

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**  
**HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA**

**Sociální a terapeutická intervence v rodině  
drogově závislého jedince**

**Social and Therapeutic Intervention  
in the  
Family of a Drug addict**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

Mgr. Jana Poláčková

Autor:

Natálie Kubištová

Praha 2017

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala magistře, paní Janě Poláčkové, za její vstřícnost a odborné vedení, jímž mi pomohla tuto práci zkompletovat. Zvláštní poděkování patří všem osobám, které mi poskytly velmi osobní a upřímné výpovědi, jimiž obohatili nejen tuto práci, ale také můj vlastní pohled a postoj k problematice.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou bakalářskou prací na téma „Sociální a terapeutická intervence v rodině drogově závislého jedince“ vypracovala samostatně s použitím níže uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného, nebo stejného titulu.

V Praze dne

.....

Jméno autora

.....

## **Anotace**

Bakalářská práce se zaměřuje na drogovou závislost a aspekty jejího vzniku, tedy biologické, psychologické a sociální faktory. Výrazná část je věnovaná pomoci, a to nejen závislému, ale také osobám, které jsou tímto jevem jistým způsobem zasaženi. Jedná se tedy o pomoc rodinám, především pak dětem, a dalším blízkým. Bakalářská práce nabízí náhled do systému pomoci, jenž je dostupný v České republice, a to jak z hlediska sociálního pole, tak z hlediska terapie. Pojednává o léčbě, odvykání, jeho strategiích a v neposlední řadě o významné metodě jménem Rodinná terapie.

## **Klíčová slova**

Drogy, prevence, závislost, pomoc, odvykání, léčba, rodina, terapie, adiktologie

## **Annotation**

Social and Therapeutic Intervention in the Family of a Drug addict bachelor thesis focuses on drug dependence itself and also on various aspects of its origin- biological, psychological and social factors included. Distinct part talking about help options is dedicated not only to drug addicts, but also to surrounding persons, who are affected by this phenomenon. Families, especially children and closest. This thesis also provides an outlook on available aid systems in Czech republic, either social or therapeutic. It talks about rehabilitation, strategies of treatment and finally about very important method called Family therapy.

## **Key words**

Drugs, prevention, addiction, help, recovery, treatment, family, therapy, adiktology

# Obsah

<b>Teoretická část.....</b>	<b>7</b>
<b>Úvod.....</b>	<b>7</b>
1. Drogy .....	9
1.1. Stručná historie užívání psychoaktivních látek.....	10
1.2. Dělení drog.....	13
1.3. Definice základních pojmů .....	13
2. Drogová závislost.....	17
2.1. Prevence drogové závislosti.....	17
2.2. Varovná znamení a kritéria závislosti .....	21
2.3. Stadia užívání návykových látek.....	23
3. Aspekty vzniku a rozvoje drogové závislosti.....	26
3.1. Biologické aspekty .....	27
3.2. Psychologické aspekty .....	28
3.3. Sociální aspekty .....	29
3.4. Spirituální aspekty.....	30
4. Odvykání.....	32
4.1. Fáze .....	33
4.2. Strategie .....	33
5. Psychoterapeutické přístupy.....	35
5.1. Individuální psychoterapie .....	35
5.2. Skupinová psychoterapie .....	36
5.3. Behaviorální terapie .....	36
5.4. Rodinná terapie .....	37
5.5. Příklady dalších možností v psychoterapii.....	40
6. Drogy v rodině .....	41
6.1. Dítě v závislosti.....	43
6.2. Rodič narkoman .....	43
7. Systém pomoci rodinám zasaženým závislostí v ČR.....	46
7.1. Obecně zaměřená pracoviště s nabídkou pomoci.....	46
7.2. Specializovaná adiktologická pracoviště .....	47

<b>Empirická část.....</b>	<b>53</b>
1. Cíle empirické části.....	53
2. Hypotézy .....	53
2.1. Metody výzkumu .....	54
2.2. Cílová skupina.....	54
3. Interviews a jejich rozbor.....	55
3.1. Rozhovor č.1 .....	55
3.2. Rozhovor č.2 .....	60
3.3. Rozhovor č.3 .....	66
3.4. Porovnání výpovědí .....	73
4. Dotazník a analýza výsledků.....	75
5. Diskuse.....	88
<b>Závěr.....</b>	<b>90</b>
<b>Seznam literatury .....</b>	<b>91</b>
<b>Seznam příloh .....</b>	<b>94</b>
1. Stručný přehled drog v ČR.....	94
2. Laudanum.....	95
3. Dotazník závislosti.....	95
4. Metadon vs. Subutex (buprenorfin) .....	96
<b>Summary .....</b>	<b>97</b>

## Teoretická část

### Úvod

Živí tvorové od nepaměti inklinují ke zneužívání látek, které pozměňují vnímání reality, vyvolávají v nich příjemné pocity. Zda mají po celá staletí hojit rány těla, šrámy duše, nebo jen přivést myšlenky a pocity za obzor poznaného, je obtížné spatřit pouhým okem. Návykové látky, potažmo drogy nejsou výdobytkem postmoderní společnosti, jak by se mohlo zdát. Jisté je, že tvořily doprovod společnosti již od pradávna, je tomu tak doposud a je nepravděpodobné, že by se tento holý fakt někdy proměnil. Drogy zprvu vnášejí do životů jejich uživatelů vzrušení, potěšení a úlevu, to se záhy, vzhledem ke své pomíjivosti a nevyhnutelnému vzniku závislosti mění v bolestivé a zničující. Látka působící na všechny sféry lidského organismu a jeho bytí vůbec, se obrací z dobrého sluhy ve špatného pána a jevem zvaným návyk otáčí životy lidí vzhůru nohama. To bývají okamžiky prozření a zvědomení dopadů, jejich tíha je však příliš ničivá a cesta ze dna zpátky na hladinu je dlouhá a vyčerpávající.

Teoretické poznatky shrnuté názvem Sociální a terapeutická intervence v rodině drogově závislého jsou rozděleny do sedmi kapitol. Ty obsahují přes základní pojmy týkající se drog, jako takových, a různé možnosti klasifikace závislosti také přehled potenciálních voleb, které se rozprostírají drogově závislému, nebo přihlížejícímu člověku ku pomoci a prospěchu. Specifický prostor získaly teorie modelu závislosti, které se dělí na čtyři sféry, a to biologickou, psychologickou, sociální a spirituální.

Významná část je věnována také otázce rodin a jejich boji se závislostí, ať stran rodiče, potomka, sourozence aj. Nabízí se také stručný přehled a konkretizace stěžejních terapeutických proudů, které jsou využívány v léčbě závislosti, potažmo při odvykání. Lze se navíc dozvědět několik základních informací o strategiích a metodách vedoucích k úspěšné abstinenci a v neposlední řadě je k dispozici náhled na konkrétní formy pomoci závislým s příklady pomáhajících institucí vyskytujících se na půdě České republiky.

Druhá polovina bakalářské práce je věnována vlastnímu empirickému zkoumání. K jeho úspěšnému a poutavému zpracování byly zvoleny dvě výzkumné metody, a to tři hloubkové rozhovory a obsažné dotazníky týkající se pomoci drogově závislému a osobám jemu blízkým. Pro jednotlivá interview se podařilo získat osoby bezprostředně dotčené drogovou závislostí, pro zpracování dotazníků pak dohromady 219 respondentů napříč všemi věkovými kategoriemi. Zpracované rozhovory a dosažené výsledky přinesly této práci

neotřelé pohledy, které mají silný potenciál poukázat na skutečnou tvář závislosti. Pomohou čtenáři nejen se do situace vžít, ale také mu rozšířit obzory pro případ, že by ji někdy skutečně musel řešit. Následná komparace tří intimních výpovědí a analýza sesbíraných dat obohacuje práci o silné myšlenky a zkušenosti dotazovaných, mezi nimiž jsou jak lidé závislí, tak abstinenti, nebo osoby z řad pomáhajících profesionálů aj.

Bakalářská práce na téma Sociální a terapeutická intervence v rodině drogově závislého nabízí jak základní teoretické poznatky a využívané postupy inspirované literaturou, jež stojí v popředí českého adiktologického působení, tak obsahuje také mnoho názorných příkladů, čerpaných ze zdrojů schraňujících dotazy, názory a výpovědi lidí závislostí dotčených. Najdeme zde některé z definic Světové zdravotnické organizace ale i mnohých dalších světových odborníků na tuto problematiku. Závěrem můžeme proniknout pod povrch celého jevu, a to prostřednictvím originálních zpovědí, zkušeností a názorů těch, kteří museli závislosti jakkoli ve svém životě čelit.

## 1. Drogy

Názvu droga lze v dnešní době použít k pojmenování čehokoli, co odvádí lidské myšlenky od aktuálních situací, ovládá je, strhuje zájem. Proto jako drogu vnímáme i například pouhé zaujetí některým tématem, nebo činností. V přeneseném smyslu se slovem droga označují i pro jedince velmi oblíbené situace či přímo závislosti, jako třeba pohlavní styk nebo hazardní hry.

„Pojem droga sám o sobě označuje usušené části rostlin či živočichů používané v lékařství. Původ slova je v nizozemském droog – „suchý“. Později začal být tento výraz používán pro psychoaktivní látky.<sup>1</sup> Termín droga se v mnoha jiných jazykových překladech používá souhrnně pro všechny typy léčiv. Anglický jazyk kupříkladu lékárnu pojmenovává drug store, analogicky všem dostupným léčivům – drugs. I proto se mohlo v různých zemích stát, že se omamným/ psychotropním/ psychoaktivním látkám začalo říkat zjednodušeně – drogy.

Hovoříme-li o drogách jakožto o psychoaktivních látkách, ty jsou definovány dvěma hlavními znaky: „Jedná se o látku, která má psychotropní efekt, tj. ovlivňuje nebo mění naše vnímání a prožívání reality. Změna se nejčastěji týká emočního (citového) prožívání. Jednotlivé látky vyvolávají charakteristickou změnu emočního stavu. Změna bývá obvykle příjemná, ale nemusí to být pravidlem. Druhým znakem nezbytným pro to, abychom nějakou látku mohli označit jako drogu, je schopnost vyvolat závislost. Závislostní potenciál je také charakteristický pro každou látku. Některé vyvolávají závislost relativně snadno (například heroin), u jiných látek se závislost vyskytuje spíše výjimečně (kanabinoidy, LSD).“<sup>2</sup> Podle definice Světové zdravotnické organizace z roku 1969 je drogou “jakákoliv substance, která když je vpravena do živého organismu, může změnit jednu nebo více jeho funkcí”.

Byť se nám pod pojmem drogy nejprve vybaví především ty z řad nelegálních, jako je pervitin, heroin atd., s návykovými látkami (drogami) přichází do styku pravidelně každý z nás. Naše domácí lékárníčky obsahují celou škálu narkotik, dokonce i šálek čaje, nebo kávy obsahuje drogu – kofein. Významnou pozici zaujímá tabák a alkohol. Alkohol, jakožto velmi nebezpečná návyková látka ovšem stále spadá pod ty legální, smutně pak pod ty nejsnáze dostupné a populaci prostřednictvím médií nejvíce podsouvané droze. Je otázkou konvence, zda se velmi obávaná a snadno zneužitelná, byť legální narkotika řadí mezi drogy, či nikoli.

<sup>1</sup> [https://cs.wikipedia.org/wiki/Psychoaktivn%C3%AD\\_droga](https://cs.wikipedia.org/wiki/Psychoaktivn%C3%AD_droga)

<sup>2</sup> <http://kackokyjov.webgarden.cz/rubrika/drogy/definice-drog>

Vrátíme – li se zpět k lékům a srovnáme je s nelegálními narkotiky, jako jsou heroin, pervitin apod., vyvstává zde zásadní rozdíl. Tkví v jejich užívání. Pokud léky užíváte správně a v rozumné míře, nemůže se vám nic stát. Jsou přece určeny k mírnění bolestí a mnohdy zachraňují životy. Uživatelé nelegálních látek se o své zdraví naopak systematicky připravují, a to má mnohdy i fatální následky.

### 1.1. Stručná historie užívání psychoaktivních látek

Je všeobecně známo, že užívání narkotik sahá do daleké historie a každá droga má svůj příběh týkající se země, ze které pochází, tradic spojených s jejím užíváním a celkově kulturou, o kterou se opírá. Užívání omamných látek však není jenom výsadou člověka, známe mnoho živočišných druhů, které se rádi oddávají opojným stavům po požití nejrůznějších bobulí, lístků, či zkvašeného ovoce. Příkladem poslouží zmínka o klokanech, kteří se houfně vydávají požírat makovice plné opia, nebo sobi, kteří milují červené muchomůrky, přivodí si tak halucinaci a nad jídlem už se jen vlní a kymácejí.<sup>3</sup>

Co se týče lidského pokolení, za zmínku rozhodně stojí první uživatelé *kokainu*, respektive složky jihoamerické rostliny jménem koka, která roste v Andách. Jejimi prvními uživateli byli indiáni. Žvýkali lístky koky při různých náboženských příležitostech, rituálech, nebo jen aby zahnali hlad a únavu. Praktikovali to všichni, tudíž se v jejich komunitě nejednalo o nic zavrženého, bylo to naprosto přirozené, přijímané a nikdo účinků této rostliny nezneužíval. Droga se stala fenoménem, až když chemici zjistili, jak separovat účinnou složku.<sup>4</sup>

Dlouholetou legální působnost na drogovém poli zaznamenáváme u *opia*. Z mlčí asijských opiových makovic se mimo jiné vyráběla například tinktura zvaná *Laudanum*<sup>5</sup>, kterou užívaly ženy nejen při menstruačních bolestech, bolestech zubů, nervovém rozkolísání, ale údajně ji podávaly i hyperaktivním dětem. Významní muži potom kouřili opium v doupatech a sedíce na gaučích dosahovali maximálního uvolnění. To vše se dělo naprosto legitimně a distribuce z Číny vzkvétala. Omamné účinky opia tiší bolesti, využívalo se proto především v lékařství a dodnes tomu tak je. Když se ovšem ukázalo, že opium je

---

3 zpravy.tiscali.cz [online]. [cit. 2017-01-08]. Dostupné z: <http://zpravy.tiscali.cz/drogy-a-alkohol-v-risi-zvirat-sobi-holduji-halucinogenum-opice-si-rady-prihnu-271972>

<sup>4</sup> Kokain byl poprvé izolován (jako výtazek z listů koky) v roce 1859 německým chemikem Albertem Niemannem- Drogy: Pravda o drogách [online]. [cit. 2017-01-08]. Dostupné z: <http://www.drogy.cz/kokain/kap-kokain-kratka-historie.html>

<sup>5</sup> Viz. seznam příloh, příloha č.2

vysoce návyková látka, chemici za účelem snížit rizika užívání opia vytvořili *morfium*. To mělo především kompenzovat závislost, taktéž ovšem tišit bolesti. Nebyl to krok dobrým směrem, neboť se ukázalo, že morfium je přinejmenším stejně návykové, jako opium. Bludný kruh uzavíral vynález *heroinu*<sup>6</sup>, který byl užíván nejen k léčbě tuberkulózy, ale hlavně a opět-k abstinenci na morfiu. Jakožto několikanásobně návykovější látka se ale z léku, do kterého se vkládaly obrovské naděje (angl. *Hero – hrdina*), zrodila ještě větší hrozba. Už tehdy (začátek 20. století) byla „úmrtnost závislých na heroinu odhadována dvacetkrát větší než u zbytku populace.“<sup>7</sup> Lidem, kteří propadli závislosti na heroinu, je v současnosti k dispozici substituční léčba. Synteticky vytvořená látka na bázi heroinu, která se nazývá metadon (viz. kapitola 1.3. Definice základních pojmů – Substituční léčba) je sice taktéž vysoce návyková, ale vzhledem k tomu, že se nejedná o nitrožilní aplikaci, ale o orálně podávaný roztok, jeho užívání minimalizuje běžné zdravotní hrozby uživatelů a také je snadným obstaráním separuje od kriminálního chování, které je průvodním jevem shánění drogy.

Albert Hoffmann, švýcarský chemik známější pod pseudonymem „otec LSD“ objevil tuto halucinogenní látku při svém bádání v oblasti kyseliny lysergové již v roce 1938. Její účinky ale okusil až nedopatřením v roce 1943, kdy si nechtěně potřísnil ruku, pak zřejmě pozřel to malé množství kyseliny a první „trip“, byl na světě (angl. *Trip- výlet*). Sám tuto zkušenost popsal jako snový zážitek, plný kaleidoskopických tvarů a barevných obrazů.<sup>8</sup> LSD bylo užíváno také v léčbě alkoholiků, narkomanů a v psychoterapii, neblaze ale proslulo díky procesům Bezpečnostních složek USA, kde bylo užíváno k psychické manipulaci a takzvanému „vymývání,“ mozků. Později se ale těšilo popularitě díky hnutí hippies, to bylo v 60. letech minulého století.

Historický kontext týkající se *pervitinu* není příliš obsáhlý. Na rozdíl od kokainu a heroinu se jedná o čistě synteticky vytvořenou látku určenou výhradně k lékařským účelům. *Amfetamin*, ze kterého se pervitin (*metamfetamin*) vyrábí, byl původně užíván například k léčbě obezity, jako pomoc v boji proti depresi, nebo u jinak vážného zdravotního stavu.<sup>9</sup> Byl vyvinut v Japonsku, kde byl také zneužíván ke zlepšení výkonnosti vojáků za druhé světové války, především pak pilotů kamikadze před vykonáváním jejich sebevražděných misí. „*Po válce dosáhlo injekční zneužívání pervitinu téměř epidemických rozměrů poté, co*

---

<sup>6</sup> Heroin byl poprvé vyroben v roce 1898 německou farmaceutickou společností Bayer

<sup>7</sup> Drogy: Pravda o drogách [online]. [cit. 2017-01-08]. Dostupné z: <http://www.drogy.cz/heroin/kap-puvod-heroinu.html>

<sup>8</sup> GANERI, Anita. *Drogy: od extáze k agonii*. Praha: Amulet, 2001. Alfabet. ISBN 80-86299-70-8. Str.39

<sup>9</sup> GANERI, Anita. *Drogy: od extáze k agonii*. Praha: Amulet, 2001. Alfabet. ISBN 80-86299-70-8. Str.15

*japonská veřejnost získala přístup k rezervám určeným pro vojenské účely.*<sup>10</sup> Počet uživatelů, potažmo hluboce závislých rapidně rostl ruku v ruce se snadným obstaráním. Droga se rozmohla mezi studenty, řidiči, sportovci atd. Všem byla k ruce jako stimulant, a to bez nutnosti lékařského předpisu. Až v 70. letech byla látka prohlášena americkou vládou za nelegální.<sup>11</sup> Tou dobou se začaly rozmáhat po celém světě domácí varny, což byl vesměs jednoduchý způsob, jak si levný pervitin obstarat, byl ale velmi riskantní a nebezpečný. Varny a domácí laboratoře byly často zničeny výbuchy a mnoho těch, kteří se pokoutní výroby drogy účastnili tak přišlo o život.

Za zmínku zde rozhodně stojí příběh českého objevitele pervitinu. V sedmdesátých letech jím byl mladý Pavel Gregor, který v domácí laboratoři vařil drogy a sám byl na vlně závislosti unášen po několik let. Život mu změnil až výbuch jeho bytu v roce 1998, kdy se po druhé narodil. Pod vlivem pervitinu se zde snažil uvařit další várku drogy, když nedopatřením způsobil masivní explozi, „*jejíž sílu pyrotechnici později spočítali na 1200 gramů klasické trhaviny TNT*“.<sup>12</sup> Pavel Gregor vyvázl popálený, poleptaný, střepem oslepený a částečně hluchý, zázrakem ovšem živý. Toho dne se mu život otočil o 180 stupňů, vykročil směrem abstinence a na cestu pomoci potřebným. Gregor si doplnil psychologické vzdělání, stal se adiktologem a dnes jako terapeut v Psychiatrické nemocnici v Bohnicích pomáhá těm, kterým má skutečně co předat.

Gohlert a Kuhn ve své knize *Od návyku k závislosti* (Ikar, Praha, 2001) až poeticky uvádí: „*Po tisíciletí se znovu a znovu setkáváme s lidskou potřebou po překročení mezí, po nových zážitcích, po nové extázi. Můžeme tedy vycházet z toho, že člověk měl odjakživa zájem na tom, aby nad prosté udržení své existence si své bytí ulehčil a zkrásnil, resp. Z nevládné reality uprchl alespoň občas d třpytného světa snů a fantazie. K tomu využíval vlastností určitých rostlin právě tak, jako uměle získaných substancí, které se naučil v průběhu tisíciletí vyrábět.*“<sup>13</sup>

<sup>10</sup> Drogy: Pravda o drogách [online]. [cit. 2017-01-08]. Dostupné z: <http://www.drogy.cz/pervitin/kap-historie-pervitinu.html>

<sup>11</sup> Drogy: Pravda o drogách [online]. [cit. 2017-01-08]. Dostupné z: <http://www.drogy.cz/pervitin/kap-historie-pervitinu.html>

<sup>12</sup> Česká televize: ČT 24 [online]. [cit. 2017-01-08]. Dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz/ct24/domaci/1305317-reporteri-ct-piko-aneb-pribeh-o-zivotni-ceste-z-pekla>

<sup>13</sup> GÖHLERT, Fr.-Christoph a Frank KÜHN. *Od návyku k závislosti: toxikomanie: drogy: účinky a terapie*. Praha: Ikar, 2001. Pro zdraví. ISBN 80-7202-950-9. Str. 16

## 1.2. Dělení drog

Různé zdroje nabízí různé varianty dělení návykových látek. Mezi oblíbená měřítka patří tzv. tvrdost, kdy drogu nazveme buď tvrdou, nebo měkkou a podle toho usuzujeme na její efektivitu. V internetové drogové poradně <sup>14</sup>, fungující pod záštitou občanského sdružení SANANIM, nalezneme žebříček psychoaktivních látek determinovaný jejich účinky na psychiku uživatele. Ke konkrétnějšímu prozkoumání možností užití, účinků a rizik u některých ze zmíněných drog poslouží tabulka č.1 (viz. Tabulka, příloha č.1).

### Rozdělení drog dle účinků na psychiku:

TLUMIVÉ LÁTKY: opioidy (heroin, buprenorfin), psychofarmaka (benzodiazepiny, barbituráty), rozpouštědla (včetně alkoholu)

PSYCHOSTIMULANCIA/ STIMULAČNÍ LÁTKY: kokain, pervitin, amfetamin, crack, extáze

HALUCINOGENY/ PSYCHADELIKA: kanabinoidy (marihuana a hašiš), LSD, lysohlávky

## 1.3. Definice základních pojmů

- **Návyková látka**

Návykovou látkou se rozumí alkohol, omamné látky, psychotropní látky, a ostatní látky způsobivé nepříznivě ovlivnit psychiku člověka nebo jeho ovládací nebo rozpoznávací schopnosti nebo sociální chování. <sup>15</sup>

- **Úzus/ abúzus/ misúzus**

*Úzus* lze formulovat jako jakousi zvyklost v užívání určité látky, jedná se ovšem o přiměřenou míru, například v užívání léčiv, nebo alkoholu. *Abúzem* už rozumíme nadužívání takových látek, v jeho klasifikaci hraje roli například nevhodnost doby užívání, jako je například těhotenství a vliv alkoholu, farmaceutických přípravků apod. na jeho průběh a plod. *Misúzus* už představuje zneužívání zmiňovaných a dalších látek, především pak

<sup>14</sup> Drogová poradna: SANANIM [online]. [cit. 2017-03-27]. Dostupné z: <http://www.drogovapordna.cz/o-drogach-obecne.html>

<sup>15</sup> zákony.kurzy.cz paragraf-130, podle §130 trestního zákona, trestní zákoník paragraf 130, paragraf 130 z.č. 40/2009 Sb., 130 trestního zákoníku, návykové a psychotropní látky

psychotropních, to vše za účelem rychlé změny aktuálního psychického a fyzického rozpoložení uživatele (Hartl, Hartlová, 2000, str. 660).

- **Intoxikace, tolerance**

*Intoxikace* (někdy také *akutní intoxikace*) je přechodný stav, jež následuje po požití psychoaktivní látky a pomíjí jejím vyloučením z těla. Taková doba je pro každou látku specifická. Mezi její příznaky patří poruchy vědomí, chování, vnímání, emotivity apod. *Tolerancí* rozumíme jev, který vzniká na základě jakési fyzické odolnosti vůči jakékoli cizí látce vpravované do lidského těla. Metabolismus uživatele jaksi zefektivní zpracování přijaté látky, a tudíž nám přestane být původní citelné množství dostačujícím. Tak dochází u uživatelů drog k neustálému zvyšování přijímaného množství, potažmo k prohlubování závislosti.

- **Abstinenční syndrom**

Tento jev pramení z abstinence na návykových látkách, kterou rozumíme zdrženlivost v jejich užívání. Jedná se o fyziologický stav způsobeným odnětím látky, na které je uživatelem vyvinuta závislost. Zpravidla je provázen psychickými i somatickými obtížemi, poruchami vědomí, chování, vnímání apod. Zvládnutí abstenčního stavu nezřídka vyžaduje odbornou péči, hospitalizaci, či farmakologickou náhražku zneužívané látky, jelikož jeho projevy mohou mnohdy ohrozit uživatele na životě. Alkoholová abstinence může být životu nebezpečně provázena tzv. deliriem tremens<sup>16</sup>, obecně však abstinující na psychoaktivních látkách vykazuje kromě psychických také fyzické symptomy jako nevolnost, nechutenství, křeče, zvracení, ale i přítomnost halucinací, sebevražedné tendence, deprese apod.

- **Craving**

Anglický výraz *craving* je nejčastěji překládán jako bažení, zjednodušeně se jedná o touhu po užití návykové látky, ale tento termín je používán například i v souvislosti s patologickým hráčstvím. Kalina a kolektiv (2008) v kapitole postihující neurobiologické pozadí závislosti hovoří o cravingu ve třech rovinách. První z nich je touha po odměňujících účincích, další je touha uniknout nepříjemným psychickým stavům, především pak během odvykání, a konečně o rovině obsesivního charakteru. Dále hodnotí bažení jako „*klíčový*

---

<sup>16</sup> Volně přeloženo jako šílenství s třesem, fatálně zasahuje 5–15 % uživatelů

*moment přesmyku užívání drogy do závislosti“*, zároveň ale uvádí, že „*relasp* (viz.níže) *se může vyskytnout i bez přítomnosti cravingu“*.<sup>17</sup> Craving se u uživatelů projevuje veskrze nepříjemnými pocity na těle i na duchu, ale i vzpomínáním na příjemně prožité chvíle, v neposlední řadě pak neutuchající chutí po požití. Jsou jim postiženi uživatelé především v počátečních stádiích abstinence, v intenzivně prožívaných životních chvílích, a to jak negativně, tak pozitivně, ale také jednoduše když je jim droga dostupná.

