě pro rodiče bývalé

uživatele mi byl zprostředkován kontakt na bývalého uživatele, který byl ochoten se sejít a poskytnout mi rozhovor. Přes tohoto informanta jsem našla i další bývalé uživatele, kteří souhlasili s poskytnutím rozhovoru.

Vybírání tedy byli bývalí uživatelé pervitinu. Cíleně jsem se snažila, aby byl výběrový soubor reprezentován rovnoměrně oběma pohlavími, a proto je tvořen 3 ženami a 3 muži ve věku od 23 do 38 let. Celkově tedy výzkumný soubor reprezentuje 6 informantů, na které byla kladena určitá kritéria. Abstinence informantů se pohybuje od více jak 1 roku až po 15 let. Všichni informanti experimentovali i s jinými nelegálními drogami, avšak jejich primární návykovou látkou, kterou užívali pravidelně, byl pervitin. Aplikace této drogy probíhala různými způsoby, které se odvíjely zejména od doby drogové kariéry, ale i od náročnosti životních situací, které informanti prožívali. Žádný z informantů nepreferoval pouze jeden způsob aplikace. Nejčastější formou aplikace pervitinu bylo šňupání, jež využívalo pět ze šesti informantů. Další častou formou aplikace pervitinu byl nitrožilní způsob, který využívali čtyři ze šesti informantů. Dále následovalo kouření pervitinu, polykání kapslí či vmíchání pervitinu do pití a následné pozření.¹²

Pro výběr výzkumného souboru jsem si stanovila následující kritéria:

1. Informant v minulosti prošel závislostí na pervitinu.
2. Informant užíval pervitin déle než jeden rok.
3. Pravidelnost užívání pervitinu byla v období závislosti vyšší než jednou za týden.
4. Informant abstínuje alespoň jeden rok.
5. Informant v období abstinence nezneužívá jiné nelegální tvrdé drogy.

Je však potřeba poznamenat, že ne všichni informanti v mém výzkumném souboru prošli léčbou závislosti a využili odborné pomoci, a proto ne všichni byli diagnostikováni. Z tohoto důvodu jsem se rozhodla tuto skutečnost prověřit pomocí diagnostických kritérií závislosti dle MKN-10¹³. Aby byla závislost diagnostikována, je zapotřebí, aby v posledních dvanácti měsících užívání pervitinu byly přítomny alespoň tři z následně uvedených kritérií. Tato kritéria jsou uvedena v teoretické části, avšak pro lepší orientaci jsou uvedeny i v části praktické.

¹² Více informací o výzkumném souboru viz kapitola 10.08. Představení informantů.

¹³ MKN neboli Mezinárodní klasifikaci nemocí. Jedná se o publikaci, která systematicky umožňuje označovat lidská onemocnění, zdravotní problémy, poruchy, ale i jejich příznaky, situace a okolnosti.

Kritéria závislosti dle Nešpora (2007, s. 10), jež se projevují určitými symptomy, byla prodiskutována před započnutím polostrukturovaných rozhovorů:

- intenzivní touha konzumovat drogu a prožít její účinky
- obtíže se sebeovládáním či kontrolou konzumace drogy
- snaha vyhnout se tělesnému odvykacímu stavu opakovanou konzumací drogy
- tolerance organismu vůči látce a navyšování dávky za cílem původního účinku
- postupná změna životního stylu a s ním souvisejícím zanedbáváním zájmů
- užívání látek, přestože vykazují škodlivé účinky a následky

10.5. Sběr dat

Sběr dat byl realizován pomocí polostrukturovaných rozhovorů s bývalými uživateli pervitinu. Otázky byly vytvořeny již před započnutím rozhovorů, avšak v průběhu rozhovoru jsem se dále doptávala doplňujícími otázkami, aby došlo k teoretickému nasycení a získala jsem tak potřebné množství dat. Považovala jsem za velice důležité zachytit celý kontext, a proto jsem otázky rozdělila do následujících třech skupin, a to na situaci informanta v období závislosti, bod zlomu a řešení závislosti a situaci informanta v období abstinence.

1. Situace informanta v období závislosti

- věk informanta, věk v době prvního užití pervitinu, důvody či okolnosti vedoucí k první konzumaci
- doba drogové kariéry, pravidelnost užívání, způsob aplikace pervitinu
- zkušenosti s jinými nelegálními drogami
- libé účinky pervitinu vedoucí k opakovanému užívání
- vedlejší účinky pervitinu, škodlivé následky

2. Bod zlomu a řešení závislosti

- impuls vedoucí k bodu zlomu a počátku řešení závislosti
- rozhodující faktory vedoucí k abstinenci
- řešení závislosti a případná opatření
- léčba závislosti či proces přirozeného zotavení

3. Situace informanta v období abstinence

- doba abstinence, faktory podporující abstinenci a naopak

- období abstinence, formální a neformální podpora
- životní styl
- navazování sociálních vazeb
- postavení na trhu práce

Již před započnutím rozhovorů jsem informanty seznámila s povahou mého výzkumu, s jeho cíli a za jakým účelem je tento výzkum prováděn. Následně jsem se s informanty domluvila na času a místě, kde budou rozhovory realizovány. Z důvodu přetrvávajícího nouzového stavu jsme se postupně setkali v jedné z kontaktních místností organizace Prostor Plus, o.p.s., kde působím jako pracovník v sociálních službách. Učinila jsem tak, aby informanti měli dostatečný klid, cítili bezpečí a mohli se mi tak více otevřít. Při získávání dat jsem se nesetkala s žádnou obtíží. S informanty jsem se domluvila na tom, že ve výzkumu budou figurovat anonymně. Taktéž jsem se dotázala, zda souhlasí s nahráváním rozhovorů a použitím získaných informací do mého výzkumu. Po vyjádření souhlasu ze strany informantů jsem začala rozhovor nahrávat na telefon a začala jsem klást otázky od jednodušších po složitější a emočně náročnější. Nahrávky jsem doslovně přepsala a byly tak připraveny k následnému kódování.

10.6. Etické aspekty výzkumu

V rámci této práce byla dodržena etická pravidla, která mají za cíl chránit účastníky mého výzkumu. Informanti byli informováni o povaze, cílech a účelu mé práce, a následně mi dali informovaný souhlas. Účastníci se tedy na výzkumu podíleli zcela dobrovolně. Někteří vyjádřili zájem o seznámení s výsledky mé práce, a proto jim byla tato možnost přislíbena. Důraz byl kladen na to, aby nedošlo k jejich poškození, a proto je práce zpracována tak, aby chránila jejich osobní údaje a nebyly zmiňovány konkrétní informace, které by vedly k odhalení informantů. Dále jsem je ubezpečila, že s citlivými informacemi budu nakládat pouze k účelu mé práce (Miovský, 2006, s. 280).

10.7. Metoda analýzy kvalitativních dat

Kvalitativní výzkum přináší více možností, jak kvalitativní data analyzovat. Rozhovory, které jsem nahrávala na telefon, byly následně doslovně přepsány. Po přepsání rozhovorů došlo k analýze kvalitativních dat pomocí metody zakotvené teorie a otevřeného kódování. „Pod

pojmem kódování v kontextu zakotvené teorie rozumíme operace, pomocí nichž jsou zjištěné údaje analyzovány, konceptualizovány a opět skládány novými způsoby, což je ústředním procesem tvorby nové teorie.“ (Miovský, 2006, s. 228)

