Abstinence bývalých uživatelů pervitinu

Renáta Voždová

Bakalářská práce
2019

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd
akademický rok: 2018/2019

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE
(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení:	**Renáta Voždová**
Osobní číslo:	**H16153**
Studijní program:	**B5350 Zdravotně sociální péče**
Studijní obor:	**Zdravotně sociální pracovník**
Forma studia:	**kombinovaná**
Téma práce:	**Abstinence bývalých uživatelů pervitinu**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.
Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti drogové problematiky.
Příprava metodiky výzkumné části.
Realizace kvalitativního výzkumu pomocí polostrukturovaného rozhovoru.
Zpracování a vyhodnocení získaných údajů, včetně jejich interpretace.
Prezentace výsledků výzkumu a jejich shrnutí.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

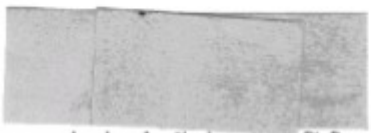
KALINA, Karel a kolektiv. Klinická adiktologie. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-4331-8.
MAHDALÍČKOVÁ, Jana. Víme o drogách všechno? Praha: Wolters Kluwer, 2014. ISBN 978-80-7478-589-4.
MILLEROVÁ, Geri. Adiktologické poradenství. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7261-765-3.
NEŠPOR, Karel. Návykové chování a závislost. Současné poznatky a perspektivy léčby. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1357-4.
POEHLKE, Thomas a Werner HEINZ a Heino STÖVER. Drogenabhängigkeit und Substitution-ein Glossar von A-Z. Berlin: Springer, 2016. ISBN 978-3-662-49848-4.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Lucia Elsner, PhD.**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **5. prosince 2018**

Termín odevzdání bakalářské práce: **17. května 2019**

Ve Zlíně dne 5. prosince 2018



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

L.S.

Mgr. Jana Doleželová
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- 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 [1)];
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- 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 [2)];
- podle § 60 [3)] odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 [3)] 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);
- 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

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

Ve Zlíně 13.5.2019 .....

1) 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 nevýdělečně 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 nahlížení 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 vzdělávacího 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 výdělku jím 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 přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku drogové závislosti. Autorka přibližuje historii, druhy, příčiny a průběh vzniku závislosti. Poukazuje na potřebu prevence vzniku drogové závislosti. Také se zabývá možnostmi léčby a vymezuje roli sociálního pracovníka. V praktické části se autorka zaměřuje na abstinenci od pervitinu a riziko recidivy. Výzkum je realizován kvalitativní metodou prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů s bývalými pacienty psychiatrické nemocnice s diagnózou závislosti na pervitinu

Klíčová slova: závislost, protidrogová prevence, rizika užívání pervitinu, léčba závislosti na pervitinu, recidiva

ABSTRACT

The bachelor work is focused on the issue of drug dependence. The author describes the history, classification, causes and origins of dependence. She points to the need for prevention of drug dependence. The work also deals with the possibilities of healing and defines the role of social worker. In the practical part, the author focuses on pervitin abstinence and the risk of relapse. The research is carried out by qualitative method of semi-structured interviews with former patients of Psychiatric Hospital with pervitin dependence diagnosis.

Keywords: dependence, drug prevention, risk of pervitin usage, treatment of pervitin dependence, relapse

Poděkování

Mé největší poděkování patří paní PhDr. Lucii Elsner, PhD. za ochotu a trpělivost při vedení mé bakalářské práce, za všechen čas a cenné rady, které mi věnovala.

Poděkování patří také všem participantům, kteří mi věnovali čas a poskytli rozhovory. Ráda bych poděkovala také za trpělivost a podporu Mgr. Pavlíně Hrdinové a celé své rodině a přátelům.

„Závislost je nevyléčitelná nemoc. Co se vyléčit dá, jsou rány, které nemoc uštědřila, a duševní zranění, jež chorobnou závislost způsobila.“ (Heinz-Peter Röhr)

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD9
I TEORETICKÁ ČÁST10
1 ZÁVISLOSTI11
1.1 HISTORIE ZÁVISLOSTÍ11
1.2 DRUHY ZÁVISLOSTÍ13
1.3 PŘÍČINY VZNIKU ZÁVISLOSTÍ15
1.4 PRŮBĚH VZNIKU ZÁVISLOSTI19
2 PREVENCE A PROTIDROGOVÁ POLITIKA ČR21
3 ROZDĚLENÍ A CHARAKTERISTIKA VYBRANÝCH DROG26
4 LÉČBA ZÁVISLOSTI NA PERVITINU30
5 ÚLOHA SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA V RÁMCI LÉČBY ZÁVISLOSTI NA PERVITINU39
II PRAKTICKÁ ČÁST43
6 METODIKA VÝZKUMU44
6.1 CÍL VÝZKUMU44
6.2 METODA SBĚRU DAT44
6.3 METODA VÝBĚRU VÝZKUMNÉHO SOUBORU44
6.4 ORGANIZACE VÝZKUMU45
7 KAZUISTIKY46
7.1 ADÉLA, 33 LET46
7.2 PATRIK, 32 LET47
7.3 PAVEL, 44 LET49
7.4 DANIEL, 28 LET51
7.5 MAREK, 36 LET52
7.6 ONDRA, 35 LET54
ZÁVĚR60
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY61
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK65
SEZNAM PŘÍLOH66

ÚVOD

Jelikož se bakalářská práce zaměřuje na bývalé uživatele pervitinu, tak se nadále budeme zaměřovat nejvíce právě k informacím ohledně této konkrétní návykové látky. Popsána zde budou hlavní rizika užívání pervitinu, jednotlivé druhy závislostí, příčiny vzniku závislostí. Dále budeme uvádět několik druhů modelů průběhu vzniku závislosti. Další kapitoly bakalářské práce jsou zaměřeny na prevenci a protidrogovou politiku v České republice, charakteristiku jednotlivých vybraných drog a léčbu. Poslední kapitola je věnována úloze sociálního pracovníka v rámci léčby závislosti na pervitinu.

Podle Barnardové (2011) je síla každé drogy ničivá. Ve své publikaci uvádí, že pro každého závislého a jeho okolí znamená jeho závislost konec vztahů. Závislý se dostane do koloběhu shánění drog a financí na ně. Pozornost člověka je upřena výhradně k droze a jejímu užití.

Domníváme se, že v současné době, se vyskytuje mnoho stresových situací. Lidé jsou nuceni najít vhodný způsob, jak tyto faktory zvládat. Často jsou pak ovlivněni možností odstranit stres co nejrychleji. Proto někteří z nich začnou zneužívat návykové látky. Klientela konzumentů návykových látek stále narůstá. Bohužel s tím souvisí i pokles věkového rozmezí, kdy se u těchto osob plně rozvine závislost.

Řada autorů uvádí ve svých odborných publikacích i závislosti na internetu, práci, patologickém hráčství apod. Někteří autoři s tímto však nesouhlasí zcela tak zcela jednoznačně. *„Závislost na práci, internetu, patologickém hráčství ani nestřídmé pojídání projímadel nejsou závislostmi v pravém slova smyslu. Nelze však popřít, že uvedené druhy návykového chování mají se závislostí mnoho společného.“* (Nešpor, 2018, s. 20)

Röhr (2015) ve své knize říká, že můžeme získat nelátkovou závislost prakticky na čemkoliv. Zahrnuje sem i například závislost na sportu, nakupování, či závislost na vztazích. Poukazuje na to, že lidé, při odnětí tohoto chování, vykazují také abstinenční příznaky, které jsou podobné jako po odnětí návykové látky.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ZÁVISLOSTI

Závislost není novodobý fenomén a můžeme ji vnímat jako onemocnění, které zasahuje do všech rovin života daného jedince. V této kapitole se tedy budeme zabývat historií závislostí, se srovnáním se situací v dnešní době. Dále uvedeme definice dle WHO, z níž je patrné, kdy se o závislost skutečně jedná a jak konkrétně se závislost vymezuje.

1.1 Historie závislostí

Jak popisuje Dundr (1995), dějiny drog vždy souvisely s dějinami člověka. 8 000 - 5 000 let př. n. l. byly známy vlastnosti makové šťávy (opia), tisíc let staré dějiny má také kokový keř (kokain) a pryskyřice, která je obsažená v konopí (hašiš). Naši dávní předkové využívali drogy jako léčivé a později jako opojné prostředky.

Jak uvádí Mahdalíčková (2014), dle závěrů antropologických výzkumů byly halucinogeny používány již v neolitu. Především muchomůrka červená, durman obecný a rulík zlomocný, které měly halucinogenní účinky. Znalosti o těchto účincích měli víceméně jen šamani. Nehrozilo tedy jejich nekontrolovatelné šíření a ani zneužívání.

Podle Escohotada (2003) se objevuje první písemná zmínka o opiu na sumerských tabulkách z 3. tisíciletí př.n. l., kde je pro ni použit znak, který znamená zároveň radost. Bůh spánku Hypnos bývá zobrazován jako krásný mladík s křídly, co drží v dlaních makovou tobolku.

Jak uvádí Mahdalíčková (2014), ze symbolů, které byly nalezeny ve Střední Americe lze usuzovat, že tamnější Indiáni znali účinky psilocybinových hub již 6 000 let př. n. l.

Escohotado (2003) popisuje, že Hippokratés a Galénos používali drogu často jako výhradně léčivou látku.

Podle Nožiny (1997) prováděl v roce 1829 experimenty přímo na sobě Jan Evangelista Purkyně, a to s muškátovým oříškem. Pravou éru vážného společenského abúzu ale u nás odstartoval až objev morfinu, který poprvé injekčně aplikoval A. Wood v roce1856 pro utlumení bolesti.

Nožina (1997) ve své knize uvedl, že se v Praze v poválečných letech objevilo kouření opia a zneužívání kokainu, který byl oblíbený zvláště v řadách pražských prostitutek. Nezákonný obchod se v Československu rozvinul hlavně v letech 1920-1925.

Mahdalíčková (2014) popisuje, že o zneužívání drog, tedy ve spojení s vytvářením závislosti, lze hovořit poprvé na počátku 19. století, kdy stoupla poptávka o opium, zvláště v Číně. První zemí v

Evropě, kde se objevilo zneužívání drog, byla Velká Británie, a to díky kontaktům právě s Čínou. V Evropě je používání opia doloženo při německo-francouzské válce ve druhé polovině 19. století a během první světové války. Vznikla tím u mnoha vojáků tehdy závislost. Po druhé světové válce se obchodování s drogami přestalo vyplácet.

Nožina (1997) udává, že se v koncentračních táborech prováděly pokusy s meskalinem na vězních. Druhá světová válka přinesla i nárust spotřeby amfetaminů.

LSD bylo užíváno v řadě experimentů hlavně ve 40.-60. letech pro svou podobnost svých účinků připomínajících určité projevy psychózy. Tyto experimenty pokračovaly až do roku 1967, kdy byla droga zakázána (Pravda o LSD, ©2009).

Mahdalíčková (2014) uvádí, že v České republice je drogová scéna plně rozvinutá, začíná se o ní hovořit jako o drogovém ráji. Podle tohoto zdroje patří Česká republika mezi země s nejvyšší prevalencí užívání většiny drog, jen s výjimkou těkavých látek.

Amfetamin je *„látka s výrazně budivým účinkem na nervový systém a na duševní činnost (psychostimulační působení). Dlouhodobější používání vede k závislosti.“* (Vokurka, 2000, s. 15).

Ohledně historie pervitinu se jednotlivé zdroje liší. Mahdalíčková (2014) uvádí, že v českých zemích byly drogy známy již v době Rakouska-Uherska. Pervitin se začal na území České republiky vyrábět v 70. letech 20. století. Některé zdroje dokonce stále ještě mylně uvádějí, že se pervitin začal vyrábět v České republice, což není pravdivá informace.

Nožina (1997) popisuje, že metamfetamin je generický název. Srovnáme-li metamfetamin a amfetamin, tak jsou účinky na stejné farmakologické úrovni. Efedrin je oproti nim mnohem slabší. Pervitin (metamfetamin) byl poprvé syntetizován v Japonsku 1888 a používali ho například němečtí parašutisté za druhé světové války.

Jiné zdroje zase uvádí, že základní látka, amfetamin, byl vyroben v Německu v roce 1887, a v Japonsku byla vyvinuta syntetická látka, pervitin, až v roce 1919. V 50. letech byl pervitin psán lékaři jako antidepresivum a přípravek na hubnutí. V Československu se začal nelegálně vyrábět od poloviny 70. let (Pravda o pervitinu ©2009).

Kuntz (2016) zmiňuje ve své publikaci, že se metamfetamin poprvé syntetizoval v roce 1919 a na trhu se objevil v roce 1930. V 80.-90. letech se již vyskytuje jako nový druh populární omamné látky.

Podle zdroje Suchtmittel (Methamphetamin, ©2012) je metamfetamin syntetický stimulant, který je na amfetaminové bázi a poprvé byl vyroben v Japonsku v roce 1919, během druhé světové války se

začal vyskytovat pod názvem pervitin. Amfetamin je také syntetická látka, která se v přírodě nevyskytuje. Poprvé jej objevil v roce 1887 chemik Lazar Edeleanu na univerzitě v Berlíně. (Amphetamin, ©2012).

1.2 Druhy závislostí

Dle Kaliny (2015) můžeme pojmenovat různé stupně:

1. Rizikové skupiny a rizikoví jednotlivci: věková kategorie od dvanácti do osmnácti let. Důležitou roli zde hrají i nejrůznější psychické problémy, poruchy chování, dysfunkční primární rodina, genetické dispozice. Dále lze pokládat za osoby se zvýšeným rizikem partnery, sourozence nebo děti uživatelů.

2. Experimentátoři: Osoby, které drogy „zkouší“, nepravidelně užívá různé drogy a typy drog a může, ale nemusí mít problémy v dalších oblastech.

3. Příležitostní a rekreační uživatelé: Užívání drog se pro ně již stalo součástí životního stylu, není ale častější než jednou za týden a jeho důsledkem zatím není vznik závislosti. Vyskytuje se zejména u marihuany, alkoholu, extáze nebo LSD

4. Pravidelní uživatelé: pravidelnost (častěji než jednou týdně) ovlivňuje nejen životní styl, ale je již zřejmý škodlivý účinek užívané látky.

5. Problémoví uživatelé: Problémové užívání je definováno jako intravenózní a/nebo pravidelné a dlouhodobé užívání kokainu, amfetaminů a opiátů.

6. Závislí: uživatelé, kteří splňují diagnostická kritéria syndromu závislosti dle MKN-10.

Definice závislosti podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí zní následovně:

„Je to skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž má užívání nějaké látky nebo třídy látek u daného jedince mnohem větší přednost před jiným jednáním, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák. Návrat k užívání látky po období abstinence často vede k rychlejšímu znovuobjevení jiných rysů syndromu, než je tomu u jedinců, u nichž se závislost nevyskytuje. Definitivní diagnóza závislosti by se obvykle měla stanovit pouze tehdy, jestliže během jednoho roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

a) silná touha nebo pocit puzení užívat látku,

b) potíže v sebeovládání při užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky,

c) tělesný odvykací stav. Látka je užívána s úmyslem zmenšit příznaky vyvolané předchozím užíváním této látky, případně dochází k odvykacímu stavu, který je typický pro tu kterou látku. K mírnění odvykacího stavu se také někdy používá příbuzná látka s podobnými účinky.

d) Průkaz tolerance k účinku látky jako vyžadování vyšších dávek látek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami (jasné příklady lze nalézt u jedinců závislých na alkoholu a opiátech, kteří jsou s to brát denně takové množství látky, jež by zneschopnilo nebo i usmrtilo uživatele bez tolerance),

e) Postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času vyhrazeného k získání nebo užívání látky nebo zotavení se z jejího účinku.

f) Pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků, poškození jater nadměrným pitím (depresivní stavy vyplývající z nadměrného užívání látek) nebo toxické poškození myšlení.“ (Nešpor, 2018, s. 18)

Kudrle (In Kalina, 2003) definuje závislost jako chronickou poruchu, která progreduje. V jejím pozadí jsou často touhy člověka po změně v prožívání.

„Závislost obecně znamená, že člověk ve stavu závislosti přestal být svobodný k droze, látce nebo věci, na kterou vznikla závislost. Vytvořil si na ni vazbu, stala se součástí jeho života.“ (Strejčková a kol., 2007, s. 89)

Ocisková, Praško (2015) uvádějí, že syndrom závislosti na návykových látkách je soubor fyziologických, behaviorálních a kognitivních stavů. Opakovaným užitím této látky se dále prohlubuje a rozvíjí.

„Závislost je přirozeným mozkovým mechanismem používaným k tomu, aby člověk žil opravdový jedinečný život v interakci s okolním světem a hodnotově se v něm i v sobě vyznal.“ (Šimonek, In Orel a kol., 2012, s. 111)

Podle Matouška (2016) má závislost na návykové látce složku nejen fyzickou a psychickou, ale i složku sociální. Závislý člověk je ohrožen při každém kontaktu s rizikovým prostředím. A právě hlavně tato složka se může zvládnout jen za pomoci dlouhodobé následné péče.

„Mezi návykové látky vedoucí k závislosti patří těkavá organická rozpouštědla (toluen, trichloretylen), stimulancia centrálního nervového systému (amfetamin, kokain) a halucinogeny (LSD, fencyklidin, kanabinoidy, alkaloidy vyšších hub-psylocybin), alkaloid z mexického kaktusu (meskalin) a opiáty (heroin). Fyzickou závislost navozují spíše látky tlumící centrální nervový systém, tedy etanol, opiové alkaloidy, barbiturátová i nebarbiturátová hypnotika a anxiolytika (např. Benzodiazepiny)“ (Kalina, 2015, s. 41)

Podle číselného kódování MKN-10 lze závislosti rozdělit na závislost na alkoholu, na opiátech, na kanabinoidech, nebo sedativech nebo hypnoticích, na kokainu, ne jiných stimulanciích včetně kofeinu a pervitinu, na halucinogenech, na tabáku, na organických rozpouštědlech a na několika látkách nebo jiných psychoaktivních látkách.

