

# **Příčiny, prevence a léčba drogově závislých ve Zlínském kraji**

Ludmila Bendová

---

Bakalářská práce  
2015



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Ústav pedagogických věd  
akademický rok: 2014/2015

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Ludmila Bendová**  
Osobní číslo: **H12153**  
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**  
Studijní obor: **Sociální pedagogika**  
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Příčiny, prevence a léčba drogové závislosti ve Zlínském kraji**

Zásady pro vypracování:

**Zpracování rešerše a studium odborné literatury.**  
**Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti příčin, prevence a léčby drogové závislosti.**  
**Příprava metodiky empirické části, zpracování projektu výzkumu a stanovení výzkumného problému.**  
**Realizace kvalitativního výzkumu formou polostrukturovaného rozhovoru.**  
**Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.**  
**Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.**

---

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

**GÖHLERT, Fr. – Christoph a Frank KÜHN. Od návyku k závislosti: toxikomanie, drogy: účinky a terapie. Vyd. 1. Praha: Ikar, 2001. 143 s. ISBN 80-720-2950-9.**

**HAJNÝ, Martin, Evžen KLOUČEK a Robert STUHLÍK. Akta Y: drogový problém versus rodina: praktická příručka pro rodiče. Vyd. 1. Praha: Votobia, 1999. 125 s. ISBN 80-722-0022-4.**

**JOHN, Radek a Jiří PRESL. Drogy!: otázky a odpovědi. Vyd. 1. Praha: Media Kultur, 1995. 125 s. ISBN 80-200-0508-0.**

**MANN, John. Jedy, drogy, léky. Vyd. 1. Praha: Academia, 1996. 203 s. ISBN 80-200-0508-0.**

**NEŠPOR, Karel a Jiří PRESL. Vaše děti a návykové látky: otázky a odpovědi. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001. 157 s. ISBN 80-717-8515-6.**

**PRESL, Jiří. Drogová závislost: může být ohroženo i Vaše dítě?. Vyd. 2. Praha: Maxdorf, 1995. 88 s. ISBN 80-858-0025-X.**

**TYLER, Andrew. Drogy v ulicích: mýty, fakta, rady. Praha: Ivo Železný, 2000. 426 s. ISBN 80-237-3606-X.**

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Renata Polepilová**  
Centrum výzkumu FHS

Datum zadání bakalářské práce: **23. ledna 2015**

Termín odevzdání bakalářské práce: **30. dubna 2015**

Ve Zlíně dne 23. ledna 2015

  
doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.  
děkanka



  
Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.  
ředitel ústavu

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- o odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby<sup>1)</sup>;
- o beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- o na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3<sup>2)</sup>;
- o podle § 60<sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- o podle § 60<sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- o pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- o elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- o na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 30.3.2015



<sup>1)</sup> zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevyjádřeně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělků jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlíží k výši výdělků dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce je zaměřena na příčiny, prevence a léčbu drogově závislých ve Zlínském kraji. Práce je rozdělena na dvě části. Část první, teoretická se zabývá vymezením základních pojmů z dané oblasti. Krátkými odstavci definuje, co je drogová závislost, příčiny závislosti, co je to droga, druhy drog, jaké máme prevence, preventivní programy, léčby a v nemalé míře popisuje motivaci a tvoření motivačních programů. Druhá část je praktická. Cílem praktické části je formou kvalitativního výzkumu zjistit, jaká motivace, kdo nebo co přimělo participanty nastoupit na léčbu a abstinovat. Kvalitativní výzkum byl vypracován pomocí otevřených otázek polostrukturovaného rozhovoru s abstinujícími participanty.

Klíčová slova: drogy, drogová závislost, prevence, abstinence, motivace, léčba

## **ABSTRACT**

The thesis focuses on causes, prevention and treatment of drug addicted in Zlín region. This thesis is divided in two parts. First, theoretical part deals with the definition of basic concepts from this field. It is defined in short paragraphs, what is drug addiction, causes of drug addiction, what is a drug, types of drugs, what are the preventions, prevention programs, treatment and in a small extent it describes the motivation and formation of motivation programs. Second part is a practical one. The aim of the practical part is, in a form of qualitative research, find out what kind of motivation, who or what induced participants to embark on treatment and abstain. Qualitative research was developed through the open questions of semi structured interview with abstaining participants.

Keywords: drugs, drug addiction, prevention, abstinence, motivation, treatment

Děkuji paní Mgr. Renatě Polepilové za odborné vedení mé práce, za otevřený a vstřícný přístup, za cenné rady, které mi vždy ochotně poskytovala.

Dále bych ráda poděkovala účastníkům mého výzkumu, kteří mi poskytli rozhovory a pomohli mi realizovat výzkum.

V neposlední řadě bych chtěla poděkovat mé rodině za podporu a trpělivost a laskavou péči o mého syna.

Motto:

*„Jsi zodpovědný za sebe. Jsi svobodný dělat, cokoli chceš.*

*Musíš být pouze připraven nést důsledky.“*

Sheldon Kopp

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>9</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>11</b>
<b>1 DROGY</b> .....	<b>12</b>
1.1 HISTORIE DROG .....	12
1.2 DĚLENÍ DROG DLE MÍRY RIZIKA .....	13
1.3 DĚLENÍ DROG DLE ÚČINKU NA PSYCHIKU .....	14
<b>2 ZÁVISLOST</b> .....	<b>16</b>
2.1 SYNDROM ZÁVISLOSTI .....	16
2.2 PŘÍČINY VZNIKU ZÁVISLOSTI.....	17
2.3 VZNIK ZÁVISLOSTI .....	18
<b>3 PREVENCE A LÉČBA DROGOVÉ ZÁVISLOSTI</b> .....	<b>20</b>
3.1 DĚLENÍ PREVENCE .....	20
3.2 LÉČBA ZÁVISLOSTI.....	20
3.3 SYSTÉM PÉČE A JEHO SLOŽKY .....	22
<b>4 MOTIVACE</b> .....	<b>26</b>
4.1 DEFINICE MOTIVACE .....	26
4.2 MOTIVACE V OBLASTI ZÁVISLOSTI.....	28
4.3 MOTIVAČNÍ ROZHOVORY .....	29
4.3 MOTIVACE K ABSTINENCI .....	30
4.3.1 Abstinence.....	30
4.3.2 Typy vítězů nad závislostmi – 9 typů .....	30
<b>5 DROGOVÁ PROBLEMATIKA ZLÍNSKÉHO KRAJE</b> .....	<b>32</b>
5.1 SÍŤ SLUŽEB POSKYTOVANÉ ZLÍNSKÝM KRAJEM .....	32
5.1.1 Dělení poskytovaných služeb .....	32
5.1.2 Zařízení působící na území Zlínského kraje .....	33
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>34</b>
<b>6 METODOLOGIE VÝZKUMU</b> .....	<b>35</b>
6.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM.....	35
6.2 POJETÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	35
6.3 VÝZKUMNÝ CÍL.....	35
6.4 VYMEZENÍ VÝZKUMNÝCH OTÁZEK .....	36
6.5 VÝZKUMNÝ SOUBOR A ZPŮSOB JEHO VÝBĚRU.....	36
6.5.1 Průběh realizace výzkumu .....	36
6.5.2 Údaje o participantech .....	37
6.6 METODA SBĚRU DAT A METODA ANALÝZY DAT .....	40
<b>7 INTERPRETACE DAT A JEJICH SHRnutí</b> .....	<b>43</b>
<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>49</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b> .....	<b>51</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK</b> .....	<b>54</b>
<b>SEZNAM TABULEK</b> .....	<b>55</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	<b>56</b>



## ÚVOD

K nejvíce rozšířeným závislostem, nejen v České republice, patří závislost na alkoholu a tabáku - už vzhledem k jejich dostupnosti a toleranci ve společnosti.

Patologickým jevem se dnes ale stávají drogy. Nelegální obchod s nimi je zdrojem obrovských zisků a bezohledná lidská chamtivost tento obchod úspěšně podporuje. V současné době dochází ke stále většímu šíření a spotřebě drog a zároveň roste i počet lidí, kteří se dostávají do závislosti na jejich užívání.

Podle celostátního průzkumu se věková hranice uživatelů drog snižuje. Tento drogový problém je problémem celosvětovým a již od roku 1991 je mezinárodním společenstvím charakterizován jako problém globální. Jen v našem malém státě přibývá meziročně 8,7 % problémových uživatelů drog - jak je uvedeno ve Výroční zprávě Národního monitorovacího střediska pro drogy a závislé pro rok 2013, a to zde není započítána tzv. „skrytá populace“, která statistikám uniká. Jsou to alarmující čísla, a přestože na řešení drogového problému vynakládá náš stát nemalé prostředky zdá se, že jde o boj s „větrnými mlýny“. Ve školách je prováděná primární protidrogová osvěta už od nejnižších ročníků v rámci prvouky nebo vlastivědy. A např. kontaktní a protidrogová centra pro drogové a jiné závislosti (K-centra, DROP-IN, střediska drogových závislostí, centra pomoci závislým apod.) mají vyškolené pracovníky, kteří poskytují školám metodické vedení, zajišťují besedy a přednášky, včetně propagačního materiálu. Přes všechny snahy uchránit děti, především dospívající mládež, před velkým drogovým nebezpečím, je prevence málo účinná. S drogou se děti mohou paradoxně setkat bohužel už na základní škole. Nejčastěji je to snadno dostupná marihuana, která stojí jen pár korun a kterou přinese „šikovnější“ spolužák. Droga je bohužel pro mnohé lákavé módní zakázané ovoce.

Současný konzumní způsob života naší společnosti, výchova, životní a sociální podmínky – narušení sociální a citové stránky, neschopnost zvládat psychickou zátěž, strach ze zodpovědnosti sama za sebe (což je důsledkem celkového zhoršení mezilidských vztahů), to všechno může být příčinou vzniku závislosti.

Mladí lidé, kteří drogám propadnou, si neuvědomují, že je droga ničí jak po stránce psychické, tak po stránce fyzické. Má na svědomí tisíce lidských životů. Tito lidé se svým počínáním sami vyčleňují ze společnosti a narušují vztahy především v rodině. V konečném důsledku se často dostávají až do střetu se zákonem.

Jen málo statečných si začne uvědomovat, že drogou ještě nikdo svůj problém nevyřešil a že utíkat k drogám je vlastně zbabělost. Každý má možnost tento problém řešit, jen se musí sám rozhodnout a sám chtít dostat se z „drogového bludného kruhu“ ven. Tato cesta je náročná, ale s pomocí odborníků se dá zvládnout.

Uvědomuji si, že není v mých silách drogový problém vyřešit, ale nechci jenom bezmocně přihlížet. Rozhodla jsem se proto, že se ve své bakalářské práci zaměřím na ty jedince, kteří svou závislost zvládli. Jejich motivace k léčení a zkušenosti by třeba mohly, alespoň některým z drogově závislých nešťastníkům, pomoci.

Cílem mé bakalářské práce je průzkum motivací drogově závislých jedinců k jejich abstinenci.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 DROGY

„*Drogy jsou látky, které mají vliv na naše duševní stavy a celý organismus, tedy celé tělo.*“ (Ohníček, 1995, s. 23)

Droga – původně se tento výraz používal pro usušené části léčivých bylin anebo živočichů, ze kterých se připravovaly léky. V současnosti si pod tímto pojmem představíme nějakou látku, která určitým způsobem ovlivňuje naši psychiku – má tzv. psychotropní účinek a může vyvolat závislost (Presl, 1995, s. 9). Jde tedy o jakoukoliv omamnou přírodní nebo syntetickou látku, působící na centrálně nervovou soustavu tím, že mění mozkové funkce a ovlivňuje vědomí a chování jedince, jeho prožívání vnímání reality a emoce, a hlavně navozuje stavy euforie. Základním efektem je celková stimulace a povzbuzení. Nemůžeme se tedy divit, že díky takovým účinkům se droga stává, převážně mezi mládeží, dost oblíbenou. K nejznámějším drogám u nás, po alkoholu, cigaretách a marihuaně, patří pervitin, jehož základní stimulační látka je amfetamin. Výroba pervitinu není příliš náročná a základní stimulační látka, efedrin, lze získat i z volně prodejných léků. Jeho psychotropní efekt je velice výrazný a uživatel lehce spadá do závislosti. Problém je ten, že při užívání pervitinu dochází ke změnám psychiky s rozvojem paranoidního či paranoidně-halucinačního syndromu srovnatelného se schizofrenií. (Presl, 1995, s. 15-17).

Dle Presla (in Machová, Kubátová, 2009) můžeme za drogu považovat každou látku syntetickou či přírodní, která splňuje dva základní požadavky:

- Má tzv. **psychotropní účinek** – mění prožívání okolní reality, mění naše „vnitřní“ naladění, jednoznačně působí negativně na psychiku,
- **může vyvolat závislost** – míra závislosti je u různých drog odlišná, může být větší nebo menší, ale přítomna je vždy, což označujeme jako závislostní potenciál (Machová, Kubátová, 2009, s. 73).

### 1.1 Historie drog

Z dochovaných archeologických i písemných nálezů zjišťujeme, že rostliny s povzbudivými a halucinogenními účinky provázejí lidstvo po celou dobu jeho existence. Původně se pravděpodobně tyto rostliny - drogy používaly k léčebným účelům, postupem času začaly být využívány v souvislosti hlavně s magií, šamanismem a náboženstvím, neboť lidé věřili, že tyto látky, navozující extatické

stavy, jsou darem od Boha, a proto je měli ve velké úctě, např. Indiáni koku. (Janík, Dušek 1990, s. 22-23)

Jako součást tradice jednotlivých kultur bylo tedy užívání psychotropních látek součástí určitých rituálů, obřadů a hlavně, bylo pod kontrolou zkušených lidí – šamanů a kněží. Především však bylo chápáno jako prostředek k dosažení určitého poznání, získání síly a vyšších schopností. S rozvojem a šířením křesťanství došlo většinou k vymýcení tzv. pohanských náboženství a drogy přestaly být z náboženských důvodů užívané.

K rozšiřování stimulačních drog dochází až v 17. století a to současně s rozšiřováním kolonialismu a námořní dopravy. Obchodování s opiem a kokou začal být velmi dobrý zdroj zisku.

V 19. století dochází k obrovskému rozvoji průmyslu a to hlavně průmyslu chemického a farmaceutického. Například z opia byl izolován lékárníkem F. A. Sertürnerem derivát opia morfin (1806), který byl požíván v Prusko-Rakouské válce (1866) a ve válce Francouzsko-Pruské (1871) k utlumení bolesti zraněných vojáků, u kterých se pak vytvořila závislost nazvaná morfinismus. V roce 1893 byl v Japonsku syntetizován metamfetamin - pervitin, který byl hojně využíván hlavně ve 2. světové válce jak Japonci (Kamikadze), tak německými vojáky na frontě. Na vedlejší nepříznivé následky při dlouhodobém používání těchto drog přicházeli lékaři bohužel až dlouho po jejich objevení.

V České republice nejsou drogy nic nového. Po roce 1989 si k nám našly cestu dobře organizované skupiny - gangy, zabývající se obchodováním s drogami. S tím samozřejmě souvisí i zvýšení kriminality, zejména krádeží a to za účelem získat prostředky na drogu.

## 1.2 Dělení drog dle míry rizika

Z trestně-právního hlediska dělíme drogy na legální, které jsou v naší společnosti tolerované (čaj, káva, alkohol, tabák, nejrůznější léky) a nelegální, které jsou v naší společnosti zákonem zapovězeny, a to jak jejich výroba, tak i distribuce. Jedná se o látky omamně a psychotropní. Dále dělíme drogy podle míry rizika vzniku závislosti na tzv. drogy „měkké“ a „tvrdé“, resp. „lehké“ a „těžké“. Toto dělení je značně ne

přesné, ale u nás běžně používané. Mezi „lehké“ drogy patří např. káva, tabákové výrobky všeho druhu, produkty z konopí (marihuana, hašiš) a alkohol, což je v naší společnosti droga číslo jedna. Zde je již hranice sporná, nadužívání (abúzus) alkoholu patří na rozhraní, někdy značí příznaky, které se řadí již do drog „tvrdých“. U „tvrdých“ drog je již riziko závislosti nepřijatelné a tedy neakceptovatelné. Drogy působí na funkce centrálního nervového systému (CNS). Tato rizika pak můžeme pozorovat ve zdravotních, sociálních i duchovních oblastech (Nožina, 1997, s. 9-10).