10.8. Představení informantů

Informant č. 1

Informant č. 1 je žena ve věku 23 let. Poprvé pervitin zkusila, když jí bylo 15 let. Důvodem byla zvědavost, zda je působení pervitinu opravdu tak skvělé, jak popisoval její blízký kamarád, který byl již uživatelem. Pervitin užívala sedm let. Zpočátku se jednalo pouze o víkendové pobavení, avšak to postupem času přerostlo do každodenního užívání. Aplikace probíhala formou šňupání nebo polykáním naplněných kapslí. Kromě pervitinu dále zkusila extázi, kokain, lysohlávky, LSD a marihuanu. Důvodů pro opakované užívání bylo více. *„Ze začátku to byl pocit, že líp zvládám školu a různé povinnosti. Pak mě začalo bavit to, že jsem nemusela spát, a to i několik dní. Díky tomu jsem se dostala až k dennímu užívání, kdy jsem si nejdřív musela dát dávku a teprve potom jsem začínala fungovat jako člověk. Bavilo mě taky zkoumat, co všechno je moje tělo a hlava schopná vydržet.“* Později se však začaly projevovat škodlivé následky užívání pervitinu. Vedlejší účinky se projevovaly na psychické rovině. Začalo mizet sebevědomí, sebeúcta a odhodlanost. Trpěla obrovskými výkyvy nálad, které ve výjimečných případech vyústily agresivitou. Některé zdravotní komplikace se jí dařilo potlačovat dalšími dávkami pervitinu, některé se však objevily až v abstinenci. Z důvodu své závislosti kradla peníze své matce a příteli, čehož dodnes velice lituje. Jednalo se o finance, které mizely průběžně v částkách od 2 do 50 tisíc. Mezi další škodlivé následky závislosti na pervitinu zmiňuje záměnu sociálních vazeb. Obklopila se uživateli pervitinu a začala zanedbávat svou rodinu, přátele a přítele, jež pervitin neužívali. Po rozchodu s partnerem neměla stálé bydlení, atak žila a přespávala, kde to jen bylo možné až do doby, kdy si našla jiného partnera. Postupem času začaly také přibývat problémy ve škole, kterou posléze nedokončila. V zaměstnání se opakovaně udržela pouze po dobu zkušební doby, a protože se nepřihlásila na pracovní úřad, tak jí u VZP narostl dluh. *„Dlouho jsem po večerech přemýšlela o svém životě. Během jednoho roku jsem s jedním klukem podstoupila dvě interrupce. I on je uživatelem dodnes a byl i několik let předtím, má malýho syna a já jsem s nimi žila. Bylo mi líto toho prcka, který musel v drogách vyrůstat, a taky toho, jak má tátu na nic. Promluvila jsem si o tom všem s mamkou. Až právě ona našla adiktologii a rovnou jsme domluvily termín nástupu.“* Nyní abstinuje více než jeden rok.

Informant č. 1 v období své drogové kariéry splňoval pět ze šesti kritérií závislosti.

Informant č. 2

Informant č. 2 je žena ve věku 25 let. Poprvé pervitin zkusila v jejích 17 letech z důvodu toho, že nechtěla zůstat pozadu oproti okolí. O pervitinu v té době nevěděla, jak působí a jaké by mohl mít dopady. Aktivně pervitin užívala tři a půl roku. Nejprve pervitin konzumovala pouze o víkendech na diskotékách za účelem pobavit se s přáteli. Během půl roku se ocitla ve skupině každodenních uživatelů pervitinu. Aplikace pervitinu probíhala různě. „*První tři roky jsem perník šňupala nebo kouřila. Po třech letech jsem zkusila i nitrožilní aplikaci. Nebylo to moje primární aplikování, ale aplikovala jsem tak převážně, když jsem byla víc ve stresu a potřebovala jsem, aby to zabralo hned.*“ Kromě pervitinu zkusila marihuanu, kokain, speed, heroin, extázi nebo MDMA. K opakovanému užívání pervitinu ji vedl především jakýsi útěk před realitou. Mezi další žádoucí účinky jmenuje bezstarostnost a možnost toho být celou noc vzhůru a bavit se. Závislost na pervitinu měla však velký dopad na její život. V 18 letech přišla o bydlení u rodičů, a tak žila u přátel, kde to zrovna bylo možné. Některé dny však tuto možnost neměla a byla nucena zůstat na ulici. Problémy se objevily i ve škole, ze které byla vyloučena. Následně nastoupila na další dvě školy, které ukončila. Její závislost měla obrovský dopad na rodinné vztahy. Po celou dobu užívání neměla problémy s policií až do doby, kdy byla sama nucena ohlásit trestný čin, ve kterém se ocitla na pozici oběti. „*Nebylo semnou na policii zacházeno jako s obětí, ale jako s člověkem, který něco spáchal. Bylo to určitě díky tomu, jak jsem vypadala. Nelišila jsem se vzhledem nijak od těch, kteří běžně páchají trestné činy. Celá tahle situace a celý ten den byl hlavním impulzem k tomu, abych skončila s tím životním stylem a začala se sebou něco dělat.*“ Nyní abstinguje pět let.

Informant č. 2 v období své drogové kariéry splňoval všechna kritéria závislosti.

Informant č. 3

Informant č. 3 je žena ve věku 32 let. Pervitin poprvé zkusila zhruba ve 20 letech na jedné soukromé akci. Neviděla důvod, proč pervitin nezkusit, když to dělali všichni okolo. Sama o sobě zmiňuje, že byla ovlivnitelná. Aktivně pervitin užívala zhruba pět let. Zpočátku pervitin konzumovala příležitostně. Posléze se konzumace začala odvíjet od náročnosti prožívaných situací v jejím životě. Postupem času se užívání pervitinu stalo pravidelnější

a častější, protože se ocitla v kruhu dalších uživatelů pervitinu. „*Brali jsme to tak tři až čtyři dny, a pak den dva volno na vzpamatování. Neviděla jsem důvod, proč přestat.*“ Kromě pervitinu zkusila i další nelegální drogy, například kokain, hašiš, marihuanu, LSD a extázi. Na pervitinu ji nejvíce lákaly jeho účinky, protože ji navyšoval výkonnost, rychlost a energii. V době závislosti považovala za žádoucí účinky i to, že se cítila vlivem pervitinu nespoutaná, odvážná, zábavná, přátelská a upovídaná. Všechny činnosti, které pod vlivem vykonávala, ji bavily. Postupem času se však začaly objevovat vedlejší účinky pervitinu, které měly dopad především na její zdraví, protože velmi málo pila a jedla, což se začalo výrazně podepisovat na jejím těle. „*Poslední opravdový impulz byl, že jsem se přestřelila. Byla jsem chvíli úplně mimo svoje tělo, halucinace a opravdu divný pocit bezmoci.*“ Nyní abstinuje sedm let.

Informant č. 3 v období své drogové kariéry splňoval čtyři ze šesti kritérií závislosti.

Informant č. 4

Informant č. 4 je muž ve věku 38 let. Poprvé pervitin zkusil ve svých 13 letech z důvodu zvědavosti a jistou roli v tomto případě hrál i tlak vrstevníků, kteří s pervitinem již experimentovali. Aktivně pervitin konzumoval jedenáct let. Zpočátku se jednalo pouze o víkendové pobavení. Postupně konzumace přerostla do každodenního užívání. Aplikace probíhala nitrožilně. Kromě pervitinu zkusil i heroin, LSD, houbičky, extázi, marihuanu a amfetaminy. K opakovanému užívání ho vedl pocit uvolnění, svobody, bezstarostnosti, energie, lepší vnímání a lepší prožitek z pohlavního styku. Kromě žádoucích účinků pervitinu se však začaly objevovat i jeho nežádoucí dopady. „*Vedlejší účinky, no, kdybych to měl brát, tak vedlejší účinky ani nejsou, ale po několikadenní jízdě se objevovaly halucinace a psychózy. Začaly problémy s docházkou do školy, problémy doma, ztráta partnerky, přátel ze školy i z dětství. Taky policie mě začala mít v hledáčku.*“ S půl roční recidivou abstinuje patnáct let. Po sedmi letech abstinence došlo k relapsu, který trval zhruba půl roku. Nyní znovu osm let abstinuje.

Informant č. 4 v období své drogové kariéry splňoval pět ze šesti kritérií závislosti.