1.3 Příčiny vzniku závislostí

Jestliže hledáme kořeny vzniku závislosti, nacházíme podle Kudrleho (In Kalina, 2003) hlubší potřeby, které mají svou komponentu nejen psychologickou, ale i existenciální a biologickou. Patří sem i pocity, které pramení z nízkého sebehodnocení, pocity nudy. Člověk má potřebu se cítit výkonný, zažívat pocity radosti. Najdou se i lidé, kteří touží po určitém překročení hranic, sebe samého, chtějí dojít k hlubšímu významu svého bytí, přiblížit se k Bohu apod.

Šimonek (In Orel a kol., 2012) prezentuje, že každá závislost má v primárním smyslu biologický základ. Dalším základním předpokladem pro rozvoj vzniku závislosti je takzvaný systém odměny v mozku, který vznikne díky působení dopaminu. Princip závislosti je v publikaci pojímán z pozice, že každý člověk má ve svém mozku dispozice k tomu, aby vznikla závislost.

Strejčková a kol. (2007) popisují, že mohou být čtyři skupiny faktorů, které vedou ke zneužívání drog. Patří sem osobnost člověka, druh užité drogy, příležitost k tomu drogu užít a společnost, ve které se člověk vyskytuje.

Genetické dispozice:

„Drogové závislosti jsou multifaktoriální onemocnění, na jejichž rozvoji a udržení se podílejí jak faktory genetické (vrozené predispozice), tak vliv prostředí, vývojové a sociální faktory. Například u alkoholismu (v závislosti na typu) je uváděna v dospělé populaci alespoň 50% (někdy 60%) dědičnost.“ (Mayer, Hollt, 2005 In Kalina a kol., 2015, s. 129)

Šimonek (In Orel a kol., 2012) uvádí, že určitý druh závislosti provází člověka od jeho samotného početí. Je to tedy vlastně vývojově daný aspekt psychiky každého člověka. Do určité míry je dán i samotnou činností mozku a je tedy přirozenou tendencí člověka.

U nelegálních drog je vědeckých studií méně, v publikacích však bývá uváděna dědičnost od 20 do 50 %, někdy i více.

Drogová závislost je komplexní porucha. Predispozice k drogové závislosti se vyskytují často s jinými psychickými nebo psychiatrickými poruchami.

Jednotlivé modely kladou důraz na různé složky závislosti. Mezi tyto složky patří následující (Leigh, 1985 In Millerová, 2011):

1. Kulturní faktory: ovlivňují rozhodnutí, zda bude jednotlivec drogy brát, poukazují na celkový postoj k užívání drog.

2. Environmentální faktory: patří sem faktory učení (například identifikace se svým vzorem), principy podmiňování (pro dosažení příjemných zážitků a snížení psychické nepohody) a určité životní události.

3. Interpersonální faktory: rodinné faktory (genetické vlivy, fungování systému rodiny apod.) a sociální vlivy (tlak vrstevníků, volba životního stylu apod.).

4. Intrapersonální faktory: osobnost, osobní vývoj, rozdíly v pohlaví.

Šimonek (In Orel a kol., 2012) připisuje k hlavním faktorům, ovlivňujícím vznik závislostí, základní tři atributy, které jsou vrozené. Těmi jsou vrozená vášnivost, míra rizika a akceschopnost. Dále se na tomto procesu podílejí vztahy s vrstevníky. Zde je nejvýznamnějším faktorem jejich přijetí a ocenění. Svou významnou roli hraje také potřeba vlivu a regulace.

Důvody k užití drogy se podle Strejčkové a kol. (2007) rozdělují na sociální-společnost, parta kamarádů a podobně. Dále důvody psychické-touha něco nového zkusit, zvědavost, upoutat pozornost a podobně. A posledním možným důvodem je uváděn faktor fyzický-dlouhodobá nemoc, deprese...

Podle Kaliny (2015) je jednou z hlavních příčin, které mohou zapříčinit rozvoj závislosti, neurobiologické nastavení mozku, který drogu přijmu na základě mechanismu umělé odměny. Kalina si také pokládá otázku, zda je možné, že někteří jedinci mají mozek přímo k návykovému užívání připravený.

Mentzos (2012) uvádí, že se v současné době více rozvinuly teorie závislosti podmíněné psychoanalýzou. V začátcích aplikace této teorie do praxe byla závislost chápána jako náhrada uspokojení sexuálního pudu (pudová teorie). Později bylo od této myšlenky upuštěno. V současné době je vnímána závislost jako ochrana před intrapsychickým vypětím, které je pro jedince nesnesitelné (teorie ego psychologie). Self psychologická teorie zmiňuje, že při vzniku závislosti hraje rozhodující roli uspokojení narcistických potřeb.

Jak zmiňuje Jeřábek (In Vondrka, 2004) tak self se projeví v době, kdy si závislý jedinec začne uvědomovat cenu svého života a celkově svou lidskou hodnotu.

„Závislosti v užším slova smyslu i další návykové nemoci mají řadu příčin. Proto jsme skeptičtí, když někdo údajně objevil příčinu závislosti nebo zázračný lék, který všechny závislé vyléčí:“ (Nešpor, 2018, s. 69)

Teorie závislostí (McHugh, Beckman, Frieze,1979 In Millerová, 2011) nabízejí čtyřdílný rámec možných příčin závislostí, a to: morální model, kdy je závislost vnímána jako morální slabost. Dále psychologické modely, které mají z hlediska dlouhodobých plánů nejlepší prognózu. Jako příklad je uveden případ, kdy klient nadužívá marihuanu pro konečný dosažený stav uvolnění. V tomto případě se dá pracovat s klientem na jiných možných způsobech odstranění psychické nepohody a stresu. Dalším modelem je model sociokulturní. Sem spadá i teorie prázdného Já podle Cushmana (1990, In Millerová, 2011). Klient je v dnešním světě zmatený, problémově se přizpůsobuje. Je potřeba pracovat s takovým jedincem zvláště na úpravě životního stylu, nastavení určitých pravidel.

West (2016) popisuje medicínský model, který se opírá o možnost zjištění výskytu zatím neprokázané psychické poruchy, které může pomoci důsledná psychoterapie v souvislosti s úpravou životního stylu

Miovský (2006) uvedl, že medicínský model byl řadu let jedním z hlavních modelů příčin vzniku závislosti. Není možné stavět však závislost pouze na tomto modelu, aniž by se vynechaly ostatní. Bylo nutné doplnit tento model i o bio-psycho-sociální složku.

Jak uvádí Millerová (2011), v posledních letech se také uplatňuje model bio-psycho-sociální a model minimalizace rizik. Bio-psycho-sociální model spojuje možné geneticky dané vlastnosti a složku psychosociální, kam patří sociální faktory, interakce jedince se školou, vrstevníky, zaměstnáním a podobně. Jedná se model, který pohlíží na závislého jedince holisticky. Komplex bio-psycho-sociálního modelu uvádí ve své publikaci i Ocisková, Praško (2015), kdy upozorňují zároveň na to, že jednoznačné příčiny vzniku závislosti nejsou stále známé.

Připouští faktory vrozené, a poté zmiňují jako významný neurobiologický model závislosti jako systém odměny.

Kalina (2015) popisuje model minimalizace rizik, tedy pojem harm reduction (používá se i zkratka HR). Pod tímto pojmem se označují činnosti a programy, které jsou cíleně zaměřeny na minimalizaci nepříznivých dopadů nejen nelegálních návykových látek, ale i legálních. Mezi možné intervence HR programů může patřit například distribuce alkotestrů na zábavových akcích, nikotinové náplasti nebo elektronická cigareta.

V rámci nelegálních drog může program HR zahrnovat očkování proti žloutence typu A a B, substituční programy, testování obsahu drog nebo výměnné programy jehel a stříkaček.

Matoušek (2016) uvádí, že je v rámci HR nabízena závislým osobám v nízkoprahových zařízeních pomoc formou odvykací léčby, ale nikdo ze závislých není do této volby nucen. Nabídku této formy pomoci nemusí tedy vůbec využít a je jim nabídnuta možnost základního poradenství, mohou se umýt, mohou dostat sterilní injekční jehly a stříkačky zdarma. V některých zařízeních je umožněno si i návykovou látku přímo tam aplikovat.

Orford (2001, In West, 2016) uvádí ještě teorii nadměrné chuti. Z této teorie plyne poznatek, že závislost znamená vlastně chuť na určitý prožitek, která se může nekontrolovatelně rozšířit a prohloubit do nedostatku kontroly jedince tuto chuť překonat.

Kalina, Hajný (In Kalina, 2015) uvádějí i takzvanou teorii fixace v orálním stadiu, která je známa od Sigmunda Freuda. Jedná se o celoživotní hledání uspokojení s ohledem na již zmiňovanou orální fixaci. Pozdější teorie hledají možnost v problému křehkosti Ega, nebo Self. Zmiňují i teorii externalizace, kdy člověk není schopen vnímat vlastní emoce (alexithymie). Užívání návykových látek je pak pro takového člověka jednou z možností, jak si navodit a udržet uvolnění.

Lütz (2017) píše, že lidé se závislostí na drogách hledají často odpověď na otázku smyslu života. Domnívají se, že v účincích drog mohou najít určité štěstí.

Jak udává Honzák (2017), tak svůj podíl viny na vzniku a dalším průběhu užívání drog, může mít také osamělost. Jak popisuje, v současné době přibývá stále více lidí mladší generace, kteří tuto osamělost pociťují. Neumějí se, nezvládají, nebo nechtějí se zapojit do společenských vazeb a unikají do světa drog.

Podle Kuchárové (čerpáno z přednášky, která byla odprezentována na XII. ročníku odborné konference pořádané u příležitosti mezinárodního dne boje proti drogám, uspořádané dne 22. 6. 2018 v

Kroměříži) můžeme vycházet z poznatků a současně z citlivosti vůči rodovým specifikům. Kdy specifikem ženské závislosti může být motivace vztahovými potřebami, vztah se závislým partnerem, komorbidita (deprese, stresové poruchy). Rozvoj ženské závislosti je také více podmíněn, pokud byli závislí i rodiče. U závislých žen také dochází k větší stigmatizaci a degradaci. U mužů užívání drog koreluje se selháním síly, dominance a kontroly. Role otce u mužů při léčbě sehrává až druhořadou úlohu.

1.4 Průběh vzniku závislosti

Nešpor (2018) rozlišuje tyto znaky závislosti: silná touha užívat látku (craving, bažení), zhoršené sebeovládání, somatický odvykací stav, růst tolerance, zanedbávání jiných zájmů a potěšení, pokračování v užívání i přes jasný důkaz škodlivých následků.

Kasalová (2012) uvádí čtyři fáze rozvoje závislosti ve spojitosti s alkoholem. Jsme však toho názoru, že tyto fáze se dají zařadit k jakémukoliv jinému druhu návykové látky:

1. fáze počáteční (iniciální): poznání příjemných pocitů, zvyšování dávek a frekvence probíhá postupně,

2. fáze varovná (prodromální): klesá schopnost sebekontroly, rozvíjí se někdy i řadu let,

3. fáze rozhodná (kruciální): jedinec nedokáže v užívání přestat, nejde mu již abstinovat. Objevuje se řada somatických a psychických potíží, např. výkyvy nálad.

4. fáze konečná (terminální): abstinenční příznaky po odejmutí návykové látky, celkový úpadek, degradace osobnosti.

Strejčková a kol. (2007) zmiňují, že závislost nevznikne prvním užitím. Stav od prvního experimentu může dojít až ke stavu nuceně závislého zneužívání.

Ocisková, Praško (2015) popisují, že prvním s rozhodujícím krokem k vytvoření závislosti je zvýšený výdej dopaminu. Dalšími rozhodujícími faktory k rozvoji a prohlubování závislosti je rodinné zázemí, přítomnost identifikačních vzorů a další sociální vlivy okolí jedince.

Podle Kuntze (2016) se může užívání drog projevovat i velmi nespecificky, zvláště u dospívajících:

- stálé snění i během dne
- špatné mínění o sobě samém
- nesoustředěnost na učení
- plíživé a začínající sebepoškozování

- nedostatečné sociální začleňování
- výrazné změny v kruhu přátel
- náhlé nebo plíživé změny jejich povahy nebo celé jejich osobnosti
- nedostatečná tolerance frustrace a špatná kontrola impulsivního chování
- nedostatek vnitřního úsilí o dosažení vlastních střednědobých a dlouhodobých cílů
- depresivní nálady a posílení strachu ze života
- antisociální chování a nejrůznější strachy a obavy.

Mentzos (2012) upřesňuje kritéria, na nichž spočívá závislé chování. Jedná se o silné a neovladatelné nutkání vyhledávat opakovaně stavy buď povzbuzení, nebo naopak stavy uvolnění, a to pomocí drog. Přitom upozorňuje na fakt, že hranice mezi běžným užíváním a zneužíváním, které vede ke vzniku závislosti, je velmi pozvolná. Přitom pohledy, které se zaměřují na psychoanalýzu, poukazují na fakt, že závislost je jen pouhou náhradou za jinou potřebu, která je skutečná.

2 PREVENCE A PROTIDROGOVÁ POLITIKA ČR

Zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů stanovuje, které látky jsou považovány za látky psychotropní a omamné, a které jsou považovány za prekurzory. Tento zákon přesně vymezuje zacházení s návykovými látkami a přípravky, přesně určuje zneškodňování nepoužitelných návykových látek a přípravků. Dále přesně definuje podmínky a možnosti vývozu a dovozu návykových látek. Jsou zde popsány podmínky ohlašovací povinnosti a evidence pro osoby, které jsou oprávněny nakládat s návykovými látkami.

Mahdalíčková (2014) uvádí, že v České republice je neoprávněné nakládání s drogami protiprávní vždy. Může to být pak posouzeno buď jako trestný čin nebo přestupek. Samotné užívání drog ale není v ČR trestné.

Národní monitorovací středisko pro drogy (Česká protidrogová politika a její koordinace politika závislostí založená na důkazech, ©2015) uvádí, že mezi základní pilíře protidrogové politiky zařazujeme:

-primární prevenci

-léčbu a sociální začleňování

-snižování možných zdravotních a sociálních rizik

-kontrolu dostupnosti: souhrn zákonných aktivit a opatření vymáhání práva k potlačování nabídky návykových látek a hazardního hraní.

Podle Mahdalíčkové (2014) jsou dalšími zákony, které upravují nakládání s návykovými látkami, jsou následující: zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, a k němu nařízení vlády č. 455/2009 Sb. Dále sem patří zákon č. 200/1990 Sb., přestupkový zákon, zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami způsobenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami (právě tento předpis umožňuje provádění protidrogové politiky, ošetření na protitoxikomanické stanici a možnost vyšetření přítomnosti návykové látky.

Mezi základní aktivity Národního monitorovacího střediska pro drogy (Česká protidrogová politika a její koordinace politika závislostí založená na důkazech, ©2015, dále jen NMS) patří:

-koordinace drogového informačního systému na národní úrovni

-monitoring intervencí, strategií a politik v oblasti prevence, harm reduction, léčby, prosazování práva a sociální reintegrace

-koordinace celostátního Systému včasného varování před novými psychoaktivními látkami

-sběr, analýza, interpretace a distribuce dat o závislostech a drogách v ČR

-distribuce informací o situaci v ČR v oblasti závislostí: výroční zprávy o drogové situaci a hazardním hraní

-správa národních stránek (www.hazardni-hrani.cz, www.koureni-zabiji.cz)

V oblasti závislostí monitoruje aktuální situaci drogový informační systém. Praktickým nástrojem je tzv. Národní akční plán drogového informačního systému (NAPDIS). Jeho cílem je koordinace a plánování aktivit organizací a institucí, které v ČR vyvíjejí činnost v oblasti závislosti.

Primární prevence

„Cílem primární prevence je předejít užívání návykových látek včetně alkoholu a tabáku nebo ho oddálit do pozdějšího věku, když už jsou dospívající relativně odolnější. Dalším cílem je omezit nebo zastavit experimentování s návykovými látkami, aby se předešlo škodám na tělesném i duševním zdraví, Cílem prevence tedy není předávání informací nebo to, aby se prevence líbila, ale to, aby se cílová populace chovala zdravěji.“ (Nešpor, 2018, s. 220)

Orel, Facová (In Orel a kol., 2012) uvádí, že se primární prevence snaží zabránit onemocnění dřív, než se objeví. Specifická primární prevence je zaměřená na konkrétní rizika. Patří sem například osvěta. Do nespecifické primární prevence lze zařadit zdravý životní styl života a takové formy chování, které jsou žádoucí.

Strejčková a kol. (2007) definují, že mezi programy primární prevence patří telefonní linka, alternativní výjezdové programy-peer programy, programy prevence pro školy, poradenství v oblasti primární prevence apod.

Další dostupné publikace rozlišují primární prevenci všeobecnou, selektivní a indikovanou.

Černý (In Bártík, Miovský a kol., 2010) popisuje, že do všeobecné primární prevence patří programy pro větší počet osob. Cílem je např. zamezit nebo oddálit užívání návykových látek. Jedná se o tematické programy se zpracovanou metodikou.

Nešpor, Csémy, Pernicová (1999) uvádějí, že všeobecná prevence je určena všem. Jedná se často o standardizované programy, jejichž aplikace je proto široká a použitelná například na celou populaci žáků.

Podle Kaliny (2015) je selektivní primární prevence zaměřena na skupiny, u kterých jsou přítomny rizikové faktory ve zvýšené míře a jsou více ohroženi než jiné skupiny populace. Do této skupiny preventivních programů jsou jedinci vybíráni tedy cíleně. Klade se zde větší důraz na vzdělání preventisty (psychologie, adiktologie, speciální pedagogika aj.)

Nešpor, Csémy, Pernicová (1999) zmiňují, že typ selektivní prevence je náročnější na prostředky i čas. Využívají se cíleněji zaměřené prvky než u prevence všeobecné. Jedná se o poskytnutí pomoci na základě specifických individuálních potřeb.