### 1.3 Dělení drog dle účinku na psychiku

- **Látky navozující útlum (narkotika)**

– zklidní, zpomalí, vyšší dávky přivodí spánek, mohou ale způsobit zástavu životních funkcí.

Do této skupiny patří:

- **Opium** – nejnebezpečnější psychotropní látka. Hlavní alkaloid opia je **morfín** - jehož polysyntetickým derivátem je **heroin**. Dalším, o něco méně jedovatým alkaloidem je **kodein**.

- **Hypnotika a sedativa** – léky odlišující se dávkováním. V malých dávkách působí sedativně, ve větších působí jako hypnotikum. K nebezpečným sedativům patří **barbituráty** – vysoké dávky mohou způsobit srdeční zástavu. K nebarbiturátovým hypnotikům patří **Nitrazepam**, který působí trochu odlišně, ale je také návykový.

- **Trankvilizéry** – jsou užívány za účelem odstranění úzkosti a na uklidnění. Nejznámější jsou benzodiazepiny (diazepam, oxazepam). Tyto prostředky tlumí mozkovou činnost.

- **Neuroleptika** – využívána v psychiatrické praxi k léčení závažnějších závislostí (fermetrazin a dexfermetrazin).

- **Látky stimulující (stimulancia)**

– tzv. "povzbuzováky", dočasně zvyšují aktivitu, pozornost, bdělost, odstraňují únavu. Po vyprchání jejich účinku přichází únava a deprese a po dlouhodobém užívání drogy může dojít až k rozvoji paranoidní psychózy.

Do této skupiny patří:

- **Kokain** – alkaloid získávaný z lístků koky. **Ckrack** – kokain smíchaný s vodou a jedlou sodou. Většinou se kouří, účinek i závislost je výrazně rychlejší.

**Psychostimulancia** – nejrozšířenější forma závislosti

- **Khat** – psychostimulační droga rostlinného původu (*Catha edulis*). Obsahuje alkaloid cathinon podobný amfetaminům.

- **Amfetamin** – syntetická stimulační droga, dlouho užívaná k léčbě depresí, obezity a narkolepsie - patologické spavosti (Fenmetrazin, Dexfenmetrazin).

- **Pervitin** – metamfetamin, nejčastěji zneužívaná stimulační droga, dá se p-domácku vyrobit z volně prodejných léků.

- **Extáze** – tzv. taneční droga (MDMA – 3,4 methylenedioxy-N-metylamfetamin), amfetaminový derivát, potlačuje pocit žízně a horka.

- **Drogy navozující změny smyslového vnímání**

**Canabinoidy** – konopí (*Canabis sativa*), psychotropní droga (možné lékařské využití jako analgetikum, potlačuje nevolnost způsobenou protirakovinnou chemoterapií. Závislost je psychická).

- **Marihuana** – konopné listy a samičí květy.

- **Hašiš** – konopná pryskyřice (větší obsah THC).

- **Halucinogeny** – změny zrakového vnímání reality, halucinace, přeludy (fantastika).

- **LSD** (diethylamid kyseliny lysergové) – paličkovice nachová (námel).

- **Lysohlávka** - houba, obsahující přírodní halucinogenní látku psilocybin.

- **Organická rozpouštědla** (těkavé látky), inhalované pro psychotropní účinky. Způsobují závislost tzv. solvenciového typu - poruchy řeči, obtížné udržování rovnováhy, oslabuje nervový systém.

- **Toluen** – droga hloupých (barvy, ředidla, čisticí prostředky, atd.).

- **Alkohol** – ethylalkohol (etanol). Závislost vzniká po dlouhodobém užívání, způsobuje poruchy paměti, cirhózu jater, oslabuje imunitní systém ... Alkoholická psychóza – delirium tremens – sluchové i zrakové halucinace (např. bílé myšky), křeče. Nebezpečná je kombinace alkoholu s drogami (Janík, Dušek, 1990, s.78-115).

## 2 ZÁVISLOST

*„Touha vzbouřit se, žít si po svém, jinak než ostatní. Vybřednout ze světa problému. Být volný... To je počátek křivolaké cesty, která mnohé nakonec dovede k droze. Závislost je snadná. A lidi by neměli dělat snadný věci. Vím, o čem mluvím. Drogy nám nic neumožní. Otevřou možná jiné dimenze vnímání – ale dál nás nepustí. Nikdy. A potom za to draze zaplatíme.“* (Tereza Pergnerová)

Při dlouhodobějším užívání drog vzniká závislost, a to psychická nebo fyzická (somatická). Při psychické závislosti je droga užívána proto, aby si uživatel navodil „příjemný psychický stav“, při somatické závislosti se droga „stane nutnou součástí metabolismu a její vynechání pak vede ke vzniku abstinenčních příznaků.“ (Janík, Dušek, 1990, s. 73)

Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) je drogová závislost definovaná jako „psychický někdy i fyzický stav charakterizovaný změnami chování a dalšími reakcemi, které vždy zahrnují nutkání užívat drogu opakovaně (ustavičně nebo intermitentně) pro její psychické účinky a dále také proto, aby se zabránilo vzniku nepříjemných stavů vznikajících při nepřítomnosti drogy v organismu.“

Mezinárodní klasifikační seznam uvádí, že závislost na návykových látkách je nemoc, která je zařazená mezi chronická onemocnění centrální nervové soustavy. Lze ji tedy diagnostikovat a léčit, ale především bychom se měli snažit jí předcházet. Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) se u nás používá od 1. 1. 1994.

### 2.1 Syndrom závislosti

Syndrom závislosti je soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických jevů, který se vyvíjí po opakované aplikaci návykové látky. Konečnou diagnózu bychom měli stanovit pouze tehdy, jestliže během posledních dvanácti měsíců došlo ke třem či více následujícím znakům:

- a) Silná touha, potřeba a pocit puzení k užití látky - tento stav označujeme jako carving (bažení),
- b) potíže se sebekontrolou při užívání drogy,
- c) abstinenční syndrom, což je reakce na snížené množství přísunu dávky nebo samotnou abstinenci,



- d) růst tolerance - potřeba navyšování dávky látky k dosažení stejného účinku,
- e) postupná ztráta zájmů a koníčků ve prospěch získávání, užívání a k zotavení se z účinku psychoaktivních látek,
- f) pokračování v užívání látky i přes zjevné důkazy jejich škodlivých účinků (Nešpor, 2000, s. 16-25).

## 2.2 Příčiny vzniku závislosti

Příčiny závislostí na návykových látkách jsou považovány za celosvětový problém, proto jsou již desítky let studovány. V posledních letech je kladen důraz na studium biologických (farmakologických) aspektů závislosti. Tento výzkum by mohl výrazně přispět k určitému pokroku v prevenci a léčbě drogových závislostí (Fišerová, [online] 2000).

Fišerová ([online] 2000) dále uvádí, že mezi příčinami vzniku závislostí lze diferencovat přinejmenším tři skupiny činitelů – droga, člověk a prostředí. Proto bychom drogové závislosti měli chápat a studovat jako celek bio-psycho-sociálních onemocnění, kde se jednotliví činitelé vzájemně sjednocují či doplňují. Také v publikaci – Od návyku k závislosti (Fr. Christoph Göhlert a Frank Kühn, 2001, s. 25) je uváděn třífaktorový model rizikových faktorů, a to:

- **Jedinec** - vlastní hodnoty, schopnost vztahů, zatížení, tolerance k frustraci, sociální kompetence, premorbidita (stav organismu, psychiky a somatu před onemocněním), postoj k drogám a jejich konzumaci.
- **Prostředí** – konkurenční situace, orientace na konzum, peer-group – skupina vrstevníků, trh s drogami - dostupnost, hospodářská situace a hodnotové modely.
- **Droga** – dosažitelnost, způsoby účinku, ekonomie drog, prostředí toxikomanie, atmosféra konzumu, požitku a omámení.

Položme si tedy otázku, proč lidé berou drogy? Zjistíte, že není snadné na ni odpovědět. Vždy jde o nějakou souhru celé řady faktorů, které na každého jedince působí jiným způsobem (Presl, 1995, s. 46).

Dle Fr. Christopha Göhlerta, Franka Kühna (2001, s 26-28) mohou být rizikové faktory závislostí:

- Porucha sebehodnocení – chybí sebejistota, důvěra ve vlastní schopnosti,
- postoj bezprostředního okolí k drogám – vliv party, přátel, známých,
- aktuální krize – neúspěch v práci, ve škole, nezaměstnanost, zklamání v lásce, rozchod, rozvod,
- náhlé ukončení vztahů v dětství a mládí – odloučení od rodičů, nehody, nemoci, smrt.

Na to, co tedy zapříčiňuje drogovou závislost, neznáme jednoznačnou odpověď. Dnešní chaotická doba přináší stále víc nejistoty. Tržní ekonomika ovládá náš život, tradiční společnost a hodnoty pomalu zanikají, přibývá rozvrácených rodin - děti ztrácejí jistotu zázemí i oporu a rodiče s nimi mnohdy ani nedovedou komunikovat. V období dospívání pak přichází řada problémů. Puberta je závažné rozhraní v životě dítěte. Je to velice obtížné období hlavně proto, že dospívání duševní a tělesné neprobíhá zároveň. Mladý člověk vidí všechno většinou černobíle a často nedokáže odolat nebezpečným nástrahám, je plný neklidu a nespokojenosti. Často pocítuje zmatek a nejistotu, což ho dostává do stresu, který neumí řešit jinak, než útekem z reality - a cesta k droze je otevřená dokořán.

Profesor sociologie amsterdamské univerzity Peter Cohen říká: „*Lidé mají hlubokou potřebu navazovat vztahy a vytvářet citová spojení. Tak v životě dosahujeme uspokojení. Jestliže se nedokážeme propojit jeden s druhým, spokojíme se s jakoukoliv náhražkou, která je po ruce – ať je to skřípot rulety, nebo pocit vpichu jehly.*“ Podle Cohena je závislost spíše vazba. Člověk závislý např. na heroinu si vytvořil vazbu s heroinem, protože nebyl schopen spojit se plně s ničím jiným. Opakem závislosti není střízlivost, ale je jím blízkost s ostatními lidmi (in Archetypal, [online] 2015).

### 2.3 Vznik závislosti

Do závislosti se může dostat každý - to souvisí se spoustou okolností. Záleží v první řadě na osobnosti člověka a ta je ovlivněná jak vrozenými duševními a fyzickými vlastnostmi, tak i vlastnostmi získanými výchovou a ve velké míře i prostředím, ve kterém se nachází. Také záleží na věku, neboť čím je člověk mladší, tím je riziko vzniku závislosti vyšší. Mladý člověk, snad ve své touze o samostatnost a svobodu,

sáhne po droze a nepřipouští si, že ho droga nakonec zotročí. Tím, že drogou naruší přirozené prostředí organismu a vytvoří umělý stav, který se dá udržet pouze dalšími dávkami, se stává závislý. Pokud drogu tělo nedostane, reaguje nepříjemnými abstinenciálními příznaky (Mahdalíčková, 2014, s. 31–34).

*„Stupeň tolerance a abstinenciální příznaky se liší podle druhu drog. Závislost na opiáty vzniká velmi rychle, u kanabinoidů je proces pomalejší. Abstinenciální příznaky jsou značné opět při zneužívání opiátů, nižší při zneužívání stimulačních látek a u halucinogenů se téměř nevyskytují.“* (Mahdalíčková, 2014, s. 34).

Drogová závislost nevzniká ihned, většinou probíhá v několika fázích.

Vývoj závislosti dle Kaliny (2003a, s. 17)

**Experimentátoři** – toto označení není moc přesné, ale značí tak osoby, které drogy takzvaně „zkouší“. Užívají drogu občas, či nepravidelně. V jiných oblastech problémy mít nemusí.

**Příležitostní/rekreační uživatelé** – v této fázi je užívání drog vnímáno jako součást životního stylu, užití drogy není častější než jednou do týdne. Zatím to není bráno jako vznik závislosti a dalších problémů.

**Pravidelní uživatelé** - dle MKN-10 - zde již hovoříme o pravidelném, „škodlivém užívání“, kdy se uživatel označuje jako závislý - drogu užívá vícekrát do týdne.

**Problémoví uživatelé** drog – jsou podle EMCDDA ti uživatelé, kteří drogu užívají intravenózně, dlouhodobě a pravidelně (opiáty, amfetamin, kokain). Nezahrnuje se zde marihuana a extáze.

**Závislí uživatelé** - splňují diagnostická kritéria syndromu závislosti. Tito uživatelé jsou často, ale ne vždy, řazeni mezi „problémové“.

### 3 PREVENCE A LÉČBA DROGOVÉ ZÁVISLOSTI

Prevence je pojem, který pochází z latinského slova *praeventus* – zákrok předem. Je to soubor opatření, pomocí kterých můžeme předcházet nežádoucím jevům a naučit se před nimi chránit. Prevence působí na chování jedince a zároveň ovlivňuje jeho chování tak, aby z hlediska společnosti k negativnímu jednání, nedocházelo (Mahdalíčková, 2014, s. 78).

#### 3.1 Dělení prevence

WHO (in Kalina a kol., 2003a, s. 17) rozděluje prevenci na:

- **Primární** – předcházení užití návykových látek u jedinců i skupin, které s nimi nebyli doposud v kontaktu nebo oddálení kontaktu s drogou do pozdějšího věku,
- **sekundární** – předcházení vzniku, rozvoji a přetrvávání závislosti jedinců, kteří jsou již zasaženi a postiženi, případně se na droze stali závislími. Je to souhrnný název pro včasnou intervenci, poradenství a léčbu,
- **terciární** – předcházení závažnému či trvalému zdravotnímu a sociálnímu poškození z užívání drog. Patří sem sociální rehabilitace, podpora v abstinenci, doléčování, prevence zdravotních rizik u neabstinujících klientů.

V USA se používá následující dělení:

- **Všeobecná prevence** – obecná populace, např. celá třída,
- **selektivní prevence** – jedinci se zvýšeným rizikem, kteří návykové látky neužívají, např. děti s poruchami chování,
- **indikovaná prevence** – tito jedinci sice vykazují známky užívání návykových látek, provedení diagnostiky ale u nich možné není,
- **léčba** – jedinci užívající návykové látky nebo jsou na nich závislí,
- **udržování stavu a prevence recidiv** – jedinci závislí nebo zneužívající návykové látky jsou udržováni ve stabilizovaném stavu (Nešpor, 2000, s. 133).

#### 3.2 Léčba závislosti

Hartl a Hartlová ve svém Psychologickém slovníku definují léčbu jako činnost zaměřenou na překonávání nemocí neboli chorobného stavu, přičemž **kauzální léčba** se zaměřuje na příčiny nemocí a **symptomatická léčba** na její příznaky a projevy.

Léčba představuje složitý a zdoluhavý proces s nejistým výsledkem. Větší část drogově závislých nevydrží omezení vyplývající z léčby a podléhají svým chutím. Rizika jsou bohužel velká. Důležitým předpokladem úspěchu je odhodlání, silná motivace a spolupráce (Vágnerová, 2004, s. 66).