- **Spouštěč**

Pojem spouštěč lze snadno formulovat, jelikož se jedná o mechanismus, který nás nutí pomyslet na návykovou látku, spouští v mozku závislého potřebu požit drogu. V životě závislého, potažmo abstinenta se neustále vyskytuje nepřeborné množství takových spouštěčů, ať už se jedná o místa, na která vzpomíná v souvislosti s drogou (kluby, hospody apod.), nebo osoby, jimiž se obklopoval (staří přátelé, povětšinou narkomani, kteří se ještě ze závislosti nemuseli dostat), ale také samozřejmě negativní prožívání spojené s psychickým naladěním daného jedince. Hrozbou mohou být také fyzické projevy únavy, bolesti, nebo i nudy.

- **Relaps, laps**

V životě každého z nás se vyskytuje velké množství spouštěčů, které jsou především pak pro osoby, které se snaží abstinovat, nelehkými překážkami. Přes veškeré vynaložené úsilí je téměř nemožné se pokaždé těmto nástrahám vyhnout. Pojmem *relaps* rozumíme návrat ke zvyklostem, od kterých jsme se snažili v minulosti odpoutat, zjednodušeně porušení abstinence, které dává jedinci pocity absolutního zmaru jeho veškerého dosavadního úsilí. Z toho vyplývá, že cílem léčby závislostí nemůže být „pouze“ fyzické a psychické odpoutání se od dříve zneužívaných látek, ale vzhledem k tomu, že se spouštěči a rizikovými faktory se bude abstinents potkávat dnes a denně, musí v léčbě nacvičit efektivní zvládání těchto těžkých situací. Není ovšem pravidlem, že nezvládnutí momentální situace musí vždy ústít v návrat k původní úrovni užívání. „*Výzkum nabízí nový termín „uklouznutí“*, *angl. laps, definovaný jako samostatné porušení pravidel a osobně nastavených zásad.*“<sup>18</sup>

---

<sup>17</sup> KALINA, Kamil. Základy klinické adiktologie. Praha: Grada, 2008. Psyché (Grada). ISBN 9788024714110. Str.34

<sup>18</sup> Tamtéž str. 227

ABSTINENCE → LAPS → RELAPS

- **Substituční léčba (metadon/ subutex)**

Terapeutický postup nasazení substituční léčby funguje na principu nahrazení ohrožujícím způsobem zneužívaných látek (opiátů) za pod dohledem zpracovanou látku – lék, jehož užívání je pro uživatele z mnoha důvodů bezpečnější. Za všechny například známá koncentrace, perorální užívání, zákonná dostupnost, která nenutí uživatele k běžným, často nelegálním formám obstarávání drogy. Vykazuje delší působnost v těle a lidé, kteří nejsou připraveni ke klasické abstinenci (zatím), jsou díky substituční léčbě schopni splňovat požadavky okolního světa a reálně v něm fungovat. Mezi další výhody této náhražky patří také stálost podávané dávky, jelikož lidský organismus si na ní nevytváří toleranci, v celkovém pojetí snižuje zdravotní a sociální rizika, zlepšuje zdravotní stav závislých a napomáhá jejich psychické i fyzické rehabilitaci. Ideálně by měla vést k rozhodnutí abstinovat úplně.

Substitučními látkami užívanými k tomuto procesu jsou *metadon*, častěji jakožto tekutina, nebo *subutex*<sup>19</sup>, ve formě pilulek. Narkomanům jsou k dispozici ve specializovaných substitučních pracovištích, nebo nízkoprahových centrech a jejich dostupnost je podmíněna pravidly ukotvenými ve tzv. smlouvě mezi výdejcem a příjemcem. Mimo jiné současnou abstinencí na opioidech, což je kontrolováno testy na přítomnost toxických látek v těle klienta, ale také pravidelností docházení do místa určení a plněním léčebných cílů, například postupné snižování dávek. U obou látek se setkáváme se zneužitím, dostanou-li se na černý trh. Mnohem hůře je na tom Subutex, jež lze užívat i nitrožilně, Metadon je drogovou komunitou údajně stále chápán spíše jako pomocník než jako předmět zneužití.<sup>20</sup>

Kalina (2008, str. 157) cituje výsledky nejrůznějších studií poukazujících na fakt, že substituční léčba sortuje její absolventy trojím směrem. Třetina z nich program z různých důvodů opouští, třetina se na metadonu dlouhodobě stabilizuje a třetina je po čase schopna abstinovat bez substituce. Dále je prokazatelně snížena kriminalita, nákazovost HIV/AIDS a hepatitid, nevýhodou je ovšem její vysoká nákladnost ve srovnání s rezidenční léčbou.

<sup>19</sup> Fotografie viz. příloha č.4

<sup>20</sup> In: Wikipedia: the free encyclopedia [online]. San Francisco (CA): Wikimedia Foundation, 2001- [cit. 2017-03-27]. Dostupné z: <https://cs.wikipedia.org/wiki/Metadon>

## 2. Drogová závislost

Drogy patří k civilizaci od nepaměti, ačkoli jejich rozšíření je spojeno až s industrializací na konci 19. století. V dávných dobách lidé ovšem také užívali omamné látky ke změně stavu vědomí, k lepšímu, nebo naopak žádnému spánku, k vyvolání příjemných stavů a halucinací, či k léčení. „*Rozšíření drog má na svědomí také vzkvétající farmaceutický a chemický trh ve spojitosti s mezinárodním obchodem.*“ (Muhlpachr, 2001, str.16)

Světová zdravotnická organizace (The World Health organization) uvádí: Drogová závislost je charakterizována jako chronická choroba s mnoha relapsy. Substituční metadonová nebo buprenorfinová léčba (subutex) zlepšuje zdraví a sociální vzezření osob závislých na opiátech, snižuje užívání ilegálních drog a kriminalitu. Statistiky ukazují, že investice do prevence se velmi vyplácí: každý dolar vložený do léčby narkomanů ušetří sedm dolarů na zdravotních a sociálních poplatcích.<sup>21</sup>

Mgr. Aleš Kuda, psychoterapeut a adiktolog mi v rozhovoru z roku 2015 na otázku jaké jsou podle něho nejčastější příčiny úniku do závislostí, se kterými se u klientů ve své dlouholeté praxi setkal, odpověděl. „*Problém závislosti nelze generalizovat jen na nějaké příčiny. Obecně se v posledních desetiletích přijímá bio-psycho-sociální model závislosti. V posledních letech se k tomu přidává ještě čtvrtý rozměr, a to je spiritualita. Na každém zmíněném pólu lze hledat tzv. rizikové faktory. Existují však i faktory protektivní. Ve výsledku jde o to, které faktory převáží. Nelze vnímat jednotlivé faktory izolovaně jako příčiny závislosti. Osobně po letech praxe vnímám závislost jako jeden z možných symptomů nerovnováhy. Každý symptom má svá specifika a konsekvence. Obecně bych závislost či problémové užívání drog definoval jako maladaptivní způsob vyrovnání se s nároky života (velmi zjednodušeně).*“<sup>22</sup>

### 2.1. Prevence drogové závislosti

Prevence jako taková vždy pracuje s faktory, které nás v určitém směru ohrožují. Ty se snaží eliminovat, a takové, které nás chrání naopak podporuje v efektivnosti. V literatuře se můžeme setkat s názvy rizikové a protektivní faktory, tedy ohrožující a ochranné. Nacházení s nimi je podstatou prevence, kterou můžeme klasicky členit na primární,

<sup>21</sup> Přeloženo z <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/illicit-drugs/data-and-statistics>

<sup>22</sup> Empirická část ročníkové práce na téma Bio-psycho-sociální pojetí závislostí, Praha 2015, Natálie Kubištová

sekundární a terciární. Primární prevencí se rozumí snaha izolovat daného jedince nebo skupinu od nežádoucích jevů, nebo alespoň přimět tyto osoby k maximální informovanosti o dané činnosti, látce, riziku apod. Neexistuje stoprocentní ochrana před hrozbou závislosti, nebo stoprocentní předurčenost k ní. Závislým se může stát každý člověk, neboť se nejedná o osud, který k závislosti vede, ale v jisté míře o sled životních událostí a o osobnostní charakteristiky, které právě hrají hlavní roli v tom, jak se ke skutečnostem postavíme. U některých znaků lze pak říci, že jsou pro člověka v otázce rizika závislosti protektivní, nebo naopak ohrožující.

Kalina a kolektiv (2003) vymezuje cíl primární prevence na poukázání mladým lidem, že život v závislosti není normální, byť se to tak může v moderní době zdát. Ta nám nabízí náhled na život, kde je užívání návykových látek zcela běžné a tento obraz společnosti je vesměs nekriticky přijímán a šířen i světem médií. Společnost tedy život v závislosti akceptuje jakožto vcelku běžný životní styl, ačkoli je to spíše zdravý životní styl, který by měl být atraktivní pro naši populaci, především pak pro mladou generaci. Média, jakožto nepostradatelný a v dnešní době nezastupitelný zdroj informací, by tedy měla více stavět do popředí inspirující osobnosti, takové, které jsou schopny předat pozitivní poselství, motivovat. Lidé, jako jsou sportovci, aktéři kulturního dění, nebo politici svojí profesí nesou velký potenciál k apelování na společnost a jejímu pozitivnímu posunu vpřed ve věci životního stylu. Žádné formální prohlášení nemůže takové vyhlídky naplnit.

Primární prevence počítá s tím, že dosud nedošlo k poruše zdraví<sup>23</sup>. Na rozdíl od toho sekundární prevence již pracuje s poškozením organismu a snaží se především demotivovat od užívání toxických látek, terciární prevence má za úkol snížit dopady jejich užívání, a to jak po stránce fyzické, tak i psychické a sociální. Toto zaměření se společně s protidrogovou politikou dále zužuje na snižování poptávky po drogách. Protidrogová politika se aktivně účastní na snižování nabídky, úkolem primární prevence je omezení poptávky. Tak lze učinit například zvýšenou nabídkou lákavých volnočasových aktivit, již zmiňovaným zviditelňováním zdravého životního stylu, života bez drog. Provádí se to různými prostředky na poli psychologie, pedagogiky, sociologie, reklamy, marketingu apod., paradoxně nejmenší dopad má podle Kaliny (2003) působnost medicínské oblasti. Lékaři jsou samozřejmě nepostradatelnou součástí vytváření konceptů protidrogové výchovy, ale jejich viditelná působnost nenabírá na efektivitě například tak, jako pedagogické postupy, nebo postupy v médiích.

---

<sup>23</sup> Definice World Health Organization: „Zdraví je stav tělesné, duševní a sociální pohody, nikoli pouze nepřítomnosti nemoci nebo vady.“ (<http://www.who.cz/>)

Pilířem primární prevence je tzv. Drogové uvědomění<sup>24</sup>. Kalina (2003) tvrdí, že se jedná o podobný smysl, který má právní, nebo ekologické vědomí s důrazem kladeným na schopnost každodenního uplatnění. „V primární prevenci zneužívání drog je základní osnovou tzv. KAB model<sup>25</sup>. Primární prevence by se měla zaměřit na všechny tyto komponenty, přičemž platí, že pouhé poskytování informací je neúčinné a vlastně se za prevenci nedá pokládat. Cílem protidrogové prevence je tedy nejen zvýšit kvantitu informací, které cílová populace o drogách má, ale zejména:

- Pomoci člověku aby si problém drog uvědomil jako „něco, co se ho týká“
- Poskytnout mu přehled poznatků, přispět k jejich osvojení a orientaci v nejdůležitějších z nich
- Umožnit mu výběr vlastního postoje
- Pomoci mu v tom, aby si nevybral rizikovou životní kariéru závislou na drogovém trhu (tj. ani kariéru zákazníka, ani kariéru aktéra na straně nabídky, či kombinaci obou)
- Poskytnout mu podporu v tom, aby tento jeho postoj a přesvědčení byl dostatečně pevný, zakotvil se v jeho hodnotovém systému, působil na jeho chování a měl tak pozitivní vliv na ostatní<sup>26</sup>

Upustíme-li od všeobecné informovanosti v oblasti drogové problematiky, která skutečně hraje klíčovou roli v boji proti závislostem, primární prevencí je bezpochyby i zdravé formování osobnosti dítěte potažmo celoživotní sebekoučink každého z nás. Především rodinné prostředí, slovy Pavla Hiraxe Baričáka „největší možný svět nepochopení“, nás modeluje nejvýrazněji. Proto je důležité z pozice rodiče či vychovatele dbát nepsaných i psaných pravidel vedoucích správným směrem ve výchově. Potomek opouštějící rodinné zázemí se schopností budovat svůj život na základě priorit, zdravého sebevědomí, za podpory nejbližších a umění řešit vyvstalé situace, byť jsou sebekomplikovanější, vykračuje do života s jakýmsi ochranným štítem, ne zcela vystaven každé nástraze, dobře vybavený k odolávání negativním vlivům.

<sup>24</sup> V anglické literatuře „drug awareness“

<sup>25</sup> Knowledge, Attitudes, Behaviour – poznatky, postoje, chování

<sup>26</sup> KALINA, Kamil. Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-05-6. Str. 276- 277

Pod názvem sekundární prevence si lze představit léčbu jako takovou. V nejlepším případě vedoucí ke stoprocentní abstinenci, nebo alespoň k tzv. *kontrolovanému užívání*. Mudr. Jakub Minařík se v odpovědích na dotazy online drogové poradny, které jsou shromážděny ve sborník Kolektivu autorů (2007), často konfrontuje s dotazy ohledně kontrolovaného užívání drog a lze vyzorovat, že se nejedná o standardní doporučení odborníků, neboť je to jen velmi stěží zvladatelný postoj zaujímaný k drogám. Druhotná prevence má svoji spojitost i s výše zmiňovanou substituční opiátovou léčbou, která nesporně skýtá mnohé výhody, dále také s podporujícími službami rodinným příslušníkům narkomana a jinak zasaženým. Kalina (2008, str.20) nabízí výčet faktů, jež tvoří náplň sekundární prevence, mezi nimi především zastavení se nad vzniklou situací a pochopení v celé její celistvosti následné převzetí zodpovědnosti za svůj vlastní život a opětovné hledání jeho smyslu. V tomto nově nabytém rozpoložení se dále musí věnovat pátrání po nástrojích k upevňování hodnot, posílení abstinence a udržování sebe samotného v dobrém duchu.

Třetí pilíř, terciární prevence se zaměřuje na pomoc při řešení problémů vyvstalých na sociální úrovni. V jednoduchosti se tedy jedná o sociální resocializaci a rehabilitaci osob, které buď již abstínují úplně, nebo díky substituční léčbě dále neužívají nelegální látky. Své poslání nachází ovšem i u klientů, kteří doposud nejsou rozhodnuti vydat se cestou neuzívání, těm je nápomocna na úrovni největšího možného snižování poškození, známějším pod anglickým termínem *harm reduction*. Kalina (2008, str.99) tento pojem definuje jako výplod původního přístupu nazývaného *public health*, jehož cílem byla zvýšená ochrana populace před přenosem závažných infekčních chorob, kterými jsou HIV/AIDS, tuberkulóza, hepatitida typu B a C apod. *Harm reduction* přístup pouze zužuje cílovou kategorii výhradně na uživatele drog. Svými propracovanými metodami a programy pracují na minimalizaci škod u uživatelů. Péče je zajištěna kupříkladu prostřednictvím nízkoprahových a krizových center, činností streetworkerů, léčebných ambulancí apod., které nám, mimo jiné, nabízí zdravotnický sterilní materiál potřebný k aplikaci formou výměnných programů. Díky tomu se snižují zmíněná rizika přenosu infekčních chorob, potažmo minimalizují případné újmy na zdraví narkomanů.

Kalina (2008, str.100) ještě upřesňuje, že programy *harm reduction* jsou založeny na několika zásadních pilířích, mají svůj kodex, a tedy:

## HARM REDUCTION

- Se vyhýbá zhoršování poškození způsobeného užíváním drogy
- Zachází s uživateli drog s důstojností a jako s lidskými bytostmi
- Maximalizuje možnosti intervence
- Je založen na upřednostňování dosažitelných cílů
- Je neutrální k legalizaci nebo dekriminlizaci
- Je jasně odlišený od války proti drogám

Vzhledem k některým vymezeným bodům daného kodexu bývá tento princip podroben kritice. Nejčastějšími výroky odpůrců jsou:

1. **„nefunguje“** Tato teze hovořila o tom, že výměny jehel pouze udržují uživatele v závislosti, brání nástupu do léčby a v ulicích bude k nalezení mnohem více toxického materiálu, než doposud. Výzkumy byla ovšem jednoznačně vyvrácena.

2. **„udržuje uživatele ve slepé uličce“** Jedná se o spojitost se substituční léčbou, na kterou kritika někdy pohlíží jako na možnost užívání pozbývající motivaci. Studie však potvrdili, že metadonová/ subutexová terapie má znatelně vyšší funkčnost nežli detoxifikace a placebo léčba, a navíc snižuje množství infekčně nakažených uživatelů, potažmo jejich úmrtnost.

3. **„podporuje užívání drog“** Pod tímto názorem se skrývá pocit, že *harm reduction* podkopává základy primární prevence, jelikož ukazuje drogovou závislost v bezpečném světle. Zastánci principu snižování rizik nikdy nehovoří o tom, že drogy se dají užívat absolutně bezpečně, čímž tezi zpochybňují.

4. **„je trojský kůň pro reformu drogové legislativy“** Byť principiálně zastává neutralitu vůči legalizaci a dekriminlizaci, někteří zastánci vidí prosperitu i v úpravě legislativy směrem k zákonnému užívání drog, což je pochopitelně terčem diskusí a kritiky. Výroky o neutralitě přesto zůstávají v popředí celé idey a chrání tak osoby podporující *harm reduction*.

## 2.2. Varovná znamení a kritéria závislosti

Zcela přirozeně, jako je tomu nejen v otázce závislosti, si do jisté zlomové chvíle lidé říkají, že jim se to přihodit nemůže, závislost se nemůže týkat jejich dítěte, nebo jich samotných. Hajný (2001) zmiňuje jev, který lze pojmenovat slepotou. Rodiče dětí zasažených závislostí jakoby zavírají oči před celou záležitostí, byť je přítomnost závislosti

objektivním okem již celkem snadno pozorovatelná. Jistá podobnost lze vyvodit z kazuistik v knize Bedřicha Čermáka (2015), kde mladí lidé vypovídají o svých životních peripetiích na cestě s drogou. V mnohých lze dedukovat, že rodiny postižené závislostí jednoho z členů skutečně do poslední chvíle nevidí/ přehlížejí, že něco není v pořádku. Roli zde kromě viditelných fyzických i psychických změn narkomana mnohdy hrají události jako krádeže, zásahy policie apod. Stále se ovšem nemusí jednat o dostatečný budíček pro rodinné příslušníky, kteří se nechtějí podívat pravdě do očí.

Lze vyzpozorovat jistá napovídající znamení, která však nemusí ve všech případech znamenat, že člověk právě propadá závislosti. Některé symptomy mohou být snadno zaměnitelné s obyčejným dospíváním a tím ruku v ruce s jistým stupněm deprese, kterou každý mladý člověk v honu za nalezením sebe sama občas prožívá. Ať tak, či onak, každý symptom stojí za zvážení a upoutání větší pozornosti směrem k postiženému. S větší jistotou můžeme usuzovat na rozeznávání účinků jednotlivých drog, za předpokladu, že jsme o nich patričně informovaní. Přítomnost drog v těle lze laicky potvrdit například na základě zhoršené koordinace pohybů, kontrolou stavu zorniček, které mají tendenci se buďto nepřirozeně zvětšovat, či zmenšovat, zvýšené impulzivity celého organismu, nebo naopak apatie, na těle narkomana ranek po aplikaci, zápachu apod. Poslední zmiňovaná vodítka nejsou z těch, na která by se měli pozorující upínat. Člověk, který drogy užívá totiž zajisté nechce, aby se o tom kdokoli dozvěděl – natož pak rodina, takže je schopen tyto projevy velmi dobře maskovat. Všeříkajícím objevem by mohl být nález drog, či náčiní k jejich užívání v osobních věcech dané osoby, v takovém případě je podle Hajného (2001) na místě nenechat se ukolébat výmluvami (o tom, že „*to není moje, schoval si to u mě kamarád*“ apod.) a projednat danou situaci s odborníky, jelikož se v každém případě jedná o velmi závažnou situaci.

Kromě výše zmiňovaných indicií pro oprávněné podezření na závislost zde určitě velkou roli hraje životní styl jedince, a především pak jeho prudké změny (jiní přátelé, image apod.), netypické reakce na situace (dříve hodné dítě se začne hádat, stranění se ostatních, nebo naopak náhlá potřeba zářit), zhoršení školního prospěchu, snadná ztráta zájmu a vůle, častá vyčerpanost, únava, izolace od rodiny, lhaní a v neposlední řadě ztrácející se věci v domácnosti (léky, alkohol, peníze, cenné věci apod.). Výskyt některého ze zmíněných symptomů nemusí ihned znamenat, že je daná osoba ve velkém ohrožení, za zpozornění ovšem rozhodně stojí, když se jedná o výskyt četný, a ne pouze samostatný.

Jak již bylo zmiňováno, příčiny vzniku závislosti nelze bagatelizovat a jmenovat některou z vyskytujících se jako majoritní. Bylo by to velmi zjednodušující a nepravdivé,

neboť každého člověka závislého na drogách k nim přivedlo něco trochu jiného. Vliv na takovou motivaci mají fyzické a psychické dispozice jedince, prostředí, ve kterém se ocitá, či ocitá, takže sociální okolí, ale také jeho zkušenosti, zážitky nebo i zdraví. Sananim ve svém sborníku Otázek a odpovědí (2007) shrnuje, že mnoho závislých by se mohlo droze vyhnout, byla-li by zvolena vhodná medikace, namísto té vlastní. Sumarizací by mohla být citace jednoho z přispívajících, která celý problém vystihuje: „*Lidé, kteří berou drogy, jsou lidé, kteří často mají primárně jiné potíže, než jsou drogy*“.<sup>27</sup>

Prvotním a základním znakem závislosti je velká touha po užití látky a patřičně snížená kontrolovatelnost této touhy. Kalina (2008) popisuje, že droga nahrazuje postupně veškeré obvyčejné zdroje odměny, z hlediska neurobiologie dochází k tělesným změnám, tak vzniká kromě psychické závislosti také fyzická. V návaznosti na toto dělení lze hovořit o jakémisi obecném mínění, kdy mají lidé pocit, že stačí mít „*jen pevnou vůli poté, co odezní absták*“.<sup>28</sup> Sananim tvrdí, že se nejedná pouze o postoj veřejnosti, ale i samotných uživatelů a že se jedná o klamnou domněnku (viz. Odvykání).

Pro potvrzení závislosti, případně vyhodnocení její závažnosti je nutné porovnat situaci jedince s několika možnými symptomy a pokud se skutečnost v posledních 12 měsících shoduje alespoň se třemi z nich, diagnóza je stvrzena. K vyhodnocení lze použít dotazník<sup>28</sup>. Seznam příznaků ze sborníku Otázek a odpovědí Sananim (2007) obsahuje:

- Silnou touhu a nutkání užívat látku
- Potíže při kontrole jejího užívání
- Užívání látky k odstranění tělesných odvykacích příznaků
- Průkaz tolerance (potřeba vyšších dávek drogy k dosažení očekávaného stavu)
- Zanedbávání jiných zájmů a potěšení než užívání drogy
- Pokračování užívání i přes jasný důkaz škodlivých následků užívání (depresivní stavy, nákaza virovou žloutenkou při injekční aplikaci, cirhóza jater při užívání alkoholu apod.)

### 2.3. Stadia užívání návykových látek

Vymezení fází látkové závislosti nalezneme nejen v literatuře mnoho. Nejjednodušším je čtyřfázové dělení podle Arterburna a Burnse (1995, str.48-49), jehož přímka vypadá asi takto:

<sup>27</sup> Drogy: otázky a odpovědi : [příručka pro rodinné příslušníky a pomáhající profese]. Praha: Portál, 2007. Rádcí pro zdraví. ISBN 978-80-7367-223-2. Str. 19

<sup>28</sup> Viz. příloha č.3 v Seznamu příloh

**První pokusy → Pravidelnější užívání → Každodenní touha po droze → Závislost**

Autoři studijního materiálu pro 1. lékařskou fakultu Univerzity Karlovy – katedru Adiktologie – Zábranský a Mravčík (2012, slide č.7,8) rozdělili stádia závislosti na drogách do pěti bodů:

1. **Příležitostně – experimentální**

Sporadické užívání, ne více než 5x za život, ve výjimečných situacích, nejčastěji konopné drogy

2. **Rekreační**

Mírně časté, jedinec nekupuje drogy přímo, ale neodmítá jejich nabídku, užívá je na večírcích či při jiných společenských a oddechových příležitostech

3. **Příležitostné**

Častější, jedinec sám nakupuje drogy, které užívá za určitých situací, při určité příležitosti (pro povzbuzení, aby se vyrovnal s obtížemi, aby získal odvalu apod.)

4. **Intenzivní (problémové)**

Velice časté, jedinec má stále menší kontrolu nad drogou, užívá ji při stále obvyklejších příležitostech, až se dostane ke každodennímu užívání, stále si udržuje iluzi, že je schopen kontrolovat své jednání

5. **Nucené (závislostní)**

Nezbytné a nucené užívání drog, denně nebo i vícekrát za den, jedinec je neschopen být bez drogy, která mu pokrývá všechny potřeby, je nucen ve stále rostoucí míře riskovat, aby si byl schopen zajistit drogu nebo peníze k jejímu nákupu, není schopen se z návyku vymanit bez intenzivní cizí pomoci<sup>29</sup>

Dalším sestaveným žebříčkem stádií v prezentaci od Zábranského a Mravčíka (2012) je čtyřbodové seřazení podle MUDr. Stanislava Kudrle z roku 1998.

1. **Experiment**

Experimentátor bere drogy s druhými, jen pokud je mu nabídnuto, poznává euforické zážitky. Zdraví není narušeno, pracovní způsobilost a výkonnost rovněž ne. Tento druh abúzu neovlivňuje ani finance dotyčného. V emocionální sféře převažuje zvědavost

<sup>29</sup> Prezentace dostupná na <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/download/4659/02-Epidemiologie-uzivani-navykovych-latek-adi-dist-2011-pdf>.