Černý (In Bártík, Miovský a kol., 2010) uvádí, že u selektivní primární prevence se neposuzuje aktuální situace jednotlivce. Pracuje se buď s jednotlivci, nebo s menšími skupinami.

Nevoralová (2014) uvádí, že indikovaná primární prevence se zaměřuje na jedince. Jedná se o relativně nový obor prevence v oblasti drogové problematiky. Hlavní snahou je podchytit problém co nejdříve. Nachází se na rozhraní mezi selektivní prevencí a léčbou.

Nešpor, Csémy, Pernicová (1999) zmiňují, že indikovaná primární prevence je určena pro cílovou skupinu osob, kteří experimentují s návykovými látkami, ale ještě u nich není stanovena diagnóza závislosti či škodlivého užívání.

Sekundární prevence

Matoušek (2016) popisuje, že sekundární prevence je někdy označována jako prevence indikovaná. Cílovou skupinou jsou osoby se zvýšeným rizikem sociálního selhání, nebo osoby, u nichž již k selhávání dochází, ale nelze ještě indikovat jeho míru.

Nešpor, Csémy, Pernicová (1999) popisují, že cílem sekundární prevence je pomoc lidem, kteří již návykové látky zneužívají.

Strejčková a kol.(2007) uvádí, že mezi programy sekundární prevence patří například individuální nebo skupinová psychoterapie, poradenství, detekce drog v moči, krizová intervence, psychodiagnostika atd.

Podle WHO znamená sekundární prevence *„předcházení vzniku, rozvoji a přetrvávání závislosti u osob, které jsou již užíváním drogy zasaženi a postiženi, případně se na ni stali závislými. Obvykle používána jako souborný název pro včasnou intervenci, poradenství a léčení.“* (Kalina, a kol., 2003, s. 17)

Podle Orla, Facové (In Orel a kol., 2012) je sekundární prevence zaměřena již na konkrétní cílovou skupinu. Takže se realizuje na již daný typ lidí, u kterých závislost propukla, nebo jsou významně

ohroženi jejím vznikem. Hlavním cílem je zabránit prohloubení či dalšímu rozvoji závislosti. Často se přímě překrývá, nebo plynule navazuje, na terciární prevenci.

Terciární prevence

Nešpor, Csémy, Pernicová (1999) definují, že terciární prevence se již překrývá s léčbou a zahrnuje i mírnění škod.

Orel, Facová (In Orel, 2012) prezentují terciární prevenci jako potřebnou pro lidi, kteří již závislými jsou a cílem je zmírnění následků, snaha zabránit recidivě, zařadit jedince zpět do života a podobně.

„Terciární prevence předchází vážnému nebo trvalému zdravotnímu nebo sociálnímu poškození v souvislosti s užíváním drog. Cílovou skupinou jsou uživatelé návykových látek, často žijící na ulici.“ (Strejčková a kol., 2007, s. 95)

V rámci terciární prevence se využívá přístup harm reduction. *"Jako harm reduction se označují koncepce, programy a činnosti směřující primárně k minimalizaci nepříznivých zdravotních, sociálních a ekonomických dopadů užívání legálních a nelegálních psychoaktivních látek, aniž by nutně docházelo ke snižování jejich spotřeby. Harm reduction je prospěšné pro uživatele drog, pro jejich rodiny a pro celou společnost.“ (*IHRA, 2010 In Kalina, 2015, s. 272)

Kalina a kol. (2003) uvádí, že základem modelu harm reduction je pragmatický pohled na drogovou závislost. Vychází z klientových potřeb, ale jeho cílem je i ochrana společnosti před dopady užívání drog.

Podle WHO je *„termín harm reduction užíván pro snahu předcházet negativním zdravotním důsledkům souvisejícím s určitým typem chování nebo tyto důsledky minimalizovat. Cílem „harm reduction“ v rámci komplexních intervencí vztahujících se k injekční aplikaci drog je předcházet přenosu viru HIV a jiných infekcí, k němuž dochází sdílením nesterilního injekčního vybavení a přípravků určených k výrobě drog.“* (Petroš, 2006, s. 19)

Jak uvádí Kalina (2015) v rámci HR služeb pro uživatele drog má být poskytováno například:

- dostupná nízkoprahová farmakologická intervence,
- spolehlivé informace a poradenství
- vhodná sociální asistence pro skupiny drogově závislých,
- vakcinační programy proti virové hepatitidě typu A, B,
- pohotovostní kufříky a medikace pro zvládání předávkování na vybraných místech,

- možnost testování na HIV, včetně poradenství
- programy výměny/distribuce sterilního injekčního nádobí,
- prevence a služby zaměřené na sexuálně přenosné nemoci,
- sociální pomoc pro děti závislých

3 ROZDĚLENÍ A CHARAKTERISTIKA VYBRANÝCH DROG

Existuje velmi mnoho způsobů rozdělení návykových látek. Také se v současné době nabízí celá řada dostupných publikací a jednotlivé zdroje uvádějí různé možnosti. V naší bakalářské práci nabízíme některých z nich.

V laické společnosti se hodně vyskytuje dělení drog na drogy legální a nelegální, drogy měkké a tvrdé. Podle Kasalové (2012) jsou legální drogy takové, které jsou společností akceptovány a povolené zákonem. Patří sem kofein, nikotin, léky, alkohol. Nelegální drogy jsou ve společnosti neakceptovatelné, jejich prodej či přechovávání jsou pevně ukotveny v platných zákonech. Sem patří například pervitin, heroin, extáze, marihuana a další). Pojem měkké drogy je všeobecně vnímám jako celkem bezpečná forma užívání, která nezpůsobuje velké riziko rozvinutí závislosti. Do této skupiny se zařazují konopné drogy, tabák, extáze. U tvrdých drog vzniká rychle závislost. Jejich nejznámějšími zástupci jsou pervitin a heroin.

Podle Mahdalíčkové (2014) je však rozdělování na drogy měkké a tvrdé velmi nepřesné. Ve své knize vychází z mezinárodní klasifikace drog, jež vychází z konvencí OSN. Tato klasifikace dělí drogy na psychotropní látky a na narkotika (omamné látky). Mezi psychotropní látky se řadí: halucinogeny, stimulantia amfetaminového typu, barbituráty, narkotika, sedativa, analgetika. Jako narkotika označujeme cannabis, morfin, opium, methadon, kokain. Tyto látky mají riziko zneužívání vysoké.

Mezi nejčastější dělení drog patří podle účinku na psychiku a podle míry rizika.

Podle Kasalové (2012) se rozdělují drogy podle účinku na psychiku na tři základní kategorie.

Drogy s povzbuzujícím účinkem, kdy mizí únava i potřeba spát a jíst. Sem patří i kofein, nikotin, ale samozřejmě pervitin a kokain.

Dále drogy se sedativním účinkem. Dojde ke zklidnění, uvolnění. U této kategorie vzniká rychlá fyzická závislost. Hlavními zástupci jsou morfin, heroin, ale i například různé druhy léků či alkohol. Objevuje se až určitá euforie. Na této kategorii drog vzniká výrazná psychická závislost.

Do třetí a poslední kategorie se řadí drogy s halucinogenním účinkem. Tato skupina drog mění psychiku, kvalitu vědomí, zvyšuje intenzitu vnímání barev a prostoru, objevují se mnohočetné halucinace. Významnými zastupiteli jsou konopné drogy, LSD a lysohlávky.

Kalina (2015) rozděluje drogy podle míry rizika. Mezi takzvaně měkké drogy se řadí tabák, alkohol, či konopné drogy. Mezi hlavní efekty konopných drog patří veselost a zostření smyslového vnímání.

Dlouhodobé užívání s sebou nese poruchy krátkodobé paměti a hloubavé zabývání se detaily. Mezi měkké drogy můžeme zařadit i zástupce takzvaných tanečních drog, a tou je extáze.

K tvrdým drogám jsou přiřazeny opioidy a opiáty. Což jsou tlumivé látky s výrazným euforickým efektem. Hlavními zástupci jsou heroin, který byl syntetizován v roce 1874 a podáván jako lék proti kašli. Braun se vyrábí z léčiv obsahujících kodein. Opium, kdy hlavní účinnou látkou je morfin a metadon, který se sice vyrábí legálně jako substituční léčba závislých na opioidech, ale již se dostává na nelegální trh.

Mezi tvrdé drogy se dále řadí farmaka s psychotropním účinkem. Nejčastěji jde o farmakologickou skupinu opioidů a benzodiazepinů.

Další kategorií tvrdých drog jsou halucinogeny. Podle Kasalové (2012) jsou hlavními zástupci LSD, psilocybin (v houbách rodu lysohlávky) a meskalin, který je svým složením velmi podobný dopaminu a adrenalinu. Je obsažen v kaktusu, který roste hlavně v Mexiku.

Mahdalíčková (2014) uvádí mezi halucinogenní drogy ještě i lilkovité rostliny. Mezi jejich nejvýznamnější zástupce patří rulík zlomocný, jehož hlavní účinnou látkou je atropin. Dále sem patří i blín černý a durman obecný. Toxicita halucinogenů je různá.

Dále se v odborných publikacích uvádí těkavé látky a nové psychoaktivní látky. Mezi nejznámější zástupce těkavých látek patří toluen, chloroform, aceton a další složky rozpouštědel, ředidel nebo lepidel. Aplikační cestou je výhradně inhalace. Intoxikace je podobná opilosti. Organická rozpouštědla vyvolávají psychickou závislost, dochází navíc k organickému poškození mozku

Nové psychoaktivní látky:

*„Často se setkáváme s označením legal highs („legální povzbuzováky"), což jsou všechny látky jak syntetického, tak přírodního původu, prodávané ve specializovaných prodejnách, které jsou známé jako Headshop, Amstrdamshop, Euforiashop a Smartshop. Je pochopitelné, že nové syntetické drogy nemohou být na trhu explicitně deklarovány jako drogy, psychostimulancia či halucinogeny. Obvykle se proto prodávají jako sběratelské předměty, přísady do koupele, rostlinná hnojiva, vykuřovací směsi, chemikálie pro výzkumné účely apod. Termín legal highs odkazuje na to, že se jedná o látky legální. V mnoha případech jsou uvedené preparáty opatřeny výstrahou „not for human consumption". (*Kalina, 2015, s. 84)

Pro naši bakalářskou práci je však stěžejní skupina psychomotorická stimulancia, hlavními látkami jsou metamfetamin (pervitin), amfetamin, mefedron a kokain.

Podle Kasalové (2012) je pervitin v ČR nejrozšířenější drogou. Hlavním efektem této skupiny drog je vyvolání euforie, potlačení spánku a chuti k jídlu.

Podle Mahdalíčkové (2014) se výroba pervitinu nejvíce soustřeďuje v České republice. Upozorňuje zároveň na vytváření velmi rychlé psychické závislosti. Často se začíná užívat víkendově, na nějaké zábavě a podobně. Ovládat však užívání pervitinu je velmi obtížné. Závislost se tedy vyvine rychle.

Kalina (2015) uvádí, že u pervitinu převažuje injekční aplikace a aplikace intranasální. Méně často je aplikace inhalací po zahřátí na alobalu nebo požití per os. Dochází k řadě nežádoucích účinků. Některé názvy se uchytily i v běžné komunikaci mezi samotnými uživateli. Například slovo dojezd, což znamená nepříjemné pocity po odeznění účinku drogy. Pojem stíha znamená pocity ohrožení a pronásledování. Často používaným slovem jsou i tzv. záseky, tedy nadměrná koncentrace často na zcela nesmyslnou činnost.

Ocisková, Praško (2015) uvádějí, že mezi nejvýznamnější symptomy po užití pervitinu patří zvýšené sebevědomí, podezřívavost, tachykardie, zvýšené pocení. Při výše zmiňovaném dojezdu převládají bolesti kloubů, vyčerpání a zvýšená chuť k jídlu.

Nepustil (2014) popisuje, že lidé užívající dlouhodobě pervitin jsou svému okolí nápadní poměrně brzy. Objevují se u nich totiž nezvyklé projevy, a to nejen v chování. Nápadným rysem bývá zvlášť výrazné hubnutí, jiný režim stravování a spánku a specifický zápach.

Kolektiv autorů sdružení SANANIM (2007) zmiňují nejvýraznější účinek pervitinu ne motoriku a psychické funkce. Po jeho užití se zvyšuje výkonnost organismu, zrychluje se myšlenkový tok, přičemž kvalita myšlenek i výkonu práce zřetelně klesá. Dále jsou účinky spojovány s odstraněním bariér a zvýšení schopnosti empatie. Jakmile odezní účinek, dostaví se deprese a vyčerpanost.

Časté je také užívání pervitinu z důvodu odstranění zábran a lepšího zapojení do sociálních interakcí, zvlášť pak sexuálních (Pervitin(metamfetamin), ©2017)

Stupňování sexuální touhy popisuje i Dörner, Plog (1999). V psychické oblasti se mohou rozvinout symptomy psychotické-podezřívavost, pronásledování. Dále afektivní symptomy- suicidální tendence, deprese. A symptomy psychomotorické-hyperaktivita, tenze a dále.

Podle Kaliny (2015) má pervitin významný vliv i na přetěžování krevního tlaku. Hrozí riziko selhání srdce.

Užíváním pervitinu hrozí vyšší riziko mozkové mrtvice, potíže s funkcí plic, poškozuje játra, způsobuje srdeční arytmie. Také dochází ke změnám neuropatologickým, kdy se poškozují zvláště motorické funkce a paměť (Pervitin (metamfetamin, ©2017).

Při dlouhodobém užívání se může rozvinout i toxická psychóza. Což je *„závažné duševní onemocnění svým obrazem často srovnatelné s paranoidní schizofrenií, jehož příčinou je déle trvající zneužívání drog.“* (Vokurka, Hugo, 2000, s. 443)

Orel (2012) uvádí, že významný je účinek psychoaktivních látek, kam pervitin spadá, právě na neurony v mozku. Mohou se dostavit také psychotické poruchy s pozdním začátkem nebo poruchy chování a osobnosti. V tomto případě se však nejedná již o přímý účinek drogy, ale o důsledek jejího dlouhodobého užívání.

Vondrka (2004) popisuje, že lidé pociťují po užití pervitinu tak silnou euforii, že je člověk naprosto hyperaktivní. Člověk dokáže celé hodiny hledat něco v batohu, luštit křížovky, hledá něco na zemi, nebo si škrábe něco na obličeji.

Dörner, Plog (1999) se zaměřují i na zneužívání pervitinu k potlačení špatné nálady. Paradoxně se můžou po užití objevit chronické psychózy. Ve své publikaci přirovnávají účinky pervitinu žvýkáním khatu v oblasti Jemenu a západní Afriky a nebo listů koky v Peru.

Podle Kuntze (2016) patří k největšímu a hlavnímu riziku užívání pervitinu jeho zdánlivá normálnost a samozřejmost jeho výskytu v našich životech. Mladí lidé často začnou proto, aniž by si plně uvědomovali jeho rizika. Většina mládeže má své první zkušenosti s Crystalem (jak se pervitinu říká) ještě před dosažením svých 18-ti let. Jak vědí již všichni zkušení uživatelé, tak možná i úplní nováčci, velká síla při užívání psychoaktivních látek, je určitý sebeklam. Většina uživatelů si na začátku řekla, že tuto drogu zkusí a pak užívá příležitostně. Všichni si dlouho myslí, že mají užívání pod kontrolou.

4 LÉČBA ZÁVISLOSTI NA PERVITINU

Podle dostupné literatury zatím není vědecky doložena možnost substituce závislosti na stimulanciích.

Kuntz (2016) uvádí, že léčba uživatelů pervitinu je extrémně těžká a náročná. A to nejen kvůli možným účinkům na tělesnou stránku, ale zejména, jak jsme již uvedli v předešlém textu, na jeho silné účinky na psychiku. Lidé často začínají užívat tuto látku velmi brzy a psychická závislost se tak rozvine velmi rychle. Navíc se působení drog nemusí ze začátku vůbec projevovat tak výrazně, zvláště u dospívajících. Rodiče mohou tyto výkyvy nálad, určité napětí, zvláštnosti v chování apod. připočítávat k pubertě. A mladí lidé to zas vnímají tak, že chtějí mít již své vlastní zážitky a zkušenosti tak, jako mají dospělí. Často tak dochází již v takto mladém věku k trvalému poškození a následkům.

Podle Millerové (2011) se v rámci léčby pracuje následujícími metodami:

- Krizová intervence: úkolem je pomoci klientovi najít způsob, jak hledat podporu u druhých, jak se uklidnit, jak zvládat abstinenci. Využívá se jako první pomoc v akutních případech

Základním principem při práci s lidmi s drogovou závislostí je umění zvládat krizové intervence. Podle Baštecké a kol. (2005) je hlavní zásada krizové intervence vymezena tak, že vnímáme člověka jako bytost, která je schopna těžit i z okolností, které jsou pro ni nepříznivé. Popsaná krize může být způsobena volbou, zátěží, ztrátou nebo změnou. Hlavním hybatelem spouštěče krize jsou emoce.

Libra (In Kalina a kol., 2003) popisuje, že hlavním cílem této intervence je stabilizovat stav klienta. Základním principem, je poskytnutí efektivní pomoci v prostředí, které je vůči klientovi restriktivní co nejméně.

Krizovou intervenci definuje Lucká (In Matoušek, 2003) jako specializovanou pomoc, zaměřenou na osoby, které se nacházejí situaci, která jej pro ně kritická. Krizová intervence bývá relativně krátkodobá. Uvádí se, že stačí přibližně šest setkání.

Millerová (2011) zdůrazňuje, že klient závislý na návykových látkách by se měl během krizové intervence naučit rozpoznávat své spouštěcí reakce, které u něj vedou ke krizi. Je potřeba si také uvědomit, že tato cílová skupina bývá velmi specifická. Zvláště se projevuje nedůvěra v druhé lidi, problémový vztah k autoritám a velmi nízká schopnost regulovat svou impulzivitu. Je třeba mít také na

paměti, že závislému člověku může trvat delší dobu, než si vytvoří se sociálním pracovníkem bližší kontakt.