Cílem léčby je změna, která přináší zlepšení zdravotního stavu a celkové kvality života na nejvyšší možnou míru. WHO (in Kalina a kol., 2003b, s. 97) definuje tři hlavní cílové oblasti léčby a sociální rehabilitaci uživatelů drog a to:

- Snížení závislosti
- Snížení nemocnosti a úmrtnosti způsobené nebo spojené s užíváním drog
- Podpora rozvoje tělesného, duševního a sociálního potenciálu klientů a dosažení plné sociální integrace

Toto souvisí, dle WHO, s celkovým pojetím zdraví, kdy zdraví znamená „stav plné tělesné, duševní a sociální pohody, nikoliv pouze nepřítomnost nemoci nebo vady“ (in Kalina a kol., 2003b, s. 97)

Nešpor (2000, s. 97) uvádí třináct principů efektivní léčby, které jsou spíše nějakým ideálem, ale ke kterým je třeba se stále přibližovat:

#### **Třináct principů efektivní léčby závislosti na návykových látkách:**

- *„Ne každá léčba se hodí pro každého. Každému pacientovi je třeba zvolit léčbu, která je pro něj nejvhodnější.*
- *Léčba by měla být rychle dostupná.*
- *Léčba by měla reagovat na různé potřeby pacienta včetně zdravotních, psychologických, sociálních a právních.*
- *Léčba by měla být dostatečně pružná a měla by umět reagovat na měnící se potřeby pacienta.*
- *Pro efektivitu léčby je kriticky důležité její trvání (delší léčba obvykle přináší lepší výsledky).*
- *Léčba by měla zahrnovat individuální nebo skupinové poradenství a kognitivně – behaviorální postupy.*
- *U mnoha pacientů je důležitou součástí léčby podávání vhodných léků.*

- *Pacienti, kteří trpí kromě závislosti i jinou duševní chorobou, by měli být integrovaně léčeni pro obojí.*
- *Detoxikace, která pomáhá překonat odvykací stav, je pouze prvním stádiem léčby, ale sama o sobě má malý efekt.*
- *Efektivní léčba nemusí být dobrovolná. Přijetí léčby, setrvání v ní a její výsledek může často příznivě ovlivnit tlak ze strany rodiny, zaměstnavatele nebo úřadů.*
- *Během léčby je třeba zjišťovat, zda nedochází k porušování abstinence.*
- *Léčba by měla zahrnovat i vyšetření na HIV/AIDS, žloutenku, tuberkulózu a další infekční nemoci, které se v populaci závislých vyskytují častěji.*
- *Překonávání závislosti může být dlouhodobý proces a může vyžadovat opakované léčby. Účast ve svépomocných skupinách po léčbě zlepšuje výsledky léčby.*“ (Nešpor, 2000, s. 97-98)

Aby drogově závislý dosáhl dlouhodobé abstinence, změnil svůj dosavadní životní styl a plně obnovil své fungování, potřebuje projít léčbou. To může být dlouhodobý proces. Jako u chronických poruch, tak i u závislých jedinců se objevují během léčby, či po úspěšném absolvování léčby relapsy, kdy drogově závislý podléhá svým „chutím“ na drogu. V tomto případě potřebuje závislý prolongovanou (prodlouženou) terapii - opakované epizody léčení nebo programy jiného typu. Proto se přikláníme k celému léčebnému kontinuu, které je v zásadě složeno z těchto složek:

- **Poradenství před nástupem léčby** – podpora motivace klienta urychluje vstup do léčby. Jeho zapojení se do léčebného procesu snižuje riziko předčasného odchodu.
- **Léčba** – zde je podstatné, aby klient setrval v abstinenci a jeho problémy (zdravotní, psychologické, sociální) se zlepšily.
- **Následná péče** – snižuje riziko relapsu, usnadňuje sociální integraci (Kalina, 2003b, s. 103).

### 3.3 Systém péče a jeho složky

Bém (in Kalina a kol., 2003b, s. 155) uvádí: „*Efektivní systém péče by měl splňovat řadu kritérií jak v oblasti kvalitativní (struktura a provázanost sítě), tak i v oblasti kvantitativní (rozsah a dostupnost péče).*“

**Kvalitativními kritérii** se rozumí spíše vnitřní struktura systému péče. Její **komplexnost** – pokrytí potřeb různorodých cílových skupin, **provázanost** – spolupráce, funkční provázanost a rovnoprávnost služeb, **efektivita** – zajištění standardní kvality péče s maximální možnou účinností a optimalizací s minimálními vynaloženými náklady.

**Kvantitativní kritéria** se zaměřují na vnější strukturu systému péče. Na **rozsah** – který je určen národní a místní (regionální) prevalencí problému užívání návykových látek, a na **dostupnost péče** – která musí být dostupná místně i časově, a to v závislosti na místních potřebách (Kalina a kol., 2003b, s. 155).

V ČR je pro uživatele návykových látek vybudován celkem ucelený systém péče. V tomto systému jsou zahrnuty sítě poradenských, léčebných a sociálních služeb. Jsou to:

#### **Terénní programy („Streetwork“)**

Nabízené služby jsou postavené na principu Harm reduction, což znamená, že hlavním cílem je minimalizace poškození a rizik u uživatelů návykových látek, ale také společnosti. Týká se to zamezení šíření HIV/AIDS, snížení výskytu hepatitid B a C, snížení úmrtnosti v důsledku předávkování, předcházení kriminality a sociálnímu propadu. Důležité je motivování ke změně životního stylu. Mezi základní služby patří výměna injekčního materiálu, informační servis a poradenství v oblasti zdravotní a sociální, krizová intervence a zprostředkovávání odborných služeb. Tyto služby jsou poskytovány v přirozeném prostředí uživatelů návykových látek. Cílovou skupinou jsou mladí lidé ve fázi experimentování, pravidelní uživatelé bez komplikací i uživatelé problémoví (dlouhodobí uživatelé aplikující si drogu nitrožilně).

#### **Nízkoprahová kontaktní centra**

Cílem služby je minimalizace negativních dopadů v oblastech tělesného a duševního zdraví a sociálních podmínek daného jedince. Své služby nabízejí drogovým uživatelům i jejich rodinám a blízkým. Základní službou kontaktních center je výměna injekčního materiálu, zajištění základního zdravotního ošetření, screeningové testy (HIV, Hepatitida C), odborné poradenství a psychoterapie. Dále jsou to doplňkové služby, jako je hygienický a potravinový servis. Mezi hlavní zásady patří anonymita. Klienti jsou vedeni pod kódy. Kontaktní centrum ve Zlíně funguje již od roku 1998, a od roku 2006 spadá pod o. s. ONYX.

### **Detoxifikační jednotky**

Zkrácený výraz pro „detoxifikaci“ je „Detox“. Hlavní cíle detoxifikace jsou: zbavit tělo jedovatých látek; pomoc při překonávání odvykacího syndromu („absták“); zjistit, jestli pacient netrpí nějakou tělesnou či duševní nemocí a pokud o to pacient stojí, navrhnout další postup léčby. Doba léčby na „detoxu“ je 7-10dní - v případě, že se nevyskytnou žádné komplikace (Nešpor, 1997, s. 88).

### **Substituční léčba**

Léčba probíhá ambulantně ve zdravotnických zařízeních. Její podstatou je nahrazení původně užívané návykové látky za látku s podobným farmakologickým účinkem. Tyto látky-léky mají dlouhodobější účinek, aplikují se perorálně a jsou předepisovány lékařem. U nás jsou to nejčastěji metadon a syntetický opiát buprenorfin. Doba léčby může být krátkodobá (1-2 týdny), střednědobá (několik týdnů až měsíců) nebo dlouhodobá (několik let). Základním cílem léčby je snížení užívání ilegálních drog a tím i redukování kriminality; minimalizování zdravotního poškození klienta a hlavně jeho sociální stabilizace (Kalina a kol., 2008, s. 376 - 377).

### **Ambulantní léčba**

Tato léčba je realizována ve zdravotnických i nezdravotnických zařízeních (organizace AT, psychiatrické a psychologické poradny, atd.). Léčba je poskytována klientům s pevným sociálním a rodinným zázemím. Hlavním cílem léčby je změna životního stylu, jehož součástí je abstinence od návykových látek, životní stabilizace, příprava na léčbu v rezidentním zařízení, snížená frekvence užívání opod.

### **Denní stacionáře**

Zařízení poskytují „nelůžkovou“ denní péči, obvykle jen v pracovní dny. Jsou pro klienty v různých fázích závislosti, kteří mají relativně stabilní sociální zázemí a uvažují o změně dosavadního životního stylu. Kalina (2008, s. 380) uvádí podmínky účinnosti léčby - přesný časový rozvrh; soubor pravidel upravujících podmínky léčby a chování klientů programu; vyvážená skladba programu: psychoterapie, sportovní, kulturní, pracovní a klubové aktivity.

### **Střednědobá ústavní léčba**

Tuto péči poskytují specializovaná oddělení psychiatrických léčeben a klinik (např. ve Zlínském kraji je to Psychiatrická nemocnice v Kroměříži, která má specializova-



né pracoviště nesoucí název MANDALA). Léčba trvá 3-6 měsíců a jejím hlavním cílem je změna životního stylu, abstinence od návykových látek, přebudování motivace a postupné řešení důsledků drogové kariéry (dluhy, soudy, ...).

### **Terapeutické komunity**

Specializovaná rezidenční (pobytová) zařízení, zaměřená na léčbu vedoucí k abstinenci a na sociální rehabilitaci. Komunity poskytují střednědobou až dlouhodobou (6-18 měsíců) odbornou péči pro klienty se střední až těžkou závislostí, často i s kriminální anamnézou. Cílem léčby je změna životního stylu, dosažení osobnostního růstu a naučit klienty přijímat abstinenci jako nezbytnou součást života.

### **Doléčovací programy**

Následná péče navazuje na ukončenou léčbu a pomáhá klientům (s prokázanou minimální tříměsíční abstinencí) se znovu začlenit do běžného života a to k dosažení samostatnosti a nezávislosti na cizí pomoci. Zahrnuje podporu při zlepšování jejich sociálních dovedností a schopností, podporu osobního růstu a současně i podporu se setrváním v abstinenci a předcházením relapsu. Většina doléčovacích center nabízí klientům jak ambulantní péči, tak i ubytování v chráněném bydlení (Kalina a kol., 2003b, s. 208-211).

### **Ostatní zařízení a služby**

Systém služeb je doplněn o další zařízení reagující na potřeby specifických cílových skupin. Mohou to být upravované služby pro mladistvé, matky s dětmi, zařízení pro děti do 15 - ti let, specifické terénní programy pro příslušníky menšin, pro uživatele ve vazbách, vězení, a podobně. V poslední době jsou to zařízení, agentury, zaměřené na zaměstnávání klientů.

## 4 MOTIVACE

Motivace ke změně je nejdůležitějším prvkem, který podmiňuje úspěšnost léčby drogově závislých jedinců. Proto je nezbytnou součástí prevence a léčby (Kalina a kol., [online] 2001). Je to pojem vyjadřující něco nehmatatelného, domnělého, který můžeme vnímat jako hypotetický konstrukt. Mnozí autoři označují motivaci jako nejdůležitější, ale zároveň nejsložitější a nekomplikovanější strukturu osobnosti. Pokud bychom motivaci porozuměli, znamenalo by to poznat sám sebe i ostatní, což by bylo, v rámci prevence a léčby, primární zjištění, které by přispělo v boji proti alkoholickým i nealkoholickým návykovým látkám. Víme, že najít správnou motivaci je důležité, zvláště pak pro uživatele návykových látek a to proto, aby dokázali podstoupit léčbu a následně pak setrvat v abstinenci.

### 4.1 Definice motivace

Pojem motivace má svůj původ v latinském slově „movere“, což v češtině znamená hýbat, pohybovat. *„Motivaci lze definovat jako souhrn všech intrapsychických dynamických sil neboli motivů, které zpravidla aktivizují a organizují chování i prožívání s cílem změnit existující neuspokojivou situaci nebo dosáhnout něčeho pozitivního“.* (Plhalová, 2004, s. 319)

Motivaci můžeme rozdělit na:

- **Primární motivaci** (primary motivation) vrozené biologické potřeby fungující jako instinkty, které se vyvíjejí podmiňováním.
- **Sekundární motivaci** (secondary motivation) naučené tendence chování, jeho síly, směru i způsobu, vycházející z primární motivace (projev myšlení).

Dále také na:

- **Vnější motivaci** (extrinsic motivation) je dána činy, které jsou vyvolané přítomností či nepřítomností jiných lidí a podnětů v okolí.
- **Vnitřní motivaci** (intrinsic motivation) souvisí s činy, které si vyvoláváme a spouštíme sami – jsou vyvolány našimi potřebami a zájmy. Např. cíl, plán, představa, tužba, ale také hlad, žízeň, hladina hormonů (Hartl, Hartlová, 2000, s. 328).

*„Vždy platí, že vnitřní motivace je účinnější a silnější než motivace vnější.“* (Moos, [online] 2008)

Základním činitelem motivace je motiv neboli také pohnutka, která určuje, zda bude jedinec směřovat spíše k určitému objektu či mentálnímu stavu nebo se mu bude spíše vzdalovat. Motivy se tedy projevují tím, že chceme něco získat nebo se pokoušíme něčemu se vyhnout. Pokud tyto motivy nejsou dostatečně naplňovány, jejich naléhavost roste, což ovlivňuje intenzitu a kvalitu chování, které zcela ovládne lidské prožívání. Síla motivů rozhoduje, které činnosti dáme přednost nebo kterou odložíme na pozdější dobu (Plhalová, 2004, s. 319).

Vágnerová (2004, s. 167) ve své publikaci uvádí, že motivy určují:

- **Směr** – zaměření aktivity na průběh určitého chování a jejího obsahu
- **Intenzitu** – míru aktivity vynaloženou na dosažení cíle
- **Délku trvání činnosti** – která určuje uspokojení potřeb, které ji vyvolaly

Proto lze interpretovat motivy jako příčiny určitého chování, které mu dávají smysl.

Moos ([online] 2008) uvádí tzv. motivační profil každého člověka, neboli motivační strukturu, kterou tvoří 5 vnitřních hybných sil:

- 1) **Potřeby** - což je základní zdroj motivace, hlavní znak potřeby je prožívaný nedostatek něčeho, co si ani nemusíme uvědomovat, ale vždy jej pocítujeme jako nepříjemné vnitřní napětí.
- 2) **Návyky** - opakované, zautomatizované způsoby činnosti člověka v určitých situacích, které se stávají stereotypem, a tím postupně vzniká závislost.
- 3) **Zájmy** - pokud se člověk soustředí delší dobu na určitou oblast předmětů nebo jevů vzniká zájem, motivace v tomto směru se stává velmi důležitou pro rozvoj a obohacení člověka.
- 4) **Hodnoty** - v životě se setkáváme s nejrůznějšími skutečnostmi, kterým se snažíme dávat různý význam neboli hodnotu. Tyto hodnoty si utváříme sami pro sebe a postupně si je řadíme do tzv. hodnotové hierarchie. Potřeby, které jsme si zařadili nejvýše, nás pravděpodobně motivují k činnostem nebo naopak. Existují však obecně platné hodnoty jako je rodina, zdraví, práce, vzdělání, peníze, úspěch, upřímnost atd.
- 5) **Ideály** - jsou mentální nebo názorná představa něčeho subjektivně velmi žádoucího a pozitivně hodnoceného, zakládá se tím v podstatě smysl toho, pro co člověk zde na světě žije.

## 4.2 Motivace v oblasti závislosti

Kalina a kol. (2003a, s. 283) uvádí, že motivaci lze chápat jako proces usměrňování, udržování a energetizaci chování - proces zvýšení nebo snížení aktivity jedince. Působením návykové látky se základní osobnostní dimenze zásadně mění, veškeré zájmy jdou stranou a vše se přizpůsobuje drogám, což zapříčiňuje ztrátu energie, kterou jedinec potřebuje k růstu a prosperitě. Aby se u drogově závislého jedince mohla zahájit léčba, je potřeba posilovat jeho motivaci, která není v počátečním stádiu příliš velká. Málokdy vidíme klienta, který převezme veškerou iniciativu a svou situaci začne řešit sám. Do léčebných programů se často zapojují klienti, kteří se dostali do nepříznivé životní situace, kterou nejsou schopni sami řešit. Může to být např. zhoršený zdravotní stav a nezvládání užívání, probíhající soudní jednání, ztráta zázemí apod.