## 2. *Stádium aktivního vyhledávání*

V této fázi se uživatel drog sdružuje s ostatními uživateli, vyděluje se od původního okruhu lidí. Vytváří si vlastní zdroje a zásoby drog, dělí se s druhými, kteří berou s ním. Zdraví je většinou nenarušeno, dostavují se první „dojezdy“ a „kocoviny“. Pracovní aktivita je někdy tímto dotčena, utrací již peníze za drogy. Na pocitové úrovni vyhledává slast, prožívá však již i *dysforie*<sup>30</sup>.

## 3. *Stádium zaujetí drogou*

Spotřeba drog narůstá, s tím i utracené peníze za drogy, distancuje se od původního prostředí, mění své postoje. Objevují se poruchy výživy, spánku. Na pracovišti podává horší výkony, mívá výpadky, vypadá neupraveně, mění svůj vzhled, distancuje se od druhých. Utrácí nadměrné částky za drogy, zadlužuje se. Na pocitové úrovni jsou častá střídání nálad, pokusy kontrolovat situaci a nepříjemné stavy.

## 4. *Stádium závislosti*

Všichni přátelé berou drogy, lže, krade, prodává drogy, vypůjčuje si peníze. Bere často sám a již vysoké dávky. Zdraví je narušeno mnohočetnými fyzickými i duševními problémy, mívá neupravený zevnějšek. Ztrácí práci, má výrazné finanční problémy. Bere, aby se cítil normálně, překonává pocity viny, je plně zaujat drogami.

---

<sup>30</sup> Stav úzkosti, opak euforie

### 3. Aspekty vzniku a rozvoje drogové závislosti

Se závislostí jako takovou se lidský organismus konfrontuje již od prvních chvil života. Od prvopočátku bytí, za něž považujeme početí, jsme jako zárodek naprosto závislí na těle matky, bez něhož bychom nebyli schopni se rozvinout. Pomineme-li tuto důležitou část života, kterou trávíme v mateřském lůně, ihned po narození se naskýtá nespočet dalších faktorů, na nichž jsme závislí. Kromě dostatečné a citlivé péče blízké osoby, bez které bychom jednoduše nepřežili, jsou to i okolnosti, které nelze ovlivnit. Je to potřeba dýchání, potažmo závislost na vzduchu nebo i vodě atp. Teprve v průběhu let pomalu dochází k přerodu v nezávislého jedince, byť jsme po sociální a spirituální stránce neustále k někomu/ něčemu vázáni.

Drogová závislost lze pojmout ze čtyř stran buď jednotlivě, nebo přihlédnutím k jejich různým kombinacím. Jedná se o biologické, psychologické, sociální a spirituální pojetí, jež se také v současnosti stává uznávanou teorií vzniku závislosti. Nezřídka se objevuje výskyt více faktorů najednou, byť se skutečně může jednat například o vznik závislosti čistě na psychologickém základě daného jedince.

Docent Kalina (Kalina a kolektiv, 2008) hovoří o kořenech závislosti, které lze odhalit v životních dilematech. Říká, že svět plný protikladů, ve kterém žijeme, a tím můžeme chápat protiklady jako zrození a smrt, světlo a tma, dobro a zlo, je právě zdrojem neklidu, tužeb, potřeby hledat, což vytváří dynamiku vývoje a života samotného.<sup>31</sup> Příkladem uvádí několik lidských objektů hledání a těmi jsou: „*potřeba vyhnout se bolesti, či nalézt zklidnění, ulevit si od bolesti fyzické i duševní na individuální či na kolektivní úrovni. Patří sem i bolest z prožívané nudy, z neuspokojení, bolest z pocitu odlišnosti od druhých, z nízkého sebehodnocení,*“ ale také potřeba „*cítit se energický, výkonný, kompetentní, bezproblémový, zbavit se vnitřních zábran, dosáhnout euforie a radosti,*“ a v neposlední řadě „*potřeba transcendence utrpení v zážitku splynutí, sebepřekročení, jednoty se sebou samým a s druhými, jednoty s Bohem a podobně.*“<sup>32</sup>

Osoby, které v životě řeší zrovna tyto otázky, mohou najít uspokojení právě v návykových látkách. Konkrétní drogy, jako jsou například opioidy, stimulancia a psychedelika<sup>33</sup> tyto prožitky umocňují a svým způsobem v některých případech nabízejí

<sup>31</sup> KALINA, Kamil. Základy klinické adiktologie. Praha: Grada, 2008. Psyché (Grada). ISBN 9788024714110.

<sup>32</sup> KALINA, Kamil. Základy klinické adiktologie. Praha: Grada, 2008. Psyché (Grada). ISBN 9788024714110. Str. 18

<sup>33</sup> Opioidy tlumí bolest, stimulancia přinášejí pocitu slasti a euforie a psychedelika zjevují obrazy z nejhlubších rovin psychiky (Kalina, 2008)

přímé řešení takových potřeb. Lidé se uchylují k užívání drog, protože chtějí ve svém životě něco změnit. Chtějí si ulevit od těžkostí, se kterými se v životě setkávají, uniknout tak trochu realitě a odpočinout si od denních strastí. Chtějí ale často také pouze zahnat nudu a ruku v ruce s tím například zažít něco neobvyklého, experimentovat, objevovat různé dimenze vědomí a bytí. Obětí závislosti se ale může stát i jedinec, který chce jednoduše zapadnout do kolektivu s obyčejným úmyslem najít své místo v životě. Drogy se na první pohled zdají být vhodným a snadným řešením, ale záhy vzniká z jejich užívání velký problém. Každý člověk by měl tedy především dobře vědět, co to drogy jsou a jaké efekty má jejich užívání a nevytvářet si o nich falešné iluze. Měli bychom se naučit a snažit odhalovat situace, které vyjadřují riziko a ohrožují nás únikem do závislosti. Pokud se tak již stalo, pak bychom měli přesně pochopit, proč jsme po návykových látkách sáhli. Otázka dobré informovanosti a určité obranyschopnosti se ve značné míře týká rodičů a jejich dětí. Primární prevence zde zaujímá vysokou hodnotu a možnost v uchránění celého rodinného kruhu před dopady závislosti.

### 3.1. Biologické aspekty

Je známe, že genetická informace přenesená z rodiče na plod může předurčit závislost. Děje se tak velmi znatelně například u matek alkoholiček, jejichž potomci jsou ihned po narození postihnuti Fetálním alkoholovým syndromem (FAS)<sup>34</sup>. Uživatelé nealkoholových drog velmi podobně vystavují své děti riziku závislosti. Arterburn a Burns (2001) ve své studii uvádějí, že až 50 % pacientů většiny protialkoholních/ protidrogových léčeben má alespoň jednoho z rodičů alkoholika/ narkomana. Pokud jsou závislí oba rodiče, vzniká tak enormní riziko abúzu návykových látek i u jejich dětí.

Protektivními faktory v otázce biologických předpokladů závislosti mohou být vcelku jednoduché záležitosti, jako jsou například: zdravý životní styl ve smyslu přiměřené péče o vlastní tělo, pohyb a fyzická aktivita, vhodná vyvážená strava aj. Na pozoru bychom se měli mít před nemocemi, úrazy a hendikepy, případně je vhodně léčit, rehabilitovat, kompenzovat. Nejenže tak dbáme o harmonický duševní stav a dobrý pocit ze sebe sama, ale vyhýbáme se tak například nudě, která je všeobecně zmiňovaná mezi spouštěči závislostního chování jako jeden z prvních. Co se týče prevence, nebo důležitosti vhodného zaléčení, mohu zde uvést několik malých příkladů z vlastní zkušenosti, kterou jsem nabyla stážemi na odděleních Psychiatrické nemocnice v Bohnicích. Zde jsem se setkala s mnoha

---

<sup>34</sup> FAS postihuje děti narozené matkám, které nadužívaly alkohol v průběhu těhotenství, vykazuje rovinu poškození CNS, retardaci růstu a mnohé obličejové malformace.

lidmi léčícími se nejen s psychickým onemocněním či závislostním chováním, ale ve velké míře také léčícími se z kombinace obou zmíněných fenoménů. Tyto případy jsou označovány jako duální diagnóza, jedná se o duševně nemocné pacienty v návyku. Velmi snadno dochází k uchýlení se původně psychiatrického pacienta k droze a naopak. U osob nadužívajících návykové látky snáze propukají psychiatrické obtíže a předpoklady k nemocím se dostávají na povrch (např. schizofrenie, toxická psychóza, agresivita atp.).

Je tedy velmi důležité důkladně zmapovat a zhodnotit klientovu anamnézu právě ke zjištění prodělaných nemocí, nebo úrazů. Například zánět mozkových blan, nebo úrazy hlavy a jiná těžká prodělaná poranění mohla vypovídat o pozdějším poškození organismu nejen psychického rázu, ale také právě vyústění v závislost. Pro představu si lze zcela fiktivně představit osud sportovce zasaženého zraněním, které se komplikovaně léčí, rehabilitace neprobíhá standardně, a tudíž se pomalu dostávají pocity ztráty cíle, které mohou ústít v braní. Podobné dopady může mít nevhodná terapie člověka trpícího nespavostí, poruchami příjmu potravy. Zde je na místě poukázat na účinky různých drog, a především na jejich historii, kdy byly v mnoha případech používány mylně výhradně k léčbě podobných potíží (viz. heroin, Laudanum atp.).

### **3.2. Psychologické aspekty**

Z psychologického hlediska lze pohlédnout na inteligenci, jako na jeden ze stěžejních faktorů vzniku závislosti. Můžeme usuzovat, že inteligence, jako dispozice pro myšlení, učení a schopnost adaptace je předpokladem k vedení méně komplikovaného života. Obecně lze soudit, že inteligentní člověk si bude v životě věnovat adekvátní péči a snáze se vypořádá se strastmi. Jednotlivé analytické směry ale hovoří o závislosti z pohledu psychologie například jako o způsobu uvolnění tenze a pomocníku v těžkých chvílích. Velkou roli v otázce psychologie osobnosti zde tedy sehrává frustrační tolerance, díky které jsme jako lidé odolnější vnějším tlakům a stresovým situacím. Míra frustrační tolerance každého z nás je úměrná určité obranyschopnosti, můžeme tedy dedukovat, že právě svým způsobem slabí lidé častěji upadají do závislostí. Droga pro ně představuje snadný a poněkud příjemný útěk od denních starostí a těžko si připouštějí, jak fatální následky jejich užívání skýtá. Kupříkladu mentálně retardovaní jedinci jsou tedy navzdory péči, která jim je věnována, taktéž ohroženi závislostí a snazšímu úniku k patologickému chování, zvláště pak, je-li jim nezbytná péče z nějakých důvodů odepřena. Stejně tak u jedinců, kteří se v životě potýkají s psychiatrickým onemocněním (jako jsou deprese, schizofrenie, bipolární porucha apod.) je nasnadě dbát větší opatrnosti a co možná nejvíce je šetřit životním krizím a problémům, je-

li to v našich silách. Stačí ovšem, když je psychika jedince pouze o něco méně stabilní a sám může pocítit, že i ne ty nejtěžší životní situace zvládá obtížně.

Obrátíme-li pozornost opět směrem k zamezení takového chování nejen u relativně zdravého člověka, je důležité pěstovat v sobě pevné hranice pro život. Vyvíjet si přiměřenou zvědavost po prožitcích, ubránit se tak nudě a být vstřícní vůči svým potřebám a zájmům. Zaměříme-li se na mezilidské vztahy, které jsou bezesporu velmi často zdrojem různých nepochopení a strastí, je nezbytné o ně pečovat, ale v jejich intimitě být zároveň otevření, asertivní a schopní řešit nastalé situace, včetně těch konfliktních. Lidská psychika je stále v rámci možností pouze stroze probádaná oblast, navíc velmi zranitelná, není tedy divu, že si v některých případech jednoduše neumíme vysvětlit, proč se právě ten, či onen člověk dostal do návyku.

### **3.3. Sociální aspekty**

Faktory vzniku závislosti pramenící ze sociálních oblastí naší tvoří velmi početnou a významnou odnož. Lze ji jednoduše rozdělit na primární a sekundární sociální větve, tedy na rodinu a další komunity, kterých jsme součástí, a dále na ty, které nás obklopují – tedy vrstevníci, spolužáci, kolegové apod. Rodina se jakožto základní stavební jednotka naší společnosti mimo jiné vyznačuje výskytem kombinací mnoha rizikových faktorů ke vzniku závislosti. Je nutné v první řadě zmínit genetiku ve smyslu biologického pojetí. Postihnout psychologické pojetí by se dalo v souvislost s jakýmsi uvedením a usměrňováním života dítěte. Rodina má rozhodně za úkol své potomky správně směřovat, pěstovat v nich to nejlepší a podporovat je v samostatnosti, která je nezbytná k pozdějšímu zvládnutí vlastní existence. Jednou z nejdůležitějších funkcí rodiny je navození pocitu bezpečí a jistoty, který si potomek žádá nejen v období dospívání, ale prakticky celý život. Člověk právě v rodině nabývá pocit, že je něčeho neodmyslitelnou součástí a že tam bezvýhradně patří. Citová opora a láska našich bližních je bezesporu jedním z nejsilnějších hnacích motorů a kdo je v životě z jakýchkoli důvodů o tuto prioritu ochuzen, ten bezpochyby velmi strádá a trpí. Velkou hodnotu zde ale také zastává nejen dobrá výchova, ale i určitá míra informovanosti a odvahy rodičů bavit se s potomky i o takto nežádoucích jevech, byť mohou být přesvědčeni, že jejich rodiny se to z jakéhokoli důvodu netýká. Hrozba závislosti, a to nejen drogové, se týká každého z nás, včetně členů funkčních, zaopatřených a dobrých rodin. Arterburn a Burns (2001) popisují propastné situace, které se mohou udát v rodinách a směřovat tak její členy špatným směrem. Ani dětem se v životě nevyhýbají situace, jako jsou úmrtí v rodinách, nemoci, rozvody rodičů, rozepře a nepěkné vztahy uvnitř rodinného kruhu.

Tedy i dětem, stejně jako dospělým, mohou drogy sloužit k umrtvení bolesti. V takových situacích lze vnitřní boj, který svádí dítě, snadno rodičem přehlédnout, neboť ten svádí neméně těžký boj svůj.

V rodině se učíme i základy sociálního chování. Vycházíme z ní „do světa“, kde se na nás v přehršli mezilidských vztahů valí kromě pozitiv také negativa, se kterými je nutné se popasovat. Právě ze vzorců, které jsme si teoreticky zvnitřnili v rodinném prostředí, bychom teď měli vycházet při řešení obtížných situací čekajících vně kruhu. V této otázce také hrají obrovskou roli subjektivní skutečnosti, jakými jsou bezesporu sociální potřebnost, náboženská, rasová a etnická příslušnost a jiné odlišnosti od majoritní společnosti. Stěžejní je tedy nejen to, s jakým obrazem o společnosti vycházíme z rodin, ale posléze také nabytí určitého pro-sociálního citění, například skrze dobročinnost, dobrovolnost, péči o druhé (Kalina a kolektiv, 2008).

Na každou osobu je ze společnosti vyvíjen tlak, vyvoláván pocit, že musíme někam patřit, někomu se zalíbit nebo alespoň přiblížit. Toto by mohlo být nejožehavějším tématem adolescentů, jejichž život je v tomto stádiu vývoje opředen vesměs pouze takovými otázkami. Najít vlastní identitu a ztotožnit se se sebou samým bývá samo o sobě nelehké, proto zde vzrůstá riziko vydání se „špatným směrem“. Řeč může být i o nejrůznějších subkulturách, které jednotlivě nezřídka holdují užívání návykových látek (pro příklad hnutí Hippie ze 70. let, aneb „Květinové děti“ užívající marihuanu aj. jako prostředek k navození absolutní pohody, rozvolnění osobních hranic, potažmo nezávazným sexuálním hrátkám apod.). Ve skupinách, jako jsou tyto, může najít svoje útočiště každý, a to celkem bez námahy. Stačí kupříkladu změnit image, přijmout názory dané ideologie a rázem se stáváte členem celku, což je pro nejistého adolescenta cílem.

Je tedy samozřejmé, že rodiče by se v únosné míře měli starat a informovat o tom, jak se jejich potomkovi vede na poli sociálních vztahů a mít určitý přehled s kým se přátelí, jak tráví volný čas. Riziko, že mladý člověk udělá pro udržení se ve hře prakticky cokoli a bezmyšlenkovitě (natož pak, že se „jen“ napije, nebo si zakouří marihuanu) je téměř nevyhnutelné. Tomuto člověku lze ale pomoci ve vypěstování silného já, zdravě hrdého vědomí sebe sama, který na základě sebeúcty nemusí podlehnout vlivu někoho dominantnějšího, ať se jedná o jedince, či skupinu.

### 3.4. Spirituální aspekty

Základy klinické adiktologie Kamila Kaliny (2008) přináší výstižnou formuli spirituálních předpokladů, odpověď na otázku, v čem nás ohrožuje nepřítomnost spirituality.

*„Rizikovým faktorem abúzu drog v této oblasti bývá v této oblasti absence smyslu života, duchovních hodnot a duchovní autority. Nevyvážené zaměření k materiálním ziskům, ale i rozčarování nad pomíjivým uspokojením, které přinášejí. Iluzivní štěstí v dopřávaném si maximu požitků. Nerozvíjená introspekce a naslouchání vnitřnímu Já. Nerozvíjení pokory, smyslu pro zázrak, pro mytické a mytologické poznání světa. Absence posvátných rituálů typu iniciačních a přechodových.“<sup>35</sup>*

Spiritualitě se jakožto nedílné součásti pojetí závislosti, vedle biologické, psychologické a sociální roviny, dostává větší pozornosti až v současnosti. Byť je zřejmé, že spiritualita a určitá duchovnost vždy stála po boku závislosti a její léčbě, jako část modelu byla přijata teprve nedávno.<sup>36</sup> V některých případech je právě dosažení nové dimenze a poznání čehosi nadřazeného vlastnímu já prostřednictvím drogy, velkým lákadlem. Znamená to tedy, že spirituální prožitky mohou stát na obou koncích pojetí závislosti. Chápeme je jako silná pojítka k léčbě, kdy závislým nejvíce pomáhá jejich osobní víra, ale naopak je můžeme chápat jako cestu k droze.

Ve správném pojetí však spiritualitu chápeme jako sebepřesah, smysl života, naplněnost a chápání vlastní existence, což je pozitivní uvědomění, které člověku nedává záminku k útěku do závislostí.

---

<sup>35</sup> KALINA, Kamil. Základy klinické adiktologie. Praha: Grada, 2008. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1411-0. Str.19

<sup>36</sup> Přijetí spirituální roviny do oblasti adiktologie může potvrzovat i skutečnost, že v roce 2006 se nesla konference Společnosti pro návykové nemoci České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně a sekce pro alkoholismus a jiné toxikomanie Psychiatrické společnosti na téma Bio-psychosocio-spirituální model závislosti (Ročník 2006: Bio-psycho-socio-spirituální model závislosti) (Diplomová práce, Lydie Kárová)

## 4. Odvykání

Do chvíle, než si člověk uvědomí, že je skutečně na čase skoncovat s drogami, potkává na cestě překážky, které mu v opravdovém rozhodnutí brání. Jako tomu bývá i za jiných životních okolností, mnozí musí tzv. dopadnout na úplné dno, aby se z něho mohli odrazit. Do té doby víceméně doufají, nebo jsou přesvědčeni, že mají osud plně ve svých rukách a jsou schopni s ním kdykoli naložit. Kdykoli přestat. I překročení téhle mety ale ještě neznamená, že je v boji vyhráno. Nemusí být vyhráno ani po absolvování několikaleté léčebné kúry. Drogová závislost je chronickým onemocněním, které je v danou chvíli pouze neaktivní, lidé se z ní mohou uzdravit, nikdy ale vyléčit. Na cestě životem ti uzdravení překonávají nejen další a další bariéry, potkávají třeba jen staré známé, noří se jim vzpomínky a ozývají se chutě. Naučit se odolávat svodům drogy je běh na dlouhou trať, který vyžaduje kompletní přehodnocení vlastní existence, včetně zvládnutí jevů, které na základě dlouhodobého užívání vyvstaly. Těmi jsou fyzická a psychická závislost, nezřídka také další chronická onemocnění těla i duše.

Fyzická závislost by se dala nazvat také pseudopotřebou. Uživatel svým jednáním naučil svůj organismus potřebovat danou látku, ten si ji zahrnul do své látkové výměny a jednoduše ji vyžaduje. Odvykací stav bývá nepříjemný, někdy i životu nebezpečný. Jeho zvládnutí se počítá v řádu několika dní v souladu s dodržováním vymezených postupů.<sup>37</sup>

Psychická složka závislosti je v porovnání s první, fyzickou, mnohem náročnější na zvládnutí. Již byla řeč o silné vůli, která je mnohdy považovaná za klíč ke zvládnutí závislosti, k úniku z ní. Psychická závislost ale vyžaduje něco mnohem silnějšího, než je pouze velké odhodlání. Z tohoto důvodu vznikly a stále vznikají terapeutické komunity, místa, kde se klienti systematicky léčí a pobývají zde i několik měsíců, ambulantně se pak tzv. doléčují i několik let. Psychická závislost pak mnohdy zůstává kamenem úrazu v otázce relapsu, potažmo recidivy i po mnohaleté abstinenci.<sup>38</sup>

Odvykání musí mít svůj pevný základ ve skutečném rozhodnutí a vlastní vůli přestat. Narkomané nezřídka za život podstoupí více léčebných procesů v přesvědčení, že už to určitě dovedou do konce, ale tyto pokusy mnohdy krachují na faktu, že ve skutečnosti ještě nechtějí přestat, nepodstupují léčbu kvůli sobě. Podstupují ji například kvůli blízkým, na nichž spatřují obrovské zdrcení a smutek. Něco takového nepochybně funguje jako hnací

<sup>37</sup> <http://www.pmfhk.cz/Prednasky/DROGOV%C3%81%20EPIDEMIOLOGIE.pdf>

<sup>38</sup> Drogry: otázky a odpovědi : [příručka pro rodinné příslušníky a pomáhající profese]. Praha: Portál, 2007. Rádcí pro zdraví. ISBN 978-80-7367-223-2. Str. 20

motor a velká motivace, není-li to ovšem celé podložené vlastním přesvědčením a touhou skoncovat s drogami, dříve či později se výsledky této snahy zboří.

Léčba problémového užívání drog je podle Dr. Russela Newcomba z Velké Británie definována slovy: „*Proces, který začíná kontaktem uživatelů psychoaktivních látek s poskytovatelem zdravotní péče nebo jinou komunitní službou, a mlže pokračovat řadou specifických intervencí, až do dosažení nejvyšší možné úrovně zdraví a životní pohody.*“<sup>39</sup> Profesor psychologie z John Moore's University of Liverpool ve své přednášce v rámci Adiktologické konference v České republice dále uvádí, že jde o „*komplexní přístup k identifikaci, pomoci (asistence), zdravotní péči a sociální integraci s problémy způsobeny užíváním jakékoli psychoaktivní látky.*“<sup>39</sup>

#### 4.1. Fáze

Při příležitosti AK<sup>40</sup> v roce 2005 Ruud Bruggeman prezentoval paradigma dle G. De Leona, vymezující 6 fází odvykání – přes první impuls až k nástupu do léčby.

1. **Popírání:** aktivní zneužívání, nebo s tím spojené problémy, bez rozpoznání či přijetí problému
2. **Kolísání (ambivalence):** určitý stupeň rozpoznání problému, ale nekonzistentní přijetí
3. **Motivace (vnější):** určitý stupeň rozpoznání a přijetí užívání drog a s ním spojených problémů, které jsou ale připisovány vnějším vlivům (tlakům) a nejsou chápány jako důvod pro hledání změny
4. **Motivace (vnitřní):** přijetí užívání drog a přidružených problémů a vyjádření touhy po změně na základě pozitivních a negativních vnitřních důvodů
5. **Ochota ke změně:** ochota hledat možnosti, jak dosáhnout změny bez léčby
6. **Ochota léčit se:** zamítnutí všech dalších možností, jak dosáhnout změny, kromě léčby (tj. přijetí skutečnosti, že změny lze dosáhnout pouze léčbou)

#### 4.2. Strategie

Pomineme-li nepřehledné množství literatury, nabízí se nám také například počet svépomocných příruček, ve kterých lze najít popisy vymezených postupů, neboli „*jak na*

<sup>39</sup> Výstup přednášky je dostupný na [www.adiktologickakonference.cz](http://www.adiktologickakonference.cz), více viz Seznam webových zdrojů

<sup>40</sup> Adiktologická konference

to?“. Problémový uživatel zde může najít některé popsané metody, či strategie, kterými by se měl počínaje odvykáním vybavit na cestu další abstinence. Následující body nejsou jen základními kameny pro skoncování s drogami, jsou také živnou půdou obranyschopnosti po čas celoživotního odříkání návykových látek.

Základem je **silná motivace**, která bývá často zaměňována právě za zmiňované touhy, odhodlání okolí, a hlavně dobrou vůli vyhovět mu v přáních. Dalším z největších milníků je **dobře se připravit**, a to hlavně na možné uklouznutí, mít v zásobě plán pro případ, že by se něco na cestě nepodařilo a zbytečně tyto otázky netabuizovat, ale statečně se postavit tomu, že svody čekají za každým rohem. Vědět, jak se jim vyhnout, případně s nimi naložit. Třetí nezbytností pro život, nejen pro zvládnutí zápasu s drogou, je **zázemie**. Proto je dobré o mezilidské, především pak rodinné, vztahy dobře pečovat, snažit se je uzdravit, je-li to nutné. Podpora nejbližších zvyšuje naděje na úspěšnost v abstinenci. Pojem zázemie ovšem nesmí být zaměňován s okolím, které (byť je nám sebe bližší) by nás ohrožovalo. Základem je přestat se stýkat se závislými přáteli, přehodnotit postoje k nim, a naopak od nových kruhů, kterými se jako abstinenti obklopují, je vyžadováno pochopení.<sup>41</sup> **Pomocná ruka** hovoří za vše, abstinent by si měl preventivně udržovat kontakt s odborníky, obracet se na ně v okamžicích nejistoty, nebo pravidelně chodit například na setkání svépomocných skupin. V rámci osvětlení životního stylu by si měl najít vhodné **zájmy a koníčky**, pomocí kterých se bude automaticky vyvarovat nudě, potažmo riziku relapsu a v neposlední řadě by se měl naučit adekvátně **odměňovat** za zvládnuté kroky a úspěchy v odvykání a pochopit, že dílčí neúspěch nemusí vždy znamenat fatální selhání a ztrátu všeho dosaženého.