Matoušek (2016) popisuje krizovou intervenci jako sociální a psychologickou pomoc, která je poskytnuta člověku, který se ocitl v situaci, kterou neumí zvládnout sám. Cílem je posílení schopností klienta se vhodně a účinně adaptovat na vzniklou situaci. Tato forma intervence by měla zapojit i členy rodiny.

Slaikeu (1990, In Millerová, 2011) rozděluje výše uvedené krizové intervence ještě na intervenci prvního řádu, kdy se jedná o psychologickou první pomoc. Cílem této pomoci je podpora a motivace klienta. Poradce musí umět objektivně zhodnotit danou situaci. V této fázi je nutné aktivní naslouchání, upřímnost a minimalizace negativních pocitů. Intervencí druhého řádu se pak rozumí krizová terapie, která se již soustředí na samotné řešení vzniklé krize. Často se využívají prvky zaměřené na prevenci relapsu.

- Individuální terapie: Podstatné je v této terapii poradenství založené na upřímnosti a spolupráci
- Skupinová terapie: podporuje koncentrovanost na uzdravení hlavně tím, že jsou spojeni klienti se společným problémem.
- Rodinná terapie

Kalina (2015) uvádí, že někteří lidé jen obtížně zvládají problémové situace, a namísto smysluplného řešení dané situace, volí raději užívání návykové látky. Cílem každé léčby by mělo být naučit klienty správně a efektně zvládat takto vzniklé krizové situace.

Významným pojmem v procesu léčby je i kodependence (spoluzávislost). Röhr (2015) popisuje, že mnoho lidí ani neví, že se stalo spoluzávislými. Jedná se o členy rodiny závislého člověka, kteří jsou do spoluzávislosti vtaženi. Rodina se snaží svému závislému příbuznému pomoci. Kryje ho, omlouvá před ostatními, snaží se udržet návykovou látku mimo dosah. Takto spoluzávislí mohou reagovat různě-pláčou, prosí, hněvají se, nadávají, opouštějí závislého a podobně. To však vede k ještě většímu vzdoru závislého člena.

Zelvin (1993, In Millerová, 2011) uvádí, že termín spoluzávislost se začal používat v Minnesotě ve 20. století, když se zjistilo, že osoby blízké problémovým uživatelům drog jsou závislostí poznamenáni také a je tedy nutné jim poskytnout pomoc také.

Röhr (2015) dále uvádí, že v pokročilém stadiu závislosti začnou být člověku zcela lhostejné starosti jeho blízkých. Takže se stává, že u spoluzávislého člověka může dojít až ke změně osobnosti, či sociálnímu a emočnímu odcizení.

V některých publikacích je však tento název popírán hlavně kvůli důvodu, že není podložen zatím žádným empirickým výzkumem. Každopádně v každé aktuální informaci týkající se drog, je dopad závislosti na příbuzné klienta, zmiňován. Je tedy nutné, aby byl určitý terapeutický přístup poskytován i blízkým osobám závislého.

V procesu léčby dochází k odvykacímu stavu. Kalina (2015) uvádí znaky odvykacího stavu po odnětí stimulancií dle MKN-10. Patří sem příznaky jako je únava a letargie, zvýšená chuť k jídlu, nepříjemné nebo bizarní sny, neodolatelná touha po droze, nespavost nebo hypersomnie, agitovanost a psychomotorický neklid.

Podle Nešpora (2018) nemá závislost jen jednu příčinu. Takže i při její léčbě se využívá přístupů více. Vždy však platí pravidlo, že léčba má být intenzivní a dlouhodobá. Aby byla léčba efektivní, je potřeba, aby si závislý člověk i jeho rodina uvědomili, že jde o chronický problém, a proto musí být vyžadována léčba dlouhodobá.

Kolektiv autorů sdružení SANANIM (2007) uvádí, že každému klientovi se hodí jiný typ léčby. Vždy by mělo být základem učinit rozhodnutí ve vzájemné spolupráci klient a terapeut nebo zkušený sociální pracovník.

Mentzos (2012) upozorňuje na to, že léčba musí zohledňovat všechny možné aspekty závislosti. Poukazuje zejména na to, že fyzické odvykání je sice v léčbě důležité a nutné, ale není základníma dlouhodobým cílem efektivní léčby. Dlouhodobé a zásadní změny lze dosáhnout nejvíce v rámci skupinové či individuální terapie.

Nešpor (2018) uvádí network therapy, neboli léčbu v síti sociálních vztahů. Tento druh léčby popisuje jako přímočarý a zaměřený hlavně na zahájení a udržení abstinence. Uvádí i takzvané odměňování střízlivosti (contingency management) - systematické odměňování zachování abstinence. Jedná se například o drobné upomínkové předměty nebo dárky abstinujícím klientům a podobně.

Kalina a kol. (2015) popisuje contingency management neboli pobídkovou terapii blíže. Uvádí, že bylo již i vědecky ověřeno, že odměna pozitivního chování je účinnější než trestání negativního chování. Celý tento proces je chápán jako podpora životního stylu bez přítomnosti drog.

Orel, Kaláb, Facová (In Orel, a kol., 2012) hovoří o použití takzvané dvojkolejné léčby. Jedná se o léčbu, která je zaměřena na působení na mozek a jeho procesy a zároveň na psychologické působení. Až poté se může léčba považovat za komplexní.

Jeřábek (In Vondrka, 2004) zmiňuje, že nejdůležitější zásady terapie uživatelů návykových látek jsou autenticita, akceptace a empatie. Popisuje, že základem terapeutické kultury je i jasně stanovený denní režim/program a závazná pravidla. Kladný terapeutický vztah lze podle něj navázat v případě soustředění se na nefarmakologické postupy a nedirektivní přátelské prostředí. Čímž se může klientovi pomoci rozšířit jeho komunikační a vjemové pole.

S tímto přátelským prostředím však zcela nesouhlasí přístup kognitivně-behaviorální, kdy podle Kaliny (2015) jde v této terapii o vztah edukativní a direktivní. Léčebný plán při této metodě je však vždy vytvářen ve spolupráci s klientem.

Stupňovitá péče a matching: Podle Nešpora (2018) znamená stupňovitá péče použití takových intervencí, které jsou pro klienta zatěžující co nejméně, čímž se ale zvyšuje efektivnost těchto intervencí. Pojem stupňovitá péče se překrývá s pojmem matching. Jedná se o posouzení co nejvhodnější léčby pro konkrétního pacienta/klienta. Tato léčba vychází z posouzení aktuálních možností a potřeb klienta.

1.1 Ambulantní péče

Ambulantní léčba je poskytována tak, že klient zůstává ve svém přirozeném sociálním prostředí a pravidelně do určitých ambulantních zařízení dochází. Aby měla léčba kladný výsledný efekt, měl by klient docházet do zařízení dva až tři dny v týdnu, a to po dobu nejméně třech měsíců (Ambulantní péče, ©2019)

Vokurka, Hugo (2000) uvádí, že ambulance je místo, kam klient/pacient dochází k vyšetření nebo léčbě. Jedná se o případy, kdy není nutná hospitalizace.

Matoušek (2016) popisuje, že ambulantní léčba je formou, na niž dochází pacient do léčebného zařízení. Léčba spočívá v rehabilitaci, individuálních rozhovorech, skupinové terapii nebo farmakoterapii.

Patří sem zejména kontaktní centra a stacionární programy. Charita Kroměříž (Kontaktní centrum Plus, ©2019) zveřejňuje, že kontaktní centra se zabývají hlavně terciární prevencí. Nabízí pomoc uživatelům drog i jejich blízkým. Jedná se například o výměnu použitých injekčních stříkaček za čisté, poradenství v oblasti závislostí. Ale nabízí i možnost podpory při abstinenci, nebo asistenční službu-doprovod na úřady, do institucí a podobně. Služba je poskytována anonymně.

Do denních stacionářů dochází klient každý den. Po skončení programu v zařízení se klient vrací zpět domů. Součástí jsou i skupinové, rodinné nebo partnerské terapie (Stacionární programy, ©2019).

Podle Nešpora (2018) vznikly v Česku po vzoru Anonymních alkoholiků i organizaci Narcotics Anonymous (Anonymní narkomani)

Narcotics Anonymous používají zkratku NA a definují se jako nevýdělečně činné společenství, jejichž sídla se nacházejí v Praze a Brně. Jejich program je utvořen ze souboru principů, kterými se řídí v každodenním životě. Zajímají se o problém jednotlivce a o možnosti, jak mu pomoci (Anonymní narkomani, ©2018).

1.2 Terénní programy

Jak uvádí Kolektiv autorů sdružení SANANIM (2007) je právě základní možností pro léčbu závislostí na návykových látkách využití kontaktního centra nebo terénních programů.

Při práci se závislými klienty se uplatňuje metoda streetwork, podle Bednářové (In Matoušek, 2003) se jedná o mobilní terénní sociální práci. Zaměřuje se na vyhledávání a nabídku sociální pomoci především drogově závislým lidem. Klientovi se poskytuje pomoc anonymně. Tento druh práce je založen především na důvěře.

Terénní programy probíhají mimo prostory kontaktních center. Součástí terénních programů jsou takzvané výměnné programy, jejichž součástí je výměna použitých jehel a stříkaček za nové a jsou založené na principu harm reduction. V rámci těchto programů pracují terénní sociální pracovníci neboli streetworkeři, kteří mohou poskytnout uživatelům i další bližší informace o možnostech léčby, dopadech užívání návykové látky a podobně (Terénní programy, ©2019).

Terénní sociální práce (streetwork) *„Sociální práce s rizikovými jednotlivci nebo skupinami vykonávaná v přirozeném prostředí klientely sociálních pracovníků. Součástí terénní sociální práce jsou: depistáž, navazování kontaktů, poskytování sociální pomoci, mapování lokality včetně sběru, analýzy a sumarizace poznaných informací o příčinách, charakteru a intenzitě nepříznivé sociální situace cílové skupiny.“* (Matoušek, 2016, s. 229)

1.3 Ústavní péče

Podle Nešpora (2015) musí pobytová léčba splňovat určitý právní rámec. Kdy může jít o dobrovolnou léčbu, kdy se pro léčbu rozhodne buď pacient sám, nebo pod nátlakem rodiny. Pak je

možná léčba nedobrovolná, a to v případě, že klient/pacient ohrožuje sebe nebo okolí. Další možností je takzvaná léčba ochranná, která je nařízená soudem, pokud osoba spáchá trestný čin pod vlivem návykové látky v důsledku své nemoci.

Na odvykací léčbu vedou podle Röhra (2015) tři možné důvody. Prvním důvodem je, že závislého opustil partner. Další motivací k léčbě může být zaměstnavatel, který si všiml nápadného chování zaměstnance na pracovišti. A posledním možným důvodem je zhoršení tělesného nebo psychického stavu závislého člověka.

Orel, Facová (In Orel, 2012) popisují jako nutnou a nedílnou součást léčby i psychologické působení na klienta. Běžně je tím myšlena psychoterapie. Součástí celého procesu působení na klienta je celkový přístup, navázání kontaktu a rozhovor s klientem. Zároveň upozorňují, že podstatným prvkem v psychoterapii je motivace klienta a jeho aktivní spolupráce.

Mezi důležité pojmy v oblasti léčby návykových látek patří i pojmy laps, relaps, recidiva, flashback a craving neboli bažení. Definice pojmu laps *„jednorázové porušení zásad týkajících se častosti či typu chování, které si jedinec sám stanovil“* (Wanigaratne, Wallace, Pullin a kol., 2008, In Pavlovská, 2015, s. 480)

Nešpor (2018) uvádí pojem lapsus ve smyslu recidivy, která je krátkodobá a zvládne se rychle zastavit.

Definice pojmu relaps není ve všech publikacích jednotná. Jedná se o *„návrat k dřívější úrovni užívání drog po pokusu toto chování ukončit nebo redukovat.“* (Wanigaratne, Wallace, Pullin a kol., 2008, In Pavlovská, 2015, s. 480)

Nešpor (2018) vymezuje pojem relaps jako recidivu, která trvá dlouhodobě a nese s sebou již značné následky.

Hanson (2002, In Millerová, 2011) vnímá relaps více kriticky. Podle něj znamená relaps to, že léčba nefungovala. Což může být z důvodu toho, že se závislý jedinec dostatečně nesnažil a je tedy i možné, že bude schopen vést běžný život bez přítomnosti své závislosti již nikdy. Příčinou relapsu může být podle Marlatta a Gordonové (1985, In Kalina, 2015) sociální tlak, čímž je myšleno ať už přítomnost osob, co drogy užívají. Anebo verbální přesvědčování.

Je vhodné se pro takové situace naučit vhodné techniky odmítání a vyhýbání se těmto rizikovým situacím. Mezi další možné příčiny relapsu patří interpersonální konflikty, kdy účinnou technikou zvládání tohoto konfliktu může být opustit tuto situaci co nejrychleji. Posledním uvedeným rizikovým spouštěčem relapsu jsou negativní emocionální stavy.

Nešpor (2018) popisuje recidivu jako návrat k návykové látce po období abstinence. Ve své publikaci zmiňuje jednotlivé kroky, které recidivě předcházejí. Patří sem pokles motivace, dále stav, kdy se závislá člověk přestane za závislého považovat, jde o takzvané popření závislosti. Následují zdánlivě nevýznamná rozhodnutí, bažení a dojde k recidivě.

Röhr (2015) uvádí, že možnou skutečností, která vede k recidivě, může být ta, že se závislý jedinec snaží oklamat sám sebe. Často je potřeba několik recidiv, než si člověk přizná, že je skutečně závislý a že je to onemocnění již na celý život. Další možnou příčinou recidivy je ztráta emoční stability. Podstatnou roli při výskytu recidivy sehrává také samotná struktura osobnosti závislých.

Pojem flashback vymezuje Jeřábek (In Vondrka, 2004) jako pocity a prožitky v mozku

z předešlých aplikací drogy.

Kalina (2015) označuje pojem flashback jako záblesk z minulosti. Jedná se o epizodickou reminiscenci krátkého trvání, ve které se opakuje dřívější zážitek nebo zkušenost s návykovou látkou.

Nešpor, Csémy (1999) popisují, že flashback je stav, kdy se abstinující člověk cítí podobně nebo stejně, jako by drogu užil, i když k jejímu užití ve skutečnosti nedošlo.

Craving (česky bažení) je podle Kaliny (2015) psychosomatický komplexní soubor, kde se promítají zvláště prvky emoční, kognitivní, fyziologické a behaviorální. Významné jsou subjektivní projevy, k nimž patří vzpomínky na příjemné prožitky při užívání návykové látky.

„V roce 1955 se shodla komise odborníků Světové zdravotnické organizace na definici bažení jako touze pociťovat účinky psychoaktivní látky, s níž měla osoba dříve zkušenost.“ (Van den Brink, 1997, In Nešpor, Csémy, 1999, s. 6)

Podle Kasalové (2012) může patřit mezi hlavní spouštěče vyvolávající bažení například tělesná bolest, nuda, negativní, ale i pozitivní pocity. Dalším rizikovým spouštěčem je užití či aplikace jakékoliv jiné návykové látky, nebo mít u sebe nečekaně větší finanční obnos.

Velmi významným u osob závislých na návykových látkách je také proces doléčování.

„Následná péče je již standardně nedílnou součástí procesu léčby a resocializace osob závislých na návykových látkách, a vyjdeme-li z kruhového modelu, můžeme říci, že tvoří poslední fázi procesu změny. Zahrnuje všechny služby a intervence, které navazují na léčbu závislosti a které jsou zaměřené na udržení dosažených změn chování.“ (Marlatt, Barratt, 1994, In Pavlovská a Makovská Dolanská, 2015, s. 469)

Kolektiv autorů sdružení SANANIM (2007) zmiňuje, že v Česku se v každém kraji nacházejí doléčovací programy. Při vstupu je nutné dodržet podmínku abstinovat od drog 1-2 měsíce. Pokud by klient žádal chráněné bydlení, tak se požaduje delší abstinence. Podmínkou také může být kompletně dokončená předchozí léčba.

Podle Matouška (2016) je definován pojem chráněné bydlení jako pobyt v místě, které spadá poskytovatelem pod sociální služby. Klienti jsou v kontaktu se sociálními pracovníky. Je to forma bydlení vhodná i pro dlouhodobě duševně nemocné. Podmínkou je, že není potřeba ústavního pobytu. Tato služba je definována i v Zákoně 108/2006, kdy se vymezuje do formy podpory samostatného bydlení. Služby následné péče se sice podle Kopečkové (2007, In Kalina a kol., 2015) nacházejí v samotném závěru systému služeb, poskytovaných lidem s drogovou závislostí, ale často pro ně mohou znamenat úplný začátek něčeho nového.

Kolektiv autorů sdružení SANANIM (2007) dále zveřejňuje, že je vhodné, aby klient byl po léčbě seznámen s tím, že doléčování úspěšnost celkové léčby zvyšuje. Nabádá klienty také k tomu, aby se necítili provinile, pokud pocítí chuť na drogu. Ve své publikaci prezentují tento jev jako normální a zcela běžný. Také je dobré si stanovit určitý režim dne, vhodně zaplnit volnočasové aktivity. Je také zapotřebí mít na paměti, že je vhodné se vyhýbat i všem ostatním návykovým látkám. Také zmiňují potřebu dostatečné podpory a zázemí, protože zvlášť v prvních měsících po léčbě se projevuje silné nutkání vrátit se zpět k užívání drogy.

Typy služeb následné péče

Kalina a kol. (2015) uvádí, že mezi typy služeb, které poskytují následnou péči, patří doléčovací programy, které jsou poskytovány ambulantní formou péče nebo strukturovaným intenzivním programem, který je doplněný o vhodné využití volnočasových aktivit. Mezi další možnosti patří chráněné bydlení (domy na půli cesty, azylové domy). Jedná se o poskytnutí ubytování, které je přechodné. V rámci diagnózy závislosti musí být propojeno s doléčovacím programem. Pro vytvoření pracovních návyků, rekvalifikací apod. slouží systém chráněného (podporovaného) zaměstnání.