U většiny klientů se během začátku léčebného programu projevuje vysoká míra popírání a odmítání problémů vědomým sebeklamem, čímž vlastně potvrzují svou nerozhodnost a nejistotu. Dochází tady k určité konfrontaci, kterou by terapeut mohl využít v klientův prospěch. Motivace k léčbě by v první řadě navazovala až na uvědomění si své vlastní situace, a klient sám, (ač nerad) přijme fakt, že potřebuje pomoc.

*„Cílem konfrontace je fakt, aby jedinec viděl a přijal realitu a mohl tak nastoupit cestu adekvátní změny.“* (Miller-Rollnick, 2002, s. 12)

Pokud klient přijme tento motivační vzorec, může začít s novými motivacemi. Dochází ke změně okolností, sebereflexi, což potvrzuje, že změna je možná (Miller-Rolnick, 2002, s. 9-12).

Tyto tzv. motivační tréninky využívané v předléčebném poradenství pomáhají klientům propracovávat motivaci v kratším časovém úseku tak, aby klient byl schopný nastoupit léčbu co nejdříve.

**Nešpor (in Kalina, [online] 2000) uvádí vývoj motivace klienta v osmi bodech:**

1. Popírá, že má vůbec nějaké problémy (problémy mají ostatní),
2. připouští, že má nějaké problémy, ale popírá problémy s drogou,
3. připouští, že má problémy s drogou, ale popírá, že potřebuje ten typ léčby či intervence, který je mu nabízen,

4. připouští, že potřebuje odbornou pomoc, ale popírá, že potřebuje ten typ léčby, který je mu nabízen,
5. smlouvá a uzavírá obchod,
6. pasivně se podřizuje,
7. vyvíjí aktivitu s žádostí o pomoc, pomoc přijímá se samozřejmostí a očekává ocenění za to, že ji přijímá nebo za banality – cítí se zraněn, nevytváří-li se kolem něj příhodné podmínky pro jeho úsilí (testování),
8. vyvíjí zralejší iniciativu při řešení problémů aktuálních i budoucích.

### 4.3 Motivační rozhovory

Úkolem dobrého terapeuta je především pochopení problému klienta a pomocí motivačních rozhovorů pak aktivovat nebo podněcovat jeho skryté možnosti a předpoklady k pozitivní změně.

1) **Fáze prekontemplace** – Člověk si problém nepřipouští, dokonce jej popírá. Hlavní postoj: váhavost, rebelství, rezignace, racionalizace.

2) **Fáze kontemplace** – V této fázi začíná uvažování o vlastním problému. Motivační rozhovory jsou pro další krok velice důležité.

3) **Fáze rozhodnutí** – Odhodlání ke změně sice trvá, ale stále ještě není jednoznačné. Je žádoucí, zaměřit pozornost na detaily „akčního plánu“.

4) **Fáze akce** – Pro setrvání v učiněném předsevzetí se změnit je nutné klienta podpořit, jeho rozhodnutí hodnotit pozitivně a potvrdit správnost jeho kroku. Jen tak může získat víru sám v sebe.

5) **Fáze udržování** – Je to zatěžkávací zkouška nově vybudovaného vzorce chování a vyžaduje čas. Návrat ke starým návykům sice stále hrozí, ale už menší silou. Podpora terapeuta je vhodná a žádoucí.

Všechny metody používané v rámci motivačních rozhovorů jsou pro klienta důležité a vhodné ve všech fázích změny. I když se bude průběžně měnit obsah a typ postupů, cíl vždy zůstává stejný, a to pomoc člověku zdárně provést skutečnou změnu svého života už natrvalo (Miller, Rollnick, 2003, s. 175–183).

### 4.3 Motivace k abstinenci

Známe rizika vyplývající z drogové závislosti. I když pomocí drogy se člověk dostává zpočátku do příjemných prožitků, časem mu droga začne způsobovat potíže nejen psychické, ale i zdravotní a kvalita jeho života rapidně klesá. Cesta k normálnímu životu je většinou hodně těžká, ale stojí za to! Abstinence drogově závislých je způsob ke zlepšení kvality života, k znovuzískání důvěry a obnovení mezilidských vztahů, víry a lásky.

#### 4.3.1 Abstinence

Abstinence je výraz pro zdrženlivost od požitků, např. alkoholu, drog apod. Především pro uživatele návykových látek je abstinence velmi důležitá. Každá zdrženlivost od těchto látek, i když se nejedná o abstinenci trvalou, dává prostor pro změnu ve všech sférách života. Týká se to především vztahů, práce a sociálního zázemí (Kalina a kol., 2003b, s. 97).

#### Laps

Jednorázové užití drogy (uklouznutí)

#### Relaps

Návrat k užívání drogy po období abstinence, je často doprovázen symptomem závislosti. Stupeň závislosti se dá určit podle rychlosti, se kterou se příznaky objeví.

#### Recidiva

Opětovná diagnóza syndromu závislosti (Kalina a kol., 2008, s. 56). „*Recidiva je návrat k nemoci, která už byla vyléčena nebo u ní zmizely příznaky*“ (Vokurka, in Kalina a kol., s. 26).

#### 4.3.2 Typy vítězů nad závislostmi – 9 typů

1. **Prostí abstinenti:** abstinují na něčí radu, časem se změň na prozíravé **optimisty**.
2. **Nadšenci:** nadšeně se zúčastňují terapeutických programů a svépomocných skupin. Mohou z nich být **zachráníci**.
3. **Střízliví realisté:** už trpěli dost! Uvědomují si negativní následky závislosti.
4. **Chytří optimisté:** chápou výhody abstinence ve všech sférách života. Patří k nim **moudří požitkáři**.

5. **Soběstační abstinenti:** pouze ve střízlivosti dokážou uspokojovat všechny své životní potřeby.
6. **Hrdinové:** překonání závislosti je pro ně výzva. Svobodní, nezávislí, hrdí na svou pověst, prestiž a úspěch. **Abstinenti individualisté** zakládají si na své odlišnosti.
7. **Mystici:** mohou být různého náboženského vyznání, motivaci hledají především v duchovních oblastech.
8. **Ohleduplní abstinenti:** abstinují nejen kvůli sobě, ale i lidem, kterým nechtějí dělat problémy. Patří k nim tzv. **zachráníci**, kteří často pracují jako terapeuti.
9. **Vytrvalci:** sami si udržují dlouhodobou abstinenci, zdravé abstinenční návyky se zautomatizovaly. Jsou mezi nimi **zachráníci** pracující jako terapeuti a pomáhají sobě i jiným.

**Smišené typy** jsou možné, často se lze setkat s následujícími kombinacemi, např.:

- Nadšenci a prozíraví optimisté.
- Nadšenci a mystici.
- Nadšenci a ohleduplní abstinenti.
- Střízliví realisté a hrdinové.
- Střízliví realisté a ohleduplní abstinenti.
- Mystici a hrdinové.
- Vytrvalci v kombinaci se všemi ostatními typy.

Tato typologie může posloužit jako terapeutický nástroj pro zvýšení motivace a povzbuzení naděje k vítězství nad návykovou nemocí (Nešpor, Scheansonová, [online] 2013).

## 5 DROGOVÁ PROBLEMATIKA ZLÍNSKÉHO KRAJE

Zlínský kraj je svou rozlohou čtvrtým nejmenším územně samosprávným celkem v ČR. Je tvořen okresy Zlín, Uherské Hradiště, Kroměříž a Vsetín. Má celkem 307 obcí z toho 30 měst. Hustotou zalidnění 148 obyvatel/km<sup>2</sup> výrazně převyšuje republikový průměr, přičemž nejvyšší zalidněnost je v okrese Zlín.

Charakter kraje je do značné míry venkovský, jeho velká územní členitost, složitější dopravní obslužnost a struktura obyvatel, hraje pozitivní roli ve výskytu, rozsahu a dynamice v obchodu s drogami, která se Zlínského kraje dotýká spíše okrajově. Přesto drogy zde pěstované (konopí), vyráběné (pervitin) a následně užívané a nabízené, patří k velkým problémům.

Výroční zpráva o realizaci protidrogové politiky Zlínského kraje uvádí, že v nízkoprahových centrech (kontaktních centrech, terénních programech) Zlínského kraje převažují klienti, kteří si drogu aplikují nitrožilně (téměř výhradně pervitin). Aktuální věk klientů těchto center se dostal přes hranici 29-ti let, což znamená, že populace mladých uživatelů nepovažuje užívání návykových látek za problém, a to i přes všechna známá rizika. Tyto služby jsou jimi využívány jen výjimečně. Mezi klienty těchto center jsou i uživatelé marihuany a příležitostní, experimentující konzumenti drog. V roce 2012 byl sice zaznamenán pokles uživatelů návykových látek, ale v posledních třech letech došlo k nárůstu množství vyměněných injekčních stříkaček. Lze uvést, že i když kraj prochází řadou drobných změn, tyto změny nelze označit za významné, odlišující se od situace v ČR (Horyanský, 2014, s. 3).

### 5.1 Síť služeb poskytované Zlínským krajem

Dle Výroční zprávy o realizaci protidrogové politiky Zlínského kraje za rok 2013, lze hodnotit síť služeb jako stabilizovanou a pro klienty, uživatele i neuživatele, přiměřeně dostupnou.

#### 5.1.1 Dělení poskytovaných služeb

- **Primární prevence** – tuto prevenci zajišťují nízkoprahová zařízení pro děti a mládež se svými terénními programy. Takto pracují všechna okresní města kraje, s výjimkou okresu Kroměříž. Významnou měrou se na primární prevenci podílejí další subjekty, které nemusí být držiteli certifikátu, případně



MŠMT, nepodléhající sociální službě dle zákona č. 108/2006 Sb. (o sociálních službách).

- **Sekundární prevence** – tyto služby jsou poskytovány v podobě poradenství a intervencí. Sekundární prevencí se zabývají i činitelé realizující v kraji programy nízkoprahových zařízení.
- **Terciální prevence** – základní služby poskytují opět nízkoprahová zařízení (kontaktní centra a terénní programy, dále pak služby následné péče (DC Restart Kroměříž, poradna Modrého kříže). Tyto služby jsou poskytovány ve všech čtyřech okresech a vzájemně si nekonkurují.

### 5.1.2 Zařízení působící na území Zlínského kraje

**Primární prevence:** NZDM Rubikon Vsetín, NZDM Charita Valašské Meziříčí, NZDM Charita Vsetín, NZDM Naděje Vizovice, NZDM centrum Archa Vsetín, NZDM Tulip Uherské Hradiště, NZDM R-Ego Slavičín, NZDM Salesiánský klub Zlín, NZDM Větrník Uherský Brod, NZDM T klub Zlín, NZDM Šlikr Otrokovice, NZDM KamPak? Slavičín, Madio o. s. Zlín.

**Ambulantní péče:** K2 Valašské Meziříčí o. p. s.; AT ambulance - Psychocentrum Zlín, Psychiatrická ambulance Valašské Meziříčí, Psychiatrická ambulance Vsetín.

**Ústavní léčba:** Psychiatrická nemocnice v Kroměříži, Kroměřížská nemocnice a. s.

**Terciální péče:** Kontaktní centrum Klíč a terénní programy Agarta Vsetín, Kontaktní centrum a terénní programy Plus Kroměříž, ONYX Zlín o. p. s., Společnost podané ruce o. p. s. Uherské Hradiště.

**Následná péče:** Ambulantní adiktologie Zlín, Doléčovací centrum Restart Kroměříž, Modrý kříž v České republice Valašské Meziříčí (Horyanský, 2014, s. 29 – 38).

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 6 METODOLOGIE VÝZKUMU

Teoretická část práce je zaměřena především na vymezení základních pojmů z oblasti života drogově závislých. Obsahově je rozdělena na čtyři hlavní kapitoly, které uvádějí definice pojmů, seznamují nás s druhy prevence, závislostí a příčinami. Dále nesmím opomenout část, které je věnována největší pozornost a to definici motivace, její fázi a procesům motivování drogově závislých.

Empirická část se zabývá stanovením a objasněním hlavního výzkumného cíle. K realizaci této části byl zvolen kvalitativní výzkum, hlavně z důvodu objektivního a hlubšího pochopení zúčastněných participantů, a to v souvislosti s jejich sociálním prostředím, úzkostmi, příčinou a důsledkem.

### 6.1 Výzkumný problém

Bakalářská práce se zabývá příčinou, možnou prevencí a léčbou drogově závislých jedinců ve Zlínském kraji se zaměřením na abstinující participanty. Zabývá se především poznáním jejich silných motivací, které přispěly k jejich rozhodnutí podstoupit léčbu a abstinovat. V dnešní populaci se k drogové závislosti uchyluje stále více jedinců a to bohužel ve stále nižším věku - na tento problém upozorňuje Výroční zpráva Národního monitorovacího střediska pro drogy a závislosti v České republice z roku 2013. Účinnost prevence se jeví jako nedostačující. Lze se však zabývat tím, čím bychom mohli závislému na drogách pomoci, jak ho pokud možno nejlépe motivovat k rozhodnutí začít se léčit a následně abstinovat.

### 6.2 Pojetí výzkumného šetření

K realizaci výzkumu jsou vhodné spíše kvalitativní metody, neboť jsou zaměřeny více do hloubky. Zvolený výzkum vychází z charakteru cílové skupiny participantů. Informace byly získány pomocí polostrukturovaného rozhovoru natáčeného na záznamové zařízení (diktafon) – po souhlasu participantů.

### 6.3 Výzkumný cíl

Hlavním cílem bakalářské práce je zkoumat podněty, motivy či aspekty, které přiměly drogově závislé k léčbě a jestli se jejich motivy v průběhu léčby navyšovaly či měnily.

## 6.4 Vymezení výzkumných otázek

Pro dosažení stanoveného cíle jsou zvoleny následující výzkumné otázky:

1. Jaký byl první podnět, který dovedl participanty k rozhodnutí podstoupit léčbu?
2. Jakou léčbu absolvovali, co jim v léčbě nejvíce pomohlo?
3. Jak se jejich motivace v průběhu léčby měnily, šlo spíše o motivace vnitřní nebo vnější?
4. Co znamená pro participanty abstinence?

## 6.5 Výzkumný soubor a způsob jeho výběru

Vhodným výzkumným souborem pro účel bakalářské práce považujeme participanty, kteří byli drogově závislí. Výběr těchto participantů není omezen jejich státní příslušností, národností, ani pohlavím. Musí však splňovat následující kritéria – participanti byli dlouhodobými uživateli drog, které si aplikovali nitrožilně. Dále pak prošli léčbou nebo „samoléčbou“ a nyní minimálně tři měsíce abstinují. Mezi participanty jsou 2 ženy a 3 muži, kteří tato kritéria splňovali. Rozhovory byly nahrávány s jejich souhlasem jak písemným tak zvukovým. Z důvodu zachování anonymity bylo místo jmen použito označení participant 1 – 5. K výběru participantů byla zvolena metoda záměrná (účelová), která je nejčastěji využívanou metodou v kvalitativním výzkumu.

### 6.5.1 Průběh realizace výzkumu

Realizace rozhovorů byla uskutečněna v měsících únor – březen 2015. Během absolvování odborné praxe, jsem získala 4 participanty, kteří mi přislíbili svou účast, P5 je moje známá. Rozhovory s participanty R 1-4 probíhaly v jejich přirozeném prostředí a to na ubytovně doléčovacího centra. Rozhovor s P5 jsem realizovala v domácím prostředí u ní doma.