Informant č. 5

Informant č. 5 je muž ve věku 36 let. Pervitin poprvé zkusil v 15 letech. „*Já jsem vlastně chodil na mejdany a tam jsem žral hodně extáze. No, a potom jednoho dne přišel prostě kámoš, abych zkusil tohle. Tak, tím to tak začalo, to peklo jako.*“ Pervitin užíval zhruba osmnáct let. Do jeho 18 let pervitin užíval pouze rekreačně, avšak posléze se začala závislost prohlubovat. Nutné je poznamenat, že během své drogové kariéry se několikrát pokusil abstinovat. Lze tedy nalézt časové úseky, kdy pervitin na určitou dobu přestal užívat. Aplikace probíhala formou šňupání, kouření, ale i nitrožilně. Kromě pervitinu vyzkoušel heroin, kokain, extázi, marihuanu, durman, po kterém se otrávil a byl hospitalizován v nemocnici, dále LSD, ketamin a lysohlávky. Odpověď na otázku, co ho vedlo k opakovanému užívání, byla zřejmá. „*Ty vole. Hele já už poprvý, když jsem si dal tu čáru, tak už druhý den jsem řekl kámošovi, to si pamatuju do dneška, že tohle nebylo naposledy prostě.*“ Za žádoucí účinky pervitinu vnímal především únik z reality a určité začlenění se do komunity. Informant č. 5 se považuje za nemluvného a uzavřeného člověka. Pod vlivem pervitinu se dokázal otevřít lidem a být velmi společenský. Kromě žádoucích účinků pervitinu se však začaly objevovat i jeho odvrácené stránky. Dopady zaznamenal především zdravotními a psychickými problémy. „*Říká se tomu toxická psychóza. To bylo ještě v době, kdy jsem šňupal a chodil do školy, ale už v té době jsem opravdu měl toxický psychózy, že už jsem nevěděl, co je realita. Třeba se mi jednou zdálo, když jsem byl v posteli, že mi táta stojí u postele, ale úplně jsem se bál šáhnout po něm, jestli je to pravda. Pod polštářem jsem měl psáňo a bál jsem se, že ho najde, tak jsem ho radši celý sežral i s tím papírem. Ráno jsem šel normálně do školy a tam se mi zdálo, že vidím z okna rodiče, jak stojí před školou a bavěj se s učitelama.*“ Halucinace a stihomanství se mu často vracely. Zdravotní problémy měl především z důvodu nitrožilní aplikace, protože se mu tvořily různé abscesy. Problémy se začaly objevovat i na rovině sociální. Nastoupil na více škol, které nedokončil nebo byl vyloučen. Přišel o bydlení u rodičů, kteří v něm ztratili důvěru z důvodu opakovaných krádeží doma. Posléze tedy žil u známých, kde se dalo, ve squatu a mnohdy i na ulici. Po dobu své drogové kariéry neměl výrazné problémy s policií kromě zabavení řidičského průkazu z důvodu jízdy pod vlivem pervitinu. Myšlenky ohledně abstinence přicházely postupně. „*Jednoho rána jsem seděl takhle v parku a čumím na ty lidi, viš co, a říkám si úplně, že bych taky chtěl chodit do práce a fungovat jako normální člověk. Pak jsem z toho byl úplně špatnej, viš co, třeba jsem i brečel a tak. A pak jsem šel rovnou do Káčka a odevzdal jsem jim stříkačky, drogy, všechno prostě, ale to byla jenom taková ta první myšlenka. Piko je zlo prostě.*“ Nyní abstinuje dva roky.

Informant č. 5 v období své drogové kariéry splňoval všechna kritéria závislosti.

Informant č. 6

Informant č. 6 je muž ve věku 29 let. Pervitin poprvé vyzkoušel v 16 letech, kdy k tomu došlo určitou náhodou. Údajně si myslel, že s kamarádem společně nakupují určité množství marihuany, avšak šlo o pervitin, atak se rozhodl ho vyzkoušet. Pervitin užíval zhruba deset let, avšak v posledních šesti letech se jednalo o každodenní užívání. *„Ke konci jsem to aplikování perníku dost střídal podle toho, na co byla chuť. Někdy jehlou, někdy kouřením, šňupáním, někdy jsem to pil ve vodě a někdy jsem to žral v kapsli.“* Kromě pervitinu vyzkoušel LSD, extázi, kokain, MDMA, lysohlávky, ale jediné, co užíval dlouhodobě byla marihuana a pervitin. K opakovanému užívání ho vedl určitý nátlak ze strany okolí a jeho vrstevníků, kteří pervitin užívali. Líbilo se mu i samotné působení pervitinu, díky kterému se cítil nabuzený. Všechno ho bavilo a všechno si více užíval. Objevovaly se však i nežádoucí dopady pervitinu v podobě úbytku váhy, zhoršené kvality pleti a celkového tělesného zdraví. Kvůli závislosti se dostavily i značné problémy s rodinou, se kterou přestal být v kontaktu. *„Člověk, když užívá, tak se vše točí kolem drog, a ne kolem někoho druhého.“* Kvůli problémovému chování vícekrát přišel o bydlení. Závislost doprovázely i problémy s policií. Došlo k napadení veřejného činitele a k distribuci návykových látek, načež byl nucen nastoupit do věznice Odolov, kde vykonával trest odnětí svobody. *„Výkon trestu trval rok a půl a byl to pro mě dokonalý detox. Takže se dá říct v podstatě, že jsem rád, že jsem seděl.“* Nyní abstinuje čtyři a půl roku.

Informant č. 6 v období své drogové kariéry splňoval pět ze šesti kritérií závislosti.

10.9. Vyhodnocení dat

Data získaná prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů s informanty jsem následně vyhodnotila pomocí metody otevřeného kódování. Kódovala jsem metodou tužka papír. K níže uvedeným výzkumným otázkám jsou přiřazeny kategorie a kódy. Vyhodnocení dat je doplněno o doslovné citace informantů. Na základě výzkumných otázek jsem si vytvořila kategorie subjektivní vnímání období abstinence, faktory vedoucí k abstinenci, začleňování do společnosti, sociální vazby a postavení na trhu práce.

Hlavní výzkumná otázka:

„Jak bývalí uživatelé pervitinu vnímají období své abstinence?“

Kategorie: subjektivní vnímání období abstinence

Kódy: životního styl, volný čas, změna hodnot

Období abstinence není pouze o zdrženlivosti od užívání pervitinu. Období abstinence lze charakterizovat celou řadou změn, které ovlivňují životy bývalých uživatelů. Doprovázeno je především přeměnou životního stylu, hledáním žádoucí náplně volného času, učením se prožívat každodenní situace a emoce, ať už pozitivní či negativní, za plného vědomí. Období abstinence lze taktéž vnímat jako nalezení nového smyslu života, priorit a hodnot, hledání životních cílů a uspokojování potřeb, které z důvodu závislosti nebyly naplněny. Počátky tohoto období mohou být beze sporu velice náročné a prožívání těchto změn je zcela individuální, což může být dáno celou řadou faktorů jako je doba drogové kariéry, způsob aplikace drogy, negativní zkušenosti z minulosti, míra závislosti, osobnost a vůle bývalého uživatele, motivace, ale i míra podpory blízkého okolí.

Informant č. 1: *„Abstinuju už jeden rok a našťěstí se mi to podařilo napoprvé. Každý den se setkávám se situacemi, kdy se mi vrací craving neboli bažení, což je touha po droze. Nejvíc mě podporuje pocit toho, že všechno jde zvládat bez drog. Začátky abstinence byly velmi těžké. Z těla postupně odcházely všechny látky, tak se člověk potil, klepal, dostávala jsem i úzkostný stav, který se rychle měnil. Postupně jsem v abstinenci přidávala sport a různý ruční práce, díky kterým se začala dávat do pořádku i moje psychika. Největší oporou mi byla rodina, konkrétně matka, otec a babičky. Díky ukončení závislosti se mi kompletně změnil životní styl a způsob života. Můj životní styl byl dřív opravdu děsný. Volný čas jsem trávila zavřená doma buďto s feťákama nebo u kluka, se kterým jsem zrovna užívala drogy. Teď je všechno úplně opačně. Zase se dokážu smát, bavit se s normálními lidmi, sportovat, užívat si turistiku a jiný další aktivity.“*

Informant č. 2: *„Abstinuju pět let a daří se mi to napoprvé. Abstinuju hlavně díky tomu, jakou mám rodinu, manžela a díky tomu, že si postupně splňuji vše, co jsem díky své závislosti neudělala. Na začátku abstinence jsem určitě měla problém, že jsem se cítila hodně sama. Po nějaký době jsem se ale zařadila do úplně jiné společnosti lidí a myšlenky na drogy jsem vůbec neměla. Můj život se změnil minimálně o 100 %. Dřív pro mě bylo prioritou sehnat si dávku nebo místo, kde budu spát. Dnes jsou mými prioritami dodělat školu, být úspěšná a mít šťastnou*

rodinu. Ted' se moje dny dělí na pracovní a volné. Pokud mám volno, tak ho trávíme s manželem společně. Jedeme někam na výlet do přírody nebo navštívíme rodinu.“