Bývalý primář mužského oddělení závislostí, MUDr. Karel Nešpor, CSc. se svou velmi aktivní autorskou činností zasloužil o nenahraditelnou sbírku literatury a jiných nosičů v oblasti léčby závislostí. Jeho pojetí je neotřelé právě důraznými kompozicemi cvičebních metod (především jógy), arteterapeutickým pojetím v čele se zpěvem a skládáním písní, nebo jeho proslulou terapií smíchem. V jedné ze svépomocných příruček, kterou napsal společně s Mgr. Marií Mullerovou a která nese název *Jak přestat brát (drogy)*, nalezneme například metodu s názvem **Rituální odhození problému**. „*Najděte si nějaký předmět, který bude symbolizovat váš problém s drogami. Může to být například kus uhlí, rezavý hřebík, pecka od ovoce. Tento předmět noste stále, nebo alespoň většinu času u sebe po dobu nejméně deset dní. Pak na nějakém klidném místě, kde budete sám, nebo sama, předmět*

<sup>41</sup> Spíše v otázce abstinence na alkoholu, který je podceňován a nekriticky přijímán společností. Abstinent by se mohl dostat do těžké situace, např. při přípitku apod.

*spalte, nebo zahodíte. Uvědomujte si, co při tom cítíte a co pro vás znamená se problému zbavovat.“*

## 5. Psychoterapeutické přístupy

K úspěšnému překonání drogové závislosti je potřeba více než zmobilizovat všechny vlastní síly. Na této trnité cestě je prakticky vždy potřeba opory odborníka. Ve spolupráci s lékaři a terapeuty je šance na znovunastartování spokojeného života mnohem větší. Jak už je v této práci vyhodnoceno, semínkem pro růst drogové závislosti bývá často něco úplně jiného než droga samotná, a to je právě problém, ať ukrytý, nebo očividný, se kterým může pomoci právě psycholog. Ať už se jedná o mezilidské vztahy, duševní potíže, slabá vůle, nízké sebevědomí v otázce „*mám na to?*“. Na takového odborníka je možnost obrátit se kdykoli a dobré je kontakt si udržet, dokonce i když máme pocit, že je vyhráno.

Základní rozdělení psychoterapeutických forem nám nabízí Kalina a kolektiv (2003, str.36-41):

### 5.1. Individuální psychoterapie

Druh individuální terapie probíhá formou rozhovoru s erudovaným psychoterapeutem. Různé pohledy na věc si rozporují v ideální délce, která se některým odborníkům zdá i přes dotaci 50–90 minut nedostatečná a ve frekvenci setkávání. Dohoda může tkvět v jednom setkání za dva týdny, nebo dokonce v setkání 3x týdně. Ideální mírou by mohl být v praxi často využívaný vzor – 2x týdně. Podle časového intervalu, v němž sezení probíhají posuzujeme, zda se jedná o terapii krátkodobou, střednědobou, dlouhodobou. Hovoříme o rozmezí 3-6 měsíců +. Za individuální terapii lze škálovitě považovat krizovou intervenci, byť má odlišný cíl a setting.<sup>42</sup> Existuje například i krátkodobá podpurná psychoterapie, jež je nápomocná klientům detoxifikačních jednotek při zvládnání zátěže. Po zvládnutí tohoto problému by mohla nastat motivační psychoterapie, která má za úkol neustále oživovat motivaci, připomínat cíl léčby. Indikace individuální terapie nastává ve chvíli, kdy je klientovo zvládnutí léčby značně ohroženo, a to například u klientů s duální diagnózou<sup>43</sup>, nebo u takových, kteří chtějí z dlouhodobého hlediska měnit zásadní věci svého života, pro jeho zkvalitnění. Psychoterapie sama o sobě se tedy zabývá buďto léčbou symptomů, nebo

<sup>42</sup> Anglicky setting = nastavení

<sup>43</sup> Dvojitá diagnóza, jak patologického, tak psychiatrického typu. Například narkoman, u něhož propukla schizofrenie.

hlubším pozitivním ovlivňováním osobnostního růstu – předpokládá se, že takovým postupem dojde k eliminaci symptomů automaticky.

## 5.2. Skupinová psychoterapie

Skupinová terapie zahrnuje parametry odvíjející se od jejího cíle (léčba, podpora, reedukace, resocializace), charakteru (otevřená/ uzavřená) apod. podle čehož lze také zhodnotit, kolik terapeutů se na práci se skupinou bude podílet. Kalina a kolektiv (2003, str. 38) v návaznosti na Kratochvíla (1995) vymezuje 10 základních účinných faktorů, těmi jsou: „vedle samotného členství ve skupině je to emoční podpora, moment pomoci druhým, sebeexplorace a sebeprojevení, odreagování, zpětná vazba a konfrontace, náhled, korektivní emoční zkušenost, zkoušení a nácvik nového chování, získání nových informací a sociálních dovedností.“<sup>44</sup> Skupinová terapie je velmi vhodná pro řešení mezilidských vztahů, neboť se více orientuje na svépomoc, nevzniká přílišná závislost na terapeutovi, ten zde zastává víceméně roli koordinátora. V léčbě závislostí jejich indikace navazuje na ukončení individuální terapie a bývá pak nedílnou součástí léčebných plánů ambulantních pracovišť, stacionářů, rezidenčních léčebe apod. Bývají různorodé po stránkách věku a pohlaví, co do obsahového rámce jsou homogenní. Jedná se o velmi náročnou disciplínu, především v oblasti závislostí. U klientů může vznikat přílišná navázanost na skupinu, přebírající roli závislosti, nebo se mohou potýkat s přílišnou uzavřeností po zvyku toho, že byli často okolím odmítáni. Osobnost terapeuta musí být nejen vysoce kompetentní, ale také silná vůči vyhoření. Nejznámější svépomocnou psychoterapeutickou skupinou jsou Anonymní alkoholici.<sup>45</sup>

## 5.3. Behaviorální terapie

Behaviorální terapie je dominantní metodou na poli léčby závislostí, samostatně ovšem nepřináší ovoce dlouhodobě. Vychází z konceptu teorie učení, přeučování, snah o změnu chování klienta. V praxi se jedná o odhalování zakódovaných vzorců chování a jejich následné přeprogramování, usnadňuje předvídaní chování a tím kvalitnější pomoc pacientům. Jedná se o kýžené změny v otázce fyziologie, emocí, kognitivity a motoriky. Behaviorální terapie se snaží buďto o zmírnění nežádoucího chování co do projevů, intenzity, o úplnou reedukaci dovedností, nebo zvyšování intenzity kladných projevů

---

<sup>44</sup> Kratochvíl S.: Skupinová psychoterapie v praxi. Galén, Praha, 1995

<sup>45</sup> V Čechách s tradicí sahající do 80. let

klidenta. Nasazení léčby touto metodou přináší vcelku rychlé a pozitivní výsledky (např. v otázce kontroly užívání, práce, bydlení, rodiny, kriminality atd.), terapie ovšem musí kooperovat s dalšími dynamickými postupy léčby, jinak se účinky rychle vytrácejí.

#### 5.4. Rodinná terapie

Mnohokrát již bylo popsáno, a to nejen v této práci, hodnoceno a zkoumáno, že rodina má naprosto radikální vliv na život jejích členů. Z myšlenky, že většina psychických, vztahových a někdy i psychosomatických problémů je ovlivněna právě kruhem rodinným vznikla tato psychoterapeutická metoda. Ta se snaží ovlivnit vztahy a komunikaci mezi členy, potažmo jejich změnou pohnout s problémy, které rodina má. Hajný (2001, str.106) uvádí, že: *„ při rodinné terapii jde obvykle o sérii setkání celé rodiny nebo důležitých členů rodiny s rodinným terapeutem. Podle zaměření terapeuta a konkrétních problémů pak terapie probíhá prostřednictvím společenského hovoru, řešení problémů na místě nebo plnění navrhovaných úkolů pro jednotlivé nebo všechny členy rodiny. “*

Kalinův článek ve sborníku z roku 2003 hodnotí rodinnou terapii jako velmi zajímavou ovšem v porovnání s vedoucí individuální psychoterapií stále slabou a méně využívanou. Zajímavé poznatky a možnosti spolupráce přináší jejich propojení, obzvláště v oblasti léčby závislostí. V jiné knize (2008, str.187) poukazuje na historický sled událostí, počínaje kterými začalo být zvědomováno, že *„ chování závislých může být ovlivňováno specifickými skupinami, které mají co dělat s pacientem vztahově (rodina, významní blízcí)... “*. Dále cituje kréda, kterými si v průběhu let podhoubí rodinné terapie prošlo, a tedy : *„rodina je vinna za minulost... rodina je zodpovědná za současnost... rodinní členové jsou spoluzodpovědní za budoucnost“* – třetí zmiňované v dobrém slova smyslu, hovoříc o potenciálu síly rodinného systému k úzdavě.

Je samozřejmé, že rodina, ve které se již objevuje patologická závislost, nebo jakýkoli z jiných nežádoucích jevů, je společenství, které rozhodně nese stigmata, která by měla řešit, a to i kolektivně, například prostřednictvím rodinné terapie. Bylo ovšem zjištěno, že ne vždy se musí jednat o závislost, jakožto majoritní hrozbu pokračující závislosti. Obávaným tématem bývá i *„nesprávné vedení rodiči, hyperprotektivní výchova, přílišné rozmazlování, zanedbávání, emoční chlad apod.“* (Kalina a kolektiv, 2008, str.188)

Rodinnou terapii lze rozdělit na pět směrů, přičemž každý má svého protagonistu:

### 1. **Strukturální rodinná terapie**

Systém S. Minuchina, jehož užitím se terapeut snaží vrátit do pořádku narušené hranice interpersonálních vztahů v rodinném kruhu. Variabilita vztahů má mnoho možných kombinací a jedná se zejména o to, že hierarchie a hranice v rodině jsou potírané, nejasné, zmatečné (například dítě funguje jako matčin ochránce apod). jednotlivci jsou dosazováni zpět do svých přirozených rolí a zvykají si na adekvátní chování.

### 2. **Vícegenerační a kontextuální terapie**

Z mnohých například Murray Bowen, zaměřil své bádání směrem k vícegeneračnímu pohledu na věc a upozornil na vazby, které generacemi prostupují. Svou technikou prokázal, že *„symptomy závislosti jsou z generace na generaci přenášeny a to bez ohledu na druh drogy (děda prohrál mlýn v kartách, syn je alkoholik a vnuk workoholik).“* Klade důraz na diferenciaci JÁ, ve smyslu přiměřeného odpoutání se od své rodiny, ovšem bez přerušování citových vazeb, ve stálém adekvátním napojení.

### 3. **Humanistická a komunikační rodinná terapie**

Propracování tohoto systému náleží Virginii Satirové<sup>46</sup>, *„ která poukazovala na to, že sebehodnocení osoby je nepostradatelné pro kongruentní<sup>47</sup> komunikaci: proto připisovala velký význam důvěryplnému terapeutickému vztahu, který je součástí procesu změny.“* (Kalina, 2008, str.189). Její metody jsou dodnes velmi cennými materiály pro terapeutickou práci.

### 4. **Strategická rodinná terapie**

Tato metoda pracuje s určitou formou manipulace stran terapeuta. Cílem je dosáhnout změny pravidel, která jsou v rodině automaticky nastavována, v rámci manipulace to lze udělat i takto. *„Samozřejmě asi uděláte následující a já vám v tom nemohu zabránit, ale možná právě proto bych rád slyšel, co je na vašem přístupu tak nové, že čekáte úspěch...“* apod. (Kalina, 2008, str.190). Jejím protagonistou je J. Haley.

### 5. **Systemicko-kybernetická rodinná terapie**

Badatelé v této oblasti rodinné terapie jsou známí pod názvem Milánská škola a snažili se dokázat to, že rodina je konstrukt, který je řízen pravidly a uvnitř tohoto konstruktu neustále probíhají hry. Zvláště pak jedná-li se o trpící rodinu (například závislostí), všímají si, že není v jejím zájmu na těchto pocitech nic měnit, protože *„hra musí pokračovat“*. Nejznámější technikou je *cirkulární dotazování*, jehož pomocí si členové rodiny závislého

<sup>46</sup> Považována za „matku“ rodinné terapie u nás

<sup>47</sup> Kongruentní: souběžné a souladné

uvědomovali, že mohou na jeho chování reagovat zcela jinak, než byli zarytě zvyklí. (Kalina, 2008, str.190)

Rodinný systém lze tedy efektivně využít k úzdavě, hovoříme-li o léčbě drogově závislého, ale také k úpravě rodinných vzorců a zapomnění stigmat, která mohla závislého do stávajícího bodu větším či menším podílem viny přivést.

V popředí rodinné terapie jsou následující témata:

- *Přijetí a vyrovnání se s faktem **diagnózy***
- *Ošetření některých **traumatických zážitků** souvisejících s braním drog člena rodiny či jinak blízkého člověka, jako je lhaní, citové vydírání, manipulování, krádeže, parazitování, agrese, zatažení dalších do problému, pocity bezmoci apod.*
- *Ošetření pocitů **viny** a uvědomění si vlastní, jasně vymezené **zodpovědnosti** v procesu udržování závislosti a úzdavy*
- *Vyjádření **pocitů, postojů, názorů** souvisejících s užíváním drog či léčbou a psychoterapeutická práce na nich*
- *Práce na **interpersonálních** vztazích a situacích, které nějak souvisejí s fenoménem závislosti*
- *Přímý **nácvik** některých potřebných vzorců **chování** týkajících se komunikace se závislým, například vyjadřování obav, starostí, dávání rad*
- *Vyrovňávání se s **úzkostí a strachem z nejisté budoucnosti**, příprava na možné alternativy vývoje*
- *Přijetí možného **relapsu** jakožto součásti ozdravného procesu a příprava na něj s případným nácvikem svého chování*

(Kalina, 2008, str.192)

Rodinná terapie má své stanovené postupy, McKay je roku 1999 sesumíroval v následující body: terapeut pomáhá rodině se znovuzavedením základních pravidel, zacílené na každého člena, i na závislého. Musí být opatrný a věnovat svou péči každému z nich, neupřednostňovat, ale ani nevyzdvihovat žádného z členů, například na základě vnějších emočních projevů. Přehnanou péčí o někoho, kdo trpí „nahlas“, by mohl být fatálně zanedbán ten, kdo trpí „tíše“. Dává tak každému členu rodiny adekvátní prostor k vyjádření toho, co cítí a tím, že mu věnuje pozornost učí i členy kruhu vzájemně si naslouchat. Citlivě přesouvá pozornost od faktu, že ten a onen člen rodiny je závislý na drogách, ke kořenům závislosti. Zaměřuje se na hlouběji ležící problémy „*pravidel, hranic, rolí, důvěry,*

*komunikace, konfliktů, spouštěčů apod.*“ neustále podporuje přirozený tok reakcí, pocitů, odstranění klamů a lží, které ke svým osobám často rodinní členové zaujímají. Musí jednoduše rodině sdělit, které její mechanismy udržují závislého v jeho životním stylu, a to je třeba udělat zvláště empaticky a srozumitelně.

### 5.5. Příklady dalších možností v psychoterapii

Existují další metody nápravy v oblasti psychoterapie, některé z nich ovšem nejsou příliš prozkoumány, není mnoho kvalifikovaných pracovníků v takových oborech, proto se těžko plánovitě zařazují mezi ověřené programy. Rozšíření brání také nedostatečné publikační zázemí, potažmo informovanost a byť jsou předměty zastoupeny na akademických půdách, výzkum v daných oblastech přesto pokulhává. Kalina a kolektiv (2003, str.41) opět cituje jiné autory, tentokrát Prochasku a Norcross (1999)<sup>48</sup>, kteří společně vystihli jádro pomoci všech terapeutických přístupů. Řadí sem „*pozitivní očekávání, terapeutický vztah, Hawthornský efekt*“<sup>49</sup>, *emoční uvolnění, objasnění a interpretace, posílení, desenzibilizace, rituály, konfrontace s problémem a nácvik dovedností*.“ Každý tento cíl je více či méně patrně obsažen v každém psychoterapeutickém směru. K nejvíce užívaným směrům současnosti, kromě behaviorálního patří podle Kaliny (2003):

- *Hlubinná a dynamicky orientovaná psychoterapie*
- *Humanistická psychoterapie*
- *Hypnotické a relaxační postupy*
- *Integrativní přístup*

<sup>48</sup> Prochaska J.O., Norcross J.C.: Psychoterapeutické systémy. Grada Publishing, Praha, 1999

<sup>49</sup> „Spočívá ve zjištění skutečnosti, že ke změnám může u klienta docházet již jen v důsledku toho, že mu terapeut věnuje pozornost, že si ho někdo všímá, sleduje atd. aniž by musel probíhat jiný terapeutický proces“

## 6. Drogy v rodině

Zjištění, že některý z členů rodiny je závislý na drogách, je přinejmenším šokující. Rodina zasažená takovouto zprávou si spolu s uvědomováním všech okolností prochází velmi těžkým obdobím mezi vnitřním odmítáním a skutečným přijetím takové zprávy. Prvotní reakce jsou navzdory snahám zachovat klid stěží kontrolovatelné, proto nám literatura nabízí popis těch, které mohou mít kladný dopad, ale i těch, které se spíše nevyplácí vyjadřovat. Hajný (2001) sumarizuje mezi efektivními reakcemi především důkladné zvážení situace, s pozdější – promyšlenější reakcí na celé dění. Vhodným může být probrání takové skutečnosti s někým, kdo je nám osobně nápomocný v těžších chvílích a v neposlední řadě rozmluva se samotným experimentátorem. Nenechat se odradit tím, že ne každá debata na toto palčivé téma přinese ovoce, stále se snažit přicházet s novým řešením, postupovat v procesu vždy alespoň o krok dále na základě jasně stanovených pravidel, která budou realistická a schůdná pro obě strany. Rozhodně je na místě v takové situaci vyhledat odborníka. Čemu se ovšem pochopitelně další aktéři takového děje jen nesnadno vyhýbají a tím celý průběh řešení komplikují jsou reakce jako vyčítání, s ohlédnutím se za starými křivdami a chybami, citové vydírání tím, „že *táta z toho bude mít infarkt, babička bude plakat i máma bude týden brečet*“.<sup>50</sup> Kontraproduktivními se jeví okamžité tresty, které vyvstanou na mysl rodičům jako první a „nejúčinnější“ řešení. Bývají často neadekvátní, nebo neřeší konkrétní problém, dochází ze dne na den ke změnám rodinného uspořádání a zvyklostí, což se zcela míjí účinkem. Naprosto nemístné je podle Hajného (2001) hledání viníka, či přijímání viny, dochází tak jen k nasazování obraných štítů, ale skutečné důvody toho, co a proč se děje se ztrácejí a přecházejí. Zajímavé je, že i strašení a poukazování na to, jak může uživatel dopadnout, nedosahuje kýženého efektu. Výroky typu: „*chceš skončit někde mrtvý na ulici s jehlou v ruce?, nejsou založeny na skutečnosti. Děti znají realitu kolem drog lépe než rodiče, anebo se o ní brzy dozví víc. Pak obvykle k takovým mystifikacím přistupují s tím, že rodiče tomu vůbec nerozumí anebo jim řeknou cokoli (i nepravdu), aby jim v něčem zabránili.*“<sup>51</sup>

Analogicky lze navázat na protektivní a ohrožující faktory, které se v souvislosti s drogovou závislostí objevují v rodinách. Arterburn a Burns (2001) označují za tzv. nástroje rodičovské prevence, jak by se jinak daly nazvat protektivní faktory, například Boha, jakožto

<sup>50</sup> HAJNÝ, Martin. O rodičích, dětech a drogách. Praha: Grada, 2001. Pro rodiče. ISBN 80-247-0135-9.

Str.25

<sup>51</sup> Tamtéž str. 26

spirituální pilíř lidského života, uvádí například, že s vírou se člověk může vyhnout droze, neboť chce zachovat svůj chrám v čistotě. Zde autorům vyvstává otázka, proč není víra v něco převyšujícího součástí prevence, když je téměř neodmyslitelnou metodou abstinence. Především západní postoj k léčení závislostí zastává to, že Bůh člověku pomáhá při zvládnutí něčeho těžkého a můžeme se na jeho pomoc vždy spolehnout. Ruku v ruce s vírou v milujícího Boha vypichují také bezpodmínečnou lásku, která by se nám měla dostávat v rodině, stejně tak ale řád, zásady, pravidla, a to, jak jdou příkladem samotní rodiče. Nejdůležitější je jít dítěti dobrým příkladem.

Kalina (2008) v článku Martina Hajného nabízí výčet rodinných faktorů, které, dle jeho popisu, revidují zakotvené tradiční pohledy. Jedná se o složitější psychologické mechanismy v rodinách, k nimž se přistupuje jako k „modelům nemocí rodin“. Zjednodušeným příkladem poslouží tříčlenná rodina, v níž matka, po čase unavená ze všech povinností, strádající oporu a uznání stran svého partnera vyvolává atmosféru takovou, že muž má stále častěji potřebu čistit si hlavu a dělá tak u příteli, kde se cítí pohodově, relaxovaně, bez tíže. Přirozeně se tak stupňuje matčin negativní pohled na něho, jímž tráví další zúčastněné. Například syn v jejích očích náhle nevyhnutelně obsazuje roli náhradního partnera a v té setrvává. Byť se nejedná o pozitivní konstelaci, alespoň je stabilní. Neřeší ovšem problém v otázce manželství ohroženém závislostí. Přehlížením a řízením se nouzovým plánem se tak matka i syn stávají spoluúčastníky, tedy spoluzávislými. Upravením pohledu na věc, nebo výše zmiňovanou slepotou vlastně umožňují experimentátorovi konat. Sami se pak staví střídavě do rolí obětí, nebo naopak soudců. Dítě v takové rodině podléhá tendencím okamžitého osamostatnění se, budování svého života, nalezení vlastní identity, což je cesta s mnoha překážkami. Ještě složitější cestou se ubírá člověk, který rodinu „opouští“ na základě konfliktu, pomsty. Tato falešná separace se později stane studnicí vnitřních bojů, kterým se drogy často nabízejí jako nejsnadnější řešení.

Hajný ve své vlastní publikaci (2001) jmenuje z těch klasičtějších názorů také například roli hyperprotektivní matky v protikladu k rozvolněné a příliš liberální výchově, což jsou dozajista jevy, které nepřispívají ke zdravému vývoji psychiky jedince. Narušenost pramení také z manipulativní výchovy, nebo z takové, kde se od dítěte vyžaduje naprostý perfekcionismus, na jehož základě si dítě snadno pěstuje nízké sebevědomí, pocity viny a studu. V neposlední řadě mají velkou hybnou sílu rodinné události jako jsou úmrtí a s nimi spojená traumata, rozvody, stěhování, onemocnění, poruchy příjmu potravy apod.

## 6.1. Dítě v závislosti

Většinová část teoretické části je adresována situacím, kdy se dospělý člověk, většinou pečující, potýká se závislostí nezletilého, dítěte. Výše je již popsáno, jaké jsou protektivní a ohrožující faktory vyplývající z výchovných postupů v rodinách a také jaké jsou fáze vypořádání se s takovým zjištěním. K sumarizaci všech zmíněných teoretických poznatků je možné uvést příklad použitý z knihy Kolektivu autorů ze Sdružení SANANIM, která obsahuje otázky a odpovědi na téma Drogy. Jedná se o výčet dotazů skrze internetovou poradnu, která poskytuje pomoc lidem zasaženým závislostí. Následující problém řeší Bára Orlíková.

*A: Dobrý den, potřebuji poradit. Má dcera, 17 let, již asi rok chodí na různé párty, kde kouří marihuanu. Nyní mám pocit, že začíná experimentovat s pervitinem. Mám šilenej strach, vztek, ale nechci nic pokazit a vím, že by mi mohla třeba i utéci. Potřebuji poradit, co mám dělat v prvopočátcích. Děkuji.*

*B: Myslím, že v takové situaci by bylo docela na místě obrátit se na někoho z odborníků osobně a problém s ním konzultovat. Je rozumné, že se snažíte nedělat neuvážené kroky, které člověk ve strachu a vzteku obvykle dělá. Situace by se tím mohla zhoršit, a to by v tuto chvíli ani pro vás, ani pro dceru nebylo příjemné a užitečné... (Kolektiv autorů SANANIM, 2007, str.97).*

Charakter a způsob položení dotazu vypovídá o tom, že maminka je poměrně dobře informovaná o problematice drog, vzhledem k tomu, že sama vyzorovala, že se s její dcerou něco děje. Stejně tak si je vědoma, že je potřeba postupovat promyšleně. Orlíková to pojmenovala jako rozumný krok, čímž vhodně maminku motivuje a podporuje, následně jí podává konkrétní informace užitečné k dohledání další pomoci. Mnohé z dalších vykazují podstatně menší promyšlenost, vysokou míru paniky a rozhořčení.

## 6.2. Rodič narkoman

*„ Přes všechno, co nám kvůli drogám udělali, to byli naše mamka s tatškou a my jsme věděli, že nás mají rádi a báli jsme se, že nás od nich vezmou. “* Citace dotazovaného dítěte z knihy Mariny Barnard (2007, str.95)

V očích dítěte je jeho rodič hrdinou bez ohledu na to, co dělá, nebo jak se chová. I přes tento láskyplný, byť naivní, pohled na věc nejsou děti chráněny před tragickými dopady, které s sebou závislost jejich rodičů nese. Nelze popřít, že rodiče chovají svoje dítě v lásce, přesto kvůli jejich životnímu stylu nenachází opravdový cit, vlastní hodnotu, pocítují

ohrožení a vnímají, že se nenachází na bezpečném místě – což jsou jeho základní potřeby. Na základě drogové závislosti vznikají následující deficity: rodič dítě často zanedbává, není schopen se o něho adekvátně postarat, následně je porušená kýžená citová vazba a dochází k emocionální separaci jednoho od druhého, to vše ústí v možné zhoršené výsledky ve výchově a chování.<sup>52</sup> Protiklady, které se dostávají do střetu v životě závislého a jeho potomka jsou především zcela odlišné potřeby obou z nich, dále kompulzivita<sup>53</sup> a nevypočitatelnost závislého. Z osobních výpovědí dětí a jejich vychovatelů z Barnardové (2007) lze usuzovat na vystavování nebezpečným situacím i v přesvědčení, že je vše v pořádku.