Před začátkem rozhovoru byl každý participant informován o tom, že bude nahráván na diktafon a že tento rozhovor bude následně přepsán k realizaci výzkumu. Ujistila jsem je, že vše bude probíhat v naprosté anonymitě, a získané informace budou sloužit jen pro potřeby mého výzkumu. Skutečnosti, které by mohly přispět k odhalení jejich identity, nebudou uvedeny. Toto prohlášení jsem participantům poskytla i v písemné formě viz Příloha č. 1. Také jsem je seznámila se skutečností, že nemusí odpovídat na otázky, které se jim nebudou zamlouvat, případně mohou rozhovor

kdykoliv ukončit, čehož nikdo nevyužil. Dále jsem participanty seznámila s obsahem rozhovoru i svým výzkumným cílem. Jejich souhlas s nahráváním rozhovoru je zaznamenaný na diktafonu. Rozhovory trvaly přibližně 25 – 35 minut. S participanty jsme si po celou dobu vykali, (až na participantku P5, se kterou se známe delší dobu). Při rozhovoru jsem kladla důraz na citlivé vyjadřování a ve všem se participantům podřídila. Náš dialog pokračoval ještě i po ukončení nahrávání na diktafon. To zavládla uvolněnější atmosféra a participanti byli otevřenější. Díky tomu jsem se mohla ujistit, zda participanty, kteří se při rozhovoru více otevřeli, nezanechám v rizikovém stavu. Někteří participanti dokonce hodnotili náš rozhovor jako přínos k jejich abstinenci. Znovu si připomněli důvody, proč se rozhodli abstinovat a co jim droga vzala a připomněli si motivy, které je v abstinenci udržují. Participant (P3) mi doslova řekl: „já se do toho umím tak vcítit, že mě tento příběh dokáže hodit zase do klidu“, čímž mě ujistil, že je vše v pořádku. Se všemi jsem se rozloučila s příslibem, že je budu o výsledku mé práce informovat.

### 6.5.2 Údaje o participantech

Označení	Pohlaví	Věk	Vzdělání	Délka užívání pervitinu IV	Pokusy o abstinenci
P1	ŽENA	32	VYUČENA	12 let	3 Roky, těhotenství, kojení
P2	MUŽ	50	VYUČEN	25 let	X
P3	MUŽ	27	MATURITA	5 let	Více krátkých pokusů
P4	MUŽ	33	VYUČEN	13 let	Půl roku, narození syna
P5	ŽENA	26	STŘEDOŠKOLSKÉ BEZ MATURITY	6 let	X

Tabulka 1 Základní údaje o participantech

**P1** žena - věk 32 let. Vyučená dámskou krejčovou, v současné době pracuje jako kvalitářka. S pervitinem začala v patnácti letech, rok na to si jej začala aplikovat nitrožilně. S tříletou přestávkou, kdy abstinovala kvůli těhotenství a kojení, užívala drogy celkem dvanáct let. V první fázi začala užívat drogy díky zvědavosti a pro zábavu. Snažila si tak kompenzovat problém s hledáním si kamarádek. Ve druhé fázi ji k drogám dohnal rozchod s přítelem, se kterým má dceru. Na to se provdala, ale

bylo to manželství na drogách. Později se stala obětí domácího násilí. Pomocí drogy a následně i alkoholem, se snažila utéct před realitou, své psychické problémy chtěla vyřešit sebevraždou. Naštěstí si zvolila léčbu, kterou absolvovala v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži. Nyní už čtyři měsíce pobývá v doléčovacím centru Restart. Je stále vdaná, ale plánuje rozvod. Nový začátek plánuje nejdříve s pomocí rodičů. Do budoucna by si chtěla najít byt, kde chce žít se svou desetiletou dcerou, která je doposud u jejích rodičů. Participantka byla zpočátku trochu nervózní, ale pak se uvolnila a mluvila upřímně a otevřeně.

**P2** muž – věk 50 let. Vyučený zedník, nyní pracuje jako brusič. Jeho drogová kariéra začala v sedmnácti letech na učňovské škole. Zpočátku pouze s drogami experimentoval a poté, ve svých dvacetičtyřech letech, začal nitrožilně užívat pervitin. Důvodem jeho užívání byl jeho otec, který perzekuoval celou jeho rodinu. Otec pil a následně bil jeho matku. Před sametovou revolucí se rodiče rozvedli a od té doby se s ním nikdo z rodiny neviděl. Bez jakékoliv vlastní snahy o léčbu užíval drogy 25 let, pouze s nucenými přestávkami při pobytu ve vězení, kde si odpykával tresty za krádeže a trestnou činnost v souvislosti s drogami. Při léčbě si našel přítelkyni z řad personálu, ale vztah ukončil. Nyní je sám, má jen svou rodinu (bratra, sestru a matku), ke které se chce po doléčení v doléčovacím centru Restart, vrátit. Participant byl velice milý, ochotný, upřímný a mluvil velmi otevřeně. Zmínil se i o svém zdravotním stavu, který nerad uvádí – nakazil se žloutenkou typu C, za což se stydí. I přesto všechno je ale pozitivní a říká: „*všechno zlé je k něčemu dobré*“. Tento rozhovor by nejdelší a pro můj výzkum velice přínosný.

**P3** muž – 27 let. Jako jediný z participantů má maturitu. Příští rok by chtěl zvládnout přijímací zkoušky na VŠ. Momentálně pracuje jako brusič. V pobytovém zařízení DC Restart žije již šest měsíců. Po ukončení léčby se chce vrátit ke svému nemocnému otci, aby se o něj mohl starat. S drogami se seznámil už ve svých třinácti letech. Nejprve ho k drogám přivedla zvědavost a kolektiv na základní škole. Zkoušel marihuanu a poté vyzkoušel snad všechny drogy dostupné u nás. S pervitinem se seznámil kolem šestnáctého roku - nejdříve jej šňupal a asi až po pěti - šesti letech, kdy se jeho rodiče nečekaně rozvedli na popud jeho matky, a to z důvodu nemoci otce, který se stal závislým na opiátech, přešel na nitrožilní užívání. Byl dealerem i vaříčem, ale nikdy neměl problémy se zákonem. Před nástupem na léčení se rozešel se svou přítelkyní, která byla také narkomanka. Participant je hodně dominantní typ,

který neuznává autority a rozhovor s ním byl docela náročný. Zpočátku byl velmi uzavřený a neustále odbočoval od tématu. Vzpomínal na to, jakým byl „pánem ulice“ a jak se mu na drogách dařilo. Po určité době se uvolnil a byl přístupnější. Poté, co jsem přerušila nahrávání na diktafon, se rozpovídal víc a náš rozhovor pokračoval ještě asi dvě hodiny.

**P4** muž – 33 let. Je vyučený mechanikem chladících zařízení, momentálně sice pracuje jako svářeč, ale hledá si práci v oboru. Zatím žije v doléčovacím centru Restart. Užívat drogy začal už v jedenácti letech. Jeho rodiče jsou rozvedení, matka byla na všechno sama a na syny měla málo času. Příliš volnosti, nedostatek přátel, snaha někam zapadnout, to jsou příčiny, které dohnali P4 i jeho bratra k drogám. Nejdřív to byl alkohol, pak marihuana plus nějaké experimenty pro pobavení. Ve čtrnácti letech začal rekreačně šňupat pervitin, který si od osmnácti let aplikoval nitrožilně. Má desetiletého syna, ke kterému ale ztratil rodičovská práva. Syna má v péči jeho biologický otec, se kterým se kvůli drogám nestýká. Léčbu absolvuje již po druhé. První léčení nezvládl kvůli rozchodu s přítelkyní, se kterou má zmiňovaného syna. Z řeči bylo zjevné, že se s rozchodem ještě nevyrovnal – mluvil více o ní než o sobě. Při rozhovoru byl zpočátku dost nervózní, roztěkaný, měnil tempo řeči a dost se zdrhával. Když se zklidnil, byl schopný se na rozhovor soustředit.

**P5** žena – 26 let. Žije u své babičky, kde má dobré zázemí a také má podporu celé rodiny. Pracuje jako zahradnice. Má dokončené středoškolské vzdělání bez maturity - v maturitním období začaly problémy s drogami gradovat. Příčinou, která ji dohnaly k užívání drog, byla příliš autoritativní výchova, nedostatek zábavy a nadměra zodpovědnosti, kterou nesla za svou o deset let mladší sestru. Jak sama uvedla, utekla před povinnostmi a zákazy. V patnácti letech začala experimentovat s marihuanou a alkoholem, a v osmnácti letech přešla na pervitin. Ten nejdříve šňupala a krátce poté přešla k nitrožilnímu užívání. Na pervitinu pak byla šest let. Klasickou léčbu neabsolvovala, pervitin přestala užívat ze dne na den (snad působením rodinných konstelací, které stavěla nejdřív její babička a kterých se pak i sama zúčastnila). Participantka je introvert, málomluvná a musela jsem se hodně snažit, abych získala potřebné informace. Byla hodně nervózní z nahrávání na diktafon, stále se škrábala na ruce a poklepávala nohou. Viděla jsem, že má velkou trému. Sama se vyjádřila, že je jí trapně z nedostatku slovní zásoby, že nedokáže mluvit souvisle. Přestože samot-

ný rozhovor byl krátký – trval pouhých 11 minut, dostala jsem odpověď na všechny otázky a získala tak dostatek informací ke zpracování.

## 6.6 Metoda sběru dat a metoda analýzy dat

Jak už bylo uvedeno výše, metodou sběru dat je polostrukturovaný hloubkový rozhovor (in-depth interview), který je nejčastěji využívanou metodou pro kvalitativní výzkum. Vymezení metody: nestandardizované dotazování jednotlivých participantů jedním tazatelem pomocí otevřených otázek, jejichž prostřednictvím může tazatel porozumět názoru jiných lidí, aniž by jejich pohled redukoval pomocí výběru položek v dotazníku (Švaříček, Šed'ová, 2014, s. 159-160). Získané rozhovory, byly následně přepsané a zpracované do podoby textu a analyzované pomocí techniky otevřeného kódování.

Dle Šed'ové a Švaříčka (2014, s. 211-214) je otevřené kódování technika, která se díky své jednoduchosti a zároveň účinnosti používá ve velmi rozsáhlé škále kvalitativních projektů. Analyzovaný text nejdříve rozdělíme na jednotky podle významu. Významovými jednotkami mohou být slova, věty i celé odstavce, které bývají různé velikosti a někdy se překrývají. Každé takové jednotce přidělíme kód, vystihující výzkumné zadání. Mohou to být slova nebo krátké fráze. Z podobných kódů pak vytvoříme kategorie.

KATEGORIE	KÓDY	ÚRYVKY
Rozhodnutí k léčbě	Cesta k léčbě	„Depky, ostuda, stres, nedokázala jsem dojít do práce, sebevražda“, „nabídku z K-centra, při mě asi stál Bůh“, „nezvládal psychicky, okolí dostávalo strach, co jsem to za člověka“, „Vzali mi řidičák tak už jsem byl na dně“, „nikoho jsem neznala, čekala jsem, až se vrátí, připadala jsem si hrozně“
	Rozhodnutí	„tak jsem se rozhodla, jít se léčit, to bylo osobně moje rozhodnutí“, „první impuls, dokážeš to“, „sbalil jsem se a šel tady do Kroměříže“, „ona mě nějak ukecala do té léčby“, „bylo to moje rozhodnutí, jednoho dne jsem řekla dost“



Absolvovaná léčba	Léčebna	<i>„pavilon osm B, tři měsíční, pro alkoholiky, drogy jsem ze začátku zapřela, řešila i drogy, nechtěla jsem mezi feťáky, jsem k nim měla odpor“, „nastoupil na Mandalu“, „psychiatrické léčebně v Kroměříži“, „na Mandale v komunitě“, „rodinné konstelace“</i>
	Podpora v léčbě	<i>„obyčejná sestřička, samozřejmě primárka i psychologka, primárka i psychologka mě hodně pomohli, hlavně ti lidi“, „pomohl mi vrchní bratr- vedoucí doléčováku, terapeuticky tým a ty děcka okolo mě“, „no vrchní bratr“, „psycholožka, adiktoložkou a vrchním bratrem, měli to tam pevně v rukách“, „pomohl přítel a hodně rodina, podporovali mě“</i>
	Potřeba	<i>„mluvit o tom, mluvit a mluvit, hledat chyby, naučila jsem se zvládat chutě“, „pomohl k mému přesvědčení, vstřícnost všech, jak tam bojujeme s tím zlem, začali vyprávět“, „řešení problémů, získávání motivace stále větší, tím, že problémy řešíte“, „chutě tam zvládáte líp, mate tam lidi, kteří vám pomůžou“, „mohla mluvit před tou skupinou těch lidí, prožila ten svůj příběh znovu jako“</i>
Motivace	Uvědomění	<i>„šlo to se mnou z kopce, sebevražda“, „chci vidět, jak to vlastně bude, při mě stál Bůh“, „už jsem to prostě nezvládal psychicky“, „už jsem byl na dně“, „chci žít normální život“</i>
	Nejsilnější motivace	<i>„k vůli malé, hlavně kvůli malé“, „moje maminka, moje rodina, celé rodné město, které mi drží palce“, „hlavně kvůli otci, na mě působí ten otec“, „Pája (syn), zaměřil jsem se na tu rodinu“, „ta rodina“</i>
	Seberealizace	<i>„sebevědomí se mi vrátilo, dělám to kvůli sobě, vypadám slušně, jinak se mnou jednají“, „chtěl jsem pomoci sám sobě, ta změna je perfektní“, „ta práce, zdravotní stav, chci jít ještě příští rok na vysokou školu“, „pak jsem se zaměřil na sebe“, „aby se na mě začali dívat normálně a né, jak na feťáka“</i>

Abstinence	Smysl života	<i>„něco úplně bombázního, mám pocit, že žiju, jsem vyklidněná.“, „našel jsem smysl života a stále jej nalézám“, „pomohl jsem lidem, zlepšil jsem si vztahy s rodinou“, „výzvu, vydržet to dál, na to naše soužití a fungování (rodiny)“, „normální vztahy v rodině, jsem v pohodě“</i>
	Cesty řešení	<i>„(rodiče) za mě zaplatili dluhy“, „dokážu sám bydlet, starat se o sebe“, „ať mamce můžu vrátit to, co do mě investovala, k tomu malému ten vztah, ale to musím přes otce“, „mám dobrou práci, finanční prostředky, zaplacené dluhy“</i>
	Hrdost	<i>„neměla jsem se za co stydět“, „klobouček sám před sebou, začínám být na sebe patričně hrdý“, „úspěch, mám za sebou první narozeniny, první Silvestru, Vánoce,“</i>

Tabulka 2 Otevřené kódování

## 7 INTERPRETACE DAT A JEJICH SHRnutí

Kódy, které byly vytvořeny z doslovně přepsaných textů, byly sloučené do kategorií. Kategorie tvoří jeden celek a vzhledem k tomu, že se navzájem překrývají, nelze jednu od druhé jednoznačně oddělit. Objevují se zde odpovědi, které se vztahují k jednotlivým výzkumným otázkám.

### **Jaký byl první podnět, který dovedl participanty k rozhodnutí podstoupit léčbu?**

- **Cesta k léčbě** – Ze získaných dat vyplývá, že k rozhodnutí, začít se jít léčit, dospěla většina participantů samostatně, bez nátlaku okolí, státu. Jediný P4 uvádí, že ho přemluvila jeho přítelkyně, na které mu moc záleželo.
- **První krok** – Výpovědi u P1, P3 a P5 se shodují v tom, že začali mít psychické problémy – deprese, samota, stres, hanba, bezmoc, dokonce jak uvádí P3, toxickou psychózu - halucinace. P1 a P3 dovedly drogy až k myšlence na sebevraždu. P2 uvádí, že jeho popudem byla zvědavost, jak bude schopen bez drogy vůbec fungovat. Uvědomil si však, že pokud by se neléčil, byl by to jeho konec, proto má pocit, že u něj stál Bůh. P4 se jako jediný nerozhodl sám a léčbu bral jen jako únik a odpočinek. Až v průběhu léčby změnil svá stanoviska. U všech participantů bylo jejich rozhodnutí dlouhodobým procesem, ke kterému museli dojít tím, že si sáhli až na dno svých sil a možností.