Významnou součástí práce sociálních pracovníků s klienty závislými na návykových látkách je i komunitní práce. V současné době se vyskytuje více definic pojmu komunita. Pro účely naší bakalářské práce je pojem komunitní práce myšlen v souvislosti s pojmem terapeutická komunita.

Matoušek (2016) uvádí, že v terapeutických komunitách se uplatňuje a podporuje komunikace pacientů s personálem. Ale také jejich spoluúčast na léčbě.

Adameček, Radimecký (In Kalina a kol., 2015) definují tento pojem jako specializované zařízení, kde je neformální atmosféra a je v ní poskytovaná odborná péče, která bývá v rozsahu 6-18 měsíců. Klienti se zde mimo jiné učí zlepšit zvládání svých emocí, chování, komunikačních dovedností apod.

Kinkor (In Matoušek a kol., 2003) posuzuje myšlenku terapeutické komunity jako formu organizace, kde se uplatňuje otevřená komunikace. Všichni pacienti se podílí a spolurozhodují na léčbě.

Adameček, Radimecký (In Kalina a kol., 2015) toto spolurozhodování na léčbě vysvětlují tak, že pobyt každého klienta je rozdělen většinou do čtyř fází. O přesunu do další fáze každého klienta rozhoduje celá komunita. Během třetí fáze klienti mohou být již během dne mimo komunitu-hledají si zaměstnání, bydlení a na noc se vrací zpět do komunity.

5 ÚLOHA SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA V RÁMCI LÉČBY ZÁVISLOSTI NA PERVITINU

„Sociální pracovník (social worker) v ČR je nyní definován v z. 108/2006 jako pracovník vykonávající sociální šetření, zabezpečující sociální agendy včetně řešení sociálně-právních problémů, poskytující sociální poradenství, provádějící analytickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních služeb sociální prevence, depistážní činnost, poskytující krizovou pomoc, sociální poradenství a sociální rehabilitaci.“ (Matoušek, 2016, s. 201)

Elichová (2017) uvádí, že sociální práce je oborem víceméně etickým. V této práci je důležité mít nejen teoretické dovednosti, ale zejména být odborně a důkladně připraven i prakticky. Sociální pracovník se musí umět orientovat v základních lidských právech a znát profesní etický kodex.

Podle Millerové (2011) může sociální pracovník využívat několik technik a terapeutických přístupů, mezi stávající a nově se rozvíjející, patří hlavně: pozitivní psychologie, odolnost klienta (rezilience), fáze modelu změny, motivační rozhovor a krátká terapie. Jednotlivé oblasti se navzájem doplňují. Soukup (In Kalina a kol., 2015) přibližuje hlavně motivační rozhovory. Techniky, které se zde uplatňují, vychází z poznatků okolností změny klienta.
Při motivačních rozhovorech je kladen důraz na partnerství a spolupráci. Dále se projevuje snaha klienta aktivně podporovat a motivovat k žádoucí změně. Podstatou vedení rozhovoru je i přijetí klienta s respektováním jeho autonomie a volby. Autor zároveň upozorňuje, že cílem nesmí být manipulace klientů.

Při práci s lidmi s drogovou závislostí se může objevit nespočet dilematických situací. V tomto případě nám přijde nejvýstižnější formulace *„Profesionál není ten, kdo nemá otázky, ale ten, kdo s nimi dokáže pracovat*.“ (Machula, 2008, In Elichová, 2017, s. 64)

Na rozhodování při dilematických situacích se podílí i etika pomáhajícího. Baštecká a kol. (2005) vyjadřují, že při práci sociálního pracovníka je potřeba znát nejen své vlastní hodnoty, ale i hranice vlastních možností. Dále je potřeba rozumět souvislostem žádané pomoci a vlastní motivaci, která k pomáhání vede.

Elichová (2017) zmiňuje, že ideálním typem sociálního pracovníka je takzvaný profesionální typ, který má jasnou a ucelenou představu o vlastních hodnotách a primárním pro něj zůstávají zájmy a práva klienta. Tyto hodnoty pak celkově mohou ovlivňovat stabilitu sociální práce.

Sociální pracovník používá, při práci s lidmi s drogovou závislostí, nejrůznější metody. Významnou technikou v kontextu léčby závislostí je motivační rozhovor. Soukup (In Kalina

a kol., 2015) popisuje motivační rozhovor jako poradenský přístup, který je orientovaný na klienta. Cílem je zvláště podpořit motivaci klienta.

Podle Millerové (2011) vypracovali tuto techniku W. R. Miller a Rollnick (2002), kteří prosazují techniku OARS+

- Kladení otevřených otázek (open)
- Povzbuzování klienta (affirming)
- Reflektivní naslouchání (reflective)
- Rekapitulace (summarizing)
- podněcování vlastní motivace (change talk)

Soukup (In Kalina a kol., 2015) vyjadřuje jako nejobtížnější technikou reflektivní naslouchání. Otevřené otázky dávají klientovi více prostoru, mohou také podpořit jeho aktivitu. Technika ocenění má podpořit klientovu víru ke změně a při recidivě navrací naději. Shrnování je pojato jako reflexe. Využitím této techniky můžeme klientovi i sobě pomoci si utřídit myšlenky. Potřeba techniky informování je důležitou součástí motivačního rozhovoru, ale nikdy nesmí jít o informace nevyžádané, nechtěné. Vycházíme vždy z toho, co klienta skutečně zajímá, nezahlcujeme ho přemírou informací.

Další možností, kterou využívá sociální pracovník při práci s touto cílovou skupinou, je poradenství *„V užším smyslu jde o poskytování informací, které si klient vyžádá a jež potřebuje k řešení svého problému. V širším smyslu dává p. Klientovi příležitost k tomu, aby prozkoumal své přednosti, resp. Slabá místa a našel strategie ke zlepšení kvality svého života.“* (Matoušek, 2016, s. 142)

Broža (In Kalina a kol., 2003) uvádí, že poradenství je, při práci se závislými na návykových látkách, klíčové a tvoří základ sociální práce s touto cílovou skupinou. Rozhodujícími faktory při poskytování poradenství závislým osobám, je stanovení společných cílů. Tyto cíle se musí odvíjet od motivace a potřeb klienta.

Hartl (In Matoušek a kol., 2003) se sociální poradenství rozděluje na základní a odborné. Poradenství, které je poskytováno drogovým závislostem, patří mezi odborné sociální poradenství. Pro toto poradenství je typické to, že při práci používá odborné postupy. Cílem je vliv na jednání a myšlení jedince, který se ocitl v obtížné situaci.

Při vedení sociální práce v některých případech postačí krátká intervence. Nešpor (2018) uvádí, že do takového programu se dostávají lidé, kteří jsou v počátečním stadiu závislosti. Krátké intervence

mohou probíhat například v ordinacích praktického lékaře, ve vzdělávacích institucích, v pracovním prostředí apod.

Důležitým aspektem krátké intervence je screening. Na ten můžeme pohlížet dvěma způsoby: jeden uvádí, že na tuto terapii může nastoupit každý, druhý je na základě výběru, např. podle motivace, na základě dosavadních vztahů apod. *„stanovíte-li si limit u typu klientů, kterým můžete v rámci své terapie poskytnout odpovídající péči, zvýší se tím vaše efektivita a práce se závislými klienty vám bude přinášet větší uspokojení.“* (Millerová, 2011, s. 291)

Nešpor (2018) zmiňuje některé konkrétní postupy, které jsou při krátké intervenci používány. Patří sem například posilování motivace, zpětná vazba, spolupráce s rodinou, předání svépomocných materiálů, testování na přítomnost návykových látek a podobně.

Sociální pracovník a ostatní pracovníci, kteří pracují s klienty s drogovou závislostí, mohou být pro uživatele pouze zprostředkovatelem. Nikdy by se neměli snažit vyřešit klientovu situaci za něj. Je nepřípustné volit metodu nátlaku, nebo vynucené léčby. Podle našeho mínění je nejdůležitějším prvkem hlavně motivace uživatele. Motivace by vždy měla vycházet z jeho vlastního vyhodnocení situace a rozhodnutí absolvovat léčbu. Sociální pracovník může využít podpory při tomto rozhodnutí, nabídnout klientovi dostatek informací a podnětů ohledně jeho možností léčby. Také je pro tuto cílovou skupinu důležité pomoci umět posoudit aktuální problémy, stanovit si cíle a podpořit klientovu snahu. Se stanovením cílů má mnoho uživatelů často významné potíže. Často mají tendence si stanovovat cíle obtížně splnitelné, dlouhodobé, někdy až víceméně nereálné. V tomto vidíme také důležitou roli odborného personálu. Měl by umět pomoci klientovi udržet si nad svým onemocněním a svou současnou situací přiměřený nadhled. Nejlepší možností je, podle našeho názoru, si stanovovat cíle spíš krátkodobé, a samozřejmě reálné a splnitelné. Klient pak rychleji vidí dosažení těchto cílů. Osoby s drogovou závislostí se totiž i v běžném životě vyznačují tím, že chtějí vše okamžitě. Takže se domníváme, že by je dlouhodobé cíle nenaplňovaly, možná by je mohly odradit v jejich dalším postupu.

Dalším důležitým aspektem práce sociálního pracovníka je jistě i důslednost a trpělivost při práci s touto cílovou skupinou. Je potřeba s klienty jednat na rovinu, vše srozumitelně vysvětlit, stanovit si jasná pravidla. Velmi významnou roli by, podle našeho názoru, mohl pracovník naplňovat i při fázi doléčování. Mnoho uživatelů drog totiž právě tuto fázi podcení, nebo neabsolvuje vůbec. Z ukončené léčby se vrací do běžného života většinou hned, bez jakéhokoliv dalšího opatření. A vracejí se často právě do stejného prostředí, odkud přišli, mezi

stejné lidi. Pak je tedy jen otázkou času, než své nemoci podlehnou opět. Důraz by měl být kladen na prevenci možné recidivy. Již během léčby klienta připravovat na proces doléčování, řešit s ním možnosti, které by mu vyhovovaly. Nutností je být o těchto možnostech aktuálně a dostatečně informovaný a umět tyto informace srozumitelně klientovi předat.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

6 METODIKA VÝZKUMU

Drogová závislost je velmi náročnou životní situací. Téma abstinence patří v dnešní době k diskutovaným problémům. V České republice je komplexně rozvinutá možnost doléčovacích programů. I přes to však zvládá dlouhodobou abstinenci jen malé procento lidí s drogovou závislostí. Důvodem tohoto výzkumu je zjistit, jak se jednotlivým participantům daří abstinovat od užívání návykových látek.

6.1 Cíl výzkumu

Hlavním cílem je zjistit příčiny rozhodnutí abstinovat od pervitinu a zvládání uvedeného procesu abstinence.

Zvoleny byly 4 dílčí cíle:

1. Zjistit příčiny vzniku závislosti na pervitinu.
2. Pojmenovat hlavní motivace k absolvování léčby.
3. Definovat podpůrné mechanismy pro zvládání abstinence.
4. Identifikovat rizikové faktory spouštějící recidivu.

6.2 Metoda sběru dat

K výzkumu byl zvolen kvalitativní přístup formou polostrukturovaných rozhovorů. Pro konkrétní cílovou skupinu se nám tento přístup jevil jako nejlépe uchopitelný. Domníváme se, že nám tato forma umožnila přísun více informací a byla nám umožněna zpětná vazba, kterou jsme mohli s participanty reflektovat průběžně a podle toho uzpůsobit další doplňující otázky.

6.3 Metoda výběru výzkumného souboru

Pro výběr participantů byla použita metoda snowball, která je určena k získávání nových kontaktů, které byly navrhnuty osobami, které již ve výběrovém souboru jsou. Samotný výzkum byl prováděn se šesti participanty. Jediným stanoveným kritériem výběru byla nutnost absolvování alespoň jedné dokončené protitoxikomanické tříměsíční léčby.

6.4 Organizace výzkumu

Sběr dat probíhal od října 2018 do února 2019. Participanti souhlasili se zpracováním všech informací v rámci bakalářské práce. Rozhovory byly zaznamenávány na diktafon a poté přepsány. Z přepisů pak byly vytvořeny jednotlivé kazuistiky. Na rozhovory byl vždy vymezen dostatek času z obou stran, 3 rozhovory proběhly u participantů v domácím prostředí, 2 rozhovory byly uskutečněny u autorky bakalářské práce a jeden venku. Časové rozmezí oficiálních rozhovorů se pohybuje přibližně od 10-20 minut. Po ukončení oficiálních rozhovorů pak většinou ještě probíhala debata autorky s participantem na volné téma, které ale vždy stejně směřovalo k hlavnímu tématu bakalářské práce.

7 KAZUISTIKY

Pro vytvoření ucelenějšího obrazu o participantech jsme vytvořili následující kazuistiky.

7.1 Adéla, 33 let

Svobodná, 2 děti ve své péči, každého s jiným otcem, oba partneři byli aktivní uživatele pervitinu. Aktuálně bydlí s dětmi sama v podnájmu, zaměstnaná na plný úvazek.

Vyrůstala v úplné rodině, má o dva roky starší sestru. Sestra má za sebou také mnoho experimentů s různými návykovými látkami, hlavně s užíváním pervitinu, nikdy léčbu nepodstoupila. S matkou měla Adéla vždy trošku chladnější vztah, který se ještě zhoršil, když se dozvěděla o její závislosti.

Ve škole prospívala průměrně, měla menší kázeňské potíže. Po základní škole byla přijata ne studijní obor s maturitou, který však nedokončila, zamilovala se a do školy nechodila. Vyučila se servírkou, ale tuto práci dělala spíš vždy jen brigádně, příležitostně. Nyní pracuje v jiném oboru.

Adéla začala kouřit cigarety a popíjet alkohol cca kolem 11- ti let, oboje dostala od své starší sestry. Pak si je sháněla sama v partě svých sestřiných kamarádů. Marihuanu poprvé zkusila ze zvědavosti ve 12- ti letech, dostala ji od kamaráda z party. Nyní říká, že s ní úplně přestala ve svých 15-ti. V této době se i poprvé opila. Alkohol již tehdy začal být výraznou součástí v jejím životě. Jednou zkusila na diskotéce i extázi, ale nenavodilo ji to dobrý „stav“, tak pak se toho bála.

Pervitin poprvé zkusila v 18-ti, hned první aplikace byla nitrožilní, aplikoval jí to přítel její sestry. Sama si nitrožilně aplikovala až po letech pravidelného užívání. Přibližně v této době se i rozvedli její rodiče. Sama uvádí, že ji to v té době bylo už jedno, s otcem se od té doby viděla snad jen jednou.

Kvůli závislosti na pervitinu absolvovala jednu tříměsíční léčbu. Tato léčba byla před osmi lety. Motivací k léčbě pro ni bylo to, že užívala i po celou dobu svého prvního, neplánovaného těhotenství. To, že si píchá pervitin, ji v době těhotenství až tak zvláštní nepřišlo, v té době totiž žila přímo s vařičem a podle ní prostě přestat nešlo. Po porodu ji navštívila sociální pracovnice, která jí léčbu doporučila. Po ukončení léčby docházela pravidelně do Doléčovacího centra, pod vedením psychologa. První rok navštěvovala centrum pravidelně, potom už ne. Začala, jak sama uvádí, již někdy „zlobit“. V případech, kdy měla děti u otců, přiznala občasné víkendové tahy, alkohol kombinovaný s pervitinem, který šňupala. Nitrožilně si již neaplikovala. Do doléčovacího centra přestala chodit přibližně po třech letech úplně, podle svých slov ji to přijde zbytečné, protože si myslí, že má vše pod kontrolou.

Jako rizikové faktory jednoznačně označuje okruh svých známých, místo svého bydliště, hospody. Jako nejtěžší udává to, že se musela přestat bavit i se svými přáteli, které znala řadu let, protože jsou aktivní toxikomani. Dalším jejím problémem je kladný vztah k alkoholu, kdy popíjí několikrát do týdne, hlavně v době víkendů, kdy nejsou přítomny děti. Sama říká: „*nejhorší je, když za Tebou třeba někdo přijde a řekne Ti-hej, já mám…to já za sebe ruku do ohňa nedám.“*

Jako podpůrné faktory označila jednoznačně své děti, občas má podporu také v matce. Ale jak říkala, kdyby je neměla, tak fetuje dál. Dále je pro ni rozhodující, že bydlí relativně v malém městě, kde každý zná každého. Takže má obavy, že by ji někdo uviděl a byly by problémy. Má strach, že by ji mohli odejmout děti z péče. Dalším faktorem, který ji brzdí v pokračování její závislosti, je i finanční stránka-přiznala, že je to pro ni moc drahé, aby si neustále někde něco sháněla. Říká, že alkohol ji vyjde levněji.

Závěrem tedy, jak je již zcela evidentní, Adéla abstinenci porušila opakovaně. I když ví, že to není správné, tak nadhled na svou současnou situaci nemá zcela optimální a ujasněný. V rizikovém prostředí (hospody, přátelé, konzumace alkoholu) se vyskytuje neustále. I když se snaží tyto rizikové faktory eliminovat, vnímáme to jako nedostačující.

Rádi bychom vyjádřili i náš subjektivní pocit z rozhovoru s ní: nahrávala jsem si rozhovor u ní v bytě, bez přítomnosti dětí. Byt byl neuklizený, nekompletně vybavený, téměř všude byly prázdné sklenky od alkoholu, na WC nebyl ani toaletní papír. Její řeč byla setřelá a cítila jsem z ní alkohol. Často odbíhala od tématu, bylo těžké si udržet linii rozhovoru. Snažili jsme se s ní po ukončení rozhovoru ještě promluvit pár slov, stále se vracela k tématu, že abstinuje hlavně kvůli dětem. Přibližně po hodině na nás již neměla dostatek času, protože byla domluvená s kámošem, že zajdou na pivko. Problém v tom nevidí, protože děti byly na víkend opět u svých otců.

7.2 Patrik, 32 let

Svobodný, bydlí sám v bytě, bezdětný. Má přítelkyni, s kterou má vztah „na dálku“ půl roku. Pravidelně se vracel do místa svého bydliště na návštěvy za svým nemocným otcem (v lednu 2019 otec zemřel). Má již 4 roky stálé zaměstnání.