Informant č. 3: „Abstinuju cca sedm let a podařilo se mi to napoprvé. Znovu mě to v žádném případě neláká. Naopak se mi to hnuší. I lidi, co to berou, jsou mi odporní. Vážím si svého zdraví, života a mám se ráda, a to mě podporuje v abstinenci. Když jsem začala abstinovat, začala jsem vnímat svět, lidi a život vůbec. Ze začátku jsem měla zlé sny a hodně jsem se v noci potila. Měla jsem potíže se zažíváním. Oporou mi byl přítel, naši dva psi, kterým jsem se konečně začala pořádně věnovat a peníze jsem začala využívat plnohodnotně. Ted' jako normální člověk volný čas trávím úklidem domu, starám se o domácnost, hraju si a venčím psy, jezdíme na výlety, vařím, utužuji vztahy v rodině, čtu, pečů, fotím, vídám se s kamarádkami, tak prostě normálně bych řekla.“

Informant č. 4: „V čistotě jsem s půl roční pauzou patnáct let. Začátek období čistoty nebyl příjemný. Spousta nepříjemných myšlenek, vzpomínek z dob fetování, flashbacky, sny, výčitky. Nejhorší asi byly ty vzpomínky, kde se mě vracelo, jak jsem se dokázal zachovat i k blízkým lidem. Oporou jsem si byl hlavně sám, ale byla jí z části i rodina. Určitě se změnil můj styl života. Z trosky se stal urostlý chlap, kterého vzali zpátky do práce, do bytu. Vrátil jsem se ke sportu. V léčbě jsem zjistil, že mě baví kytara, a tak jsem začal skládat hudbu i texty. Začal jsem žít život bez drog, alkoholu a tak. V době fetování byl styl života jen drogy, drogy, chlast, automaty, párty, ulice, podsvětí a nic víc mě nezajímalo.“

Informant č. 5: „Ted'ka abstinuju dva roky. To období беру jako dobrý, protože přišla svoboda. Najednou je člověk úplně jinej. Člověk fakt najednou začal přemýšlet a úplně změnil vnímání. Dokážu normálně fungovat, normálně se bavit s lidma, který mě mají rádi. Abstinenci doprovázely určitě chuť na perník, podezřívavost, ale v poslední době se to všechno dost odbouralo. Čím dýl abstinuju, tím je to lepší nebo jestli je to tím, že už stárnu. Ted' jsem na tom asi nejlíp z celého života, co jsem na tom byl. V období závislosti jsem nedělal nic. Všechno se točilo jenom kolem drog. Ted' přes zimu skládám hudbu, přes léto zahrada a výlety. To jsem dřív určitě nedělal.“

Informant č. 6: „Abstinuju čtyři a půl roku a hned napoprvé. Můj životní styl se změnil úplně ve všem. Ted' bych to nazval smysluplným životem. Předtím to bylo jen o tom sehnat drogu a pak dělat cokoliv, co se nám chtělo. Ted' trávím čas s rodinou a tím, že se snažím založit svoji vlastní. Samozřejmě ve volném čase s přítelkyní jezdíme na výlety, podnikáme různé aktivity a děláme věci, který jsem dřív v době užívání nedělal.“

Dílčí výzkumná otázka č. 1:

Jaké faktory podnítily bývalé uživatele pervitinu k abstinenci?

Kategorie: faktory vedoucí k abstinenci

Kódy: touha po změně, nežádoucí způsob života, důsledky závislosti

Uživatelé pervitinu se mohou ocitnout v situaci, kdy ztráty plynoucí z užívání pervitinu převyšují pomyslné zisky. Dochází tak k bodu zlomu, kdy je konzument návykových látek motivován k procesu změny. V tomto momentě je potřeba formální či neformální podpory, která daného jedince udrží a do jisté míry stabilizuje v motivaci řešení své závislosti. Důležité je však uvést, že každý jedinec musí rozhodnutí učinit sám. Toto rozhodnutí nelze vynucovat. Faktory vedoucí k abstinenci mohou být u uživatelů pervitinu zcela odlišné, protože každý vnímá hranici neúnosnosti dané situace jinak.

Informant č. 1: *„Během jednoho roku jsem podstoupila dvě interrupce. Bezmoc, ztráta rodiny a přátel, nezaměstnanost, živoření.“*

Informant č. 2: *„Byla to právě ta situace, kdy jsem se dostala do pozice oběti trestného činu. Nechtěla jsem se dál točit v tom samém kruhu každý den a dál se setkávat s lidmi, kteří ve svém životě neřeší nic jiného než to, jak sehnat další dávku nebo jak někomu jinému uškodit.“*

Informant č. 3: *„Určitě to byly zdravotní problémy. Moc jsem se o sebe bála a začala si vážit svého zdraví a vůbec života. Na poslední párty jsem si dala asi moc velkou porci a měla jsem oči téměř vylezlé z dřívků a někdo mě na to upozornil, že vypadám příšerně. Už jsem si nedávala málo, ale opravdu víc a víc. Vadilo mi, že to o mě lidi ví a že to poznají. Poslední opravdový impulz byl, že jsem se přestřelila. Byla jsem chvíli mimo svoje tělo, halucinace a opravdu divný pocit bezmoci.“*

Informant č. 4: *„Nebavil mě ten styl života, jaký jsem ke konci začal mít. Skončil jsem na ulici, neměl jsem práci, přátele, rozprodal jsem majetek a na prvním místě byly drogy. Zemřela mi máma. Bral jsem dva gramy denně. Chtěl jsem se předávkovat. Výčitky, zklamání, pocity viny, deprese, úzkosti. Když jsem si to aplikoval, tak to tělo nějak nechtělo. Natahoval jsem krev, ale zpátky do žíly to nešlo. Zkusil jsem jiná místa pro vpich, ale bez výsledku. Všechno mě už bolelo, až jsem to vytáhl, vystříkl, zahodil, a to byl ten zlom, kdy jsem si vnitřně řekl. Seru na to. Jdu do léčby.“*

Informant č. 5: „*Věděl jsem, že to, co dělám, není úplně dobrý. Nějak se to ve mě zlomilo prostě. Asi toho bylo moc. Nebyl jsem doma. Neměl jsem nic. Byl jsem na ulici. Bylo to už takový, že toho člověk měl plný zuby. Normálně žít a normálně fungovat byl ten impulz.*“

Informant č. 6: „*Uvědomoval jsem si, že to, jak žiju, není dobře. Asi největší faktor byl to, že jsem přišel o někoho, koho jsem opravdu miloval, protože mi dotyčná nevěřila, že se napravím. Samozřejmě druhou největší motivací bylo to, že budu žít konečně normální život.*“

Dílčí výzkumná otázka č. 2:

Jakým způsobem probíhalo zpětné začleňování do společnosti?

Kategorie: začleňování do společnosti

Kódy: léčba, přirozené zotavení

Proces přestávání s pervitinem je náročný, ať už s odbornou pomocí či naopak. V obou případech je potřeba zejména motivace uživatele a podpora blízkých. Počátky zpětného začleňování do společnosti jsou spjaty s nejistotou, nedůvěrou okolí, obavami z blízké budoucnosti, zdravotními a psychickými obtížemi, vyrovnáváním se s minulostí, ale i například s euforií z nového začátku. Samotná léčba s odbornou pomocí či přirozené zotavení bez odborné pomoci však není zárukou, že je závislost podchycena a že se jedinec nebude dále setkávat s cravingem neboli touhou po droze. Bývalý uživatel musí učinit určitá opatření, kterými se nadále bude řídit, mít každodenní řád a žádoucí náplň volného času. S uplynulou dobou abstinence a s přibývajícím množstvím zvládnutých situací však sebejistota, pozitivní emoce a důvěra sílí.