*„ ... pak jsme někde stáli v dešti a tři hodiny čekali, než někdo přijde s drogama, které měl přinést. Ale pořád jsem si říkal, že jsem dobrý otec, protože jsem měl děti pořád u sebe. Bylo mi jedno, že je jedenáct večer, že jsou promoklé na kost, mají hlad a jsou unavené... “*

Časté svědectví dětí při užívání narkotik, nebo zásadní zanedbávání ve formě ponechávání dítěte úplně o samotě, z čehož pramenil jejich velký strach a pocit opuštění: *„ ...nechávala mě doma samotnou celé hodiny a já jsem tam brečela a brečela. A měla jsem strašný strach, když se cokoli, nebo kdokoli přiblížil ke dveřím.... “*

Výpovědi dávají znát, že děti již v poměrně nízkém věku dobře vědí, co jsou to drogy, byť je jejich rodiče vydávají za léky, doplňky stravy apod. V souvislosti s bráním rodičů se setkávají s mnoha lidmi „kteří se jim nelíbí“ a kromě toho, že se jim nezdá naskýtá pohled na rodiče pod vlivem drog, kteří o sobě zrovna nevědí, jsou svědky i horších situací, jako jsou hádky, agresivní výlevy, projevy kritického fyzického stavu či dokonce předávkování, potažmo umírání. Tyto děti si na základě zvláštního režimu odnášejí do života nejen rány, ale také různá přednastavení, která jim samotným stěžují život, nehledě na to, že fenomén závislosti je snadno přenosný z rodiče na dítě. V první řadě geneticky skutečně matka, která užívá drogy v těhotenství zasévá závislost i ve svém plodu, za druhé, dítě, které je svědkem takovýchto způsobů života si nese určité vzory i do života vlastního, může se tedy stát, a stává se, že potomci pokračují v drogové kariéře svých rodičů a to nejen proto, že na základě pokroucených hodnot špatně zvládají životní peripetie. Za všechny jeden příklad: *„Vždycky jsem fungovala jako dospělák, když jsem byla malá, jako matka, vařila jsem bráchovi, uklízela barák a, prostě, máma někde dělala nějaký vloupačky a úplně ztrácela pojem o čase, vrátila se a třeba řekla...a já jsem řekla „Aha, říkalias“, že budeš pryč jenom pár hodin, a byly to tři dny. “ A ona na to „Co děláš, vždyť jsem byla pryč jenom pár hodin. “ Rozumíte.*

<sup>52</sup> Z textu prezentace M. Barnard při příležitosti AK z roku 2007

<sup>53</sup> Nutkavost

*Absolutně žádný pojem o čase a já jsem to nemohla pochopit, ale teď, když беру sama, tak přesně vím... “ (Barnard, 2007, str.104)*

Takto fungující rodiny se dříve či později dostávají do hledáčku institucí, s rizikem odebrání dítěte. Na základě faktu, že matky se nechtějí svých dětí vzdávat, a že jejich pouto by se mělo přerušit až v krajním případě, neboť odloučení s sebou nese kritické následky pro jeho život, dochází k tomuto finálnímu kroku až po důkladném zvážení všech jiných možností, jako jsou v dnešní době například komunity pro závislé matky s dětmi, ambulantní léčba pod dohledem OSPOD apod. (viz. Sociální pole a pomoc). Tato specifická skupina se s nástupem 90.let stala klíčovým předmětem změn v tradičních postupech, neboť bylo potřebné přehodnotit dosavadní přístup od jednotlivce k dvojici léčených, tj. „*matka+dítě*“. S tím ruku v ruce bylo například nutné přeorganizovat věcné statky stávajících komunit, přizvat ke spolupráci na léčení závislých i odborníky v oblasti péče o dítě. (Kalina a kolektiv, 2008). Systém ale není automaticky nastavený pro každou drogově závislou matku, pečující osoba musí především vykazovat velký zájem a motivaci pro změnu stávajícího stavu, v opačném případě přichází na řadu možnost cizí péče, buďto formou institucionální, nebo náhradní rodinnou z řad příbuzných drogově závislého, kterou zastávají většinou prarodiče.

## 7. Systém pomoci rodinám zasaženým závislostí v ČR

V roce 2013 byla tehdejší situace na poli adiktologických služeb zhodnocena v dokumentu autorů Vavrinčikové, Libry a Miovského následovně: „*Stávající síť služeb pokrývá celé spektrum problémů spojených s užíváním návykových látek, avšak je nedostatečně koordinována a vyvažována, díky čemuž jsou některé oblasti nastaveny disproportčně, někdy nejsou dostatečně zajištěny návaznosti a současně některé segmenty péče buďto vůbec neexistují, nebo trpí hlubokým podfinancováním a postupně zanikají nebo se nerozvíjí žádoucím směrem. Léčebné a poradenské služby uživatelům alkoholu, tabáku, jiných psychoaktivních látek a patologickým hráčům jsou dnes poskytovány v zásadě třemi oddělenými systémy a sítěmi služeb.*“<sup>54</sup> Silnou stránkou dle vícero zdrojů zůstává komplexnost a provázanost systému s dalšími pomocnými složkami, jako jsou zdravotnictví a školství, díky nimž se daří nabídnout pomoc závislým v jakémkoli stádiu jejich problému. Jedná se tedy o jakýsi vějíř s nabídkou různých forem intenzivní péče, a to každému potřebnému. Česká adiktologická společnost, působící na akademické půdě 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy poskytuje prostor pro výzkum, publikační činnost, pořádání nejrůznějších vzdělávacích programů, sestavujících léčebné programy, ale také možnost studia oboru adiktologie, k získání patřičné způsobilosti pro práci v oblasti závislostní problematiky.

### 7.1. Obecně zaměřená pracoviště s nabídkou pomoci

Ve chvíli, kdy se jako rodič, potomek, příbuzný, nebo jiný přihlížející rozhodnete přispět k řešení drogového problému, lze se obrátit na mnoho odborníků, kteří mohou být buďto vlastními silami užiteční, nebo jsou alespoň kompetentní zprostředkovat jinou odbornou péči. Už jen školský systém nabízí v osobě **výchovného poradce** odborníka, který je v otázkách patologických jevů znalý a měl by být schopen nasměrovat tazatele k odborné pomoci, ať už jde o dospělého, či nikoli. Další z pomáhajících profesí jsou bezpochyby **lékaři** (ať všeobecní, nebo blíže specializovaní), jejichž pracoviště jsou mnohdy také součástí tzv. Map pomoci a kde je bezpochyby možné a žádoucí řešit problémové užívání drog. Zprostředkováním rad a pomoci se také zabývají **telefonické linky** a **online poradny**, které bývají zpravidla součástí každého krizového centra, nebo jiného zařízení pro řešení drogových problémů. K poradnám se dále řadí i možnost využití **pedagogicko-**

<sup>54</sup>Dokument Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice, dostupné z <http://snncls.cz/>

**psychologické poradny** (většinou v zárodcích výchovného problému, který může být doprovázen styku dítěte s nelegální návykovou látkou), dále návštěva **poradny pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy** apod. Všechna tato zařízení jsou úzce propojena a spolupracují se specializovanými místy pro pomoc problematickým uživatelům. Rozhodně také se státními orgány, kterými jsou **sociální odbory** městských úřadů, které významně figurují ve věcech výchovy dětí, nebo například **policie**.

## 7.2. Specializovaná adiktologická pracoviště

Následující síť služeb vznikla na pomoc drogově závislým, nebo závislostí ohroženým lidem, kteří se v daném momentě nachází v určitém stadiu potýkání se s problémem. Nejenže bylo a je zapotřebí být k dispozici potřebným s co nejkvalitnější formou péče, ale vzhledem k husté rozšířenosti tohoto patologického jevu je to nezbytné i po stránce kvantity.

PhDr. Martina Richterová Těmínová, zakladatelka občanského sdružení SANANIM, jako podílející se autor publikuje v Kalinovi (2008, str.370) kostru složek v současnosti dostupné péče a rozděluje ji na deset částí:

### 1. Terénní programy

Tato forma pomoci je prvním článkem celého žebříčku, jejímž specifikem je poskytování služeb na otevřené drogové scéně, to je na ulici, v bytech, kde uživatelé bydlí, nebo se sdružují. Ruku v ruce s filosofií veřejného zdraví a *harm reduction* pracovníci vyhledávají osoby cílové skupiny a nabízejí jim služby. Jedná se o osoby, které nejsou dostatečně motivované k aktivnímu řešení drogového problému, děti ulice, matky s dětmi, které se například zdráhají navštěvovat jakékoli středisko pomoci, ve strachu, že přijdou o své dítě. Pracovníci terénního programu, neboli „*streetworkeri*“ tedy sami hledají cestu a oslovení uživatelé mají právo volby, chtějí-li služeb využít, či nikoli. Nejedná se o scouting, nebo nábor do léčeben, za co je někdy tato práce ponižována, nýbrž především o výměnu a distribuci zdravotnického materiálu, nabídku informací a bližšího poradenství v různých oblastech (zdraví, sociální poradenství apod.), krizové intervence a zasévání motivace. Dalším přínosem terénních programů je i monitoring drogové scény. Jedná se o společensky velmi prospěšnou formu pomoci, neboť se, kromě výše zmiňovaného, zásadní měrou podílí na minimalizaci šíření a výskytu infekčních onemocnění. I na osobnost pracovníka jsou kladeny vysoké nároky po stránce jeho osobnostních a vědomostních kvalit, namátkově důvěryhodnost, komunikativnost, flexibilita. Práce si vyžaduje zvláštní bezpečnostní i profesionální postupy, neboť i navázání kontaktu s potenciálním klientem má své fixní

stanoviska. Zajímavostí je, že tuto profesi mohou provádět i samotní uživatelé drog, v případě, že jsou stabilizovaní a znají v zásadách bezpečnějšího užívání drog – snáze pak motivují další potřebné a zprostředkovávají jim výhodné služby.

## **2. Nízkoprahová kontaktní centra**

Další systém, k jehož využívání není nutná klientova abstinence. Jedná se o regionálně vysázená kontaktní pracoviště, která jsou k dispozici jak uživatelům s nejrůznějšími problémy v nejrůznějších stádiích jejich řešení, ale také nabízí pomoc a doprovod blízkým, kteří s narkomanem zažívají těžké situace a nevědí, jak je řešit. Tato centra pracují na podobné filosofii, jako předchozí zmiňovaná forma, s větším příkloněním k zamezení sociálních a zdravotních rizik, potažmo vyloučení ze společnosti. Snaží se chránit nezasaženou populaci a uživatele drog vhodně motivovat, udržet si je v kontaktu pro další spolupráci. Jsou to místa schopná zajistit potřebným základní zdravotní, hygienický a potravinový servis, často se pokouší zprostředkovat další formy vzdělání či práce. Nezřídka se zasluhují i o informovanost občanů formou besed, služeb primární prevence pro školy, zejména v menších městech sdružují pod svou záštitou právě terénní pracovníky, nebo zajišťují probační programy.

## **3. Detoxifikační jednotky**

Místa určená ke zvládnutí drogové intoxikace. Tyto jednotky bývají zpravidla součástí zařízení pro léčbu závislostí, nebo fungují v rámci nemocnic. Klientelu detoxifikačních jednotek tvoří buďto lidé, kteří mají dále namířeno do dalšího léčebného zařízení a zákonně musí podstoupit detoxifikaci na jednom z takových pracovišť, ale i lidé, kteří pozbývají jakékoli motivace k léčení, chtějí jen snížit svou toleranci vůči droze, odpočinout si. Dále se může jednat o osoby, které se samy sobě či okolí staly nebezpečnými kvůli intoxikaci, nebo odvykacímu stavu a také o jedince, u kterých je zapotřebí rozlišit intoxikaci od potenciální psychiatrické zátíženosti. Pobyt na těchto pracovištích se počítá v rámci dní až týdnů, po tuto dobu jsou klientovi zprostředkovávána nejen různá vyšetření pro zhodnocení celkového stavu a patřičná farmakologická léčba, ale také psychologická a sociální pomoc.

## **4. Substituční léčba**

Substituční léčbě byla věnována samostatná kapitola v úvodu této práce, v této části bude blíže rozvedena specifická cílová skupina, pro kterou je substituční léčba koncipovaná. Jde především o dlouhodobé uživatele, kteří jsou závislí na vysokých dávkách látek

opiátového typu, a pro ty z nich, jež mají za sebou již více neúspěšných pokusů o úplnou abstinenci. Substitute nabízí řešení klientům HIV pozitivním, pregnantním ženám v závislosti a v neposlední řadě klientům, jimž jazyková bariéra brání v průběhu jiné formy léčby.

### **5. Ambulantní léčba**

Ambulantní léčebná zařízení se vyznačují docházením relativně stabilizovaného klienta do zdravotnického, či nezdravotnického zařízení. Ten vykazuje vyšší motivaci změnit svůj stávající stav, a to ať už se jedná o závislost alkoholovou, či nealkoholovou. Může docházet i do běžných psychiatrických ambulancí a psychologických poraden pracujících s drogově závislými. Výhodou této léčby je, že se do zařízení dochází v určitých intervalech, které si stanovuje klient s lékařem, jinak ovšem není jedinec nucen například přerušovat zaměstnání, či školu. Ambulantní léčba se opět vyznačuje nabídkou služeb jako jsou zhodnocení stavu, farmakoterapie, psychoterapie, poradenství v sociálních a dalších věcech, ale i rodinnou terapii pro urovnání mezilidských vztahů a nejrůznější volnočasové aktivity, členství ve svépomocných skupinách apod.

### **6. Denní stacionáře**

Těmto zařízením je někdy přezdíváno „*na půl cesty*“, neboť se jedná o přechodník mezi ambulantní a rezidenční léčbou. Docházkové zařízení nabízí strukturovaný celodenní program, minimálně 6 hodinový, mimo něj a v době víkendů se klienti nachází ve svém přirozeném prostředí. Klientela je tvořena relativně sociálně stabilizovanými klienty, kteří vážně přemýšlí o změně životního stylu. Například pacienti s duální diagnózou, matky s dětmi, experimentátoři, nebo i rodiče, příbuzní a partneři. Tento druh léčby se snaží o zlepšení psychického a fyzického zdraví, o pozitivní změnu v sebepojetí a vztazích, o získání a udržení sociálních dovedností apod. Součástí programu mají svůj přesný časový harmonogram, pravidla a podmínky pro návštěvníky a mohou se skládat z psychoterapie, pracovních, sportovních, kulturních a klubových aktivit (Kalina a kolektiv, 2008, str.380). docházející se kromě využívání poradenských a terapeutických služeb učí řádu a režimu.

### **7. Střednědobá ústavní léčba**

Střednědobou ústavní léčbou se rozumí pobyt v ústavním zařízení, přidruženém zdravotnickým střediskům, či psychiatrickým léčebnám, který trvá 3-6 měsíců. Sdílí společné prvky s terapeutickými komunitami, viz. níže. Tento typ léčby je koncipován uživateli od 15 let, a v rámci pobytové doby se jim snaží nabídnout náhled na jejich životní

situaci, čas pro řešení palčivých problémů, zahlazení doposud vyvstalých problémů, a především probuzení pozitivní motivace ke změně. K ukotvení norem pro podobný typ léčby přispěl MUDr. Jaroslav Skála, který vypracoval následující kostru práce s uživateli drog, podle níž se postupuje dodnes.

- *Strukturovaný program*
- *Režim a pravidla*
- *Léčebné společenství*
- *Komunitní setkání*
- *Individuální a skupinová psychoterapie*
- *Rodinná a partnerská terapie*
- *Pracovní terapie*
- *Volnočasové aktivity, sport*

(Kalina a kolektiv, 2008, str.382)

#### **8. Terapeutické komunity**

Kratochvíl odlišil širší a užší pojetí terapeutické komunity. „*Terapeutická komunita v širším slova smyslu je systém organizace léčebného oddělení, ve kterém se podporuje všestranně otevřená komunikace a v němž se na rozhodování podílejí všichni členové týmu i pacienti. Terapeutická komunita v užším slova smyslu je psychoterapeutickou metodou, při níž se využívají modelové situace malé společenské skupiny k projekci a korekci maladaptivních interpersonálních stereotypů prožívání a chování.*“ (Kalina a kolektiv, 2008, str.199) Citací jiného autora dále uvádí pět zásad terapeutické komunity, a to:

- *Oboustranná komunikace na všech úrovních*
- *Proces rozhodování na všech úrovních*
- *Společné vedení*
- *Konsenzus v přijímání rozhodnutí*
- *Sociální učení v interakci tady a teď*

(Jones, 1953)

Kalina tamtéž sám vymezil charakteristické rysy terapeutických komunit pro závislé, za ně považuje následující:

- *Bezdrogové prostředí*
- *Relativně vysoký stupeň organizační autonomie*

- *Oddělení komunity od vnějšího světa a institucionálního okolí*
- *Svépomoc klientů v léčebném procesu i v každodenním provozu komunity*
- *Tým složený z profesionálů i bývalých uživatelů/ absolventů komunity*
- *Vysoký důraz na strukturu a pravidla chování*
- *Pojetí drogové závislosti jako projevu poruchy celé osoby a z toho vyplývající pojetí procesu jako léčby celé osoby*
- *Pojetí sociálního učení, změny a uzdravy jako instrumentálního procesu a z toho vyplývající rozvržení pobytu do etap*
- *Role, pozice a pracovní funkce klientů definované podle pokroku v léčbě*
- *Význam práce a výchovy/ vzdělávání v programu*

Terapeutická komunita je místo, kde člověk nabyde naděje na lepší život, přejímá odpovědnost za svůj vlastní a učí se chápat sám sebe a okolní svět. V tom mu pomáhá rodinné prostředí, systém odměn a sankcí, pravidelná terapeutická intervence a pocit, že je nedělitelnou součástí celku. Tento celek má přesně stanovený řád, jehož plnění se podobá běžnému životu, realitě. Klienti kromě psychologických sezení a terapií plní pracovní povinnosti, starají se o chod komunity (vaření, úklid, chov dobytka, pěstitelství, účast a výpomoc v krizových situacích – povodně apod.) podstupují různá zátěžová cvičení a věnují se volnočasovým aktivitám, sportu aj. Při tom všem ctí nejvyšší pravidla komunity (v první řadě abstinence drogová, ale i sexuální), jejichž porušení je trestáno vyloučením z léčby, v méně závažných případech sankcemi. Léčba je rozdělena v časovém horizontu, ruku v ruce s úspěšným zvládnutím, do několika fází (0–3) a každá z nich přináší klientovi nové povinnosti, ale i výhody.

### **9. Doléčovací programy**

Tato složka systému péče je koncipovaná abstinentům, kteří absolvovali ambulantní či rezidenční léčbu. Jedná se o nepovinnou, ale doporučovanou součást léčebného procesu, která pomáhá klientovi, který se již střízlivý vrátil do reálného života, stát pevně na svých nohách. Cílem je především předejít relapsu, udržet změny v nově nabytém životním stylu a chování po ukončení léčby, kdy klient není již déle v bezpečném prostředí za branami terapeutické komunity, nebo léčebny. Pomáhá k udržení pozitivního stavu mysli, ale i praktické resocializaci v oblasti bydlení, zaměstnání, nebo sociálních věcí. Pracuje s rodinami abstinentů, ve kterých se nezdárá záhy objevují první problémy na základě

nedůvěřivosti. Klient také může využít psychiatrické i praktické zdravotnické péče, například při řešení léčby žloutenky typu C. Kromě mnohých volnočasových aktivit, které jsou tu na obranu proti nudě klientům nabízeny, je zde možnost stát se účastníky rekvalifikačních kurzů. Dokonce se nabízí i možnost získání chráněného pracoviště, či chráněného bydlení. Doléčovací program zůstává bezpečným útočištěm abstinentům po neomezenou dobu, kdykoli potřebují pomoc, radu nebo jen vlídné slovo.

### ***10. Ostatní zařízení a služby***

Posledním dílem jsou zařízení pokrývající potřeby speciálních skupin, jako jsou například matky s dětmi a terapeutické komunity pro ně (v ČR TK Karlov), specifická zařízení pro děti do 15 let (např. Detoxifikační jednotka pro děti a dorost v Nemocnici Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze), uživatelé drog ve vazbách apod. Existují také sociální firmy zaměřené na integraci klientů do normálního života (např. Cafe Therapy). (Kalina, 2008, str.384).

## Empirická část

### 1. Cíle empirické části

Empirická část této bakalářské práce si klade za cíl především v malém měřítku zmapovat povědomí o problematice, a to v konkrétní otázce pomoci drogově závislým osobám a jejich rodinám a zjistit, jakým způsobem se k drogám dotazovaní staví. Jejím cílem je bezpochyby také seznámit případně neobeznámené participanty s některými možnostmi pomoci, ale především je dovést k uvědomění, že pomoc drogově závislým a jejich rodinám je téma, které si skutečně žádá pozornost. Prostřednictvím dotazníku dochází u jednotlivých respondentů k zamýšlení se nad palčivými otázkami a vžití se do role člověka, který vyvolanou situací skutečně musí řešit. Dochází tak nejen k načerpání nových informací, ale snad i k přehodnocení některých postojů vůči této problematice. Dalším z cílů je poukázat pomocí rozsáhlých vyprávění na to, jak skutečně život s drogou vypadá. Pochopit tak souvislosti a projít se po cestě, kterou lidé dotčení závislostí sami ušli.

### 2. Hypotézy

Většinová část populace se v poměrně blízkém kontaktu setkává se zkušeností závislosti na nealkoholových drogách, a to ať s vlastní, nebo zprostředkovanou skrze blízkého člověka.

Tím, že je společnost ve velké míře konfrontována s narkomany, vzrůstá negativní pohled na problematiku a lidé na narkomany pohlížejí spíše s odporem a nezájmem.

Povědomí o možnostech pomoci drogově závislým a jejich blízkým je navzdory šíři problému poněkud úzké.

Lidé, kteří se ve svém životě nemuseli potýkat se svojí, či blízkou závislostí na nealkoholových drogách i přesto vykazují znalost systému pomoci v České republice a vědí, kam se obrátit.

Některé ze zvláštních forem pomoci závislým a jejich rodinám jsou takřka neznámé a lidé je považují za zbytečné, či dokonce bizarní. Zastávají názor, že vynaložené finance a úsilí by měli putovat do jiných sociálních sfér.

## 2.1. Metody výzkumu

Empirické části poslouží celkem dvě metody výzkumu. V prvním případě se jedná o zpracování tří hloubkových rozhovorů na téma Drogová závislost v rodině. Dotazovanými se stali dobrovolníci, dva z nich z řad potomků drogově závislých rodičů, třetím je člověk vyléčený z mnohaleté závislosti na tvrdých drogách, zároveň rodič jednoho z dříve jmenovaných. Ti se rozhovořili o svých životních příbězích a nastínili tak realistický pohled na život s drogovou závislostí. V druhém případě se jedná o dotazník v rozsahu 20 otázek, přičemž 5 otázek je otevřených, zbylých 15 uzavřených s možností a žádostí o vyjádření vlastního názoru, či konkretizace dané odpovědi. Tento dotazník byl prostřednictvím sociálních sítí předkládán širokému spektru populace a jeho vyplňování se ujali například nejen lidé z řad samotných bývalých narkomanů, ale také mnoho osob působících v pomáhající profesi, ale také studentů, nebo dokonce žáků základní školy. Celkový počet respondentů se mezi všemi věkovými kategoriemi dostal na počet 219 dotazovaných, kteří poskytli neotřelé názory a mnoho vlastních poznatků, či zkušeností nabitých skrze setkání s drogou.

## 2.2. Cílová skupina

Cílovou skupinu tvoří díky širokému dosahu předkládaného dotazníku poměrně obsáhlá věková škála, dominantní skupinu dotazovaných ovšem tvoří lidé mezi 20-30 lety. Je tvořena jak lidmi drogou nedotčenými, tak těmi, kteří s ní mají buďto své, nebo zprostředkované zkušenosti.

### 3. Interviews a jejich rozbor

#### 3.1. Rozhovor č.1

*M.S.*

*Můžeš mi povědět něco o sobě a svém příběhu?*

Je mi 22, žiju v Praze, jsem podnikatel, věnuji se skautingu a mám rád dobrodružství. Narodil jsem se drogově závislým rodičům.

Oba dva kouřili marihuanu a určitě užívali i další drogy, ale vlastně nevím konkrétně jaký. Vyrůstal jsem s nima do mých 4 let, než se máma rozhodla, že se nechá s tátou rozvést. Udělala to trošku na popud rodičů, ale taky chtěla asi změnit styl života a přestat s drogama. Došlo teda na normální soud, kdy se rozhodovalo, komu případnu do péče. Táta v tomhle ohledu mámě tak trochu ustoupil, takže neprobíhaly žádný tahanice a skončil jsem v mámině péči. Scházení se s tátou zůstalo na domluvě, a protože jsem bydlel u máminých rodičů, tak hlavně mezi tátou a dědou. Víím, že jsem asi krátce po rozvodu mezi tím strávil nějakou dobu v zařízení podobném dnešnímu Klokánku a dětským domově, pak už jsem ale bydlel u babičky s dědou. S tátou jsem trávil čas od času víkendy, podnikaly jsme nějaký výlety a tak, jen nedokážu s přesností říct, jak často to bylo. Mohlo to být v rozmezí pár týdnů, ale i měsíců.

*Jak to dopadlo s mamkou?*

Máma se šla později léčit do Němčic. Bylo mi asi 6, když jsem tam za ní jezdil a celkově to trvalo asi dva roky. Byla to její první léčba a od té doby už abstinuje, přestala dokonce i kouřit a začala žít velmi zdravým stylem, zůstaly jí ale psychický problémy, a tak musí brát antidepressiva, už s nimi ale přestává. Doktoři toho do ní cpaly moc, myslím si, že v té době nikdo moc nevěděl, jak její problémy vyřešit, a tak z toho vznikly ještě větší a horší následky. Do Němčic jsem za ní jezdil, vybavuju si ten pěkný rybníček, houpačku na kaštanu, vlastně celej ten prostor, zvířata, zámeček atd. Pamatuju si, jak jsme s mámou, a ještě nějakým klukem vlezli sklepem do toho zámku a tam byly všude krásný malby, křišťálový lustry, taky alchymistická laboratoř. Tam mi pak vyprávěli o hledání nesmrtelnosti. Byl jsem tam i na Vánoce, to mě nechali hlídat cukroví, jenže já toho půlku zlikvidoval. Divili se a terapeut byl naštvanej a zklamanej, ale co mohl čekat od 7letého kluka? Jezdil jsem s nima i na kola, lezli jsme po skalách. Bylo to fajn, učili je splynout s přírodou. Nevzpomínám si, že bych tam někdy nocoval, asi mě tam vždycky vozil děda na otočku, nebo jsem jezdil s někým dalším. Potom jsem za mamkou chodil do chráněného

bydlení v doléčovacím centru v Praze a potom už se nastěhovala za náma k babičce a dědovi. Od té doby jsme byli jednou na setkání bývalých klientů komunity v Němčicích, ale víckrát už ne. Za tím vším je tlustá čára. Teď, ani nikdy předtím jsme se o tom všem s mámou ale nebavily. Není to, jako když se ptáš rodičů, jak se spolu seznámili. Nikdy o tom nemluvíme. Proto vlastně ani neznám všechny detaily a okolnosti.