Vyrůstal v úplné rodině, dětství bylo bez obtíží, má o dva roky mladšího bratra. Dětství a období puberty trávil vždy víc venku než doma. Trávil hodně času s partou. Matka odešla od otce po dvaceti letech, když bylo Patrikovi cca 16-17 let. Zrovna toto období sám označuje za hodně průlomové a zásadní pro rozvoj jeho závislosti. K matce má od té doby chladný vztah. Otec krátce po odchodu své manželky prodělal mozkovou mrtvici a diagnostikovali mu zhoubný nádor. Patrik se o

otce staral sám, bez pomoci rodiny. Na partu i osobní život měl tedy méně času. S matkou se vídá přibližně jednou za čtvrt roku, s bratrem ještě méně. Údajně z důvodu velké vzdálenosti.

Patrik má středoškolské vzdělání, ukončené maturitou. Ve svém oboru i pracuje. Ve škole míval prospěch dobrý, objevily se jen menší kázeňské problémy.

Poprvé zkusil marihuanu ve 12-ti letech, od 13- ti ji i prodával. Přibližně v této době se i poprvé opil. Alkohol nikdy nebyl jeho primární drogou, takže nyní ho konzumuje jen výjimečně. Od té doby pak vyzkoušel téměř všechno. Jak sám udává: *„mám v psychiatrickým posudku 35 položek“*. Pervitin poprvé zkusil cca v 16- ti letech, užíval cca sedm let nasálně, a posledních pět let si aplikoval nitrožilně.

Celkem absolvoval dva detoxikační pobyty a jednu kompletní léčbu. Vždy tam šel ze svého vlastního rozhodnutí. Přiznává, že detoxy bral jen tak, *„že se tam od těch drog vyčistím“*. První detox trval 14 dnů. Druhý detox pro něj znamenal jen tříhodinový pobyt. Když vycházel z obou detoxů, přiznává, že si u obou znovu sehnal pervitin cca do půl hodiny. Takže sám toto hodnotí jako zcela bez výsledku. Motivací ke kompletní léčbě byl strach o svůj život-Patrik začal trpět toxickou psychózou. Dále chtěl docílit toho, aby na něj byl jeho otec alespoň trochu hrdý-jak sám říká: *„než umře třeba.“* Kompletní léčba proběhla před 4 lety. Léčbu si prodloužil na šest měsíců (z původních všeobecně doporučovaných 3 měsíců). Následně byl rok v Doléčovacím centru. Již při pobytu zde ale došlo k relapsu. Stalo se to při návštěvě svého domova. Tehdy a i dodnes cítí, že jej jeho původní prostředí a bývalí blízcí přátelé velmi ovlivňují. Pak abstinoval zase další přibližně rok. Několik následných recidiv bylo vždy spojených s cestou do rodného města. Scénář byl vždy stejný-setkání s bývalým přítelem z party a podlehnutí tlaku. Jak sám říká: *„Já, když tam vystoupím, tak mě dávali lidi peníze na drogy asi do dvaceti minut.“*

Jako rizikový faktor tedy hodnotí jednoznačně prostředí svého rodného města. Dřív zvažoval, že se tam po ukončení léčby opět vrátí, ale již v průběhu té léčby zjistil, že by to pro něj byl krok zpět. V tomto prostředí si stále vůbec nevěří. Trvale se usadil v jiném městě a říká, že by ho to na současném místě ani nenapadlo někde shánět.

Jako svou podporu označil svou současnou přítelkyni. Na můj cílený dotaz, zda se na ni nefixuje až příliš, odpověděl, *„to ne, vím, že tu tíhu své závislosti nemůžu jakoby hodit i na přítelkyni.“* Dále je jeho velkou podporou kompletní doléčovací systém, kdy Patrik využívá hned několik možných ochranných preventivních prostředků. Pravidelně dochází k adiktoložce, psycholožce a na psychoterapie. Dalším podpůrným faktorem je pro něj cvičení, sám definuje takto: *„já to jedu sportem tu abstinenci.“*

Od pervitinu abstinuje rok, alkohol přiznává tak jednou cca za 4 měsíce, ale říká, že ho to nebaví. Přiznává, že si přibližně jednou za měsíc zakouří marihuanu. Sám k tomu dodává, dle našeho názoru, zajímavý poznatek: *„v léčbě by Ti asi řekli, že nikdy nic…ale to takhle nefunguje…to je velice naivní představa.“*

Subjektivně: Patrik působil velmi vyrovnaným dojmem. Mluvil klidně, soustředěně, nikam nespěchal. Na všechny otázky odpovídal bez zaváhání a zcela upřímně, podle toho, jak to zrovna cítil. Budilo to v nás dojem, že má již vše ve své hlavě srovnané, jak by měl jeho život vypadat. Po ukončení oficiálního rozhovoru jsme si ještě povídali, a přiznal, že moc dobře ví, že závislost se vyléčit nedá, ale že je šťastný za každý den, *„když nepotřebuju to svinstvo k tomu, abych vůbec vstal z postele“.*

7.3 Pavel, 44 let

Rozvedený, bezdětný. Aktuálně bydlí u svých rodičů ve svém rodném městě. Nezaměstnaný, pobírá plný invalidní důchod.

Vyrůstal v úplné rodině jako jedináček. Vztahy s rodiči hodnotí jako dobré, na dětství má pěkné vzpomínky. Kladný vztah s rodiči přetrvává, dle vlastních slov, dodnes.

Na základní škole měl prospěch průměrný, učení jej nebavilo. Do školy nechodil rád, těšil se vždy jen na kamarády a na trávení svého volného času po škole s partou. Jak sám říká, někdy do školy nešel vůbec. Na střední školu už nedocházel téměř vůbec, měl mnohočetné kázeňské problémy. Nakonec jej z té školy vyloučili, takže má ukončené základní vzdělání. Pracoval vždy jen brigádně, příležitostně. Do práce nechodil, neplnil zadané úkoly, nebo v práci požíval alkohol či jakékoliv jiné návykové látky. Nyní pobírá plný invalidní důchod, který mu byl uznán před 5-ti lety.

Pavel začal užívat v 15-ti letech marihuanu. Důvody, proč začal, jsou podle něj, zcela jednoduché: *„jak každý jiný….chytneš se partie a z nudy, z toho, aby si mysleli, že jsi borec…“* . Přibližně po roce, kolem 16-ti let, se postupně přidával alkohol, pervitin, léky a ostatní návykové látky. Pervitin užíval první dva měsíce nasálně, pak začal s nitrožilní aplikací. *„Všeci říkali, že je to lepší, je to silnější, je to rychlejší.“*

Pavel má za sebou celkem 22 pobytů v Psychiatrické nemocnici. Většinou šlo o léčby kvůli závislosti na alkoholu, nebo kombinované závislosti. Pro diagnózu „výhradně závislost na pervitinu“ byl hospitalizovaný přibližně třikrát. Pouze 3, nebo 4 léčby však dokončil kompletně, tedy celé tři měsíce. Jinak převažovaly buď jen detoxy nebo několika týdenní léčby. On sám si po

skončení každé léčby myslel, že zvládne abstinovat. *„Já bych tam nešel, kdybych si myslel, že to nepomůže…vždycky jsem tomu věřil…já jsem dokázal být na detoxu 14 dní a abstinovat třeba rok…9 měsíců“*. Jako svou motivaci udává *„většinou to bylo kvůli zdravotnímu stavu…že už to tělo to nějak nestíhalo...“* Přiznává, že i po finanční stránce to pro něj bylo náročné. Jedno období dělal i dealera a zjistil, že už nechce dál žít tímto způsobem.

Přibližně od 18-ti let se léčí s úzkostně-depresivní poruchou. V této své diagnóze vidí Pavel i svůj hlavní spouštěcí rizikový faktor. *„Když chytnu nějaký tlak, tak prostě sáhnu po flašce, nebo po drogách no…“*

Jeho nejdelší abstinence vydržela 5 let v kuse. Docházel nepravidelně do Kontaktního centra. Pravidelně navštěvuje již několik let psychiatra i psychologa. To, že vydržel 5 let v kuse abstinovat, vysvětluje tím, že si našel tehdy jinou partu lidí, kteří se hodně věnovali sportu. *„Těch jsem se držel, a ti mně vlastně pomohli v té abstinenci no.“* Když se objevily příznaky deprese nebo úzkosti, šel běhat nebo cvičit.

Pavel nyní od pervitinu a ostatních nelegálních drog zcela abstinuje. Pervitin aktuálně neužil víc jak 5 let. Svou bitvu s alkoholem však trvale a dlouhodobě prohrává. Již přes rok opět vypije přes dva litry vína denně a k tomu ještě musí přidat pár piv. Po ukončení oficiálního rozhovoru se mi přiznal, že nevidí smysl žít, bez alkoholu není schopen už ani vstát ráno z postele. Někdy vlastně ani za celý den nevstane. Manželka se s ním rozvedla, v popředí sehrála hlavní roli samozřejmě přetrvávající Pavlova závislost na alkoholu. V současné době bydlí u svých rodičů. Pavel se domnívá, že již celé jeho okolí rezignovalo a vzdalo se naděje na možnost jeho abstinence**. Matka mu alkohol nosí k posteli, je jí za to vděčný, nebyl by ráno schopný si pro něj dojít. Bez alkoholu má časté epileptické záchvaty, prodělal opakovaně delirantní alkoholové stavy.** (Názorná ukázka kodependence, zmiňované v teoretické části ve 4. kapitole)

Subjektivně nás po rozhovoru s Pavlem přepadla beznaděj. Autorka zná Pavla osobně již několik let. Byla přítomna u toho, kdy prodělával opakovaně deliria, vyprazdňoval se do plen a neudržel se na nohou. Musel se učit znovu chodit. Má za sebou i několik suicidálních pokusů, vždy posílen nějakou návykovou látkou. Jeho somatický i psychický stav se rapidně zhoršuje, je pohublý, bez dentice, kůži i oči má zažloutlé. Dokáže tento svůj aktuální stav zhodnotit velmi kriticky a se zachovaným nadhledem, ale i přes to jde vidět v jeho očích odevzdanost a beznaděj. Přiznal, že nemá obavy ze smrti, prý na ni čeká. Sám nám i řekl, že již před uskutečněním našeho rozhovoru vypil litr vína jen proto, aby vůbec někam došel a byl schopen s někým mluvit.

7.4 Daniel, 28 let

Rozvedený, bezdětný, bydlí v pronajatém bytě s přítelkyní, se kterou je přibližně rok. Exmanželka byla a stále je aktivní uživatelka pervitinu. Zaměstnaný na plný úvazek.

Vyrůstal v úplné rodině, má o pět let mladšího bratra. Bratr je úplný abstinent, nikdy žádnou drogu ani nezkoušel. Daniel byl jako dítě velmi hyperaktivní, za co ho otec často fyzicky trestal. Matka byla mírnější, vždy při něm stála, vždy se jej snažila chránit. Dodnes má hlavně s matkou velmi blízký vztah. Pravidelně se celá rodina navštěvuje.

Už na základní škole měl četné kázeňské problémy. Škola ho nebavila, nechodil tam rád. Starší spolužáci jej šikanovali, pak jim začal vzdorovat, pral se s nimi, vyvolával konflikty. Byl přijat na učiliště, kam však již nedocházel vůbec. Následně byl tedy vyloučen. Má dokončené základní vzdělání. Dříve pracoval hlavně brigádně, nyní má již čtyři roky stabilní zaměstnání.

Poprvé přišel do kontaktu s alkoholem přibližně v 11-ti letech, někdo z party ho mezi ně přinesl. V této době začal i kouřit cigarety. Ve 13- ti letech začal pravidelně užívat marihuanu. Ve 14- ti letech začal užívat pervitin. Opět se s obojím setkal v partě. *„Tráva byla jakože taková normální věc že…už tenkrát.., takže k tomu ses dostala prostě kdykoliv že…přes kohokoliv…a ten perník to bylo spíš že k tomu jsem se dostal prostě jako slepej k houslím…nevěděl jsem, co to je, nevěděl jsem vůbec, že to je nějaká droga a vzal jsem si to, a tím pádem od té chvíle moje závislost vlastně vznikla.“* První dva-tři roky užíval nasálně, pak si začal aplikovat nitrožilně. Nikdy nebyl schopen aplikaci uskutečnit sám, vždy někoho o aplikaci požádal.

Daniel byl celkem sedmkrát na léčbě, vždy pro diagnózu „závislost na pervitinu“. Z toho pouze tři byly dokončené, tříměsíční. První léčbu absolvoval v 17- ti letech. Po ukončení této léčby následoval rok pobytu v komunitě. Hned poté byl půl roku v chráněném bydlení v Doléčovacím centru, během tohoto pobytu si našel práci i bydlení a do centra přestal chodit. Myslel si, že už to není potřeba. Poté abstinoval přibližně tři roky. Sám přiznává, že první asi tři léčby byly spíše kvůli rodičům, že jej k tomu nevedla vlastní motivace…*„já jsem byl prostě mladej že…bylo mi čerstvých 18…no a vlastně všechny ty léčby byly jakoby k ničemu“*. Vždy to bylo tak, že *„byla léčba, chvílu jsi vydržela…třeba rok-tři…pak jsem si dal a rok jsem třeba jel že, nebo tři roky…a ani už přesně nevím jo…ten čas prostě strašně splývá…všechny ty léčby něco ve mně zanechaly…“* Po poslední ukončené léčbě docházel pravidelně 1x týdně do K-centra k terapeutovi, po půl roce se scházeli už jen 1x za dva týdny. Tuto variantu navrhl sám terapeut. Poté Daniel navázal nový partnerský vztah a přestal na tato sezení docházet úplně. Aktuálně (únor 2019) je přesně rok po ukončení poslední

léčby. Recidivy u něj vždy začaly nasální aplikací, pak to postupně opět přešlo k nitrožilní aplikaci. Nyní k recidivě nedošlo více něž rok.

Rizikové spouštěcí faktory byly u něj vždy v té době, kdy se u něj stalo vyloženě něco zásadního. *„Když se něco stalo, v mojim životě…to, že jsem třeba přišel o partnerku…prostě se Ti všecko zboří, celej svět, všecko skončí pro Tebe…“*

Podpůrnými mechanismy jsou pro něj hlavně sport, přítelkyně a podpora rodiny. *„Nikdy prostě nade mnou nezlomili hůl, furt mi věřijou…“*

Také přiznává, že při minulých léčbách hodně podcenil a zanedbal právě význam doléčování, kdy docházel na setkání nepravidelně, nebo vůbec. Po ukončení oficiálního rozhovoru se hodně vracel vzpomínkami na období, kdy rok strávil v komunitě. Říká, že si na pobyt tam často vzpomene.

Aktuálně neužil pervitin více než rok, přiznává však užívání alkoholu a marihuany. *„Zjistil jsem, že se to prostě hrozně těžko zvládá…někam si vyjít, kde se pije a ty prostě nepiješ… to prostě nejde…takže jsme to časem nevydržel a dal jsem si pivo, dal jsem si tři piva, ožral jsem se…a ta tráva prostě taky no…mám to na paměti, že to není dobře a jsem jak kdyby furt ve střehu…uvědomuju si, že jsou to obě dvě věci zas, který jsou o krok zpátky…vím, že to k té abstinenci nepatří…“*

Subjektivně jsme vypozorovali, že je Daniel hodně citlivý člověk. Velmi těžce se vypořádává s běžnými problémy v životě, těžce zvládá stres. Na svou závislost má náhled zachovaný. Během celého rozhovoru nám přišel motivovaný k abstinenci. Myslíme si však, že se až moc fixoval na svou současnou partnerku. Po ukončení oficiálního rozhovoru to sám i přiznal. Vyslovil obavy, že pokud by došlo k rozchodu, zřejmě by porušil svou abstinenci.

7.5 Marek, 36 let

Ženatý, 2 děti. Bydlí s rodinou v rodinném domku, zaměstnaný na plný úvazek.

Vyrůstal v neúplné rodině. Rodiče se rozvedli, když bylo Markovi 8 let, s otcem se nestýká, od rozvodu jej viděl přibližně dvakrát. Otec má novou rodinu. Marek má o šest let mladší sestru, která užívá aktivně pervitin, léčbu nikdy neabsolvovala. Nyní se s ní skoro dva roky neviděl. Většinou se o ní dozví vždy jen něco od známých, nebo od matky. S matkou se stýká pravidelně, minimálně jednou týdně.

Ve škole prospíval podprůměrně. Škola ho nebavila, na učení se nedokázal soustředit. Po základní škole nastoupil na učební obor. Kvůli kázeňským prohřeškům a časté absenci byl však vyloučen. Vždy pracoval brigádně, nyní má dva roky práci na plný úvazek.

Marek začal kouřit cigarety ve 12-ti letech, kouřit nikdy nepřestal. Alkohol pil pravidelně od 14- ti let. *„Okamžitě jako stavy ožrat se víš…žádný pozvolný…“.* Z nelegálních drog zkusil poprvé ve 13-ti lepidlo Vulkán, pak toluen. Dal mu to kamarád v parku. Přivodilo mu to silné halucinace. Strach z tohoto stavu neměl. Přiznává, že v období puberty pro něj neměl jeho život žádnou hodnotu. Marihuanu vyzkoušel ve 14-ti letech. Podle vlastních slov ji chtěl vyzkoušet už dřív, ale neměl k ní přístup. Krátce na to se rozhodl vyzkoušet i pervitin. Důvodem bylo shlédnutí jednoho dokumentu o drogách, který mu byl pouštěn v rámci výuky na základní škole. *„ Mě před tím nenapadlo ten pervitin vůbec hledat…až ten dokument…mně se líbili ti feťáci…celkově ten jejich styl života..“* Pervitin mu poprvé aplikoval intravenózně kamarád, od té doby si aplikoval sám. Ještě zkoušel v 15-ti lysohlávky a Rohypnol. Jak říká sám*: „prostě všechno, co se dalo sehnat, tak jsme valili…“* V období od 14-ti do 16-ti měl pauzu od všech drog z toho důvodu, že se údajně vše sháněl jen velmi obtížně. Pak se ta závislost zase postupně rozvíjela. V 19-ti mu byla diagnostikována hepatitida typu C. Dověděl se to krátce po přijetí ke své první léčbě v rámci vstupních odběrů krve. Myslí si, že se nakazil hned v té době někdy ze začátku. *„Dřív jsme si všichni píchali… já si nepamatuju, že by někdo šňupal…jsme si všichni pichali…jednou jehlou… třeba 15 lidí…takže tam jsem se nakazil v té době.“* Absolvoval kompletní léčbu Interferonem, a aktuálně má testy na hepatitidu C negativní.