Informant č. 1: „*Prošla jsem si léčbou na oddělení adiktologie po dobu čtyř měsíců. Prvních pět dní jsem strávila na detoxu, odkud jsem přešla do léčby. První tři týdny jsem u sebe nesměla mít mobil, abych nebyla nijak ovlivněna lidmi zvenčí. Bylo možné psát a dostávat dopisy. Byl tam pevný každodenní režim od šesti ráno do sedmi do večera, sportovní aktivity a po šesti týdnech byl nárok na vycházku o víkendu jednou za čtrnáct dní. Bylo to pro mě něco úplně nového. Najednou jsem musela dodržovat pravidla a povinnosti, které jsem nikdy předtím neměla. Učinila jsem i jiná opatření. Vymazala jsem z kontaktů a ze sociálních sítí všechny feťáky a lidi s tím spojené. Taky jsem si začala dávat do pořádku dluhy, podala jsem znovu přihlášku na střední školu, vrátila jsem se bydlet k mamce a postupně jsem seznamovala rodinu a nejbližší se svou závislostí.*“

Informant č. 2: „Prošla jsem dlouhodobou léčbou v psychiatrické nemocnici Havlíčkův Brod. Léčba začíná v nultém stupni a pokračuje až do čtvrtého stupně. Pro dosažení každého stupně je potřeba splnit terapeutické úkoly. V léčebně je naprostá izolace od okolí. Je tam nastavený pevný řád. Je zakázané mít u sebe mobilní telefon. V léčebně je spousta různých terapií například hipoterapie, arteterapie, pracovní terapie atd. Tyto terapie byly každé odpoledne od pondělí do pátku. Jinak jsem chodila na doléčování ke své terapeutce z léčebny a každý rok jezdím na benefice, kde se scházíme všichni abstinenti, kteří absolvovali léčbu v Havlíčkově Brodě.“

Informant č. 3: „Já jsem se sama rozhodla přestat a sama sebe jsem motivovala. Žádnou pomoc jsem nepotřebovala. S přítelem jsme se rozhodli přestat nadobro společně. Odstěhovala jsem se ze staré garsonky, kde se všichni feťáci slejzali u nás a prostě byl konec. S těma lidma jsem se přestala vídat a neměla to pokušení na očích. S přítelem jsme to zvládli. Hodně jsme cestovali. Začali jsme jezdit po Čechách na výlety a túry, a to nás naplňovalo.“

Informant č. 4: „Prošel jsem pětiměsíční léčbou v psychiatrické léčebně Červený Dvůr. Rád maluju, a proto jsem si vybral léčebnu, která se zaměřuje i na arteterapii. Byl to mazec. Nevěděl jsem, kdo vlastně doopravdy jsem, a tak jsem tam vlastně hledal sám sebe. Několikrát jsem měl podmíněčný vyloučení, protože jsem nechápal jejich systém bodování a z ulice jsem přeci jen nebyl tak slušný a milý člověk. Několikrát jsem chtěl léčebnu opustit, ale vždy mě něco zastavilo. Taková stopka na hrud' se slovy. Děláš to kvůli sobě, to zvládneš. A zvládl. Po léčbě se mi podařilo sedm let abstinovat, pak přišla půlroční recidiva, tak jsem si zařídil dvouměsíční stabilizační léčbu, kde jsem byl i předtím a teď jsem osm let s čistou hlavou.“

Informant č. 5: „Docházel jsem třeba půl roku nebo třičtvrtě na sezení za psychologkou do Káčka. Někdy se ty sezení nepovedly, ale ta psychologka to chápala a říkala, že jako až zas budu chtít, ať přijdu, ale že když nechci, tak mi neodkáže pomoci. Pak jsem prošel léčbou v psychiatrický léčebně Červený Dvůr. Byl jsem tam půl roku a léčbu jsem dokončil. Byla to vojna. Prošli se mnou nějaký terapie. Dokonce jsem to tam dotáhnul až na předsedu komunity. Já měl na starosti bodovací systém. Dával jsem body a rozdával jsem práci ostatním.“

Informant č. 6: „Já jsem nebyl v žádný léčbě. Byl jsem v base, protože jsem napadl veřejného činitele. Za to jsem dostal podmínku, kterou mi pak kvůli distribuci drog proměnili. Když jsem z basy vylezl, tak semnou o tý závislosti mluvila paní na probačním, která se vždycky vyptávala, jak to zvládám, ale zhruba po roce docházení k ní, se přestala vyptávat, protože viděla, že už je

to minulost. Já už před nástupem omezoval ty kontakty a užívání celkově, takže jsem vlastně začal s něčím, co jsem díky výkonu trestu dotáhnul až do konce.“

Dílčí výzkumná otázka č. 3:

Jak se změnil sociální vazby bývalých uživatelů během závislosti a v období abstinence?

Kategorie: sociální vazby

Kódy: rodina, přátelé, důvěra

Sociální vazby uživatelů návykových látek bývají z důvodu závislosti mnohdy narušené. Dochází ke konfliktům s blízkými či rodinou nebo k úplnému ukončení kontaktu. Závislí jedinci vyhledávají společnost zejména dalších konzumentů, se kterými sdílí svůj čas a nachází tak své místo v drogové scéně. Při ukončování drogové kariéry vyvstává potřeba obnovit či napravit narušené vztahy s blízkými lidmi či rodinou. Zde je potřeba především pravidelný kontakt, komunikace a práce na důvěře, která se může zpětně získávat po velice dlouhý čas. Zároveň však dochází k ukončení kontaktu s drogovou scénou.

Informant č. 1: *„V závislosti jsem vztahy s rodinou skoro přerušila. Neúčastnila jsem se žádných oslav, málo kdy jsem jezdila i na Vánoce. Bavila jsem se jen s lidmi, kteří se pohybovali v drogách. Začali být důležitější než moje rodina a opravdoví přátelé. Po skončení závislosti to nebylo jednoduchý, protože veškerá důvěra v rodině byla zničená a trvá to i několik let, než se znovu obnoví. Pracuju na tom dodnes a stále to není na 100 %. Díky tomu, že studuju, pomáhám mamce, u které zase bydlím, jezdím za tátou na brigádu, tak se důvěra mezi mnou a mojí rodinou dost obnovila. Dodržuju mamky pravidla, jelikož u žiju u ní, a díky tomu mi také více věří. Všechny vztahy se obnovují, ale jde to velmi pomalu. Během léčby na adiktologii jsem získávala informace o závislosti a jejích následcích, které jsem si během užívání vůbec neuvědomovala. I tyhle informace jsem postupně sdělovala rodině. Co se týče přátel, tak už na začátku celé léčby jsem smazala špatné lidi ze svého okolí.“*

Informant č. 2: *„V době, kdy jsem aktivně užívala, jsem s rodinou nebyla skoro vůbec v kontaktu a když jsme se viděli, spíš jsme se hádali a nebyli jsme schopný být spolu v jedné místnosti. Díky abstinenci se vlastně všechno změnilo. S rodinou vycházím jako nikdy dřív, a to počítám i dobu, než jsem závislosti propadla. Myslím si, že i přesto, že to bylo pro všechny těžký období, tak nebýt toho všeho, nejsme si teď tak blízko. Rodiče semnou absolvovali několik terapií a moje mamka dokonce strávila týden semnou v léčebně. Měli možnost poznat víc z blízka celou*

problematiku závislosti a pochopit ji. Musela jsem ukončit všechny kontakty s lidmi, se kterými jsem se stýkala. Zrušila jsem si telefonní číslo a pokud jsem jela do starého místa bydliště, tak vždy pouze s doprovodem rodičů. Neměla jsem ze začátku v sobě důvěru natolik velkou. Bála jsem se, že když někoho potkám, podlehnu. Co se týče vztahů s přáteli, tak jsem měla velké štěstí a přátele, ale i přítele, současného manžela, jsem poznala měsíc po tom, co jsem byla z léčebny venku.“

Informant č. 3: „V období závislosti jsem zanedbávala dlouholeté skutečné přátele. Oni nefetovali, tak mi nepřišli tolik atraktivní, zábavní nebo jak bych to řekla. A musela jsem si k nim získat cestu zpět. Jako abstinent jsem ukončila veškeré vztahy s lidmi, se kterými jsem fetovala. Začátkem abstinence jsem hodně viděla, že nemám přátele, ale to se dalo přežít. Postupně jsem si našla nové přátele, i ty staré jsem získala, ale to trvalo roky, aby to bylo jako dřív. Rodina o drogách celou dobu nevěděla, tak teď ty vztahy v rodině akorát utužuji. Moje opora a pomoc byl můj přítel, nynější manžel, rozhodli jsme se přestat nadobro společně.“

Informant č. 4: „V době fetování jsem o blízké lidi přišel a bylo těžký vztahy opět narovnat. Přeci jen je důvěra křehká a jak se rozláme na několik malých kousků, trvá roky, než se opět slepí. Důvěra je velkou vzácností a je třeba o ní nepřijít. Získává se opravdu těžce zpátky, ale to platí všeobecně pro lidstvo. Sociální vazby se opravdu obměnily, feťácké přátele jsem odřízl a začali mě do života vstupovat lidé, kteří neměli s drogami žádné zkušenosti, ale upřímně, nepřipouštím si někoho jen tak k tělu. Nyní sem v kontaktu s částí rodiny, hlavně s nevlastní sestrou.“