Trošku mi splývá to období, kdy se mamka vrátila, mohlo mi být tak 8/9 a vím, že prarodiče tou dobou začali stavět baráček. Potom už jsme tam bydleli jen my dva, i mámin bratr se odstěhoval. Já sám jsem se odstěhoval asi v 18, když jsem se osamostatnil.

***Ani okolnosti toho, jak se k drogám vůbec dostali?***

Vím, že máma, jako mladá holka, chtěla jít po gymplu na vysokou a tenkrát dělala nějaký výzkum, referát, nebo něco takového právě o závislých lidech, snažila se je pochopit, tak se s nima začala nějak stýkat a pak do toho sama spadla. Měla vlastní studentský byt v Dejvicích a táta svůj ve Strašnicích. Chtěli je oba vyměnit za nějakou větší, smlouvy ale byly napsány tak, že to nešlo a pak už to začalo všechno skřípat. Jeden byt dokonce vyhořel, dodnes se prý neví proč. Mezitím ale už byli svoji a měli mě. Pamatuju si, jak jsme jezdili třeba na chalupu do Krkonoš. No a u táty tuším. Za komunismu to byl prostě takovej styl, jít proti proudu, a tak asi na bytech s kamarádama experimentovali a experimentovali.

***Věděl si, co se děje? Tys neměl ponětí, že vaši dělají něco špatného?***

Neměl jsem o tom ponětí. Já ty informace získal střípkovitě až později. Těžko říct, nevybavuju si, že by k nám chodila sociálka. Dozvěděl jsem se to až když policajti přijeli na byt kvůli marihuaně. Pro mě to byly celou dobu jen kytičky na okně, stejně jako někdo může pěstovat tulipány. Nemám žádnou vzpomínku na moment uvědomění, vyloženě jsem si to nikdy neuvědomil. Mě to ve své podstatě neovlivňovalo, byla to jejich věc, jako když si někdo zapálí cigaretu. Ani v pubertě, nebo dospělosti jsem nikdy nebyl svědkem toho, že by třeba táta něco vyváděl. Možná jsem ale něco viděl a jen to potlačil, protože dodnes, když vidím při jakýkoli příležitosti jehlu, tak se mi strašně zamotá hlava a musím si lehnout na zem. Vím, že to má plno lidí, tak to vůbec nemusí být následek nějaký zkušenosti, ale napadlo mě to. Pokud si pamatuju, tak jsem přímo u toho nikdy nebyl, skrývali to a já netušil, že je něco špatně. I když jsem se třeba na chalupě vzbudil sám do prázdného pokoje, rodiče zrovna přicházeli z lesa s tím, že mi šli nasbírat lesní ovoce a opravdu nesli mističku s lesním ovocem.

***Jak pokračoval tátův příběh, ten se nechtěl léčit?***

Táta bere asi 40 let. Párkrát se stalo, že od toho potřeboval pauzičku. Tak se prostě rozhodl a přestal. Třeba i na dva roky, to když šlo o mě, nebo přestoupil i na metadon, já si pamatuju, jak jsme pořád chodili pro nějaký léky, vodičky, pitíčka. Než šel do vězení, tak už byl na metadonu asi rok a tam je na něm vlastně doteď. On je jakoby pořád v pohodě, při smyslech, kdyby neměl zničený ruce, tak to na něm možná na první pohled člověk ani nepozná. Není jako typický feťák, kterýho si představíš, nebo jak ti ho třeba vykreslí média. Můj táta nevypadá. Sám od sebe ale asi nikdy přestat nechtěl, i když o to vlastně nejde. Nejde o to, jestli chceš, nebo nechceš. Ty to prostě potřebuješ, to je závislost. Ve vězení je proto, že si to pro sebe a nějaký svý kamarády vyráběl. Rozsudek zní výroba a distribuce, i když to nikdy neprodával v nějakým větším množství. Stalo se to po tom, co ho zásahovka chytila v baráčku za Prahou, kde přechodně bydlel, jak vaří drogy. Já tam za ním zrovna byl, s tou policií jsem se minul o 10 minut a opravdu jsem ani tehdy o ničem nevěděl.

***Jak si to celou dobu prožíval? Setkal ses například s šikanou kvůli tomu, jací jsou tvoji rodiče?***

Když mě třeba táta přišel občas vyzvednout ke škole, před víkendem, nebo když jsme šli na procházku, tak vždycky hrozně nahlas volal moje jméno. On je prostě exot, takovej výraznej člověk, chlápek, co vždycky přitahoval pozornost. Když v autobuse telefonoval, tak všichni museli chtít nechtít poslouchat. A on mě právě vždycky učil, ať se za něj nestydím a ať říkám, že rodiče si nevybíráme a nemůžeme je změnit i kdybychom chtěli. Šikana u nás ve škole byla naprosto běžná, byly jsme hodně problémová třída, ale nikdy mě nikdo nešikanoval kvůli tomuhle, protože to ani nikdo nevěděl. Já o tom poprvé před někým bližším promluvil asi až v 17 letech.

I když máma už byla v pohodě a s tátou jsem se čas od času vídal, stejně jsem byl smutnej. Jasně, brečel jsem. Nikdy to nebylo tak, jak mělo, že mě táta vyzvedne ve škole a doma si se mnou hraje, povídá. Táta mi pořád chyběl, nešlo s ním být jenom jednou za x dní, nebo týdnů, to není normální. A celá tahle rodinná otázka na mě dolehla třeba když jsem byl na výměnným pobytu a viděl, jak se rodina večer sešla u televize a všichni si povídali a sdělovali zážitky. Dneska je to pro mě těžký třeba při tom skautingu, kdy hodně spolupracujeme s rodičema a vidím, co s těma děckama všechno podnikaj, tak je mi líto, že já o to přišel.

***Jak na to celé pohlíželi prarodiče, když se o tebe starali?***

Nebylo to třeba tak, že by svoje děti zavrhli a ani že by zavrhli jejich partnery a rodiny. Babička z tátovy strany má všechny nezištně ráda, přes všechno i tátu a jestli tam nějaký tendence k zavržení byly, neudělala to, má ho ráda takovýho, jaký je a ví, že by s ním po té době nic moc vlastně už nezmohla, vlastně ho nikdy nenaháněli po nějakých léčebnách. Když jsem ale bydlel u babičky s dědou z máminy strany, pamatuju si takový příhody, jako když si mě šel táta vyzvednout a děda mu odmítal otevřít dveře. A já tam stál a mlátil ho jojem. Opravdu ale nemůžu s jistotou říct, jak často za mnou třeba táta chodil a jaký tedy mohli mít na něho názor, jestli to bylo jednou za měsíc, nebo jednou za půl roku. Víím, že se to potom zlepšilo, když mi bylo asi 12, táta mi pak dal i telefon, abychom si mohli volat, ale i přesto, že jsme bydleli oba v Praze, těch možností se vidět vlastně tolik nebylo. Máminy rodiče se na to prostě nejspíš dívali celou dobu trochu jinak, jsou strašně přísný a konzervativní, mají svoje pravidla. Pamatuju si z dětství, že byla v 7 večere, a i když jsem měl třeba ještě potom hlad, tak jsem jednoduše už najíst nedostal. Nebo nedávno, když jsem je chtěl po návštěvě u druhých prarodičů vidět na Štědrý večer, tak už jsem nemohl, protože prý bylo moc pozdě, a to bylo asi 7 hodin. Možná, že i moje máma kvůli tomu skončila na drogách, odešla od nich brzo, možná si chtěla prostě užívat víc života. Asi to měla doma opravdu dost přísný. Ani děda mě třeba nikdy k ničemu nepustil, jak šlo o manuální práci, tak se pokaždé se všema rozhádal, protože to muselo být podle něho a vlastně to musel celý dělat on sám. Proto toho například moc nevím o kutilství apod., neměl mě to kdo naučit. V tom mi pak pomáhal táta, když jsem potřeboval. Moc k nim ale už nejezdím, občas jen s něčím vypomocet. Tátovo rodiče asi měli zase volnější výchovu, babička to občas říká, že měla být na tátu přísnější.

***A ty sám si někdy potřeboval, nebo pomyslel na odbornou pomoc?***

Já ani prarodiče jsme nikdy nenavštěvovali žádný podpůrný zařízení, pokud jde ale o mě, kdyby mě býval někdy někdo někde posadil, tak si o tom rád popovídám, ale to se mi nikdy nestalo. Vlastně ani dneska nevím, kam bych šel.

***Měl si někdy ambice začít těmhle lidem pomáhat?***

Neměl jsem konkrétní ambice pomáhat drogově závislým, chtěl bych spíš zlepšit tu situaci všem. Dělal jsem třeba v Klokánku. Vždycky když byla nějaká nudná hodina na střední, tak jsem jí zatahnul a vzal radši děti z Klokánku na sportovky. Možná je to nějaká ozvěna mého osudu, sám od sebe bych se k tomu třeba ani nedostal. Nebo jsem dal dohromady dvacet lidí, nashomáždili jsme jídlo, chleby s paštikou, udělali balíčky, posbírali

deky, oblečení a podobně a obešli jsme bezdomovce na Hlavním nádraží...Od drog jsem si vždycky spíš držel odstup, nechtěl jsem s tím nikdy mít nic společného, zapíral jsem to v sobě, když na to přišla řeč, raději jsem měnil téma, takže spíše než pomáhat drogově závislým, bych chtěl pomoci bez rozdílu všem, kteří to potřebují.

***Znáš více lidí, kteří v životě prošli tím, čím ty?***

Znám jednu dívku, kterou si pamatuju z dětství, byla na tom stejně jako já, bydlela u babičky. Když jsme se pak náhodně potkali po deseti letech, zjistil jsem, že její rodina je na tom pořád stejně, a i ona má problémy, snažil jsem se jí pomoci. Dokonce i její 14letý bratr u mě bydlel, staral jsem se jednoduše o malýho kluka, místo aby se o něho starala jeho máma. Jeho sestře jsem nabídl pomoc a bydlení samozřejmě taky, ale ta se ani neukázala. Potom se ode mě i ten bratr odstěhoval. Nechtěl pomoc ani on, ani ona. Já bych jí k sobě klidně vzal, i když vím, že by to bylo v některých věcech riskantní, ale kdyby o to stála, tak bych jí prostě pomohl.

V tomhle mi hodně otevřel oči Skaut. Bydlel jsem tenkrát za Prahou a dlouho do noci pracoval, těžko jsem se dostával tam a zpět, a když jsem se zmínil mezi známými ze Skautu o tom, že je to těžké a že hledám nějaké bydlení, tak mi kapitán oddílu, starší chlápek, nabídl bydlení u něho doma, poskytl mi prostory Skauta abych tam mohl být a celkově mi pomáhal. A já od té doby prostě vidím, že pomoc existuje, rád jí taky poskytnu, je to jenom o tom chtít a nebát se. I když ti někdo třeba něco vezme, tak si zachovat dobrej pocit z toho, žes udělala, co si mohla, a že si to ten člověk třeba jednou uvědomí. Já k těm lidem cejtím strašnej soucit a zklamání. Sám jsem něco zažil díky banálním problémům, jako je rekonstrukce bytu, kdy jsem musel řešit, kam se půjdu vysprchovat. Je to těžká situace a v tý si člověk uvědomí, že třeba takový lidi na ulici to mají několikanásobně horší, že jsou zoufalí, a že s normálníma lidma skončili. Já bych na jejich místě přemýšlel, že si vezmu život. Člověk se tam může dostat i kvůli neštěstí v podnikání, prostě jakkoli. Stejně tak se může člověk dostat i k drogám. Takže když prostě můžu tak pomůžu.

***Jak vypadá tvůj dnešní vztah s tátou, snažíš se ho nějak přimět k tomu, aby přestal?***

Tátu se snažim pořád motivovat, dávám mu to najevo. Ale je to těžký. Je mi líto a nechápu, proč po rozvodu taky nezačal na novo, jako moje mamka. Teď ho chodím navštěvovat, jak se dá, povolená lhůta je jednou za dva měsíce, jinak si voláme. Ale většinou naše hovory končí v půlce věty, protože karty, ze kterých vězni volají, fungují na jednotky, kterých je za hodně peněz strašně málo. Celkově ten obraz vězení, jak si ho lidi představujou

a říkají, že vězni se mají lépe než normální lidi, není moc pravdivé. Je to tam dost přísný, obyčejně třeba vězni nesmí přes den ani ležet. Ale já v té iluzi pohodlí žil předtím taky.

### 3.2. Rozhovor č.2

**O.S.**

Je mi 24 let, v současné době už 7. rokem žiji v Praze, studuji adiktologii, působím jako lektor primární prevence, miluji hudbu

***Můžeš mi, prosím, více přiblížit sebe a svůj příběh?***

Celkem výraznou součástí mého životního příběhu je fakt, že moji rodiče jsou narkomani. V mnoha směrech mě to ovlivilo i obohatilo. Abych to upřesnil, už ne oba, protože máma víc než 12 let abstinguje. Když jsem se ale narodil, oba v tom lítali. Hlavně v pervitinu a heroinu. Žili jsme v hezkém bytě na Žižkově a asi jsme působili jako fajn rodinka. Nepamatuju si, že bych někdy strádal, naopak jsem byl zahrnutý vším, co jsem si kdy přál a naši se mi zdáli jako přinejmenším krásní lidé, hezky oblečení a oblíbení. Pořád se s někým bavili, se sousedama, kamarádama, stále byli někým obklopení. Sice jsme skoro neustále běhali někde po městě, ale jinak jsem byl spokojený a všechno se mi zdálo být parádní.

***Kdy sis uvědomil, nebo zjistil, že něco není v pořádku?***

Nemůžu přesně říct, kolik mi bylo, ale když to odhadnu podle toho, že jsem se v 7 letech stěhoval k babičce, žil jsem s vědomím, že se něco děje zhruba rok až dva. Sled událostí, který se mi vybavuje asi nezvládnou seřadit podle času, ale odhaduju, že to mohlo odstartovat tím, když mi začlo být divný, proč mě naši zamykají v pokoji a ucpávají klíčovou díрку vatou. Když jsem pak chtěl jít v noci na záchod, musel jsem klepat a máma mě vodila se zakrytými očima až do koupelny a zpátky. Jednou jsem se ale třeba v noci vzbudil, šel do koupelny normálně a zjistil jsem, že jsem doma úplně sám. Mohlo mi být tak 5, hrozně jsem se bál a brečel, volal, křičel, a nakonec jsem vzal nějaké nářadí, co jsem našel v chodbě a třískal jím do dveří abych se dostal ven. Pamatuju si hlasy sousedů, které jsem tím probudil, jak mě uklidňovali přes dveře...a pak už jen vidím mámu s tátou, jak si vesele vykračují po schodech do patra a říkají, že šli jen pro cigarety. Nedokážu říct objektivně, mě to připadalo jako věčnost a dodnes je to jedna z mých nejhorších a nejživějších vzpomínek. Mám ale i vzpomínky na rodiče, když byli zrovna v rauši, nebo když se hádali, prali, nebo když na nás s mámou táta útočil. Všechno tohle ale završil moment, kdy jsem viděl mámu skrze

vyšťouranou klíčovou dírkou, jak si něco píchá. Hrozně jsem brečel, že mi lhala, protože už mi předtím slíbila, že už to nikdy dělat nebude. Nepamatuji si kdy, ale vím to. Uklidňovala mě tím, že je hrozně nemocná a že jsou to její léky. A to je jedna z posledních vzpomínek, možná ta úplně nejhorší. Je toho ale mnohem víc. Paradoxně víc, než bych si byl schopen vybavit z dob, kdy mi bylo třeba 12. Vidím se, jak vyhlížím tátu z balkonu, když se vrací domu z vězení, nebo jak mě pozdě večer vede domů družinářka po tom, co mě naši zapomněli vyzvednout ve školce. Mám ale prostě vnitřní pocit, že tyhle události se děly v krátkém časovém úseku, ne po celých 7 let, co jsem s nima bydlel.

### ***Co stojí za tvým odstěhováním se k babičce?***

Žiju v domnění, že se v tom začala šťourat sociálka. A mám takovou informaci, že se máma se svojí mámou dohodly, protože se o mě už nezvládala starat, tak to navlíkli na udání od babičky a už jsem se stěhoval do jižních Čech. Po mnoha letech jsem až nedávno zjistil, že podobný plán měl i táta se svojí mámou, která už zařizovala všechny věci, abych se k ní mohl nastěhovat, ale mámina strana byla rychlejší. Jak to bylo doopravdy se možná nedozvím. Každopádně nastoupil jsem asi v lednu do 2. třídy u babičky a už tam zůstal.

### ***Jaká pro tebe byla taková změna?***

S babičkou mi bylo dobře, nepamatuji si, že bych kvůli rodičům v tomhle období nějak moc truchlil. problematický spíš bylo se začlenit do dětského kolektivu na vesnici. Za prvé jsem byl pražák a byl jsem prostě cizí, ale hlavně jsem byl divnej, protože jsem neměl mámu a tátu, ale bydlel jsem jen s babičkou a nevlastním dědou. U nás se to rychle rozkřiklo se všema detailama, ani nevím jak. Slyším jen, jak mi kamarádi říkají, že jim maminka zakázala se se mnou bavit. Extrém, ale reálnější. Měl jsem ale ostrý lokty a štěstí, že mi to ve škole dobře šlo, takže jsem si nakonec tak nějak vydobyl svoje místo v kolektivu, a to nebylo vůbec špatný, a našel si kamarády, který mám doteď. Víím, že babička to po finanční stránce neměla lehký, ale nestrádal jsem. Chodil jsem snad na všechny kroužky, co existovaly a prostě dělala co mohla, abych se měl dobře.

### ***Byls tu dobu s rodiči v nějakém kontaktu?***

Nebyl, matně si vybavuju pár maminejch telefonátů v řádu několika minut. Babička vždycky říkala, že máma mluví jak vystřelený šíp – asi aby toho stihla hodně říct, ale my jí stejně nerozuměli. Přišel mi jeden dopis k narozeninám, kde byly namalovaný klauni a pak v průběhu let snad jednou přijel táta s nějakou novou kočkou a pak zvlášť i máma. Ale v tom můžou bejt časový proluky několik měsíců, ne-li let. V kontaktu jsme tedy vlastně ani nebyli.

A mě to nejspíš ani nevadilo. Nevzpomínám si, že bych nějak brečel, nebo truchlil. Koukal jsem na to prostě tak, že se na mě vybodli a že je nesnáším. Byl to spíš efekt maximálního popření. Jasně, že mi bylo smutno. Mrzelo mě když se sem tam přecejen ozval někdo ze školy a posměšně třeba volal Alláhu dej mi mámu, nebo se mi smál, proč nejsem v děcáku a podobně. Ale jinak jsem měl prostě masku drsnáka a nedal na sobě nic znát. Smutek se začal ozývat až pozdějc. Dočasně jsem byl v kontaktu s babičkou a dědou z tátovy strany, který si z dřívějšího období vůbec nepamatuju, ale to nemělo dlouhýho trvání, protože babičky navzájem se nenáviděly, sváděly zpackanej život svých potomků každá na potomka z té druhé strany a já byl vlastně celou dobu jen takovej cínovej vojáček. Ne ovšem na dlouho. Tátovu rodinu jsem neviděl skoro deset let. Žil v domnění, že jsou to zlý lidi, co mě nemají rádi, a to až do chvíle, než jsem si sám uvědomil, že jsem byl jen bit na cizích rozepřích a už mám svůj rozum na to zjistit, jak se věci mají. Babičku jsem v dospělosti po dlouhejch rozvahách zkontaktoval. Dodnes jsme za dobře a jsem rád, že jsem zase obklopenej lidma, který prostě do mojí rodiny patří.

***Jak podle tebe prarodiče prožívali, nebo zpětně prožívají všechny tyhle události?***

***Vyhledali pro sebe, nebo i tebe někdy nějakou odbornou podporu?***

Moc se v jejich pocitech dodnes nevyznám. Z babičky, která mě vychovávala jsem asi tak nějak cítil určitou rezignaci. Sice jsme si o tom v těch dobách a ani teď vlastně nepovídali, pokud si to dobře pamatuju, ale tuším a cítil jsem, že byla našťvaná na svět. Zažila si v životě svoje a po tomhle už tak nějak smířeně žila s tím, co jí potkalo a byla asi ráda, že mě doma má. Ani její tehdejší manželství nebyla pohádka, tak se na mě dost upnula a myslím, že ve mně měla radost. Zároveň ale nikdy mámu, ani tátu neposlala k čertu, když třeba zazvonili u našich dveří, nebo telefonovali. Náruč měla přes to všechno otevřenou a asi vždycky věřila a doufala, že teď už to vyjde. O tátovi třeba dodnes tak smutně říká, jak moc ho měla ráda a on ji. Pohled ze strany druhý babičky mám zprostředkovaný až dnes a je mi z něj smutno. Ona je silná osoba a člověk by si myslel, že už to má v sobě prostě vyřešené. Ale já z ní cítím, že je to spíš naopak. Dost o tom svědčí, že o tátovi neustále mluví, nehledě na to, že ty samé konverzace se opakují stále dokola, pořád to spolu na její popud omíláme. Jak se to mohlo stát zrovna jemu. Čiší z ní hrozná beznaděj. Tátu už několikrát zavrhla a poslala k čertu, ale myslím si, že kdyby se ukázal u jejích dveří, tak mu zase ráda uvěří. Takže z toho je mi smutno. Tak nějak si to s sebou všichni poneseš už navždycky. Veskrze ale tuším, že ani jedna strana nikdy nevyhledala nějakou pomoc. Jedna babička o tom vždycky mluvila bez okolků až moc se všemi, druhá babička to kupodivu

úspěšně třeba doted' tají některým členům rodiny. Asi by pro ně bylo nemyslitelný navštívit s tím nějakou pomocnou skupinu, nebo terapeuta. Ani já jsem se nikdy pod ruku odborníkovi nedostal, v dospělosti jsem o tom ale přemýšlel.

### ***Z jakého důvodu? Jaké to na tobě zanechalo následky?***

Souvisí to s tím popřením v dětství, kdy jsem se tvářil jakoby nic. Máma se mi sice vrátila domů a sejmula tím velký břemeno, ale já si paradoxně až potom začal všechno uvědomovat. Všimát si v jiných rodinách toho, jak to třeba mohlo bejt, co jsem nezažil a už se svejma rodičema nezažiju. Někdy jsem se v sobě až moc štouřel a vysypal na sebe všechny kostlivce, který jsem pak nemohl do té skříně zpátky nacpat. Ty tam prostě jsou, dřímaj v podvědomí. Já je třeba jen chtěl pojmenovat. Uvědomit si, že se mi po tátovi stejská, byť jsem na něj strašně naštvanej, že se na mě vykašlal a nikdy se nesnažil. Uvědomit si, že mě ty vzpomínky vlastně bolejí a hrozně mě mrzí, že jsem tím musel projít já a celá moje rodina. Čím si musela projít máma. Přiznat si, že se bojím, aby se to nevrátilo, nebo nedejbože aby se to v rodině nestalo někomu dalšímu, třeba mým dětem. Někdy třeba bojuju s vlastním pojetím lásky, dokážu jí ponížít v domnění, že to nejspíš ani nemůžu umět a podobně. Jsou to mraky myšlenek. Většina z nich souvisí s nějakou sebenápravou, která mě zaprvé fascinuje a za druhé jí považuju ve svém případě v určitých ohledech za nevyhnutelnou. Proto jsem nad odbornou pomocí přemejšlel, ale asi mi chybí odvaha k někomu přijít a vysypat to na něj. V tom mi vždycky pomáhali kamarádi, kterým jsem se svěřoval, nebo prostě já sám ve své hlavě. Co se týče celkového dopadu těchto věcí na můj život, ten je vesměs pozitivní. Drog se nebojím, je to sice odstrašující příklad, to bezpochyby, ale mě to tím spíš unáší směrem pomoci závislým a vždycky to tak vlastně bylo. Možná jsem se pro to narodil bez ohledu na svojí zkušenost, ale možná taky ne. Často mě totiž ovládá pocit takového jakoby vzteku, když feťáky vidím. Chvilku mi trvá, než se otřepu a uvědomím si, jak hluboký a spleťitý to mívá kořeny. Co se týče mého experimentování s drogama, došel jsem nejdál k trávě a jsem skálopevně přesvědčenej, že tudy moje cesta fakt nevede. V tomhle ohledu to jde úplně mimo mě a myslím si, že se na tom nikdy nic nezmění.

### ***Pověz mi ještě něco o tvých rodičích.***

Já si myslím, že moji rodiče byli prostě dva mladý povedený floutci, jeden pro druhého stvořenej. Byli to krásný chytrý lidi, který měli prostě „jen“ problémy s drogama. Máma se k nim dostala strašně brzo, byla prostě ještě dítě, když si poprvé píchla a co jí k tomu vedlo? Těžko říct, těžko ty pocity pochopit. Relativně často se o tom bavíme, i když by to možná

jinde bylo tabu, takže ten příběh znám, ale člověk, co to nezažije, nepochopí. Máma měla doma ne úplně dobré vzory. Rodiče se často hádali, všechny vztahy v rodině byly napjaté. Stěhovali se z místa na místo, táta byl piják a když umřel, z mámy se stala neřízená střela. Od 16 žila po bytech s podobnejma lidma, mezi kterýma našla svoje zázemí a asi se tam cítila konečně dobře. Kolem 19 musela potkat májho tátu, což byl frajírek, kterej asi sázel na to, že vypadá dobře. Máma mi vždycky říká, že ho nikdy nechtěla, ale že jí uhnal. Za tím je ale taky pokřivený dospívání, rozvod rodičů, soudní odebrání matce potažmo nedostatečná péče otce cholerika. Aspoň co já vim. Z týchle strany mám informací podstatně míň, protože dodnes tam nikdo neví, jak se to přihodilo a nevidí potenciální cesty, který k tomu vedly. Nicméně je dva si představuju jako pár snů, kterej měl i dobře našlápnuto v podnikání a celkem úspěšným životě (možná je to moc idilistickéj obraz, nedokážu říct objektivně). Rozhodně byly ale drogy silnější. Když to nakonec došlo až moc daleko, střídavě pak asi přestávali, zkoušeli metadon, aby se o mě zvládli alespoň nezbytně postarat no a dál užs' to slyšela.