Celkem má za sebou dvě komplexní tříměsíční léčby, tři stabilizační 6-týdenní pobyty a jeden krátkodobý pobyt. Na první léčbu nastoupil v 19- ti letech, kdy rozhodujícím faktorem pro něj byl jeho velmi neuspokojivý psychický stav. Dennodenně se bál, že zemře. Tři jeho léčby byly kvůli závislosti na pervitinu kombinovaně s alkoholem, další tři kvůli závislosti na benzodiazepinech. Po každé léčbě vydržel abstinovat maximálně měsíc. Recidiva pak trvala dva roky v kuse, než nastoupil na další léčbu. Pokud Marek neužíval pervitin, alkohol, nebo benzodiazepiny, propadl i gamblerství. Jak ale sám říká, nikdy to nebylo v době, kdy byl pod vlivem nějaké návykové látky. Takže se u něj jedná vždy o nahrazování jedné závislosti nějakou jinou. Žádné doléčovací programy nikdy nevyužil. Až nyní po poslední ukončené léčbě dojíždí 1x měsíčně na pravidelné kontroly k adiktoložce. Součástí kontroly je vždy i toxikologické vyšetření moče.

Spouštěcím rizikovým faktorem opakovaných recidiv bylo určitě hraní a vystupování v zábavové kapele. *„Mám fobie z lidí už víš jako…už tam nevylezu…a kvůli tomu končím vlastně s kapelou…“* Marek si kriticky přiznává, že dál již v kapele nemůže fungovat. Vždy tam totiž hrál pod vlivem

nějaké návykové látky. Nyní není schopen na podiu údajně ani stát. *„My jsme dohráli a já jsem měl úplně mokrý ponožky…jak jsem byl nervózní, jsem byl ztuhlej…. říkám, to nemá cenu…já se trápím.“* Dalším rizikovým faktorem je návštěva nějaké restaurace. *„Teďka, kdybych si dal pivo, tak si dám tak pět piv, protože mě okamžitě po tom pivu přepne mozek a dostanu chuť…a už to jede v těch kolejích…po pátým pivu už zvedám telefon a volám o pervitin…“*

Podpůrným mechanismem je pro něj hlavně manželka a děti. Nyní tráví více času s rodinou, dodělává věci na domě, aktivně řeší svou finanční dluhovou situaci. *„Je tolik věcí, co jsem posouval…postupně to řeším…jak kdybys držela těžký kámen a postupně ho máš čím dál lehčí.“* Navíc sám přiznává, že už má i větší strach, protože kolem něj začali postupně umírat přátelé z jeho „toxi party“. Či už na následky předávkování, komplikace spojené s dlouhodobým užíváním nebo spáchali suicidium. Působí to na něj tak, že jej to od jakéhokoliv užívání odstrašuje. Marka také posouvá vpřed délka nynější abstinence. Aktuálně (únor 2019) abstinuje již skoro rok a je to pro něj zatím jeho nejdelší období abstinence.

Subjektivně vidíme na Markovi velký posun směrem vpřed. Myslím, že má v sobě určitý potenciál a předpoklad, aby abstinenci vydržel. Sám uvedl, že jeho největším *„hnacím motorem“* jsou jeho děti. Sám přiznal, že až teď se jim vlastně po deseti letech věnuje tak, jak měl už dřív. Ke své závislosti přistupuje nyní velmi kriticky a jako největší prvek motivace a jeho rozhodnutí vidím v dodržování pravidelných kontrol. Při bližším rozhovoru jde však z Marka cítit ještě velká nejistota, nedůvěra v sebe samotného. Navíc si uvědomil, že již nebude moci dál hrát se svou kapelou, což bude pro něj také nelehký úkol po více než 20- ti letech působení v nějakých kapelách. Při rozhovoru se s tímto zdá být smířený, náhradu za hraní má také promyšlenou. Velkou výhodou je zde i stabilní podpora jeho manželky.

7.6 Ondra, 35 let

Svobodný, bydlí v bytě. Dva roky má přítelkyni, se kterou se zná již téměř dvacet let. Mají spolu půlroční dítě. Současná přítelkyně má také zkušenosti s pervitinem. Léčbu nikdy neabsolvovala, jednalo se spíš o experimentování, návykové chování se u ní nevyskytovalo. Nyní pervitin neužila více než deset let.

Ondra vyrůstal v úplné rodině, má o deset let mladšího bratra, který nemá žádné zkušenosti s pervitinem. Na své dětství má hezké vzpomínky. Jezdili na výlety, na dovolené. Vztah s otcem se výrazně zhoršil, když se dozvěděl o Ondrově závislosti. Přibližně pět let mezi sebou měli velmi chladný vztah,

ani se nenavštěvovali. Otec v něj ztratil důvěru. *„Ten mi třeba říkal, že nikdy nebudu v pořádku, že jsem v pořádku jenom, když jsem v léčbě.“*

Ve škole prospíval průměrně, na základní škole se snažil. Poté nastoupil na učiliště, kde už měl časté kázeňské potíže. Školu i přes to dodělal. Vyučil se a ve svém oboru i pracoval, přibližně 8 let. Nyní pobírá plný invalidní důchod, na základě psychiatrické diagnózy, jež se rozvinula z opakovaných toxických psychóz, které Ondra na pervitinu prodělal.

Ve 13-ti nebo 14-ti letech poprvé ochutnal alkohol, nepil pravidelně. Donesli ho starší kamarádi z party. Marihuanu poprvé vyzkoušel v 15- ti letech, opět se k ní dostal v partě. Další 4 roky experimentoval s nejrůznějšími návykovými látkami. Vždy se jednalo o stimulační nebo halucinogenní drogy. V 19- ti vyzkoušel poprvé pervitin, 7-8 let užíval kouřením nebo nasálně Po osmi letechsi začal pravidelně aplikovat intravenózně. K vyzkoušení jednotlivých drog jej vedla zvědavost. Jak vyplynulo z rozhovoru, Ondra zřejmě nepočítal s tím, že by se u něj, po zkušenostech s jinými návykovými látkami, mohla vyvinout závislost. *„Přišli jsme pit ke kámošovi a měl na stole tu trubku jo…takže jsem se ani neptal…zakúřil jsem si to…no a ten, jak mě viděl, tak říká: hele, když pak něco bude, tak mi to pak hlavně nevyčítej jo a já mu říkám…neboj se…nebude nic. No a dal jsem si prostě jenom prda že…no a těch prdů potom bylo...neskutečně moc...nebudu to počítat…100 prdů jsem si dal. Za ten večer no…no a už jsem se vezl.“*

Pokud se jedná o počet absolvovaných léčeb, on sám zmiňuje celkový počet 11. Dodává, že byl k tomu ještě jeden detox, který on sám do toho nepočítá. Všechny tyto léčby absolvoval v rozmezí 6-ti let, kdy po každé došlo k recidivě během několika dní. Maximálně vydržel abstinovat 2 týdny. Po každé recidivě šel vždy hned na léčení. Vždy byla hlavním problémem jeho závislost na pervitinu, ale přiznává, že pil i hodně alkohol a hrál automaty. Sám udává, že spadá do kategorie *„GTA-gambler, toxik, alkoholik.“* Hlavním důvodem k jeho rozhodnutí jít na první léčbu byl rozvoj toxické psychózy, kdy i vyskočil z okna z druhého patra, protože měl halucinace. První léčbu nedokončil úplně, zbývaly mu pouhé dva dny do konce. Byl však vyloučen, protože porušil pravidla. Na vycházce si tehdy koupil alkohol a donesl jej přímo na oddělení, chtěl tím tehdy oslavit konec léčby. Následující léčby se vždy prodlužovaly, vždy na jeho vlastní žádost. Nejprve zůstal na 4 měsíce, další léčbu si prodlužoval na 6 měsíců, a tak dále. Hledal a využil i možnost Terapeutické komunity a Doléčovacího střediska. Jak sám popisuje, cítil se nejlépe v tom chráněném prostředí. Jakmile byl propuštěn, nezvládal v běžném životě abstinovat. *„Pro mě byla brzda ta léčba...mně ta poslední léčba dala nejvíc.“*

Jako rizikové faktory u sebe jednoznačně hodnotí nudu a větší finanční obnos. *„Hlavně ty peníze…když je hodně peněz, tak člověk to rozhazuje a hlavně tu závislost živí že…“.* Také udává, že nikdy neměl po léčbě ujasněnou představu, jak se svým životem naloží. Neměl žádné zázemí, kam by se vracel. Přiznává, že často skončil na ubytovně v některém městě, jezdil po montážích a po každé léčbě si myslel, že abstinenci zvládne. *„vlastně jsem šel ven s tím, že všecko bude dobrý, no ale kam, nebo co budu dělat…to jsem třeba nevěděl…“*

Ondrovými podpůrnými faktory jsou hlavně přítelkyně a jejich dítě. Dalším podstatným bodem, který je součástí jeho opory v abstinenci, je možnost absolvování rekondičních pobytů. Tyto pobyty se uskutečňují dvakrát do roka v Doléčovacím středisku. V období jeho průběhu jeho poslední léčby se upravily i rodinné vztahy, takže Ondra dodává: *„ ...že všecko klape teď, že je to v pořádku. Vím, že drogy jsou zlo a taky vím, že kdybych si dal jednou, tak zase v tom jedu…“*

Jak ale sám dodává, od všech návykových látek neabstinuje. Přiznává se k jednomu až třem pivům denně, což přítelkyně potvrzuje. Kouření marihuany popírá, po skončení oficiálního rozhovoru se však přiznal, že občas (udává párkrát do měsíce) si marihuanu zakouří.
Od pervitinu abstinuje nyní dva roky, jedná se o jeho nejdelší abstinenci zatím. Když se rozpovídá o tom, jaké pocity teď z toho má, tak říká: *„no super, raduju se z každých maličkostí. Baví mě to prostě, jít ven, ne se někde schovávat doma s tou trubkou a kouřit to že…tak si vyjdu ven, malou dám do kočárku, můžeme pochodit po parku, je to prostě super.“*

Subjektivně jde na Ondrovi vidět, že jeho nejdůležitější motivací a podporou je přítelkyně s dcerou. Sice nám během rozhovoru říkal, že se cítí mnohem jistější, ale při některých otázkách jsme z jeho hlasu i neverbálních projevů pociťovali nejistotu a obavy. Jeho hnacím motorem je zvláště partnerka, která je v tomto vztahu dominantnější. Ondra je člověk, který velmi těžce zvládá stres a těžce se přizpůsobuje novým podmínkám. Roli v jeho životě sehrává určitě i jeho psychiatrická diagnóza. Přítelkyně musí hodně věcí kontrolovat, a hlídat tak Ondrovu důslednost i ohledně pravidelného užívání léků. Je zřejmé, že na svou diagnózu má rámcově náhled zachovaný, ale jistá rizika má tendenci podceňovat. Při tom sám nám v rozhovoru přiznal, že v minulých léčbách právě otázku svého každodenního života a fungování v něm podcenil. Myslíme, že kdyby do současného stavu nezasáhlo neplánované těhotenství, jen těžko by se Ondra zvládal zapojit bez další pomoci do života. Výrazným plusovým bodem však zůstává možnost rekondičních pobytů, které Ondra využívá.

Shrnutí výsledků výzkumu

Pro správnou interpretaci dat je potřeba si uvědomit, že výsledky výzkumu nemůžeme zobecnit na všechny bývalé uživatele pervitinu. Výzkum jsme provedli na malém vzorku participantů, jejichž zkušenosti a životní postoje k užívání drog jsou zcela individuální.

Hlavním cílem bylo zjistit příčiny rozhodnutí abstinovat od pervitinu a zvládání uvedeného procesu abstinence. Jednou ze zjištěných příčin rozhodnutí k abstinenci byly důvody osobní *„prostě už jsem nemohl dál, už jsem dál nechtěl takto žít…“*.Další možnou motivací jsou rodinné důvody. Jednak nátlakové-léčba kvůli rodičům, bez podílu vlastní motivace. Dále obavy z odejmutí dětí z péče, nebo ztráta rodinného zázemí, pokud by v užívání participant pokračoval. Dalšími uvedenými důvody jsou i zdravotní komplikace. Ve dvou případech i toxická psychóza vyvolaná dlouhodobým užíváním pervitinu.

Dále jsme chtěli najít odpověď na otázku, jak zvládají participanti proces abstinence. Zde je potřeba uvést, že jen jeden z nich zvládá abstinovat od všech návykových látek. U dalších pěti participantů dochází k nadužívání alkoholu, případně náhrady závislosti na pervitinu za jinou závislost-například marihuana.

Dílčí otázky výzkumu:

DC 1: Zjistit příčiny vzniku závislosti na pervitinu (od prvního užití jakékoliv drogy, až po příčiny prvního a dalších užití pervitinu)

Jedno z velkých překvapení výzkumu pro nás bylo, v jak mladém věku všichni participanti poprvé vyzkoušeli jakoukoliv drogu. Téměř všichni z oslovených participantů mají první zkušenosti s cigaretami, alkoholem i marihuanou ve věku v rozmezí 11-15 let. Všichni z nich se k těmto látkám dostali díky svým partám, se kterými se pravidelně stýkali. Jedné participantce nabídli poprvé cigarety a alkohol sestra s přítelem. K marihuaně se pak ale dostala také až v partě. První zkušenost s pervitinem u participantů proběhla v rozpětí 14-19 let. Co se týče způsobu první aplikace, tam pozorujeme rozdíly. 3 z dotazovaných začali nasálně, jeden kouřením pervitinu a 2 začali ihned s nitrožilní aplikací. Uživatelé, co začali nasálně či kouřením, po kratší či delší době (rozmezí 2 měsíce-7 let) nakonec začali také užívat pervitin intravenózně. Často uváděné příčiny užití jakékoliv drogy a pervitinu se významně neliší. Byly zmiňovány důvody jako zvědavost, nuda, snadný přístup v rámci party kamarádů. Významným ovlivněním a možným prohloubením závislostí, jsou podle našeho názoru, i změněné rodinné nebo sociální vztahy. Adéla uvedla, že měla vždy chladnější vztahy se svou matkou. Patrik sám označil za nejvíce průlomové a zásadní období odchod jeho matky od otce. Daniel přiznal časté fyzické tresty od svého otce a šikanu ve škole. Markovi rodiče se rozvedli v jeho osmi letech a s otcem

se od té doby nestýká. Ondra uváděl harmonické a nekonfliktní dětství, ale s otcem si, z důvodu své závislosti, přestal rozumět. Znovu se začali stýkat až po ukončení Ondrové poslední léčby (před dvěma lety). Jediným participantem, který neuvedl žádné rodinné potíže, byl Pavel. I přes to však doma trávil málo času a raději trávil všechen volný čas s partou.

Při studování kazuistik jsme si všimli i dalšího možného faktoru, který, podle našeho názoru, úzce souvisí s diagnózou závislosti. Všichni měli ve škole větší či menší kázeňské problémy. Nejvyšší dosažené vzdělání u čtyř participantů je základní, ze středních škol nebo učebních oborů byli vyloučeni. Jeden participant má ukončené středoškolské vzdělání s maturitou, jeden je vyučen.

DC 2: Pojmenovat hlavní motivace k absolvování léčby

V prvním případě motivace, u Adély se jednalo o neplánované těhotenství uživatelky, kdy jí po porodu byla sociální pracovnicí doporučena abstinence a léčba. Z vnitřního motivu tedy její motivace nevycházela. Podobně tomu bylo i u Daniela, kdy přibližně polovina z jeho léčeb nevycházela z vlastní motivace, ale na přání a jistý nátlak ze strany rodičů. Až v dalších léčbách uvádí jako svou hlavní motivaci touhu zapojení se do běžného života. U čtyř dalších participantů šlo o důvody zdravotní. Obavy o svůj život a toxická psychóza, neuspokojivý zdravotní stav, strach ze smrti.

DC 3: Definovat podpůrné mechanismy pro zvládání abstinence

Výrazným podpůrným motivem je u této cílové skupiny jednoznačně podpora rodiny. Adéla má oporu ve své matce a její děti jsou hnacím motorem ke zvládání abstinence. Patrik i Daniel mluví o podpoře své přítelkyně, také Marek má jako motivaci ke zvládání abstinence manželku a děti. Ondra má podporu také v rodině a přítelkyni. Jejich společné dítě je pro něj nyní jeho největší motivací k udržení abstinence.

Dále byl pro všechny participanty důležitý a podstatný systém doléčování a následné péče. Pouze dva z dotazovaných však dochází, i po roce od ukončení poslední léčby, na pravidelná setkávání s psycholožkou nebo k adiktoložce. Jeden z participantů využívá možnosti jezdit dvakrát do roka pravidelně na rekondiční pobyty do Doléčovacího centra. Tři ze zmiňovaných se začali zvláště v období úplné abstinence věnovat více sportu. Pavel se sportu již aktuálně nevěnuje kvůli svému špatnému zdravotnímu i psychickému stavu.

DC 4: Identifikovat rizikové faktory spouštějící recidivu

Dva z participantů uvedli jako velmi rizikové prostředí měst, kde pervitin užívali (v obou případech šlo o jejich rodná města), toto je často spojeno i se setkáním s lidmi z party.