Informant č. 5: „V období závislosti ty vztahy byly celkově špatný. Oni naši se mě z toho snažili dostat v jednu chvíli, ale když jsem jim rozkradl byt, tak mi sebrali klíče. Oni mě nevyhodili. Oni mi prostě sebrali klíče. Teď jsme s našima úplně v pohodě. Získat zpátky důvěru stálo hodně času a samozřejmě to chtělo taky se o tu rodinu začít zase zajímat, jezdit tam na návštěvy. Hlavně viděli, že jo, že už jsem v pohodě, že makám, že mám byt. Jinak momentálně mám stálej vztah a partnerka mě pořád hodně podporuje. S tou jsem teď rok a půl, takže jsme se poznali, když už jsem byl čistej. Dřív právě se mi ty partnerský vztahy střídaly a na rozchod jsem reagoval tak, že jsem si hned sehnal perník, i když jsem třeba za šest let vztahu předtím ani nad perníkem nepřemýšlel. Podporuje mě, když mám někoho u sebe, když vím, že mám záchrannou brzdu. S lidma, co berou, se už nestýkám.“

Informant č. 6: „Pokud se jedná o přátele, tak se nic nezměnilo. Věděl jsem, kdo je kamarád a kdo se semnou bavil jenom kvůli drogám. Samozřejmě jsem díky užívání měl problémy

s rodinou, se kterou jsem úplně ztratil kontakt, ale díky tomu, že jsem nastoupil do výkonu trestu, do kterýho jsem se taky dostal díky pervitinu, tak jsme obnovily vazby a vycházím s nimi líp než kdy dřív. Vztahy s rodinou bylo nutný obnovit, protože vztah s otcem jsem neměl vůbec a postupně jsem si u všech získal zpět důvěru.“

Dílčí výzkumný otázka č. 4:

Změnilo se postavení na trhu práce bývalých uživatelů v období abstinence?

Kategorie: postavení na trhu práce

Kódy: režim, pracovní návyk, změna hodnot

Postavení na trhu práce bývalých uživatelů v době závislosti na pervitinu nelze zobecňovat. Někteří uživatelé, i přestože jsou pod vlivem pervitinu, mohou být zaměstnaní. Nicméně ve většině případů jsou přítomné problémy s docházkou, výkonem, absencí či jejich přístupem k práci. Mnozí uživatelé jsou po dobu své závislosti nezaměstnaní. Mohou si přivydělávat pomocí nárazových brigád. Mnohdy jsou zdrojem financí krádeže či prodej návykových látek. V období abstinence však stoupá potřeba se uplatnit na trhu práce. Toto postavení bývalým uživatelům napomáhá začlenit se do společnosti, nalézt v životě režim a řád, naplňovat své potřeby, rozvíjet osobní růst a získávat finance potřebné k udržení určitého životního standardu.

Informant č. 1: *„Díky pervitinu jsem do práce chodila pozdě, usínala jsem v práci a tomu odpovídaly i výkony v zaměstnání. Pořád jsem si zařizovala neschopenky a díky tomu mě vyhodili. V abstinenci jsem zatím ještě nepracovala na hlavní pracovní poměr, ale jen brigádně. Vydržela jsem v kuse, tak si myslím, že zaměstnání už mi problém dělat nebude. Momentálně si dodělávám školu, kterou zakončím maturitou, protože pracovat v dnešní době jen se základním vzděláním nechci.“*

Informant č. 2: *„V období závislosti jsem neměla žádnou stabilní práci. Maximálně jsem někdy šla na nějakou brigádu a můj pracovní výkon byl otřesný. Nechodila jsem včas a co šlo, to jsem flákala. Poté, co jsem se zařadila do normálního života, jsem díky léčbě, kterou jsem absolvovala, měla určité návyky a věděla jsem, že je potřeba mít režim a ten dodržovat. V současnosti jsem už na mateřské dovolené, ale pracovala jsem jako vedoucí jedné prodejny, kam se chci po skončení mateřské vrátit.“*

Informant č. 3: „Co se týče práce, tak jsem měla štěstí, že i v době závislosti jsem pracovala pro známé a obstarávala jejich nemovitosti za velmi dobrý plat. To trvalo i za doby abstinence. Ted' jsem na rizikovém těhotenství a za pár měsíců už na mateřské dovolené.“

Informant č. 4: „Práce v době fetování jednou byla, pak nebyla. Neřešil jsem práci. V době mého největšího braní jsem si řekl, že pokud se z toho někdy dostanu, budu pomáhat lidem se závislostí. Cesta byla hodně drsná a trnitá. Po léčbě jsem začal mít spoustu zkoušek a nástrah v podobách nepříjemných situací jako smrt v rodině, práce ve skladu s léčivem, kde mi prošla rukama tuna efedrinu, modafenu, řešil jsem dluhy, rozvod a spoustu dalších. Po léčbě jsem šel vnitřní cestou k sobě samému. Učil jsem se s pocity pracovat, učil jsem se je odžívat v plném vědomí, popisovat a asi jsem se dostal do fáze, kdy jsem obstál, neboť jsem v roce 2013 pracoval s lidmi před léčbou, po léčbě, s rodiči uživatelů a vedl svépomocnou skupinu. Nyní pracuju jako konzultant v drogovém a poradenském centru závislostí. Takže ta moje cesta drogové kariéry měla zřejmě svůj důvod.“

Informant č. 5: „Když jsem bral, tak jsem práci ani neřešil. Byl jsem nezaměstnaný, když jsem jel ty největší pecky. Ani mě nenapadlo, že bych pracoval. Neměl jsem žádné pracovní návyk. To mě všechno naučili v léčebně, nějaký ten řád a režim. Jinak jsem žádné režim neměl. Peníze jsem získával z krádeží nebo prodeje perníku. Momentálně mám stálou práci asi čtrnáct let. Mimo práci jsem jezdil s taxi, ale to už nedělám.“

Informant č. 6: „Já se v době závislosti o práci nikdy nezajímал a nehledal jsem ji. Peníze jsem si vždycky nějak obstaral. Potom, co mě propustili z vězení, jsem měl hrozné štěstí a nastoupil jsem hned na jednu z vedoucích pozic v jedné fabrice.“

11. ZÁVĚR PRAKTICKÉ ČÁSTI

Hlavním cílem tohoto výzkumu bylo proniknout do problematiky bývalých uživatelů pervitinu a pomocí získaných dat zodpovědět otázku, jak bývalí uživatelé pervitinu vnímají období své abstinence. Mezi další cíle si tento výzkum kladl zjištění faktorů, které podnítily bývalé uživatele k abstinenci a zmapování toho, jak probíhalo jejich zpětné začleňování do společnosti, jak se změnily jejich sociální vazby a postavení na trhu práce v období závislosti a v období abstinence. Na samém počátku výzkumu jsem stanovila výzkumné otázky, na které jsem na základě získaných dat z polostrukturovaných rozhovorů s bývalými uživateli pervitinu získala odpověď. V závěru praktické části se tedy pokusím vyhodnotit stanovené výzkumné otázky.

Bývalí uživatelé pervitinu vnímají své období abstinence především jako změnu životního stylu, hodnot a nalezení vhodné náplně volného času, který tráví aktivněji oproti období závislosti. Volný čas naplňují objevováním a navštěvováním nových míst, trávením společného času se svými blízkými a rodinou, sportovními aktivitami, hudbou a hrou na hudební nástroje, sebedeje, odpočinkem a relaxací, ale i jinými běžnými záležitostmi jako úklid, vaření, údržba domácnosti a jiné. V období abstinence taktéž dochází k naplňování potřeb a cílů, které nebyly uspokojeny z důvodu závislosti. Informanti č. 1 a č. 2 jsou motivováni k dokončení své střední školy, protože si plně uvědomují potřebu a zároveň nutnost mít dokončené vzdělání. Informanti č. 2 a č. 3 v současné době zakládají rodinu a čekají potomka. Taktéž informanti č. 5 a č. 6 se svěřili s přáním mít v blízké době potomka, o kterého usilují.

Pro některé z bývalých uživatelů nebyly počátky abstinence příliš jednoduché. Mnozí zpočátku prožívali zdravotní a psychické komplikace, samotu, nepříjemné vzpomínky, výčitky svědomí a flashbaky. Informanti č. 1, č. 5 a č. 6 se stále setkávají s cravingem neboli touhou po droze, a to zejména ve stresových situacích nebo ve chvílích, kdy se jim vybaví vzpomínky z minulosti či potkají uživatele pervitinu. Naopak informanti č. 2, č. 3 a č. 4 mají k pervitinu a k uživatelům pervitinu ve svém blízkém okolí silný odpor. Důležité je také zmínit, že informanti č. 4 a č. 5 abstinují již podruhé, avšak nyní jsou dostatečně motivováni v udržování abstinence díky podpoře okolí, nalezení smyslu života a zaměstnání, které je naplňuje.