### ***Jak je to teď?***

Jak jsem zmínil, máma už je hodně let čistá. Po tom, co jí drogy málem dohnaly k šílenství a skončila po rozvodu s tátou na ulici, se vzchopila a šla se léčit do Němcic. To mi bylo asi 12. Nebyl to první pokus, bylo jich na popud rodičů a postupný nezvladatelnosti situace víc, ale tady asi už prostě věděla, že je to její úplně poslední šance a že sama fakt chce ten mizernej život změnit. Jezdil jsem za ní do komunity jako kluk a miloval jsem to tam. Mamka vlastně léčbu nakonec ani nedokončila, takže prognózy nic moc. Vrátila se prostě domů, do domu svý mámy, a začla i bez ukončení nebo doléčovacích procedur znova. Bylo to těžký, protože se na ní sesypaly dluhy, a ne malý, měla podlomený zdraví a navrch ještě nálepku feťačky. I přes tuhle nepřízeň si ale dost rychle našla práci, byla v ní úspěšná, splácela a pomalu si získávala lidi na svojí stranu, našla si kamarády a žila asi snad fajnově a spokojeně. Já jí měl vždycky rád a přál jí to nejlepší a nikdy by mě nenapadlo omílat před ní nějaký křivdy. Nemyslím si, že bych jí měl co vyčítat a ani to nedělám Naopak, pamatuju si, jak jsem se napařoval, jaká je moje máma osobnost a všude jsem se vytahoval tím, že to zvládla. V tý době bylo nemyslitelný s ní rozebírat, jak to celý prožívá, protože jsem byl malej a jediný, co jsem prožíval, byla vlastní radost. V domnění, že když se zase máme, tak se máme určitě všichni skvěle. Můžu jen odhadovat a doufat, že to pro ni bylo opravdu v pohodě. Dneska je mi jasný, že to musely bejt hodně krušný časy. Nicméně po několika letech došla až do fáze znovuvybudování rodiny a začla prostě od startovní čáry celej ten

život znova. Založila novou rodinu, a to i pro mě. Každý den asi nebyla a není procházka růžovým sadem, ale o tom život je. Dneska, když jsem dospělej a žiju si ten svůj, tak to vidím. Někdy se nepohodneme, ale mam takovej pocit, že to je jen určitá naše potřeba se poškádlit, vybít a vlastně to tak ani nemyslíme. Jsme raplové, a to celá rodina. Ale bez jakýhokoli ohledu na minulost jí mám rád a na tom se nemůže nic změnit

O tátovi toho moc není. Jak jsem říkal. Od mýho odstěhování se na jih jsem ho viděl na kratičkej časovej úsek asi 2x. V době, kdy jsem si po něm stejskal jsem došel až k přesvědčení, že je určitě mrtvej, jinak by se mi přece ozval. To bylo naivní a vlastně dost bolestivý. Zaprvé mi máma s babičkou zatajily a spálily jeden dopis, co od něj přišel a krátce na to mi od něho totiž začaly chodit další. Seděl v kriminále a evidentně se nudil, tak to začal zkoušet. Ale zvláštním vypočítavým způsobem, čímž mě akorát tak strašně naštvál. Dal jsem mu to slovně najevo, ale celý to naštvání mi vydrželo asi tak do dalšího dopisu, než jsem se opět skoro rozplynul nad pomyšlením, že by se snad mohly věci v dobrý obrátit. Byly vyřčený kvanta slibů, ale ty se rozplynuly ve vteřině, kdy ho z basy pustili, pak už se neobtěžoval ani zavolat. Nemám ale po tom všem ani chuť o něm moc mluvit. Tohle už je stav hrozný bezmoci, kterej se mísí s naštváním nad jeho arogancí. Manipulace je podle mýho názoru silná zbraň většiny lidí na drogách, ale muj otec je král manipulátorů a já mu na špek vždycky skočil. Takže se teď zase radši udržuju v mírným popření a neřeším to. Může to působit chladně a možná je, ale už jsem to vzdal. Všechny nabídky pomoci, ať mentální tak hmatatelný byly nakonec smetený ze stolu. Člověk musí chtít sám, rodina, ať je sebevíc milující a nápomocná nebejvá tím největším hnacím motorem, to je prostě v hlavě.

***V budoucnu chceš pracovat právě s takovou skupinou lidí, jako byli tvoji rodiče.***

Ano. Napadlo mě to asi ve 14 letech, i když jsem měl svou budoucnost vždycky rozehranou na více polích, takže se to postupně střídalo. Chtěl jsem být učitel, překladatel a podobně, ale v hloubi duše jsem si vždycky říkal, že bych třeba jednou mohl někomu pomoci zkrze svoji zkušenost. Za studií jsem se dostal na stáže do několika zajímavých psychiatrických zařízení a ta práce mě jednoduše fascinuje. Momentální plán je dodělat adiktologii a vrhnout se na psychoterapeutický výcvik. To je moje současná vize, ta se sice může změnit, ale myslím, že už mám k téhle profesi slušně vykročeno a že by mě bavila. Mnoho lidí mě od toho odrazuje, asi i ze strachu o mě, ale já bych se víc bál dělat na stavbě než třeba v léčebně drogově závislých.

### 3.3. Rozhovor č.3

*L.F.*

48 let, švadlena s oblibou v četbě, malbě, matka dvou dětí. Uzdravená z 15leté závislosti na pervitinu a současně 13 let trvající závislosti na heroinu. V současnosti už 15 let abstinuji bez jediného relapsu.

*Jak to všechno začalo? Kde vidíte kořeny svých problémů?*

V podstatě to má kořeny ve volnosti, kterou jsem už jako dítě měla, byla obrovská. Taky jsem vyrůstala v naprosto nestabilním prostředí. Pořád jsme se stěhovali a já prakticky neměla kamarády, nebo stále nový a nový. S vyšším věkem už bylo vždycky těžší si najít třeba nejlepší kamarádku, tu už přece v15 každéj má. Asi to byl hlavní skok k těmhle lidem, k feťákům. Ty držej pohromadě, stejně jako slabí se slabšíma a silní se silnýma ve škole. Feťáci jsou všichni nějak zraněný, vyloučený ze společnosti, aniž by za to mohli. Zakládaj si svůj gang, svoji partu. Já s těma lidma cítila spřízněnost, protože oni měli podobný šrámy na duši. Moje máma byla vždycky hodně zaměstnaná, i když přišla domů z práce, tak pořád něco dělala, otec, ten byl věčně opilej, bůhví kde. Ta volnost znamenala, že jsem se naučila řešit si věci po svém. Škola, učení a takovéhle věci, to u nás nebyla priorita, nikdo mě ani bráchovi nenastavili žádný řád, nekladl se důraz na to, aby z nás něco bylo. To až později jsme slýchali, že jsme blbí a že z nás nic není a nebude. Nebyla jsem sice zanedbávaná, ale nikdo mě prostě nevedl, neradil mi, nebo mi neřekl, abych se s těma a těma lidma nekamarádila. Jenže já je v tom pubertálním věku začala přímo vyhledávat, protože se mi líbilo všechno, co se odlišovalo od mého standardu. Pro děti z obyčejných rodin je standard, že musej být v devět doma a chodit brzo spát, a tudíž si užívaj překračování těch pravidel. Ale u mě tohle nikdy stanovený nebylo, byla to klasika, a tak jsem hledala něco zajímavějšího. Jednoduše to, co měli zakázaný normální děti, to já jsem zakázaný neměla, takže nebylo co zdolávat. Ony se o to snažej, je to pro ně vzrůšo a nic jinýho už překračovat nemusí. Když ale nic zakázaný nemáš, tak když tě poprvý potká něco, co fakt zakázaný je, chceš to přirozeně zkusit. To byly drogy. Měla jsem jiný měřítko, v tomhle jsem neměla zábrany. Když si zvykneš na takovouhle volnost, je to definitivní. Když tě nedonutěj v šesti letech, v patnácti se jim vysměješ do obličeje. Nademnou prostě nebyla žádná kontrola a tu dítě jednoduše mít musí. Snažila jsem se sama, dělala jsem si úkoly do školy a podobně, ale když jsem třeba viděla, jak nás má táta na háku, cejtla jsem, jak zbytečný to je. Taky jsem s našima zažívala jejich nejrůznější hádky, bitky, nebo jsem našla mámu, jak se věší ve stodole. To nejsou hezký věci. Celou tu dobu jsem cejtla, že v naší rodině chybí láska. To

toho drobečka poznamenává, protože když tam není, on sám jí pak nemá odkud čerpat a v dospělosti už vůbec netuší, jak ji najít. Už to nedoladí, ta kostička lega tam prostě chybí. Všechno je pak založený na tom samém podkladě, třeba i výběr partnerů. Nechci hledat chyby na výchově, která se mi od rodičů dostala, ale dneska vím, že jsem z toho měla obrovskej zmatek. Z toho, jak se táta choval k mámě. Tenkrát jsem ten jejich boj nechápala, ale dneska už to chápu. Táta se měl sebrat a odejít. Bylo to smutný, bezohledný vůči mně a bráchovi a taky beznadějný. Když prostě mámu neměl rád, měl jít pryč. Vyžíral takhle místo nám dvěma. Viděl, že jim to nefunguje a že jinam ta cesta nevede, ale přesto neudělal ani jeden krok. Měl vědět, že my pak budeme bojovat za jeho chyby a měl to udělat aspoň kvůli dětem, když ne kvůli sobě, nebo mámě. Táta v tomhle ohledu zabodoval asi víc a co je největší podraz od přírody? Že pak jsou tady geny, vždycky inklinuješ k podobnejm vzorům, volíš podobný věci a těžko se s tím bojuje. Když se ti ovšem nepodaří najít k sobě někoho, kdo tě pochopí a pomůže.

Když mi bylo asi 12, tak se ve mně něco zlomilo, uspořádala jsem si pocity z toho všeho a začala se chovat instinktivně. Hledat si ty lidi, který mi byli přáteli a rodinou. Nehledala jsem drogu, ale tu soudržnost a nějaký pouto. Trávila jsem se svýma kamarádama postupně úplně všechen čas, hrozně jsem si s nima rozuměla a drogy? To byl jen bonus. Kdyby nefetovali, ani já bych nefetovala. Kdybych tenkrát potkala Greenpeacáky, byla bych Greenpeace. Ale ten únik od reality mi byl taky příjemnej a vyhovoval mi. Jenže tenkrát jsem netušila, co to drogy vlastně jsou, že je to svinstvo a ničím si tím život, byla to zábava, víkendový povyražení. Dostala jsem se k nim konkrétně v době, kdy jsem si našla prvního kluka. Byl to fotbalovej ultras fanoušek a hodně času jsme tak spolu trávili buďto na zápasech, nebo v hospodách, kde se scházeli lidi hrubšího zrna. Mezi nima se čas od času ukázali i nějaký toxíci. Bavilo mě s nima mluvit, filozofovat, rozebírat životní zkušenosti. Dozvěděla jsem se toho o drogách po teoretický stránce strašně moc, byť jsem ještě neměla žádnou vlastní zkušenost. Během půl roku se to ale změnilo a já se dostala do jejich komunity. Mýmu klukovi to samozřejmě vadilo, ale mě připadalo, že si nemáme co vyčítat. Já zase byla proti jeho prání se na Spartě, který se mi přičilo a připadalo mi daleko horší než to, co dělám já. Navíc pro mě experimentování s drogama bylo jako když vyzkoušíš novou značku cigaret, nebo panáka alkoholu. Tomuhle období hrálo do karet hodně taky to, že táta umřel, ve škole mě nic nedrželo a muj kluk nakonec musel na vojnu. Předtím mě od toho vždycky nějak odradil, měl mě rád a já jeho, ale když jsem zůstala sama, tak se to spustilo. Nebavilo mě trávit čas s jeho kamarádama, neměla jsem je ráda a měla jsem špatný svědomí vídat se s lidma, co se do krve bijou s jinýma pro vlastní potěšení, tak jsem se vrátila zase

mezi feťáky, a nakonec skončila bydlet na bytě s toxíkama, kde se drogy vařili a fetovalo se od rána do večera. Když to muj kluk zjistil, zařídil si doděláná vojny prací v nemocnici, aby mohl být se mnou a pomáhal mi. Tenkrát mě často hledal po všech možnejch bytech. Vzal s sebou vždycky svoji partu kamarádů a každěj byt vykopali a všechny v něm nepřítetně zmlátili, brali zákon do svých rukou. Přeneslo se to z pomoci svojí holce v neuvěřitelnou mstu. Já to všechno chtěla změnit, protože jsme se chtěli vzít. Bydleli jsme spolu v mém bytě, co mi otčím dal, když se mámou stěhovali do baráčku na vsi. Měla jsem tenkrát ještě sílu s tím něco dělat sama, ten návyk ještě asi nebyl tolik silnej. Po nějaký době nebrání jsem dostala pocit, že jsem vyléčená a pomalu se všechno vracelo do normálu, ale když pak zase přišla nějaká hádka, nebo neshody, hledala jsem úniky a co hlavně – ti moji kamarádi toxíci za mnou začali chodi do našeho bytu. Zlomovej okamžik týhle etapy byla nějaká hrozná bitka na Spartě, který se muj kluk účastil, bylo to odporný, všude lítala krev. Nevím, jestli mi to připomnělo stejný pocity, jako když táta řezal mámu, ale ta chvíle pro mě byla rozhodující v tom, že s takovým člověkem už nechci bejt a ať zmizí z mého života. Netrvalo ani půl roku po tom, co se odemě odstěhoval a už jsem v tom zase lítala. Našel se světlejší okamžik, kdy jsem se zamilovala do jednoho kluka. Pavla. Já si tenkrát myslela, že je to pravá láska, ale co jsem na něm viděla byla ta bolest v něm. Měl podobnej osud jako já. Jen to nebyl feťák, ale gangster. Podvratnej pražskej živel, kterej strávil dětství v pašácích, dospělost v kriminálech. Dali jsme se dohromady a na čas přestali s našima stylama života. Chtěli jsme vážně začít od začátku, ale pak se všechno obrátilo ještě horším směrem. Snažil se obstarat peníze do našeho novýho startu. Za účelem je získat se bez mého vědomí namočil do nájemný vraždy. On a nějací kumpáni zavraždili taxikáře. Jednoho dne u nás doma zazvonili policajti, a tak jsem se dozvěděla, že někoho zabil a je odsouzenej na 15 let. Neodkázala jsem to vstřebat, nemohla jsem se s tím nikdy smířit, byla to neuvěřitelná zrada a zklamání mé důvěry. Začala jsem být přesvědčená o tom, že už nemůžu věřit opravdu nikomu, a to byla moje cesta zpátky do pekla. To, co jsem prožívala se nedá popsat, bylo to něco hrozného, neustále jsem jen brečela, drogy jsem ani brát nemohla, protože jsem věděla, že bych na nich zešílela. Než ho odsoudili s konečnou platností, tak jsem se to ještě snažila řešit, ale pak už mi nezbylo než se zase vrátit mezi svoje lidi. Jinou možnost jsem neměla.

### *A co na to vaše rodina?*

Máma se svým novým mužem o tom asi celou dobu ani netušili. Celkově to ponětí o drogách bylo v naší rodině nulový a ve společnosti ještě tehdy jakbysmet. Neexistovalo

něco, jako osvěta a komunisti to všechno drželi v tajnosti, nepoukazovalo se na problémy společnosti. Byla by to ostuda režimu.

Přijela jsem tenkrát k našim zrovna když u nás byl na návštěvě nějaký jejich známý, byl to zubař. Všimnul si na mě, že jsem taková pohublá a že mám rozjetý zorničky. Začal to samozřejmě s našima řešit a když se měl pak vyptávali co se jako děje, tak jsem jen provokativně vytáhla rukávy, odhalila ruce posetý modřinama a řekla, že tohle se děje. Nebyly to modřiny z deseti dokonaných vpichů, ale deset modřin z jednoho, kterej se podařil, což ale bylo jedno. Byla jsem hrozně pobouřená z toho, že si všimli, že se mnou není něco v pořádku až ve chvíli, kdy jsem byla rozjetá na jehle, tak jsem prostě udělala takovouhle hysterickou scénu. Dostala jsem na cestu pár facek od otčíma, práskla jsem dveřma a odešla. Byli v šoku, máma to nechápala, protože si opravdu ničeho nevšimla, byla zklamaná. Já se totiž chovala pořád stejně, nelezla jsem po zdech, a hlavně to zatím pořád byly víkendovky. Chtěli mi pomoci. Mezi mnou a rodičema jako by nedošlo k žádnému průlomů, že by mě zavrhlí. Máma sice byla smutná a otčím mi několikrát řekl, že dokud nebudu čistá, tak domu nemůžu, ale stejně pořád stáli na mojí straně. Bohužel ale ani oni netušili, že mi to ohrožuje život. Asi si mysleli, že něco čuchám, nebo tak něco. Nula. Prostě netušili, která bije. To ale v té době netušil nikdo. Hranice byly zavřeny a drogy se vařili v malým množství v domácnostech. Existovala už nějaká protidrogová politika, ale všechno se řešilo maximálně interně a tak, aby nepadl na komunismus tenhle jedovatej stín. Já si třeba pamatuju tehdejšího šéfa protidrogový, jak mě jezdil osobně kontrolovat na byty. Ten tehdejší rozmach nebyla ničí chyba, přirozeně se to vymklo kontrole. To až dnes je smutný, že je situace pořád tak hrozná, když se dbá na osvětu, pomoc, existují mezinárodní programy a podobně.

Rodiče mě vzali do nějaké dětské odvykačky a já neprotestovala. Prošla jsem léčbou pro mladistvý i hospitalizací v Bohnicích. Všude tam byly stejně zraněný děti, jako já, ale já už byla přecejten dál. Nebyla jsem tam kvůli spolykanejím práškům na spaní, takovej ten miláček, co se poprvé opil a maminka nevěděla co s ním, už jsem byla jinde. A nebavilo mě si pořád jenom povídat, a navíc jsem tam byla jedinej takovej kalibr. Museli mi kvůli detoxu zřídit zvláštní místnost, kde mě okšírovali. Stejně jsem odtud odešla. Měla jsem taky pocit, že to mám stále pod kontrolou a víkendový braní není prostě problém, že to celý není tak vážný. Chtěla jsem si jen užít ten způsob života, neuvědomovala jsem si, že je to nebezpečný a zlý. Pro mě to bylo navození tvořivých myšlenek a filozofování s lidma, ke kterým patřím. Logicky to ale začalo být krušný ve škole, a to už byl rozjetej vlak. Já si ale uvědomila, že jsem v hajzlu až v manželství s dítětem na krku. Ale zpátky k těm Bohnicím. Tenkrát asi ani

nevěděli, co se mnou. Trávila jsem tam nějaký čas třeba s paní, co měla po nějakým brutálním útoku rozbitou hlavu kladivem, nebo s člověkem, kterému ze dne na den jako by vypnul mozek. Byl tam taky pán, na kterýho si budu vždycky pamatovat. Věřící, kterej se chtěl svojí rodině vyznat z toho, jak blízký spojení s Bohem cítí, ale protože jeho syn byl nějaký vlivnej komunistickej pohlavár, co si jím nechtěl nechat pokazit renomé, nechal ho zavřít do blázince. On ale blázen nebyl. S ním jsem tam trávila hodně času, byl to starej pán, kterej mluvil o knihách a kreslil si se mnou. V budoucnu jsem na něj vzpomínala jako na jednoho z inspirativních lidí, co mi svým způsobem pomohli. O pár let později mi byl inspirací a nadějí Pavel Gregor, kterému vybuchlo vaření do obličej a zázrakem vůbec přežil. Slíbil Bohu, že jestli to zvládne, tak už se drog nikdy nedotkne, a tak taky udělal. Říkal mi, že Bůh prostě existuje, že existuje. Hrozně mě tím nabudil, věděla jsem, že to jde. Byl to poslední pant, kterej vylítnul a já se ujistila že smrt není jediný východisko i když jsem jí ještě dlouho pokoušela, tohle v mojí mysli zůstalo. Moje drogová kariéra ale nebyla jen hrozná, protože nevzpomínám jen na to nejhorší. Stejně ale 90 % dnů bylo příšerných, absolutní katastrofa, dno.

Tehdejší drogová scéna nebyla malá a nová, fetovalo se vždycky, lidi k tomu už od pradávna prostě nějak inklinujou. Ale dělalo se to jinak. Neexistoval kšeft, vařilo se pro kamarády a z toho, co kdo přinesl. Já třeba kradla na učňáku chemikálie a jiný děvče, který dělalo zdravotní sestru nosilo solutany. Z toho se navařilo jen pár gramů a všichni se o ně podělili. Já tenkrát netušila, že existují i větší páky, že toxici vykrádají lékárny, a i mezi nima funguje špinavá práce. Byla jsem naivní a malá, vždyť mi i říkali dudlíku. Myslela jsem si, že potom sedí v kriminále za drogy, ale na to ještě paragrafy neexistovaly, takže ti lidi seděli za vykradačky, nebo horší věci spojený s obstaráváním drog. Po otevření hranic se všechno nafouklo, přišel heroin a z drog se stal velkej byznys. Většina mejch tehdejších partáků ale do heroinu nešla, přestoupili třeba na metadon, nebo zůstali u pervitinu. Neměli na to vlastně ani peníze a neuměli v tom tolik chodit. Skoro všichni jsou už dneska ale po smrti.

***Byla jste později vdaná a vychovávala dítě, povězte mi něco o tomhle období.***

Do vztahu s mým tehdejším manželem a otcem našeho syna, Reném, jsem se dostala v době, kdy jsem strašně oplakávala Pavla a jeho zavření za vraždu. V té době jsem drogy nemohla ani vidět, nebylo mi z nich dobře, vlastně jsem stejně jenom brečela. Trvalo to asi ¾ roku, než jsme se potkali. Ze začátku se mi ani moc nelíbil. Byla jsem myšlenkama pořád u Pavla. Ale byl chytřej, měli jsme společný témata, naslouchal mi a já jemu. Stali se z nás

nejlepší přátelé. Všechno bylo v pořádku až na jeho zvláštní zkratkovitý chování. Třeba se v půlce dne objevil doma a oznámil mi, že kašle na práci, že bude se mnou. Tenkrát pracoval jako barman. Byl nespolehlivej, ale schopnej a měl potenciál k tomu, být úspěšnej. Začali jsme spolu podnikat, měli jsme bazar, vykupovali starožitnosti, dobře se to rozjelo. Ale peníze neuměl udržet a často i s nima unikal před nějakýma svýma psychickýma stigmatama, který si taky táhl z dětství. Klidně se stalo, že najednou bezestopy zmizel a vrátil se po týdnu úplně bez sebe, rozbitej, ubrečenej, psychicky mimo, po nějakým hrozným flámu. Sem tam jsme si spolu něco dali, ale moji staří známí, toxíci a vaříči, nebyli rádi, že jsem mezi ně přivedla zrovna jeho. Byl to takovej, dnešním pojmenováním, šampón, kterej se ve finále i doznal k tomu, že se skrze mě chtěl dostat mezi lidi, co drogy maj. Oni to viděli hned od začátku, já ne. To se taky podařilo. No, ale mimo to jsme byli skvěle sehraná dvojka, něco jako Bonnie a Clyde, v slabším provedení. Měli jsme skvělou taktiku, jak dělat obchody, a navíc jsme u toho všeho vypadali jako skutečně bohatý lidi, skvěle oblečený a na úrovni. První utržený prachy jsme nerozházeli za drogy, jako by to udělali jiní, ale nakoupili jsme si luxusní hadry, abysme působili solventně. Nikdo netušil, že jsme obyčejní narkomani. Později si i ve školce, kam chodil náš syn mysleli, že tatínek je podnikatel se starožitnostmi. On si na to snad zfalšoval i nějaký certifikáty živnostníka. Ostatně stejně jako třeba řidičák po tom, co mu ho vzali a podobně. Já se starala o domácnost a její placení, takovou tu venkovní komedii a iluzi bezchybnýho páru, on dělal svojí práci, kradl a kšeftoval. Z drahýho obchodu, ve kterým jsme utratili v té době 500,- za tričko, jsme odnášeli hadry za 10 000,-. Fungovalo to.

Pak se nám narodilo dítě, který nás drželo v relativním pořádku až do chvíle, než došlo na první hlídání u prarodičů. Manžel tenkrát úplně poprvé přinesl heroin, že to bude jízda a musíme to určitě vyzkoušet. U bohatejch lidí to nebyla žádná rarita, dělal to kde kdo, stejně jako dneska. Já se nechala namluvit, a to byla největší propast. Tušila jsem, že tím končí všechna sranda a moje zvládání situace. Sice většina našich známých, bohatých šmelarů, to uměla udržet na uzdě, ale Renda ne, potažmo my. Ani se o to nepokoušel. Nebyla to otázka času, ale otázka několika dní, kdy jsme se přehoupili z 200 miligramů na 1,5 gramu denně. Pak už jsme se museli jinak otáčet při shánění peněz a do toho se starat o syna, živit nás, udržovat se v relativní pohodě a nedát na sobě nic znát. Vytvořili jsme si i časovej plán braní drog. Brzo ráno, když dítě ještě spalo, jsme si šlehli velkou dávku a potom večer v čase koupání. Dokonalá strategie smrti. Nakoupili jsme si drogy třeba za 10000,- a týden se tak nemuseli ohánět a všechno vypadalo, jako pohoda. Naštěstí jsme dosáhli s penězma na kvalitní materiál. Když jsme se ale vždycky dohodli, že s tím skončujeme, tak podváděl a

tahal mě zas dolů. Už jsme to pak nezvládali ani jeden. Jednoho dne, když syn odjel na prázdniny k babičce, si chtěl manžel promluvit a naznačil mi, že se k nám syn už nesmí vrátit, že musí zůstat u babičky a bylo by lepší ho tam nechat rovnou. O tom jsem nechtěla ani slyšet, nepřipadalo to v úvahu. Praha byla synův domov, my jeho rodiče a řekla jsem mu, že pokud je teda takovej sobec a nechce se o dítě starat, ať sám vypadne. On to myslel svým způsobem dobře, i když si chtěl taky z pohodlnit život, ale pro mě to prostě neexistovalo. Řekl mi, že jestli ho přivezu zpátky, tak začne peklo. A tak se opravdu stalo. Já to sice jakš takš zvládala, byla jsem ráda, že mám syna u sebe, protože mě to nutilo se sebou něco dělat, ale on se na nás úplně vykašlal. Když jsme byli s Reném spolu, byli jsme silní a zvládli jsme všechno, o samotě jsme to ale nezvládali, on dokonce hůř, nežli já. A syn to začal pozorovat. Sem tam řekl, že chce zpátky k babičce, protože ta ho má opravdicky ráda. Ptal se, kdy táta přijde, proč nás nemá rád a říkal, že je nám bez něho líp. V té chvíli začne člověk rozumně uvažovat. Jenže i když nám líp bylo, nezvládali jsme se o sebe starat, neměli jsme peníze na jídlo, museli jsme krást, což s dítětem nešlo. I když jsem nuceně abstinovala, což pro mě bylo správný, bylo to hrozný období, nevěděla jsem, co mám dělat, začala jsem šilet a věděla jsem, že to nezvládneme.