**Shrnutí:** Většina participantů se k léčbě rozhodla sama, když si „sáhli na dno vlastních sil a možností“. Dva participanty uvedli, že je závislost dohnala až k myšlence na sebevraždu. U většiny výpovědí lze rozeznat problémy psychického rázu: deprese, samota, bezmoc, hanba, atd. P3 uvedl, že se ho okolí začínalo bát, měl halucinace a toxickou psychózu. Jeden z participantů započal léčbu na popud své přítelkyně - jak sám uvedl v rozhovoru. *...„prostě jsem si řekl, půjdu na tři měsíce někam si odpočinout“*, v tom se liší od ostatních participantů, kteří se rozhodli nastoupit na léčbu sami. V průběhu léčby ale přehodnotil svá odmítavá stanoviska a uvědomil si, že léčba je pro něj přínosná a správná. Nastoupit na léčbu je posun vpřed pro každého. Znamená to, že si jedinec uvědomil svou závislost a hlavně, že si své problémy s

touto závislostí spojuje - a toto je pro budoucí abstinenci zásadní klíčový moment. Výzkum tedy poukazuje na to, že participanti dospěli ke svému rozhodnutí, až když se dostali na dno svých sil a možností. Dva z participantů uvažovali o sebevraždě. Dalšími podněty byly psychické problémy, halucinace, toxická psychóza. P4 změnil svá stanoviska až v během léčby. P5 se rozhodla pro „samoléčbu“, ale podněty, které ji dovedly k zásadnímu rozhodnutí, jsou shodné. Toto zjištění se ztotožňuje s tvrzením Kaliny a kol. (2003a, s. 283), kdy uvádí, že pro léčbu se často rozhodnout ti klienti, kteří se dostali do nepříznivé životní situace, kterou nejsou schopni sami řešit. Na což navazuje další tvrzení, které je součástí tradičního modelu závislosti a její léčby, které uvádí Kalina a kol. ve své knize Základy adiktologie (2008, s. 121), že drogově závislý není dostatečně motivován, dokud se nedotkne dna.

### **Jakou léčbu absolvovali, co jim v léčbě nejvíce pomohlo?**

- **Léčebna** – Ze získaných informací vyplývá, že většina participantů zvolila střednědobou ústavní léčbu a to Psychiatrickou nemocnici v Kroměříži, kromě P5, která léčbu neabsolvovala, léčila se alternativním způsobem (rodinné konstelace) a hodně ji pomohla rodina a přítel.
- **Podpora v léčbě** – Kdo z personálu nemocnice participantům pomohl nejvíce při léčbě - většina uvedla vrchního bratra, který to tam „držel pevně v rukách“, jak uvedl P4. Který uměl naslouchat, uměl si získat jejich důvěru a svými zkušenostmi přispíval k řešení problémů participantů. Jelikož P1 absolvovala léčbu na jiném oddělení, neshoduje se s ostatními a uvádí, že ji nejvíce pomohla „obyčejná“ sestřička, také tím, že si získala její důvěru a naslouchala jí. P5 léčbu neabsolvovala.
- **Potřeba** – Ve všech případech se odpovědi shodují s potřebou o svých problémech mluvit. P3: „*To řešení těch problémů. Pak získávání motivace stále větší tím, že problémy řešíte.*“, přijít na vzorce příčin, které pomáhají uvědomit si chyby, kterým lze pak předcházet. V neposlední řadě všichni uvedli komunitu. P1: „*hlavně ti lidi. Pomohli mi znovu se smát.*“, P2: „*ty děcka okolo mě*“, zde, každý zjistí, že takový problém má více lidí. Společně sdílejí své zkušenosti a při tom dostávají zpětnou vazbu. Komunita má i jiné výhody. P3: „*Já jsem vůbec nevěděl, co je to komunita, že tam jsou takové pravidla, to je opravdu jako ve vězení, první jsem*

*byl takovej zaraženej, ale pak mi to přišlo jako fajn, že je to pro mě nejlepší.“ Tyto faktory, které přispívají k uvědomění si určité sounáležitosti, podporují naději na změnu.*

**Shrnutí:** Většina participantů se rozhodla pro léčbu v pobytovém zařízení Psychiatrické nemocnice v Kroměříži na oddělení Mandala, což je otevřené oddělení s principy terapeutické komunity určené pro léčby závislostí na nealkoholových návykových látkách v případě s kombinací alkoholu. P1 prošla léčbou na protialkoholickém oddělení, které má režimový a komunitní charakter. P1 zprvu zatajila závislost na pervitinu. Uvedla: „*ti perníkáři mě dělali zle, oni mě rozjížděli, mezi alkoholikama jsem se zklidnila*“. P5 nevyužila žádné léčby, kterou nabízí systémem péče v České republice. Využila alternativní možnost a svůj problém řešila pomocí rodinných konstelací, které mají skupinový charakter. Všichni participanté, kromě P5, prošli nejdříve detoxifikací a poté byli zařazeni do komunity. Všechny kódy vystihovaly to, co participantům nejvíce pomohlo. Byla to komunita a v případě P5 skupina (rodinné konstelace), kde se ztotožnili s lidmi, kteří mají podobné problémy, což napomohlo ke zmírnění pocitů viny, úzkosti a výčitek. Zde získali emociální podporu, pocit sounáležitosti, kde mohli mluvit o svém problému a společně dojít k jeho řešení a kde také posílili svou motivaci, pro setrvání v abstinenci. Výzkumem jsme došli k poznání, že většina participantů si vybrala ze systému péče České republiky střednědobou ústavní péči, kde jim nejvíce pomohla terapeutická komunita (skupina lidí), v níž mohli sdílet své problémy a následně dojít k jejich řešení. P5 si zvolila alternativní způsob léčby, který probíhal obdobně jako v terapeutické skupině.

### **Jak se jejich motivace v průběhu léčby měnily, šlo spíše o motivace vnitřní nebo vnější?**

- **Uvědomění** – Z uvedených kódů vyplývá, že si všichni participanté museli sáhnout až na dno vlastních možností a sil, než dospěli k rozhodnutí a našli tu správnou silnou motivaci, se kterou mohli započít léčbu a setrvat v ní.
- **Nejsilnější motivace** – V případě otázky, jaká je u participantů nejsilnější motivaci, všichni odpověděli shodně a uvedli svou rodinu. Pro P1 a P4

jsou to především jejich děti. P1 chce své dceři nahradit ztracený čas, kdy pro ni byla droga na prvním místě a kdy se jí, jak uvedla, vlastní dcera bála. Toto zjištění, bylo pro P1 nejsilnější motivací. Chce být pro svou dceru „normální“ mámou. Mateřská láska je silná. P4 zkusí znovu navázat vztah se svým synem a otcem, v jehož péči syn je. Pro P2 a P4 je nejsilnější motivací jejich maminka, které chtějí dokázat, že to zvládnou a nahradit jim to, co do nich každá investovala. Pro P3 je to jeho nemocný otec, o kterého se staral i před léčbou a z rozhovorů vyplývá, že jej má moc rád.

- **Seberealizace** – Pro všechny participanty je důležitá seberealizace. Tím, že začali nalézat své uplatnění ve společnosti, rozvíjet svou osobnost, své schopnosti i nové možnosti, získali zpět ztracené sebevědomí. Většina participantů se shoduje v tom, že chtěli pomoci hlavně sami sobě, zlepšit si zdravotní stav, najít si práci, P3 se svěřil, že by chtěl studovat vysokou školu a vzdělávat se. Všichni participanty se shodují, že by na sobě chtěli dále pracovat i do budoucna.

**Shrnutí:** Ze získaných dat a jejich interpretace vyplývá, že během léčby se všem participantům motivace v průběhu léčby měnily. Poprvé to byla, jak je uvedeno výše, motivace poznání a uvědomění si své závislosti a problémů z ní vyplývajících - problémy se zdravím, psychické problémy, klesání životní kvality. To potvrzuje uvědomění si nedostatku svých potřeb, které jsou důležitým zdrojem motivace. Ve druhé fázi výzkumu se motivace měnily i navyšovaly, což z výzkumu a interpretací dat také vyplynulo. Další motivace, které uváděli participanty, směřovaly spíše k motivacím vnitřním a to, že chtějí žít „normální“ život. V průběhu léčby našli ztracené sebevědomí a přehodnotili svůj smysl života. Společně se shodli na tom, že nejsilnější a největší motivací, která udržuje participanty v abstinenci je jejich rodina, rodinné zázemí, rodinná podpora, což jsou spíše motivace vnější. Výzkumem jsme došli k poznání, že se vnitřní i vnější motivace prolínají a ovlivňují, ale převahu má motivace vnitřní. Bez uvědomění si své závislosti a rozhodnutí se jít léčit by rodina strádala a byla nefunkční. Potvrdilo se tak tvrzení Moose ([online]2008), které je uvedeno v teoretické části práce a to, že vnitřní motivace je silnější a převyšuje motivaci vnější.

**Co znamená pro participanty abstinence?**

- **Smysl života** – Z uvedených úryvků vyplývá, že abstinence pro participanty znamená nalezení smyslu života. Smysl života mají participanti odlišný, jelikož má každý jinak postavený hodnotový „žebříček“. Většina participantů se shoduje v tom, že největší smysl života je zlepšení vztahů v rodině, získání rodinného zázemí a podpory. P1 má pocit, že konečně žije a cítí se „vyklidněná“. P2 uvádí, že našel smysl života a stále nalézá. Pro P4 je jeho abstinence „výzva, vydržet to dál.“
- **Cesty řešení** – Dále se participanti shodují v tom, že jim léčba a následná abstinence přinesla řešení či úplné vyřešení jejich problémů, které jim přinesla jejich drogová kariéra. Většina participantů se zadlužila. P5 má své dluhy splacené, ale P2, P4 toto řešení ještě čeká. Pro ně je to další motivace. Postavit se problému, naučit se jej řešit a následně si z toho vzít poučení. Je potřeba si uvědomit, že je stále co zlepšovat a na čem více zapracovat.
- **Hrdost** – Podle participantů je důležitým bodem při jejich abstinenci nalezení ztracené hrdosti, sebevědomí i sebejistoty. To všechno díky droze postupem času ztratili, ale díky své abstinenci získávají zpět. Všichni participanti se shodují na tom, že přiznat si svou závislost, projít léčbou a následně setrvávat v abstinenci považují za velký úspěch.

**Shrnutí:** Co pro participanty znamená jejich abstinence, odpověděla P1: „...něco úplně bombázního, ...čím víc abstinuju, jsem taková vyklidněná“. Participanti považují svou abstinenci za velký úspěch a nalezení smyslu života. Návrat do běžného života a zlepšení jeho kvality je odměna za jejich úsilí. Na to že abstinují, jsou patřičně pyšní. Některým se zlepšil zdravotní stav nebo našli možnosti léčit se. Zlepšili si vztahy v rodině, na které jim moc záleží, čímž získali rodinné zázemí a podporu, což je důležitým podnětem k udržování abstinence. Abstinencí a resocializací získali práci, finanční zajištění k zaplacené dluhy. Některé participanty řešení dluhů teprve čeká, ale i to je výzva/motivace, postavit se problémům a naučit se je řešit. Z výzkumného šetření je patrné, že participanti získali novou chuť do života a našli sami sebe. Všem se zlepšili vztahy v rodině a z rozhovorů jasně vyplývá, že na to, co dokázali, jsou patřičně hrdí, což dokladuje tvrzení, které je uvedeno v publikaci s

názvem Motivační rozhovory a fáze změny, Miller a Rollnick (2003, s. 49 – 53), že přesvědčení jedince se opírá o důvěru ve vlastní schopnosti, čímž je jedinec schopen úspěšně vykonat a dokončit určitý úkol. Tyto schopnosti jsou důležitým předpokladem pro léčbu závislosti.



## ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce byl průzkum motivací drogově závislých jedinců k jejich abstinenci, včetně příčin, prevence a léčby.

Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. V teoretické části jsme shrnuli poznatky z oblasti drog – počítajíc v to historii, rozdělení drog dle míry rizika a účinků, poznatky související s příčinami a vznikem závislostí, způsoby prevence a léčby s uvedením definice závislosti podle Světové zdravotnické organizace. Také zde uvádíme systém péče o drogově závislé v České republice včetně sítě služeb poskytovaných ve Zlínském kraji. Velkou pozornost jsme věnovali především motivaci a jejímu významu při léčbě závislosti na návykových látkách.

V praktické části jsme formou kvalitativního výzkumu zjišťovali motivace, které přiměly participanty k léčbě a následné abstinenci. Tento způsob výzkumu jsme zvolili především z důvodů možnosti hlubšího a objektivnějšího pochopení příčin a důsledků drogové závislosti zúčastněných participantů. Zaměřili jsme se hlavně na rozpoznání jejich silných motivací, které k jejich rozhodnutí podstoupit léčbu a následně abstinovat přispěly.

Výzkum jsme realizovali se čtyřmi klienty Doléčovacího centra Restart Kroměříž, jejichž důvěru jsme získali během absolvování odborné praxe. Do svého výzkumu jsme zařadili také svou známou, která šest let nitrožilně užívala pervitin. Informace jsme získali pomocí polostrukturovaného rozhovoru natáčeného na diktafon.

Pro lepší představu o účastnících výzkumu, jsme nejdřív uvedli jejich stručný příběh. Poté byly jednotlivé rozhovory a odpovědi, převedeny do písemné formy, vyhodnocovány pomocí techniky otevřeného kódování. Při hodnocení motivací se potvrdilo, že největší význam má motivace vnitřní, i když i vnější motivace hrály svou roli.

Časem se přes první zkušenosti s experimentováním s drogou a hledáním se, přes únik před realitou a problémy, dostavuje lítost nad promarněnými roky života s pocitem, že ta chvilková zábava a zážitky nestačí ke spokojenému životu. Dochází k uvědomění si, že droga může poskytnout pouze krátkou iluzi, která nakonec člověka ničí. Pud sebezáchovy, mateřská láska, „Boží vnuknutí“, i strach, to všechno mohou být ty správné motivace k rozhodnutí se pro léčbu ze závislosti. Za podpory rodiny, přátel, terapeutické komunity a citlivých odborných terapeutických pracovníků

může člověk nalézt znovu smysl života, sebevědomí, zdravou hrdost, najít si práci a uhradit dluhy, získat odhodlání poprat se s problémy a třeba založit rodinu.

Drogová závislost může být pro mnohé obrovská zkušenost, se kterou je možné se podělit, a která nakonec může být i součástí prevence. Není proto třeba trápit se vyčítkami svědomí. Pocity viny a vyčítání si svého selhání nikomu neprospěje, protože tím stejně nic nezmění. Vítězství nad závislostí je to, na co člověk může být patřičně hrdý. To každý nedokáže.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

- 1) GÖHLERT, Fr. Ch. a Fr. KÜHN, 2001. *Od návyku k závislosti: toxikomanie, drogy: účinky a terapie*. Vyd. 1. Praha: Ikar. ISBN 80-720-2950-9.
- 2) HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ, 2000. *Psychologický slovník*. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 80-717-8303-X.
- 3) JANÍK, Alojz a Karel DUŠEK, 1990. *Drogy a společnost*. Vyd. 1. Praha: Avicenum. Život a zdraví. ISBN 80-201-0087-3.
- 4) KALINA, K. a kol., 2003a. *Drogy a drogové závislosti: Mezioborový přístup 1*. Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-05-6.
- 5) KALINA, K. a kol., 2003b. *Drogy a drogové závislosti: Mezioborový přístup 2*. Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-05-6.
- 6) KALINA, K. a kol., 2008. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-802-4714-110.
- 7) MAHDALÍČKOVÁ, Jana, 2014. *Víme o drogách všechno?*. Vyd. 1. Praha: Wolters Kluwer, 2014. ISBN 978-80-7478-589-4.
- 8) MACHOVÁ, J.; KUBÁTOVÁ, D. a kol. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2715-8.
- 9) MILLER, William Ross a Stephen ROLLNICK, 2003. *Motivační rozhovory: příprava lidí ke změně závislého chování*. 1. vyd. v českém jazyce. Překlad Petra Vrtbovská. Tišnov: Sdružení SCAN. ISBN 80-866-2009-3.
- 10) MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1362-4.
- 11) NEŠPOR, Karel a Marie MÜLLEROVÁ, 2004. *Jak přestat brát (drogy): svépomocná příručka*. 4., rozš. vyd. Praha: Sdružení FIT IN - Rodiče proti drogám pro Ministerstvo zdravotnictví ČR. ISBN 80-260-3874-6.
- 12) NEŠPOR, Karel, 2000. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál. ISBN 80-717-8432-X.
- 13) NOŽINA, M., 1997. *Svět drog v Čechách*. Praha: Koniasch Latin Press,. ISBN 80-85917-36-X.