Faktory vedoucí bývalé uživatele k abstinenci jsou různorodé. Nicméně obecně lze říct, že se jedná především o důsledky drogové závislosti. Významnou roli hrála nespokojenost bývalých uživatelů s jejich způsobem života v období závislosti. Velice často se v odpovědích objevovala touha po „normálním“ životě. Normální život si však může každý subjektivně představovat zcela odlišně. Z odpovědí informantů vyplývalo, že za normální život především

považují rozložení času na určité povinnosti jako je zaměstnání a na volný čas, který se tráví aktivně či odpočinkem, a to zcela bez konzumace pervitinu. Dále se objevovaly faktory jako strach o zdraví, zdravotní a psychické komplikace, bezmoc, ztráta rodiny a přátel, nezaměstnanost, doprovodné sociálně patologické jevy jako krádeže, prodej či držení návykových látek, ale i kauzální zkušenost v roli oběti trestného činu.

V rámci výzkumného vzorku lze vypožorovat dva způsoby zpětného začleňování do společnosti, a to na základě využití odborné pomoci a naopak. Informanti č. 1, č. 2, č. 4 a č. 5 se obrátili na pomoc odborníků a prošli léčbou drogové závislosti, kterou zpětně hodnotí velice pozitivně, protože jim pomohla v sebepoznání, v osvojování různých dovedností, v komunikaci s rodinou a blízkými, a především do jejich života přinesla režim a řád. Beze sporu největším přínosem však byla abstinence. Informanti č. 3 a č. 6 ukončili své užívání pervitinu bez odborné pomoci neboli prošli přirozeným zotavením. U informanta č. 3 je velice patrný vliv změny prostředí, neformální podpory partnera, izolace od uživatelů pervitinu a celkové ukončení kontaktu s drogovou scénou. Informant č. 6 započal svou abstinenci již před nástupem do výkonu trestu, kde neměl možnost být s pervitinem či uživateli pervitinu v kontaktu, a proto pro něho výkon trestu byl jakýmsi osvobozením. Ve výkonu trestu se neseťkal s žádnými odbornými interakcemi, které by mu vypomohly s jeho odvykáním. Informant č. 2 se i po léčbě zapojil do programu následné péče a každý rok se setkává s dalšími abstinenty.

Sociální vazby bývalých uživatelů se v období abstinence značně změnily. V období závislosti byly sociální vazby narušené. Docházelo ke konfliktům, omezení nebo úplnému ukončení kontaktu s blízkými lidmi či rodinou. Blízcí a rodina byly nahrazeny uživateli pervitinu a drogovou scénou. Po ukončení drogové kariéry se sympatie vůči drogové scéně začaly vytrácet a pseudokamarádství s jinými uživateli založené zejména na společném užívání pervitinu bylo ukončeno. Bývalí uživatelé učinili razantní opatření, aby se s drogovou scénou nadále neseťkávali. Z výpovědí informantů bylo patrné, že mezi opatřeními byla například změna prostředí, odstranění uživatelů pervitinu ze sociálních sítí, odstranění telefonních kontaktů na uživatele a distributory pervitinu, úplné zrušení telefonního čísla či doprovod členů rodiny do míst, kde by docházelo k riziku relapsu. Informant č. 6 je jako jediný stále v kontaktu s některými uživateli pervitinu, které považuje za přátele. Nespatřuje v interakci s nimi žádné riziko.

Po ukončení drogové kariéry bylo třeba na rodinných vazbách pracovat, a to zejména na důvěře, která byla posilována pravidelným kontaktem, komunikací a informacemi ohledně

stabilního zázemí či zaměstnání. U všech informantů došlo k výraznému zlepšení vztahů s rodinou či blízkými lidmi. U některých jsou vztahy s rodinou dokonce lepší než před obdobím drogové závislosti.

Postavení na trhu práce se v období abstinence změnilo u všech informantů kromě informanta č. 3, který měl stabilní zaměstnání i v období závislosti. Informanti č. 5 a č. 6 byli po celou dobu své závislosti nezaměstnaní. Finance si obstarávali prodejem návykových látek nebo krádežemi. Informanti č. 1, č. 2 a č. 4 taktéž neměli žádné stabilní uplatnění na trhu práce. Nicméně mnohdy působili v zaměstnání či na brigádách alespoň krátkodobě. Bohužel jejich pracovní výkon neodpovídal požadavkům zaměstnavatelů. Značným problémem byla docházka, pozdní příchody, nemocenská či pracovní neschopnost, přístup k práci či spánek v pracovní době. V období abstinence bývalí uživatelé našli své uplatnění na trhu práce. Informant č. 4 uplatnil své zkušenosti z drogové kariéry a v současné době působí jako konzultant v drogovém a poradenském centru závislostí. Informanti č. 2 a č. 3 jsou v současné době na mateřské dovolené a těší se na příchod prvního potomka.

ZÁVĚR

Problematika drog a drogových závislostí představuje markantní problém, který postihuje značnou část populace. O vážnosti problému vypovídá i fakt, že se stala jedním z globálních společenských problémů současného světa. Nicméně i přes tyto skutečnosti se může zdát, že není zkoumána v celé své celistvosti, protože pozornost je stále směřována zejména k prevenci závislosti a závislosti samotné. Diplomová práce se blíže zabývá problematikou bývalých uživatelů. Přesněji se zaměřuje na bývalé uživatele pervitinu, protože metanfetamin je jednou z nejpoužívanějších nelegálních návykových látek v rámci České republiky, což je dáno jeho snadnou dostupností a relativně nízkou cenou. K tvorbě této práce mě motivovala především snaha o bližší zmapování problematiky bývalých uživatelů.

V teoretické části práce byla pozornost věnována zejména problematice drog a drogových závislostí, protože jsem to považovala za zcela stěžejní pro následné pochopení problematiky bývalých uživatelů. Soustředila jsem se na témata drogy, drogové závislosti, pervitin, typologie uživatelů návykových látek, systém péče v rámci České republiky, relaps a prevence relapsu, léčba drogových závislostí s odbornou pomocí a ukončení dlouhodobého užívání návykových látek bez odborné pomoci. Posléze jsem se zaměřila přímo na bývalé uživatele návykových látek a jejich motivaci.

V praktické části práce byl realizován výzkum. Vzhledem k povaze výzkumu jsem se rozhodla využít kvalitativního přístup. Prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů s šesti bývalými uživateli pervitinu jsem se snažila proniknout do problematiky bývalých uživatelů a získat potřebná data. Cílem bylo zjištění a zmapování toho, jak bývalí uživatelé pervitinu vnímají období své abstinence, jaké faktory je podnítily k abstinenci, jak probíhalo jejich zpětné začleňování do společnosti, jak se změnily jejich sociální vazby a postavení na trhu práce v období abstinence.

Na základě získaných dat jsem se dozvěděla, že bývalí uživatelé mají své období abstinence spojené především s postupnou změnou životního stylu, hodnot a náplně volného času. Počátek období abstinence nebyl příliš jednoduchý. Polovina informantů se s cravingem neboli touhou po droze setkává dodnes. Faktory, jež bývalé uživatele podnítily k abstinenci, jsou různorodé. Nicméně lze konstatovat, že se jedná především o důsledky závislosti na pervitinu. Nejvíce převažovala nespokojenost se způsobem života v období závislosti. Zpětné začleňování do společnosti proběhlo dvěma způsoby, a to pomocí léčby závislosti s odbornou pomocí a procesem přirozeného zotavení neboli ukončením dlouhodobého užívání pervitinu

bez odborné pomoci. Velké změny jsou patrné zejména v sociálních vazbách bývalých uživatelů, ale i v postavení na trhu práce. Sociální vazby bývalých uživatelů se ve velké míře obměnily. Kontakt s drogovou scénou byl kromě jednoho případu informanta ukončen. Důvěra a narušené vztahy s rodinou či jinými blízkými lidmi byly postupně obnoveny. I přestože obnovení důvěry a narušených vztahů bývá náročné, tak nic není nemožné. Někteří z informantů mají dokonce vztah s rodinou a blízkými lidmi kvalitnější než v období před závislostí. V období abstinence všichni bývalí uživatelé našli své uplatnění na trhu práce.