Jako další rizikové faktory bylo uvedeno pití alkoholu či návštěva restaurace (oba zmiňovaní to však nerespektují, i když ví, že se u nich jedná o rizikový faktor). Marek udává ještě jako rizikový přidružený faktor i své dosavadní aktivní působení v hudební kapele. Kdy si uvědomil, že bez toho, aniž by byl pod vlivem nějaké návykové látky, není vlastně vůbec schopen na pódiu účinkovat. Daniel a Pavel zmiňují rizikové faktory zcela odlišné od ostatních participantů. Pavel uvedl jako svůj nejvýznamnější rizikový faktor svou dlouhodobou přidruženou psychiatrickou diagnózu úzkostně-depresivní poruchu. Léčí se s touto dg. již 26 let a udává, že se ji za celou tu dobu nepodařilo nikdy natolik kompenzovat,
aby ho to vždy nakonec nedovedlo k opětovnému užívání nějaké návykové látky. Daniel je založený hodně emočně, takže se u něj recidiva vždy spustila v době, když se mu v životě stalo něco pro něj natolik zásadního, že si nedokázal jinak poradit. Šlo téměř ve všech případech o rozchody s partnerkami. Také jako jediný přiznal svůj největší podíl možné viny na recidivě. A tím byl fakt, že po každé léčbě podcenil a zanedbal význam dalšího doléčování. Ondra uvedl jako jednoznačné rizikové faktory nudu a situaci, kdy měl u sebe větší finanční obnos. Také uvedl, že nikdy po léčbě neměl vyjasněnou představu o tom, jak bude dál probíhat jeho režim dne. Což hodnotíme také jako podstatný rizikový faktor.

ZÁVĚR

V této bakalářské práci na téma Abstinence bývalých uživatelů pervitinu jsme na začátku nahlédli do historie závislostí, blíže jsme se soustředili na vznik pervitinu. V první kapitole jsme ještě přiblížili jednotlivé druhy závislostí. Dále jsme uvedli možné příčiny a průběh vzniku závislostí. Ten v současné době definuje více odborných publikací, ale stále není teorie vzniku závislosti a jejího průběhu jednotně definována a ucelená.

Ve druhé kapitole zmiňujeme protidrogovou problematiku v České republice a vymezujeme jednotlivé druhy prevence.

Ve třetí kapitole popisujeme jednotlivé rozdělení drog, kdy nejvíce se zaměřujeme na působení pervitinu na lidský organismus. A to po stránce psychické, fyzické, i se zaměřením na možné dlouhodobé následky užívání.

Čtvrtá kapitola je věnována možnosti léčby závislosti na pervitinu. Pojem závislost a lidé s touto diagnózou jsou v dnešní době velmi stigmatizováni. Často mohou být ze společnosti i sociálně vyloučeni. Laické, bohužel někdy i profesionální veřejnost má stále problém s touto cílovou skupinou pracovat nebo pokusit se blíže nahlédnout do duší těchto lidí. Myslíme, že nikdo z nich se nechtěl stát „feťákem“, jak je společnost často označuje. To, co jim dříve činilo radost, je nyní zabijí a ovládá. Při práci s nimi jsme se jim vždy snažili porozumět i z lidského hlediska. Naučili jsme se je neodsuzovat. Také jsme pochopili, že i možný relaps, nebo recidiva, jsou součástí jejich léčby. Je potřeba si uvědomit, že jde o doživotní onemocnění, které se dá léčit, ale nejde vyléčit. Hrozba možné recidivy u toxikomanů je vždy a stále přítomna v jejich životech.

Poslední kapitola teoretické části je věnována úloze sociálního pracovníka v rámci léčby závislosti na pervitinu. Je to podle nás velmi důležité kapitola, protože setkání aktivně užívajícího toxikomana s profesionálním dobře informovaným sociálním pracovníkem, může dokázat změnit nebo ovlivnit mnoho.

V praktické části jsme se věnovali kvalitativnímu výzkumu, jehož hlavním cílem bylo zjistit příčiny rozhodnutí abstinovat od pervitinu a zvládání uvedeného procesu abstinence. Při uskutečňování jednotlivých rozhovorů bylo opět připomenuto, o jak závažnou problematiku se jedná. Opakovaně je zmiňováno, že při léčbě i celém procesu doléčování je nutný komplexní a individuální přístup. Rozhovory jsou zpracované pro lepší přehlednost do kazuistik. Z nich jsme pak analyzovali odpovědi na hlavní i dílčí otázky výzkumu.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Monografické publikace

[1] BARNARDOVÁ, Marina, 2011. *Drogová závislost a rodina*. Praha: Triton, 208 s. ISBN 978-80-7387-386-8.

[2] BÁRTÍK, Pavel, MIOVSKÝ, Michal, ed., 2010. *Primární prevence rizikového chování ve školství*. Vydání 1. Praha: Sdružení SCAN. ISBN 978-80-87258-47-7.

[3] BAŠTECKÁ, Bohumila a kolektiv, 2005. *Terénní krizová práce. Psychosociální intervenční týmy.* Praha: Grada, 300 s. ISBN 802470708x.

[4] DÖRNER, Klaus, PLOG, Ursula, 1999. *Bláznit je lidské*. Praha: Grada, 354 s. ISBN 80-7169-628-5.

[5] ELICHOVÁ, Markéta, 2017. *Sociální práce. Aktuální otázky*. Praha: Grada, 264 s. ISBN 978-80-271-0080-4.

[6] ESCOHOTADO, Antonio, 2003. *Stručné dějiny drog*. Praha: Volvox Globator, 176 s. ISBN 80-7207-512-8.

[7] HONZÁK, Radkin, 2017. *Psychosomatická prvouka*. Praha: vyšehrad, 352 s. ISBN 978-80-7429-912-4.

[8] KALINA, Kamil, a kol., 2003. *Drogy a drogové závislosti 1. díl: mezioborový přístup*. Vydání 1. Praha: Úřad vlády české republiky, 319 s. ISBN 80-86734-05-6.

[9] KALINA, Kamil, a kol., 2003. *Drogy a drogové závislosti 2. díl: mezioborový přístup*. Vydání 1. Praha: Úřad vlády České republiky, 343 s. ISBN 80-86734-05-6.

[10] KALINA, Kamil a kolektiv, 2015. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4331-8.

[11] KASALOVÁ, Renata, 2012. *Závislosti.* 2. rozšířené a upravené vydání. Pardubice: Benepol, a. s., 86 s. Projekt Chci pomáhat bez rozdílu aneb jak na sociálně patologické jevy CZ.1.07/3.2.13/01.0036.

[12] KUNTZ, Helmut, 2016. *Drogen & Sucht. Alles, was Sie wissen müssen*. Beltz GmbH: Julius, 384 s. ISBN 978-3-407-86401-7.

[13] LÜTZ, Manfred, 2017. *Kdo je tu vlastně blázen?* Praha: Portál, 208 s. ISBN 978-80-262-1203-4.

[14] MAHDALÍČKOVÁ, Jana, 2014. *Víme od drogách všechno?* Praha: Wolters Kluver. ISBN 978-80-7478-589-4.

[15] MATOUŠEK, Oldřich a kolektiv, 2003. *Metody a řízení sociální práce*. Vydání 1. Praha: portál, 382 s. ISBN 80-7178-548-2.

[16] MATOUŠEK, Oldřich, 2016. *Slovník sociální práce*. Vydání 3. Praha: Portál, 272 s. ISBN 978-80-262-1154-9.

[17] MENTZOS, Stavros, 2012. *Přehled psychodynamiky*. Praha: Portál, 287 s. ISBN 978-80-262-0018-5.

[18] MILLEROVÁ, Geri, 2011. *Adiktologické poradenství*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7261-765-3.

[19] NEPUSTIL, Pavel, 2014. *Bez léčby to jde. Proces přestávání s pervitinem bez odborné pomoci.* Masarykova univerzita. Fakulta sociálních studií, 121 s. ISBN 978-80-210-6754-7.

[20] NEŠPOR, Karel, CSÉMY, Ladislav, PERNICOVÁ, Hana, 1999. *Zásady efektivní primární prevence.* Praha: Sportpropag, 40 s. Projekt MŠMT ČR RS 97096.

[21] NEŠPOR, Karel, CSÉMY, Ladislav, 1999. *Bažení(craving). Společný rys mnoha závislostí a způsoby zvládání.* Praha: Sportpropag, 76 s. Pro Sdružení FIT IN-Rodiče proti drogám.

[22] NEŠPOR, Karel, 2018. *Návykové chování. Současné poznatky a perspektivy léčby.* Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1357-4.

[23] NOŽINA, Miroslav, 1997. *Svět drog v Čechách*. Praha: Koniasch Latin Press, 348 s. ISBN 80-85917-36-X.

[24] OCISKOVÁ, Marie, PRAŠKO, Ján, 2015. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch.* Praha: Grada, 376 s. ISBN 978-80-247-5199-3.

[25] OREL, Miroslav a kolektiv, 2012. *Psychopatologie.* Praha: Grada, 264 s. ISBN 978-80-247-3737-9.

[26] PAVLOVSKÁ, Amalie, MAKOVSKÁ DOLANSKÁ, Pavla, 2015. Následná péče a sociální rehabilitace. Kalina a kol. *Klinická adiktologie.* Praha: Grada, 469-479 s. ISBN 978-80-247-4331-8.

[27] PAVLOVSKÁ, Amalie, 2015. Prevence a zvládání relapsu. Kalina a kol. *Klinická adiktologie.* Praha: Grada, 480-491 s. ISBN 978-80-247-4331-8.

[28] PETROŠ, Ondřej, ed., 2006. *Poziční dokument o drogách, věznicích a harm reduction*. Praha: Úřad vlády České republiky, 48 s. ISBN 80-867-3476-5.

[29] RÖHR, Heinz-Peter, 2015. *Závislost. Jak ji porozumět a jak ji překonat*. Praha: Portál, 176 s. ISBN 978-80-262-0957-7.

[30] Kolektiv autorů sdružení SANANIM, 2007. *Drogy: otázky a odpovědi*. Praha: Portál, 198 s. ISBN 978-80-7367-223-2.

[31] STREJČKOVÁ, Alice a kolektiv, 2007. *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví pro SZŠ*. Praha: Fortuna Libri, 112 s. ISBN 978-80-7168-943-0.

[32] VOKURKA, Martin, HUGO, Jan, 2000. *Praktický slovník medicíny*. Praha: Maxdorf, 490 s. ISBN 80-85912-38-4.

[33] VONDRKA, Josef, 2004. *Smrt jménem závislost*. Praha: Portál, 187 s. ISBN 80-7178-884-8.

[34] WEST, Robert, 2016. *Modely závislosti*. Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, 134 s. ISBN 978-80-7440-157-2.

Právní předpisy

[35] ČESKO. Zákon č. 167/1998 Sb. o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů

Odborná prezentace

[36] Přednášející: KUCHÁROVÁ, Barbora. *Rodovo citlivý prístup v terénnej sociálnej práci s uživateľmi drog a ľudmi pracujúcimi v pouličnom sexbiznise.* Prezentováno na XII. ročníku odborné konference pořádané u příležitosti mezinárodního dne boje proti drogám, dne 22. 6. 2018. Pořádající organizace: Kontaktní centrum PLUS Kroměříž

Elektronické příspěvky a články

[37] Ambulantní péče, ©2019. *Substituční léčba* [online]. [cit. 2019-03-28]. Dostupné z: https://www.substitucni-lecba.cz/ambulantni-pece

[38] Amphetamin, ©2012. *Suchtmittel.de - Infos über Sucht und Drogen* [online]. [cit. 2019-03-06]. Dostupné z: https://www.suchtmittel.de/info/amphetamin/

[39] *Anonymní narkomani*, ©2018 [online]. [cit. 2019-02-25]. Dostupné z: https://anonymni-narkomani.webnode.cz/

[40] Česká protidrogová politika a její koordinace politika závislostí založená na důkazech, ©2015. In: *Drogy - info* [online]. Úřad vlády České republiky [cit. 2019-05-02]. Dostupné z: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/1348/769/Informacni_letak_RVKPP.pdf

[41] DUNDR, Milan, 1995. Původ a rozšíření drog. *Vesmír* [online]. 74(4) [cit. 2019-05-02]. ISSN 1214-4029. Dostupné z: https://vesmir.cz/cz/casopis/archiv-casopisu/1995/cislo-4/puvod-rozsireni-drog.html

[42] Kontaktní centrum Plus, ©2019. *Oblastní charita Kroměříž-charita kroměříž* [online]. [cit. 2019-02-28]. Dostupné z: https://www.kromeriz.charita.cz/socialni-sluzby/kontaktni-centrum-plus/

[43] Methamphetamin, ©2012. *Suchtmittel.de - Infos über Sucht und Drogen* [online]. [cit. 2019-03-06]. Dostupné z: https://www.suchtmittel.de/info/amphetamin/000320.php

[44] MIOVSKÝ, Michal, 2006. Adiktologie. *Český rozhlas 6* [online]. [cit. 2019-02-28]. Dostupné z: https://www.rozhlas.cz/cro6/stop/_zprava/221541

[45] NEVORALOVÁ, Monika, 2014. Prevence rizikového chování. *Klinika adiktologie* [online]. [cit. 2019-02-25]. Dostupné z: http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/70/4538/Prevence-rizikoveho-chovani

[46] Pervitin (metamfetamin), ©2017. *Prev-centrum* [online]. [cit. 2019-02-28]. Dostupné z: https://www.prevcentrum.cz/informace-o-drogach/pervitin/

[47] Pravda o LSD, ©2009. *Pravda o drogách* [online]. [cit. 2019-03-05]. Dostupné z: http://www.drogy.cz/lsd/kap-lsd-kratka-historie.html

[48] Pravda o pervitinu, ©2009. *Pravda o drogách* [online]. [cit. 2019-03-05]. Dostupné z: http://www.drogy.cz/pervitin/kap-historie-pervitinu.html

[49] Stacionární programy, ©2019. *Substituční léčba* [online]. [cit. 2019-03-28]. Dostupné z: https://www.substitucni-lecba.cz/stacionarni-programy

[50] Terénní programy, ©2019. *Substituční léčba* [online]. [cit. 2019-03-28]. Dostupné z: http://www.substitucni-lecba.cz/terenni-programy

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

WHO	World Health Organization, Světová zdravotnická organizace
MKN-10	Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. Desátá revize, aktualizovaná ke dni 1. 1. 2018
HR	Harm reduction, model minimalizace rizik
NMS	Národní monitorovací středisko pro drogy

SEZNAM PŘÍLOH

P I: Ukázka rozhovoru

PŘÍLOHA P I: UKÁZKA ROZHOVORU

Já: tak třeba jako já nevím, je to třeba nějaký prostředí, lidi nějací...???

D: tož samozřejmě prostředí jsou riziková jako že jo ...ať je to hospoda, nebo prostě nějaká další parta někde venku scházet se jo. To je jak kdyby riziko pro mě...to chápu, to vím...ale jakoby spouštěč toho, že si jdu dat prostě pervitin vyloženě takdlenc nemám žádnej ...většinou jsem s k tomu vždycky vrátil, když se něco stalo ...to je možná jeden takový spouštěč...když se něco stalo, v mojim životě...to, že jsem třeba přišel o partnerku

Já: jako něco vyloženě zásadního...

D: jo…tak prostě přijdeš o partnerku, tak zrovna v tuto dobu, tak jsem začal zas fetovat jo ..prostě se Ti všecko zboří, celej prostě svět, všecko skončí pro Tebe a …

Já: takže to prostě neumíš jinak řešit, než takto...

D: no před tím jsme takhle řešil že jo ...no ale jinač jak kdyby chlast mě třeba nevede k tomu, abych se třeba šel zfetovat že

Já: to tak hodně lidí má

D: právě...

Já: a nějaký podpůrný mechanismy k tomu, abys zvládal tu abstinenci? Třeba někdo má sport, nebo něco takovýho, víš co...něco, co mu pomáhá k tomu aby to vydržel...aby to zvládl

D: no ze začátku jsem docházel na Káčko k terapeutovi...

Já: jak často?

D: bylo to každej týden jednou a pak jsme to prostě časem posouvali třeba o týden…

Já: to posunoval on nebo ty sis to řekl?

D: myslím, že to navrhl tenkrát Honza, že prostě viděl nějakej prostě posun u mě, nějakou změnu a prostě jak kdyby nebylo potřeba, abys víš jak...protože zjistíš časem , že za ten týden se toho prostě zas tak nestalo, že nebo vlastně neudálo, když vlastně chodíš do práce a je ta nějaká ta pravidelnost a všecko, chodíš cvičit a to...takže každej týden vykládat, jaks prostě celej týden cvičil a chodil do práce, to je takový nic moc...moc se toho neudálo že...takže to jak kdyby posunul on a pak vlastně jsem našel novou lásku a přestal jsem chodit úplně takže vlastně o nic jinýho jsem se nezajímal.

Já: a abstinuješ teďka od všech návykových látek

D: ne-e

Já: jak to?

D: nevím...prostě...

Já: ale po tom, když jsi skončil v té Opavě…teď, jak to bylo aktuální, tak to jsi abstinoval úplně od všeho...je to tak?

D: je to tak no...vydržel jsem to tak...já nevím, 3 měsíce nebo jak dlouho

Já: co to znamená, žes abstinoval úplně od všeho?

D: to, že jsem nechlastal, ani jsem si nezahulil, prostě trávu jo, nedal jsem si žádný prostě LSD nebo prostě cokoliv jinýho, ani žádnou jinou drogu...nic prostě...a byl jsem absolutně čistej že jo .Jenomže prostě zjistil jsem, že se to prostě hrozně těžko zvládá takhle prostě někde si vyjít, za někým prostě do hospody nebo něco kdekoliv prostě jít, kde se pije a ty prostě nepiješ jo ...to prostě...to prostě nejde...prostě takže jsem to časem nevydržel a dal jsem si pivo, dal jsem si tři piva, ožral jsem se jo...takže prostě to šlo takhle jak kdyby to k tomu sklouzlo a ta tráva prostě taky no...prostě nevím, jak to mám vysvětlit....mám to na paměti, že to není dobře jak kdyby a jsem jak kdyby furt ve střehu. Že si uvědomuju, že jsou to prostě obě dvě zas věci, který jsou krok zpátky.