- 14) PLHÁKOVÁ, A., 2004. *Učebnice obecné psychologie*. Vyd. 1. Praha: Academia. ISBN 978-802-0014-993.
- 15) POKORNÝ, V., J. TELCOVÁ a A. TOMKO, 2003. *Prevence sociálně patologických jevů: Manuál praxe*. Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky. ISBN 80-86568-04-0.
- 16) PRESL, J., 1995. *Drogová závislost: může být ohroženo i Vaše dítě?*. 2. rozš. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 80-858-0025-X.
- 17) ROTGERS, F. a kol., 1999. *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-7169-836-9.
- 18) ŠVAŘÍČEK, R., K. ŠEĐOVÁ a kol., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.
- 19) VÁGNEROVÁ, M., 2004. *Základy psychologie*. Vyd. 1. V Praze: Karolinum. ISBN 80-246-0841-3.
- 20) *Ohníček*, 1995. Prevence drogových závislostí. Praha: Mladá fronta, č. 5, s. 23. ISSN 0030-1272 .

### Internetové zdroje

- 21) Drogová závislost, 2. JIŘÍ SVRŠEK. [Http://natura.baf.cz/](http://natura.baf.cz/) [online]. 1998, 2002 [cit. 2015-04-14]. Dostupné z:<http://natura.baf.cz/natura/1998/4/9804-4.html>
- 22) Drogové závislosti. MAGDALÉNA FIŠEROVÁ. [Http://zdravi.e15.cz/](http://zdravi.e15.cz/) [online]. 2000 [cit. 2015-04-14]. Dostupné z:<http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/drogove-zavislosti-134380>
- 23) JAN HORYANSKÝ. [Https://www.kr-zlinsky.cz](https://www.kr-zlinsky.cz): VÝROČNÍ ZPRÁVA O REALIZACI PROTIDROGOVÉ POLITIKY ZLÍNSKÉHO KRAJE ZA ROK 2013[online]. 2014 [cit. 2015-04-14]. Dostupné z: <https://www.kr-zlinsky.cz/vyrocní-zprava-o-realizaci-protidrogove-politiky-ve-zlinskem-kraji-za-rok-2013-cl-2895.html>
- 24) KALINA, K. a kol. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2001. ISBN 80-238-8014-4. [online]. [cit. 2011-04-18]. Dostupné z <http://www.drogy-in->

fo.cz/index.php/info/glosar\_pojmu/0\_mezioborovy\_glosar\_pojmu/mezioborovy\_glosar\_pojmu\_z\_oblasti\_drog\_a\_drogovych\_zavislosti

- 25) KALINA, K. Léčba drogově závislých. *Http://old.lf3.cuni.cz/* [online]. 2000 [cit. 2015-04-14]. Dostupné z:<http://old.lf3.cuni.cz/drogy/articles/lecba.html>
- 26) MOOS, P. *Obecná teorie motivace: přednáška pro Ústav farmakologie v Praze 2. 4. 2008.* [online]. [cit. 2011-04-16]. Dostupné z <[http://snncls.cz/wp/wp-content/uploads/file/Motivace\\_Moos.pdf](http://snncls.cz/wp/wp-content/uploads/file/Motivace_Moos.pdf)>
- 27) NEŠPOR, Karel a Andres SCHANSOVÁ. Vítězové nad závislostí. In: SCHEANSOVÁ. *Http://andreascheansova.cz/* [online]. 2013 [cit. 2015-04-16]. Dostupné z: <http://andreascheansova.cz/wp-content/uploads/2013/02/vitezove-nad-zavislosti.pdf>
- 28) Příčiny vzniku závislosti jsou jiné, než si myslíme. JOHANN HARY. *Www.archetypal.cz* [online]. 2015 [cit. 2015-04-14]. Dostupné z:<http://archetypal.cz/2015/johann-hari-the-likely-cause-of-addiction/>

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

AIDS	Syndrom získaného selhání imunity
A kol.	A kolektiv
Atd.	A tak dále
Apod.	A podobně
EMCDDA	Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogové závislosti v Lisabonu
HIV	Virus přenášející AIDS
IV	(intravenous) – nitrožilní/nitrožilně
MKN – 10	10. revize Mezinárodní statistické klasifikace nemocí
Např.	Například
NZDM	Nízkoprahové zařízení pro děti a mládež
P1	Participant 1
P2	Participant 2
P3	Participant 3
P4	Participant 4
P5	Participant 5
Resp.	Respektive
Tzn.	To znamená
WHO	Světová zdravotnická organizace

**SEZNAM TABULEK**

*Tabulka 1 Základní údaje o participantech* .....37  
*Tabulka 2 Otevřené kódování* .....42

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha P I: Informovaný souhlas

Příloha P II: Rozhovor s P1



## **PŘÍLOHA P I: INFORMOVÁNY SOUHLAS**

### **Informovaný souhlas**

Vážený kliente, klientko.

Jsem studentka 3. ročníku sociální pedagogiky na univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Tento ročník chci uzavřít bakalářskou prací na téma: „Příčiny, prevence a léčba drogově závislých ve Zlínském kraji.“

Ráda bych Vás touto cestou požádala o souhlas k rozhovoru, který bude zaznamenán na diktafon a zároveň přepsán do textové podoby. Veškerá Vaše anonymita bude zachována změnou jmen a po kontrole výzkumu bude nahraný záznam vymazán.

Předem děkuji za projevenou důvěru. Ludmila Bendová

Souhlasím s poskytnutím anonymního rozhovoru a nahráváním rozhovoru na diktafon pro výzkumné účely.

ANO- NE

Podpis účastníka

---

Podpis autora práce

---

## **PŘÍLOHA P II: ROZHOVOR S P1**

První část rozhovoru byla zaměřena na bližší seznámení se s participanty a s jejich drogovou kariérou.

**T: Souhlasíte, aby byl hovor nahráván?**

P1: Ano, souhlasím.

**T: Můžete mi povědět něco o vaší drogové minulosti/kariéře? Takový ten průběh, rodina, ...**

P1: Moje drogová minulost začala asi v těch 15-ti, kdy jsem poprvé zkusila pervitin na párty. Bylo to ze zvědavosti, já nevím, prostě to bylo...prostě jsem to chtěla zkusit. Asi to byla taková ta, né že by Vás strhla ta partia, dej si, musíš si dát....tak ne (důrazně řečeno). Já jsem chtěla sama, ze zvědavosti. No a ta zvědavost, vydržela jsem celou noc a pak už to jelo. Mě to právě že dodalo takové to SEBEVĚDOMÍ a mně se to líbilo. Byla jsem sama sobě králem, né že bych byla nějak zakřiknutá, ale nikdy jsem neměla štěstí na kamarádku, nikdy jsem...mě se to prostě líbilo, já jsem tím získala prostě takový sebevědomí, sama jsem si frčela ve svém vlastním světě. Za rok jsem si to začala podávat injekčně a do svých 20-ti se to stupňovalo natolik, že ve svých 20ti už jsem žila přímo s vaříčem, kdy ty drogy byly dennodenně na stole a to už bylo v takovém množství (delší odmlka, zamyšlení), tak jsem byla prostě na tom těžce závislá, že jsem bez toho už ani nijak nebyla jako. Já jsem to brala prostě furt. Měla jsem na to chuť, chutnalo mi to, bavilo mě to, neměla jsem na tom nervy, prostě brala jsem to, že mě to bavilo. Akorát asi moje mamka, že se pořád nějak škrabkám, ale to už bylo jenom z únavy, že nespíte, že Vám trošku hrabalo, ale to jsem si nepřipouštěla, mě to užívání prostě bavilo. Pak přišel ten zlom, kdy jsem otěhotněla, poznala jináčího přítele a s drogami jsem přestala. Narodila se malá, vydržela jsem asi 3roky být čistá, pak jsem si občas dala, rozešla jsem se s přítelem, s kterým mám tu dceru. Vrátila jsem se do rodinné dědiny, tam jsem zjistila, že někteří kamarádi berou, tak jsem si od nich začala brát, nejdřív jsem teda začala šňupat, jenže to dlouho nevydržíte, když jste zvyklá na jehlu. Znovu jsem si začala píchat, ale bylo jenom takové občas. No a pak jsem se vдалa, zažila jsem úplně něco nejkrásnějšího, nejúžasnějšího, jenže můj manžel taky bral drogy, tak jsme se k nim postupem času zase vrátili. Jenže manželství na drogách, bylo takové, prostě šlo do prdele...s prominutím. Úplně těžce. Manžel začal mít žárlivé scény, mě z toho začalo prostě (zamyšlení...sklopila oči)...začalo mi to být líto. Začal mě bít. Hrozně mě začal bít. Začal mě psychicky ničit (dlouhá odmlka, zamyšlení) pak jsem našla spoustu

emailů, inzerátů, že si podává, že hledá..., našla jsem dokonce fotky na internetových stránkách, že se tam fotí nahej, že prostě hnus. Pak mě z toho...jsem do těch drog sama, prostě jsem si je sama sháněla, nepotřebovala jsem jeho k tomu. Jenže já jsem k tomu začala aji pít, protože mě už z těch drog...já jsem se za to prostě strašně styděla. Že jsem nechtěla, aby to lidi na mě viděli a hlavně, abych aji ve škole působila vyrovnaně, v pohodě. No a teď mi všichni předhazovali, mýho manžela, jak on tam sedí, je zfetovanej a já jsem ze sebe dělala, že nefetuju, něco jsem jim nalhávala, tak jsem to začala zapíjet chlistem. Mě ty nervy, bolestivé modřiny a hlavně ta deprese. No a ta kombinace z toho alkoholu, až to vyvrcholilo na takový extrém, že jsem si už chtěla sáhnout na život. Takže to je...moje drogová kariéra, ta první to mě bavilo, ale to jsem utnula, že jsem vlastně otěhotněla, no a potom, až malá odrostla, tak jsem si občas dala, to bylo tak jako...taky jenom příležitostně, až v tom manželství jsem do toho spadla znovu a tam už mě z toho fakt začalo s prominutím jebat. Nechtěla jsem, aby to lidi věděli, takže jsem nechodila mezi lidi. Nebavila jsem se, ale byla jsem uzavřená doma, aby to na mě nebylo poznat, tak jsem se vypila, abych usnula, třeba jenom na blbý dvě hodiny, ale dvě hodiny Vám strašně zklidní mozek nebo u mě to aspoň fungovalo. Tož tak.

**T: A co potom vaše dcera??**

P1: No já jsem byla na ňu nechutná, přestávala jsem si jí všímat. A malá mě pořád nějak vyhledávala...“mami ty se mi nevěnuješ, mami to a to...” Ale když mě viděla, čerstvě najetou nebo pod vlivem, tak radši odešla. Jo viděla, že to se mnou není dobrý, ani mi nic nevyčítala a šla se radši prostě zabavit za někým jiným. Což mě postupem času...prostě tady tohle si pamatuju, ten její výraz... Potom když jsem se vzbudila, ani jsem se ještě ten den nenapila, ani jsem se nenafetovala, tak mi to v ten moment začala vyčítat a to mě v ten moment zrovna bylo nejhůř. Nemáte, nic v sobě jo, a teď Vám to děcko začne vyčítat, že s ním netrávíte čas, teď jste na něho nervózní. A odháníte ho od sebe a snažíte se, drtíte zubama a plánujete...přitom s tím děckem jste, ale bokem si plánujete shánění si drog dál a ten alkohol. Tož brala to těžce, no. Vyčítala mi, že s ní nejsem, že jsem zlá a že to jde se mnou z kopce. Když jsem byla třeba přímo pod vlivem, tak za mnou ani nechodila.

**T: Poznala to vás?**

P1:No jasně. Nebyla blbá. Já už jsem měla takové stihy, koukala jsem se pořád do oken, že mě ten manžel pořád pronásleduje. Ona na mě „mami, ty si pořád nějaká divná.“ A tady

tohle slovo, když mě řekla, že jsem divná, že to okamžitě vidí. Já jsem se obhajovala, že nejsem, že jsem v pohodě. Hned jsem se s ní hádala...

**T: Jak je stará dcera?**

P1: Bude jí 10.

**T: A ona si toho začala všimnout v kolika letech?**

P1: No tak celou tu dobu, celé to manželství, teďka ty dva roky, co jsem byla s tím manželem, že v tom jedu. Jinak jsem se to...jinak to šlo skrýt, byla maličká, tam jsem se jí ještě věnovala, já jsem třeba brala, když byla u tatínka. A když byla doma, tak jsem byla s ní. Jak jsem se potom vdala a začala jsem trávit s tím manželem, tak ho trávila s námi, všechno v pohodě. Ale přišly první neshody a spadli jsme do toho znovu.

**T: Tak když jste se vrátila podruhé k drogám, tak to bylo z důvodu útěku před rodinnými problémy nebo...?**

P1: Ano, když to tak vezmete, já jsem drogy brala a pila alkohol, celý život, s nějakýma přestávkama, že jsem vlastně byla těhotná, že jsem kojila, teď v těch prvních rocích jsem nechtěla, jsem se úplně vyhýbala feťákům, já jsem nechtěla k tomu tu malou pustit. Ale až už byla starší, tak už jsem, né že bych na to měla celou tu dobu chuť, ale chtěla jsem prostě, jak jsme se rozešli s tím přítelem, tak jsem chtěla občas vypnout a věděla jsem, že dobře vypínám na těch drogách. Což byla jako zpětně kravina, ale...(mlčení)

**T: Takže hlavním spouštěčem byl ten manžel, bývalý?**

P1: Ano. No on ještě je můj manžel.

**T: A co Vám tedy droga vzala, co Vám dala?**

P1: Co mi dala (ironický smích)...co by mi tak droga mohla dát? Droga Vám dá na začátku sebevědomí, najednou se cítíte strašně dobře, se všema mluvíte, najednou Vám je krásně, každého máte rádi, najednou si připadáte, že jsou všichni ohromní kamarádi. Já jsem byla najednou strašně hodná, rozdavačná. Dokázala jsem si užít, měla jsem pocit, že svět je úplně nádhernej, ať to bylo na perníku, ať to bylo na extázi, ať to bylo na trávě...na čemkoliv. Prostě droga Vám dá svět barevnej, když to tak jako řeknu zjednodušeně. Že je svět barevnější, lepší, zajímavější.

**T: No a co Vám droga vzala?**

P1: Co mě vzala? Vzala mě roky být s dcerou a vzala mi spoustu normálního zdravého sebevědomí, jsem pořád vztahovačná, vzala mi spoustu let, když jsem mohla žít jinak, vzala mi kus mě, když jsem mohla dát ten kus svému děcku.

**T: Kde teď je malá?**

P1: Malá je u rodičů.