Seznam použité literatury

BĚLÍK, Václav, Stanislava SVOBODA HOFERKOVÁ a Blahoslav KRAUS. *Slovník sociální patologie*. Praha: Grada, 2017. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-271-0599-1.

BRENZA, Jiří a Michal RŮŽIČKA. *"Dokážu to?": pervitin - koncepce školení pro terapeutu*. Olomouc: P-centrum, 2012. ISBN 978-80-905377-0-5.

Drogy: otázky a odpovědi: [příručka pro rodinné příslušníky a pomáhající profese]. Praha: Portál, 2007. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-7367-223-2.

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

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-85931-79-6.

GÖHLERT, Fr.-Christoph a Frank KÜHN. *Od návyku k závislosti: toxikomanie: drogy: účinky a terapie*. Praha: Ikar, 2001. Pro zdraví. ISBN 80-7202-950-9.

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

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-x.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.

JANÍK, Alojz a Karel DUŠEK. *Drogy a společnost*. Praha: Avicenum, 1990. Život a zdraví (Avicenum). ISBN 80-201-0087-3.

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

KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 1*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-05-6.

MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. ISBN isbn80-7367-002-x.

- MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-368-0.
- MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.
- MRAVČÍK, V., CHOMYNOVÁ, P., GROHMANNOVÁ, K., JANÍKOVÁ, B., ČERNÍKOVÁ, T., ROUS, Z., TION LEŠTINOVÁ, Z., NECHANSKÁ, B., CIBULKA, J., FIDESOVÁ, H., VOPRAVIL, J. 2019. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2018* [Annual Report on Drug Situation 2018 – Czech Republic] MRAVČÍK, V. (Ed.). Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 978-80-7440-237-1.
- MRAVČÍK, V., CHOMYNOVÁ, P., GROHMANNOVÁ, K., JANÍKOVÁ, B., ČERNÍKOVÁ, T., ROUS, Z., CIBULKA, J., FIDESOVÁ, H., VOPRAVIL, J. 2020. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2019* [Annual Report on Drug Situation in the Czech Republic in 2019] MRAVČÍK, V. (Ed.). Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 978-80-7440-254-8.
- NEPUŠTIL, Pavel. *Bez léčby to jde: proces přestávání s pervitinem bez odborné pomoci*. Brno: Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií, 2014. ISBN 978-80-210-6754-7.
- NEŠPOR K., MÜLLEROVÁ, M.: *Jak přestat brát (drogy)*. Praha: Sportprag, 2004.
- NEŠPOR, Karel a Ladislav CSÉMY. *Léčba a prevence závislosti: příručka pro praxi*. Praha: Psychiatrické centrum, 1996. ISBN 80-85121-52-2.
- NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost*. 3., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-267-6.
- PEŠEK, Roman, Andrea VESELÁ VONDRÁŠKOVÁ a Ondřej VESELÝ. *Drogová závislost, aneb, Rychlý běh po krátké trati: poradenská příručka pro děti, dospívající a jejich rodiče*. Písek: Arkáda - sociálně psychologické centrum, c2007. ISBN 978-80-239-9405-6.
- PETRUSEK, Miloslav, Hana MAŘÍKOVÁ a Alena VODÁKOVÁ. *Velký sociologický slovník*. Praha: Karolinum, 1996. ISBN isbn80-7184-164-1.
- PRESL, Jiří. *Drogová závislost: může být ohroženo i vaše dítě?*. 2. rozš. vyd. Praha: Maxdorf, 1995. Medica. ISBN 80-85800-25-X.
- PRESTON, Andrew a Andy MALINOWSKI, ŠEFRÁNEK, Martin, ed. *Průvodce léčbou v terapeutické komunitě: prRaktická příručka pro uživatele drog*. Praha: Národní monitorovací

středisko pro drogy a drogové závislosti, 2007. Metodika (Úřad vlády České republiky). ISBN 978-80-87041-28-4.

RÖHR, Heinz-Peter. *Závislost: jak jí porozumět a jak ji překonat*. Přeložil Petr BABKA. Praha: Portál, 2015. Spektrum (Portál). ISBN 978-80-262_0927-0.

ROTGERS, Frederick. *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada, 1999. Psyché (Grada). ISBN 80-7169-836-9.

VYMĚTAL, J. *Úvod do psychoterapie*. 1.vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 978-80-247-2667-0.

ZAKOUŘILOVÁ, Eva. *Speciální techniky sociální terapie rodin*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0583-8.

Internetové zdroje

Drogová poradna [online]. © 2009 [cit. 05.10.2020]. Dostupné z: <http://www.drogovaporadna.cz/o-drogach-obecne.html>

Substituční léčba [online]. © 2021 [cit. 05.10.2020]. Dostupné z: <https://www.substitucni-lecba.cz/rozdeleni-drog>

Drogy ne! [online]. © [cit. 05.10.2020]. Dostupné z: <https://www.ped.muni.cz/wsedu/mu.old/drogy/bm/bere.htm>

Výchova ke zdraví [online]. © 2009 [cit. 05.10.2020]. Dostupné z: <http://www.vychovakezdravi.cz/clanky/zavislosti.html>

Drogy-info [online]. Copyright © 2015 [cit. 10.10.2020]. Dostupné z: <https://www.drogy-info.cz/publikace/glosar/?g=80>

DIA styl. Váš průvodce světem diabetu [online]. © 2021 [cit. 10.10.2020]. Dostupné z: <http://www.diastyl.cz/zneuzivany-efedrin/>

Společnost podané ruce. Internetová poradna [online]. © 2009 [cit. 10.10.2020]. Dostupné z: <https://www.extc.cz/pervitin--metamfetamin-.html>

Substituční léčba [online]. © 2021 [cit. 30.10.2020]. Dostupné z: <https://www.substitucni-lecba.cz/drogy-v-cislech>

Substituční léčba [online]. © 2021 [cit. 30.10.2020]. Dostupné z: <https://www.substitucni-lecba.cz/novinky/zavislost-to-nejsou-jen-drogy-ale-treba-i-nakupovani-562>

Psychoterapeutické centrum Jihlava [online]. © 2021 [cit. 30.10.2020]. Dostupné z: <https://psycholog-jihlava.cz/diagnosticka-kriteria-zavislost>

Casa Palmera [online]. © 2021 [cit. 06.11.2020]. Dostupné z: <https://casapalmera.com/blog/the-four-stages-of-drug-addiction/>

United Nations [online]. © [cit. 06.11.2020]. Dostupné z: https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/bulletin/bulletin_1962-01-01_1_page002.html

Masarykova univerzita [online]. © 2005-2021 [cit. 24.11.2020]. Dostupné z: <https://www.em.muni.cz/veda-a-vyzkum/4760-zbavit-se-drog-jde-bez-odborniku>

Pomoc v závislosti [online]. © 2011 [cit. 24.11.2020]. Dostupné z: www.pomocvzavislosti.cz/cs/akt/relaps--recidiva

Pomoc v závislosti [online]. © 2011 [cit. 25.11.2020]. Dostupné z: www.pomocvzavislosti.cz/cs/akt/craving--bazeni-

Drogy-info [online]. © 2015 [cit. 25.11.2020]. Dostupné z: <https://www.drogy-info.cz/publikace/glosar/?g=236>

Drogy-info [online]. © 2015 [cit. 30.11.2020]. Dostupné z: <https://www.drogy-info.cz/publikace/glosar/?g=98>

Studium psychologie [online]. © 2020 [cit. 30.11.2020]. Dostupné z: <https://www.studium-psychologie.cz/psychologie-osobnosti/5-motivace.html>

Substituční léčba [online]. © 2021 [cit. 30.11.2020]. Dostupné z: <https://www.substitucni-lecba.cz/novinky/system-lecby-drogove-zavislych-v-cr-607>

Novinky.cz [online]. © 2003-2021 [cit. 05.01.2021]. Dostupné z: <https://www.novinky.cz/ekonomika/clanek/ve-spotrebe-alkoholu-cesko-kleslo-na-ctvrte-misto-na-svete-40303115>

iDNES.cz [online]. © 1999-2021 [cit. 05.01.2021]. Dostupné z: https://www.idnes.cz/zpravy/domaci/substitucni-lecba-zavislost-pervitin-drogy.A180321_141546_domaci_nub