**T: A rodiče na to reagovali jak, když zjistili, že bere drogy?**

P1: No špatně. Oni když zjistili, že beru drogu, tak to bylo pořád...“ty něco bereš, ty něco bereš“- „né, já nic neberu, neberu“ a akorát otec ten vždycky, když viděl, že...tak on mi jednou taky řekl, „ty jsi taková jiná“, on mi řekl: „ P1 ty máš dny, kdy strašně žereš, s prominutím, a já na to: „no, to mi vždycky vyčítáš, že ti vyplením ledničku. Jsou dny, kdy vůbec nejím“ no a na to mi odpověděl: „no, to jsi vždycky jiná“. A já jsem věděla, že taky ví. A to jsem se snažila schovávat, NE (zdůraznění) neschováte nic.

**T: A chtěli Vám nějak pomoci?**

P1: Nadávali mně, ať okamžitě toho nechám, vyhrožovali, ježíš, já jsem se s našema dokonce aji pobila, já jsem se s něma mlátila, nadávala jsem, vždycky jsem se vrátila, vyhrožovala mamce, nadávali jsme si, prostě...

**T: A kolik Vám bylo, když to zjistili?**

P1: Až teďka. Moje mamka o mém drogovém životě věděla. Ale ona když viděla, že jsem na tom udělala školu, že jsem začala chodit do práce, tak ona to, brala...já jsem měla strašnou volnost, otec to nevěděl, až jsem se potom přiznala, až jsem skončila poprvé s tou první etapou. Tak se mě zeptal, jestli jsem někdy šňupala, jestli jsem někdy si něco dala, tak říkám: (důrazně) „JO DALA!“ Samozřejmě to vyplácal celé rodině, že jeho dcera brala drogy, jo. Ale moje mamka věděla, kdy su zhulená, prostě, trávu jsem si nosila domu, kdy jsem si píchala, ten perník mě rozmlouvala. Tráva ji nevadila, ani tripy ji nevadily, já jsem ji všechno popisovala, jak se cítím na droze, co z toho mám. Ale když viděla, že hubnu, k tomu konci, tak řekla, že vypadám divně, že začínám vypadat strašně. Že to na mě začínají poznávat i jiní lidi, „neděje se s tou P1 něco? Ona je strašně hubená“, a toto a toto. Mamka mi to pak rozmlouvala, už by ses na to měla vykašlat nebo to tak nepřeháněj. Netušila, co to opravdu obnáší, já jsem nekradla, policajti u nás nikdy nebyli. Moje mamka, třeba o mě pořád věděla. Já jsem třeba na tři dny zmizela a já jsem ji volala, psala. No a jak

to šlo na mě vidět, tak už mi říkali, že bych měla přestat. Pak jsem si vlastně našla toho přítele, kde jsem toho nechala a otěhotněla jsem.

**T: Přítel drogy nebral?**

P1: Ne, ne... jenom hulil trávu.

**T: A on věděl, že jste brala drogy?**

P1: On to se mnou všechno prožíval, takový ty první abstinenci příznaky. Prožíval to, kdy jsem měla chuť, on mi od toho strašně moc pomohl. On v tom byl úžasný. Samozřejmě, já jsem byla nervní, pořád jsem plakala, když jsem se napila, brala jsem si pivo a pořád jsem plakala, byla jsem taková zvláštní, ale pak taková pohodička. Já nevím, jestli mám na to smůlu nebo neštěstí, já si vždycky najdu přítele a pak se něco vys... a ten přítel, místo toho, aby to se mnou řešil, tak udělal něco, co nás úplně pošle do pekla, nebo úplně se to s prominutím zes... a mě to nebaví, já chci prostě chlapa, který umí řešit problémy a když něco nastane, tak za mnou přijde je ku... upřímně (zlostně o sebe tleskla rukama, přičemž jednu měla v pěst, byla našťvaná). Jsme do pr.... na to dva, než aby třeba začal lhát, chlastat a bůhví, co ještě. (ztěžka vydechla, sklopila oči a následovala chvíle ticha)

**T: A co vás nakonec dovedlo k abstinenci?**

P1: Samozřejmě ta sebevražda, já jsem už potom pořád říkala a mamka říkala: „P1 běž se léčit, ty piješ, z tebe táhne alkohol“. Já jsem vyváděla děsný věci, chodila jsem ožralá, jednou mi drogy vypadly na zem mezi lidma, ve městě. Já pohoda, jsem si to zvedla, jakoby se nic nestalo. Potom, když jsem střízlivěla, tak víte co, já jsem ten alkohol a ten pervitin kombinovala tím způsobem, že když jsem se probudila do střízlivá, já jsem nemohla nic. Měla jsem jít něco vyřídit, mně se nechtělo, když jsem se napila (pískla) sebevědomičko, pohodička, vyřídím všecko. Ale za chvíli jsem samozřejmě byla unavená. Tu drogu jsem si vzala kvůli energii. Jak jsem si dala drogu, okamžitě mě semlely deprese, ostuda schovávačka, pak do toho zase chlast, zase sebevědomí, i s energií, ale nedej Bože, když ta hladina klesla. Depky, ostuda, stres, a tak to šlo se mnou z kopce. Takže já jsem se i nadále s mým manželem stýkala, ale už jen kvůli drogám. Když neměli jiní, měl je on. A jednou jsem to přehnala a neměla jsem u sebe ani kapku alkoholu, a já jsem prostě nedokázala dojít do té práce, mě tak jeblo. Já jsem prostě křičela, zavřená v místnosti, že nepůjdu nikam, že se zabiju. On na mě řval, že jsem sr...., že jsem nula. Vydržela jsem to, dostala jsem se domu. Naši nebyli doma, do práce jsem nenastoupila... Teda on říkal, že tam volal, že jsem nemocná, a oni mu to prej položili, že si to mám vyřídit jinak. Tak jsem do té

práce nedošla, doma jsem měla chlastu dost, zůstala jsem tam dva dny zavřená. A naši se vrátili domu, věděli, že jsem nebyla v práci a ptali se mě, co je mi. A **tak jsem se rozhodla, jít se léčit**. Když jsme jeli s maminkou do té léčebny, tak nebylo místo, tak jsem ještě týden nebo 14dní čekala doma. Týden jsem vydržela, pak jsem začala znovu. Noc předtím než jsem měla jet, tak jsem trávila s tím mojim manželem a ten mě přemlouval, ať od něho neodcházím, že mě miluje, že to tady beze mě nevydrží a že se na něj vyse... při té abstinenci. A takové kecy na mě valil. A já jsem pak byla ještě pár hodin venku sama a mě prostě v té lebce tak křuplo, že jsem se chtěla jít oběsit. Ale v ten moment na mě ta mamka čekala a já jsem si ještě rozmyslela a vrátila se domu ve dvě hodiny ráno. Mamka na mě čekala, že do té léčebny pojedete se mnou, že si myslí, že bych tam ani nedošla. A asi ne, já nevím. Já jsem byla ještě pod vlivem drog ještě i alkoholu, jo. No masakr.

**T: Takže to bylo vaše rozhodnutí?**

P1: **To bylo osobně moje rozhodnutí.**

**T: No a taková ta vaše největší motivace byla?**

P1: No hlavně **kvůli malé**, ať má konečně už mamku v pořádku. Ať má konečně...no prostě malá. Ne rodiče, rodičům jde o tom, abych já hlavně byla v pohodě. Tak kvůli nim ani ne. **Dělám to kvůli sobě a hlavně kvůli té malé**. Ta konečně může říct: „konečně mám normální mamku, konečně můžu za mamkou, konečně se mnou mamka bude trávit čas, když budu mít problém za kým půjdu, za mamkou, a né mamka, která mě pošle do prd...“že hledí někde do zdi nebo do oken nebo je mimo, nebo se toulá po venku.“ To je hlavně kvůli tomu děcku.

**T: A měnila se Vám, během léčby a po nějak ta motivace? Navyšovala se, nebo jen malá?**

P1: No, čím dál víc se mi v té abstinenci líbilo, že dokážu získávat i to sebevědomí, že se mi v tom líbí a že mě prostě, ať už kamkoliv přijdu, že by do mě nikdo to braní drog a ten alkohol, neřekl. Vy jste brala drogy? Vy jste tak hezká a šikovná, Vám je 32? Je-žišmarja, bych Vám tyovala míň. Mě to po vizáži ta droga nic nevzala, ale zevnitř mi toho vzala hodně. To mi dalo to sebevědomí, že někam dojdu, **vypadám slušně** a všichni **se mnou i jinak jednají**. A to mě dávalo, že si můžu dovolit, najednou jako bych mohla všechno. **SEBEVĚDOMÍ SE MI PROSTĚ VRÁTILO!**

**T: Takže i díky abstinenci, co jste vlastně dokázala?**

P1: Ano to bylo. Naučila jsem se znova smát, já jsem se v léčebně chlámala furt. Najednou jsem zjistila, že 90% lidí má problém, tak jsem zjistila, jak se za to všichni stydí a schovávají se. Najednou **jsem se neměla za co stydět**. Za to, že mám problém a že ho řeším? Za to se teda nemám stydět. Když společnosti nevádí ti kriminálníci, co kradou, vražní, tak to-to.... Za co bych se já tedy měla stydět? Že jsem brala drogy a alkohol? Prostě jsem se k tomu přiznala, jsem feťák, jsem alkoholička, brala jsem to, ale nikdy jsem nikomu nic neukradla, jestli jsem trošku vzbuzovala rozruch na veřejnosti, za to se omlouvám, ale nikdy jsem nikomu nerozbila okno, nikdy jsem neměla co dočinení s policií, jedině kvůli tomu, co mi dělal manžel. Ale jinak nikdy. Dělal jsem akorát sama sobě ostudu, že jsem se potácěla nebo jsem někde byla úplně sjetá nebo takhle. Ale to byla ostuda moje. A tady jsem zjistila, že mají i jiní lidé tady ten problém i jiné problémy a najednou mi bylo v tom dobře a v tom, že to přiznám i veřejnosti. To mi dalo hodně ta léčba. A taky to rostlo, že mi rostlo sebevědomí, za to že něco pro to dělám, že můžu být frajer. Protože postupem času, když mi moje malá říkala, o její spolužačce, která vždycky měla rodinu, kde bylo vše v pořádku, ale to si jen na něco hráli. Pak se během chvíle rozvedli kvůli alkoholu, ale nikdo nechápal proč. Jen to hráli, že je vše ok. Schovávali se. A to mi dává hodně, že jsou všude nějaké problémy, ale já jsem se je rozhodla vyřešit. A já jsem přijela z léčebny a hned se ke mně moje malá hlásila. A její spolužačka tatínka nechce ani vidět. Jako proč ty lidi ostatní pomlouvají a přetvařují se. Tito lidé jsou v dnešní době pro mě s prominutím sračky. Tito lidé řeší problémy tím, že shazují ostatní.

**T: Kde a jakým způsobem probíhala vaše léčba?**

P1: Tady na osmičce (Psychiatrická léčebna Kroměříž), **pavilon osm B** (říká s nadšením) **tří měsíční**, jenom **pro alkoholiky**. Já **jsem ty drogy na začátku zapřela**, ale oni to stejně zjistili, ale pořad se mnou psycholožka **řešila i drogy**, ptali se mě na ně a řešili jsme to. Ale **psycholožka, primářka ti mě** v tomhle **hodně pomohli**, že jsem se o těch drogách bavila aji s něma.

**T: Když zjistili, že tam je i ten pervitin, tak vás nechtěli poslat na 17?**

P1: Ne, nechtěli. Oni se mě zeptali, jestli nechci po osmičce i na 17ku, ale já jsem nechtěla, **nechtěla jsem mezi feťáky**. Nevím.

**T: A měli tam jiný režim?**

P1: My jsme to měli jako na táboře. Budíček, rozcvička, a tak dál. Dostávali jsme černé puntíky třeba za kouření, který jsem dostala i já. Oni tam měli zase úplně něco jiného, ale



tam prostě jsem nechtěla z toho důvodu, že čistě ti perníkáři mi dělali zle. Oni mě rozjížděli. Já jsem se mezi těma alkoholikama strašně zklidnila.

**T: Kdo Vám v léčebně nejvíc pomohl?**

P1: Kdo mně nejvíc pomohl? **Obyčejná sestřička**, jenom prostě sestřička. S tím, že si se mnou vykládala. Ju fakt zajímalo, prostě jak se cejtím, co malá. Pamatovala si, co ji říkám. Tak mi prostě pomohla, že jsem měla někoho, kdo na mě myslí. Měla jsem k ní ohromnou důvěru, když tam byla, cítila jsem se naprosto v bezpečí. Ale **samozřejmě primářka i psycholožka**, ale **hlavně i ti lidi**. Pomohli mi znovu se naučit smát.

**T: Co Vám pomáhalo nejvíc, aby jste nezrelapsovala?**

P1: **Mluvit o tom, mluvit, a mluvit, hledat** v tom **chyby**. Na té osmičce mi pomáhalo to, že jsem mezi alkoholikama. Když jsem potkávala ty feťáky, tak **jsem k nim měla odpor**, takže odpor, tam byl odpor k těm drogám. Ale nikdy jsem ty drogy nezapírala. Potom mi doporučil kamarád, ať jdu na doléčovák. A to mi taky moc pomohlo, tady jsem se zase **naučila zvládat ty chutě** na pervitin.

**T: No a co pro vás teď znamená ta abstinence?**

P1: **Něco úplně bombázního**, prostě já **mám pocit, že žiju** něco, co jsem předtím nežila. I když jsem tam měla ty pauzy. A byla jsem čistá. Ale to bylo s vědomím, že když budu chtít, tak si tu drogu dám. Ale tady v tomhle žiju s tím, že už si tu drogu nikdy nedám. Ale to slovo nikdy je na pytel, nikdy neříkej nikde. Ale já ji prostě NECHCU! Po všem, co jsem posr..., zkazila, ty deprese, a čím jsem si prošla prostě. A čím víc abstinuju, tím víc jsem taková... se mi to prostě líbí, jsem taková **vyklidněná**. Ale zjistila jsem, že ty lidi, jako jsou vyléčení feťáci, tak ty kolem sebe potřebuju, protože jenom oni na mě poznají, že se něco děje, že něco se mnou není v pořádku. A to mi moc pomáhá. Proto chci být s tady těma lidma stále v kontaktu.

**T: A po zdravotní stránce celkově?**

P1: Byla jsem na různých vyšetřeních, ale nic mi nenašli. Jen to když přiberete, je náročné pro to tělo. Ale to si myslí, že spraví, když si budu udržovat fyzičku. To si myslím, že je ta daň za ty drogy! Že určitě se ty zdravotní problémy ozvou, že celej život si takhle huntovat tělo, to se někde podepíše.

**T: Mate ještě něco, co byste chtěla říct?**

P1: Co bych ještě chtěla říct, že mi moc pomohla dcera. Vlastně to bylo jako by se ty role obrátily a ona byla ten dospělý člověk, který mi radí. A to bylo, si myslím největší, co mě podrželo. Rodiče samozřejmě toto pochopit nemohli, že nikdy drogy nebrali jo. Ale oni mi zase pomohli tak, že **za mě zaplatili všechny dluhy**, které jsem měla. Prostě to vše viděli z té rodičovské stránky. Ale vše mi jen vyčítali. Ale dcera najednou, to bylo to největší, že já s hlavou sklopenou mezi těma ramenama a dcera nade mnou. A já jsem ji vše vykládala, co děláme v léčebně a jak mi tak pomáhají. Pořád mi říkala jak mě má ráda. Nikdy taky nevytáhla žádné špatné vzpomínky. Ale já jsem se jí na to jednou zeptala, jak mě vlastně vidí teď. Jaká je teďka mamka? A ona na to, že jsem taková klidnější, že se semnou dá mluvit, dá se s tebou být a právě to, že se mě teďkom už nebojí. No a to bylo to největší, kdy jsem si řekla. Ty brďo, tak ona se mě celou tu dobu **BÁLA. VLASTNÍ DĚCKO SE MNOU BÁLO BÝT. NO TO BYL KONEC**, a tím pádem **JSEM SE DO TOHO ZAKOUSLA JEŠTĚ VÍC**.