Zavolala jsem mámě, ať přijede, že si s ní potřebuju promluvit. Stály jsme v průjezdu, syn si hrál opodál. Mluvily jsme spolu po roce odloučení, byly jsme rozhádaný, protože ona něco tušila a chtěla mít vnuka u sebe a já taky. Ale tentokrát jsem jí řekla pravdu, že v tom hrozně lítáme a už to není tak v pohodě, jako dřív. Poprosila jsem jí, ať si syna odveze, že se z toho asi nevyhrabu. Věděla jsem, že kdybych to nechala dojít dál, hráblo by mi a už bych jí ho nechtěla dát. Domluvily jsme se, že pro něj za pár dní s jejím manželem přijedou. Přijeli a máma mi slíbila, že až se z toho dostanu, tak mi syna zase dá. Nezeptala se, jestli chci jet s nima. Stejně bych nejela. Nakonec jsem v tom autě seděla taky. Po chvíli jsem to ale nezvádla a řekla, ať ihned zastaví. Slíbila jsem, že se vrátím a vystoupila. Syn hrozně brečel a volal mě. Maminko, nechod' nikam. Bylo to příšerný.

Po těchhle událostech jsem skončila na ulici, na pokraji šílenství. Málem jsem přišla o život. Naštěstí i mě dohnal zákon. Šla jsem do vězení za krádeže a tam jsem si s čistější hlavou zařídila převoz do terapeutický komunity v Němčicích. Dneska je to 15 let, co jsem čistá. Vrátila jsem se k synovi, ke svojí mámě a založila novou rodinu.

### 3.4. Porovnání výpovědí

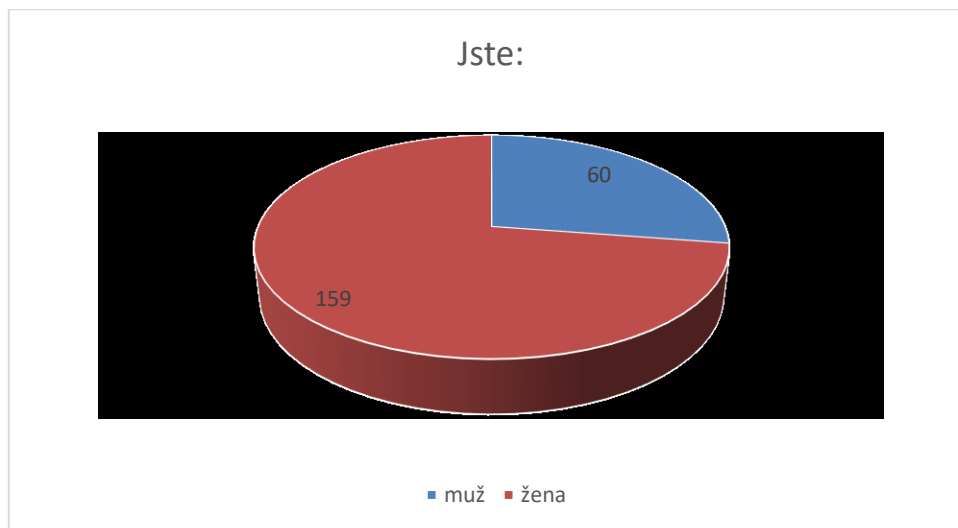
Na tyto tři hloubkové rozhovory lze pohlížet rovnou z několika úhlů, díky kterým je možné zajímavě porovnat jednotlivé zkušenosti. Interview vedené s MS lze komparovat s výpovědí OS. Tito chlapci se neznají a spojuje je pouze společná skutečnost, že jejich rodiče jsou/ bývali narkomany. Lze ale celkem snadno zpozorovat nápadné rozdíly mezi jednotlivými zážitky. Společenské a politické pozadí událostí (o kterém hovoří pro změnu LF) bylo pravděpodobně velmi podobné pro obě děti. Jednak vyrůstaly v Praze, a dokonce v blízkém časovém období, neboť je dělí velmi malý věkový rozdíl. Výpovědi se naprosto liší v jednotlivých skutečnostech, jsou jedna vůči druhé velmi kontrastní a byť by možná čtenář očekával podobné vzpomínky, paradoxně právě ty jsou úplně odlišné. Příkladem poslouží asi nejdůležitější část rozhovoru s OS, vyobrazující vzpomínky na drogově závislé rodiče, které jsou velmi konkrétní a četné. Ve srovnání s tím nenajdeme ve vyprávění MS jedinou známku vědomí, že rodiče užívali návykové látky. Společným jmenovatelem je náhradní rodinná péče, kterou prošly obě děti a mnoho výpovědí o tom, jaký postoj k problému zaujímal prarodiče. Právě v nich najdeme několik odlišností, týkajících se například otevřenosti k problému, či naopak popření. O popření lze ale také hovořit v případě chlapců MS a OS. MS vypověděl, že byl kvůli rodičům v dětství často smutný a celkově prožíval situaci ve své osobě podstatně citelněji, než tomu z vyprávění bylo u OS. Ten se doznal k umlčení těchto pocitů, které v sobě přetvořil na jakousi dočasnou nenávist a rezignaci. Pozice se vyměnily v dospělosti, kdy MS relativně přirozeně vyřešil pozůstatek těchto zkušeností, ale OS se jimi ještě někdy trápil. Společnou otázkou obou dotazovaných zůstává stále drogově závislý otec, pravděpodobně v obou případech odpykávající trest odnětí svobody v důsledku výroby a distribuce drog. Zatímco MS hovoří o neporušeném kontaktu, byť ne četném, se svým otcem a aktivní snahu mu pomoci změnit svůj životní styl, OS od doby odloučení od otce nemá mnoho zmínek a staví se ke snahám ho jakkoli motivovat spíše skepticky. Ani jeden z nich neinklinuje k experimentování s toxickými látkami, ale sdílejí motivaci pomáhat potřebným, jimiž právě narkomani jsou.

Obsahem třetího vyprávění je výpověď 45leté LF, která úspěšně zdolala závislost a která je zároveň matkou zpovídaného OS. Zde se nám tedy otevírá náhled na obě strany mince, na výpovědi matky a syna a popis toho, jak prožívali stejnou situaci. Můžeme z tohoto srovnání vyvodit několik věcí. Poukázat například na rozdíly v tom, jak malý OS vzhlížel ke svým rodičům vs. Jak to ve skutečnosti bylo. Výpovědi se příliš neliší, je tedy patrné, že otázka drogové minulosti rodičů není v rodině tabu. Vyskytují se s nich malé

nesrovnalosti ohledně událostí spojených s odebráním do náhradní rodinné péče, ale ty zřejmě mohly vyplynout z matných vzpomínek dítěte, které byly dále živeny názory prarodičů, nebo pozměněním příběhu pro odlehčení situace. Je zde ale patrné, že závislost není jen pouhý rozmar, ale jedná se o regulérní onemocnění, které postupně brání člověku adekvátně se postarat sebe a své bližní a bez odborné pomoci je to překážka jen velmi těžce zvládnutelná. V rozboru jedné z otázek dotazníku na téma Závislá matka a péče o dítě se dozvíme, jak na tuto problematiku někteří lidé nahlíží. Z výpovědi LF ale můžeme cítit, že syn pro ni byl v období závislosti důležitým článkem příběhu.

## 4. Dotazník a analýza výsledků

Celkový počet respondentů, kteří dokončili vyplnění dotazníku, se zastavil celkem na 219 jedincích. Genderově je tak rozdělen na 73% podíl pro ženské osazenstvo a 27 % pro osazenstvo mužské. Odpovědi poskytlo tedy dohromady 159 žen a 60 mužů.



Rozdělení do věkových kategorií nabídlo celkem 6 skupin vzestupně seřazených od nejmladších, po nejstarší dotázané. Vzhledem k tomu, že se v online podobě dostal mezi žáky nejmenované základní školy, konkrétně do 8. třídy, 8% s počtem 18 jedinců tvoří skupina osob mladších 15 let. Celek také tvoří nejméně zastoupená skupina dotazovaných ve věku do 18 let, činí ji celkem 7 respondentů, a tedy 3%. Největší zastoupení čítají respondenti ve věku od 19 do 25 let, s celkovým počtem 83 osob, zabírající 38%. Druhou velmi početnou, je navazující věková skupina, tedy lidé ve věku od 26 do 35 let. Náleží jim výkroj s 50 respondenty, celkem 23 % všech dotázaných. Se 46 zástupci, kteří zastávají 21% můžeme pod světle modrou barvou objevit skupinu starších 36 let a v neposlední řadě také skupinu osob starších 45 let. Ta je tvořena 15 osobami s procentuálním zastoupením 7%.



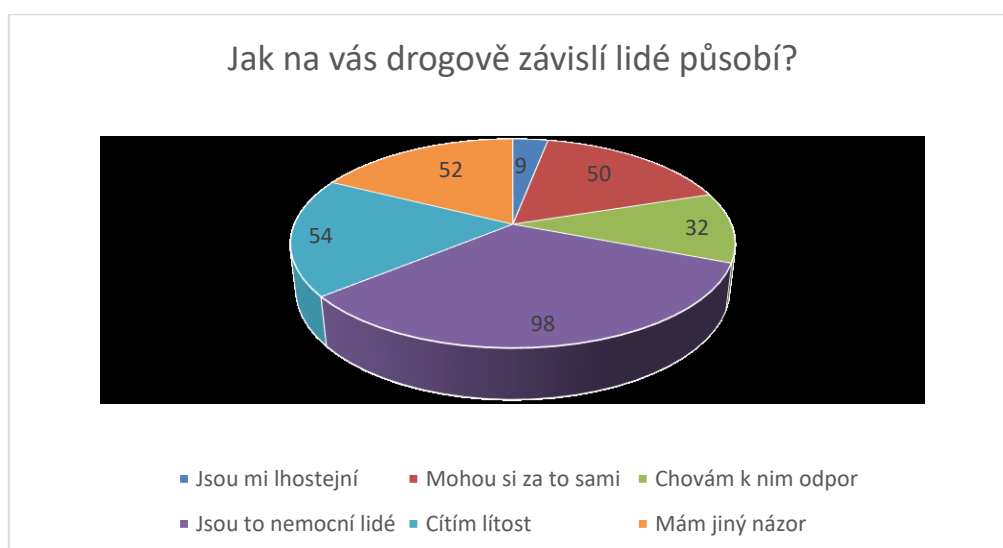
Mezi respondenty se nachází nejvyšší počet středoškolsky vzdělaných (76/35%), pomyslné druhé místo zaujímá o něco málo slabší skupina, a to vysokoškolsky vzdělaní dotazovaní. Bilance je velmi blízká místu prvním, vysokoškoláci tvoří 32% všech respondentů v celkovém počtu 69. Zbylé čtyři skupiny se procentuálně dělí zastoupením podobného počtu, sestupně s 22/10% odborně vyučení, s 20/9% vzdělaní s vyšší odborností, 18 respondentů a tedy 8% tvoří stále ještě žáci základní školy a 6% zaujímají základně vzdělaní lidé v počtu 14 odpovídajících.



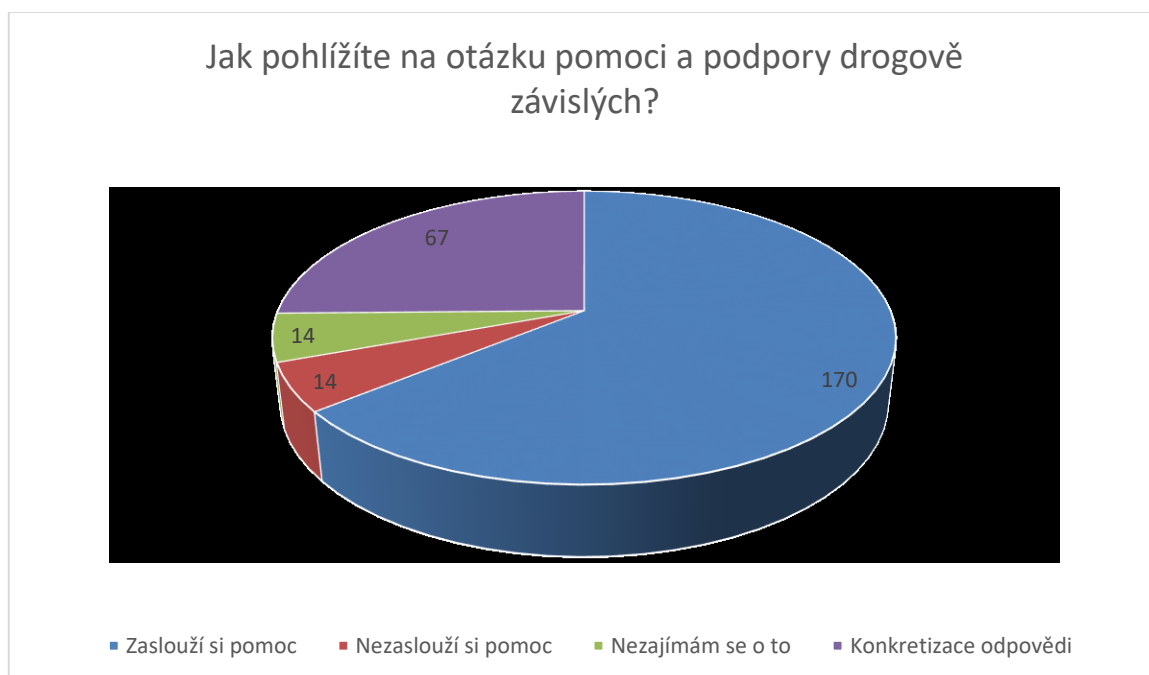


Výše uvedený graf zcela jasně poukazuje na to, že setkání se s drogou v jakkoli myšlené bližší vzdálenosti je prožitek téměř 2/3 dotazovaných. V jednoznačné převaze se dostalo odpovědi Ano, a to v počtu 152 dotázaných, kteří tak utvořili 69% většinu. Přesto zůstává s podivem, že zástupci opačné zkušenosti tvoří ne úplně malou jednotu. Odpověď Ne zvolilo celkem 67 respondentů a zaujmul tak 31% část grafu.

Následující dotaz nabízel kromě zvolení přednastavených odpovědí také první možnost vyjádřit svůj názor vepsáním vlastního pocitu. Jak lze vidět, 33 % dotázaných, tedy většina, pohlíží na narkomany jako na nemocné lidi. Následující tři možnosti jsou zastoupeny v podobném množství odpovědí. Jedná se o 54, 52 a 50 dotázaných (18, %, 18%, 17 %), kteří zvolili možnosti Cítím lítost, Mám jiný názor a Mohou si za to sami. Stejně zastoupení tak rozdílných odpovědí je první zajímavostí výzkumu.



Mezi vlastními odpověďmi se objevila hesla jako například: *bojím se jich, raději se jim vyhýbám, ať si každý dělá, co chce*. Pro bližší představu o rozmanitosti pohledů na věc využiji několik dalších citací. Nabízejí ojedinělý pohled na věc a neotřelý názor. „*Nevědí co, kdo jsou a jaké je tu jejich místo*“ „*Je mi líto, že ne každý v životě měl tolik síly, aby se se svými problémy vypořádal bez drog*“ „*Už neví coby, chtějí být víc, než někdo*“ „*Jsou to lidé, v jejichž kůži se může ocitnout kdokoli z nás*“ „*Nemocní lidé nemocné společnosti*“ „*Bezmoc*“ „*Jelikož jsme mezi ně dlouho patřila, tak nesoudím, lituji*“ „*Jsou to velmi citliví a vnímaví lidé*“



Vyhodnocení otázky pohledu na pomoc závislým přineslo poněkud jasné resumé, 170 respondentů si myslí, že narkomani si pomoc zaslouží, tvoří tak 64 % přesilu naproti shodně obsazeným názorům, že si pomoc nezaslouží, anebo, že takovéto problémy respondenta míjejí. Obě zmiňované skupiny čítají 14 respondentů, tvořících po 5%. Celkem 67 dotazovaných se rozhodlo svůj názor konkretizovat. Mezi názory této široce obsazené skupiny se objevují především zmínky o tom, že závislý musí o tuto pomoc v první řadě sám stát. Druhým z četně se opakujících hesel mezi odpověďmi je „*každý si zaslouží druhou šanci*“. Jednou z hypotéz tohoto výzkumu byl předpoklad výskytu značného množství odpovědí týkajících se financování takové pomoci a skeptického postoje k ní. Skutečně se i takové výpovědi vyskytly, ovšem v naprosto zanedbatelném zastoupení. Někteří dotázaní by z veřejných peněz poskytli pomoc narkomanovi pouze jednou (tato odpověď se sešla zhruba

v počtu 4), jiní by zavedli tvrdý pracovní režim spojený s odvykáním. Znovu si dovolím ocitovat některé ze zajímavých pohledů. „*Nikdo není nikdy ztracen, každý život má hodnotu stejnou jako ten můj*“ „*Je lidské nechtít někoho vidět trpět/zabíjet se drogama*“ „*Každý by měl dostat šanci na lepší život*“

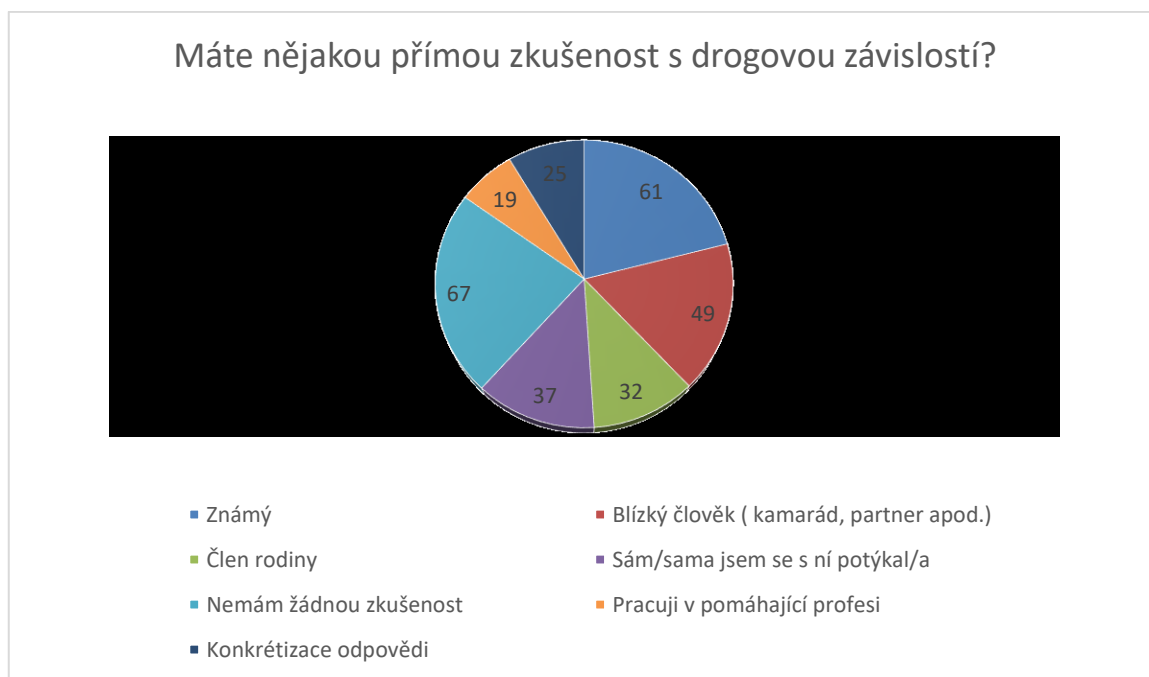
Celkem 149 dotázaných (59 %) je přesvědčeno, že nepostradatelná je i pomoc lidem, kteří se se závislostí potýkají zprostředkovaně. Padesát pět ji nepovažuje za stěžejní (22 %) a pouze zanedbatelné procento ji považuje za úplně zbytečnou, nebo je tato otázka nezajímá (2%). Velká část respondentů se domnívá a shrnuje vlastními slovy, že tato pomoc je skutečně na místě, neboť rodina je takovýmto jevem bezpochyby velmi zasažena, musí proniknout do problematiky a zvládat řešení takovéto skutečnosti. Zde několik poutavých citací: „*Všechno má své kořeny a strom se nuzdraví, když je otrávená půda. Pokud chceme jako společnost obstat, pak je třeba brát zodpovědnost za své chyby Podpora rodiny je pro člověka vždy to nejdůležitější. Velice důležitá! narkomani s sebou stáhnou na dno i blízké lidi.*



Dotazovaní si v počtu 149 respondentů, kteří tvoří 59 % celku myslí, že pomoc rodinám a blízkým závislého jedince je nezbytná. Těch, kteří ji nepovažují za stěžejní je celkem 55 a tvoří tak skupinu o 22 %. O 2 % se dělí respondenti, kterým je to lhostejné, nebo si myslí, že se jedná o zbytečný postup a skupina 37 dotázaných se ujala konkretizace svého názoru. Mezi nimi například: „*Všechno má své kořeny a strom se neuzdraví, když je*

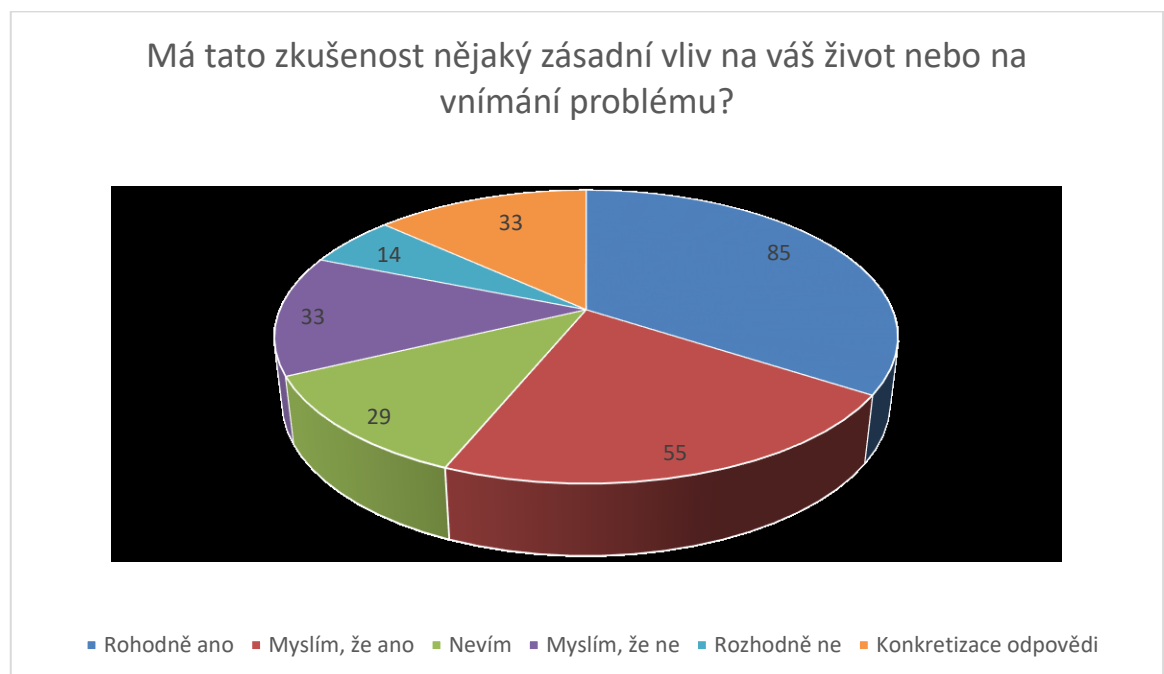
otrávená půda“ „, Pokud chceme jako společnost obstát, pak je třeba brát zodpovědnost za své chyby“ „Blízcí trpí skoro stejně“

Následující sběr odpovědí odkryl o jaké zkušenosti s drogou se u respondentů jednalo. Dohromady 23 % uvedlo, že s drogou nemá žádnou, ani zprostředkovanou zkušenost, zbylých 77 % je roztržilo na podobně velké kusy do několika skupin. Početnou skupinou jsou dotázaní, kteří se s drogou setkali skrze někoho, koho znají. Je jich 61 a utvořili 21 % zlomek. Setkání skrze blízkého člověka, v osobě partnera, nebo kamaráda, označilo celkem 49 respondentů a tedy 17%. Třetí nejpočetnější skupinou jsou sami lidé, kteří se s drogou potýkali. Čítají 37 respondentů a tvoří tak 13% všech dotazovaných. Místo za nimi zaujímají ti, jejich rodiny přímo postihla drogová závislost. S celkovým počtem 32 výskytů zabírají 11 % výsek grafu. Výzkumu se prostřednictvím dotazníku evidentně zúčastnilo také 19 lidí pracujících v pomáhající profesi, společně tak zabrali 7 % koláče.



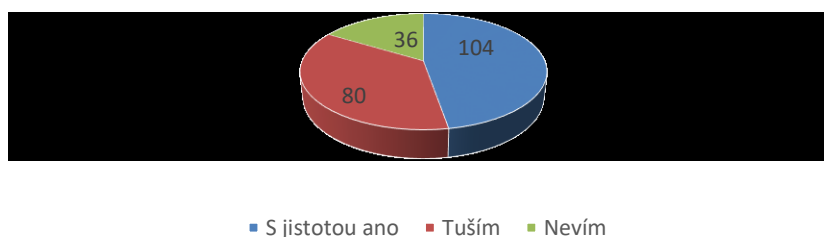
Mnozí se rozhodli konkretizovat svoji odpověď. V jejich výčtu se nacházejí výpovědi o závislosti bratrů, sester, rodičů, nebo hodnocení vlastních zkušeností s drogami. Za všechny například: „Polovinu života jsem bojovala s drogami a tu druhou polovinu bojuji proti nim“ „Sám jsem fetoval, a prodával +/-100 g za den až dva ...“ „Můj ex-partner je drogově závislý, jemu jsem pomoci nedokázala, v osobním životě to prostě nejde“

Drtivá většina dotázaných (140 resp.) si je evidentně vědoma jistého dopadu takové skutečnosti na jejich život, či osobu. Větší část z nich (34 %) je o tom přesvědčena, ta druhá (22 %) si myslí, že tu skutečně nějaký vliv má, či mělo. Opačným pólem je 47 respondentů, kteří si nemyslí, že by je takový jev kdy ovlivnil (13 %) a ti, kteří jsou přesvědčeni, že na jejich osobu to nemělo dopad (6 %). Neutrální odpověď označilo 12 % participantů, zbylých 13 % se ujalo přiblížení své zkušenosti. „Změnila mi pořadí hodnot, celkový pohled na svět, co je důležité a co ne“ „Více si vážím života a nejbližších lidí okolo mě“ „Abstinuji 17 let, je to dlouhá doba, mám malé děti a hodně na ně myslím, co kdyby se jim stalo to samé“ „Obdiv nad výhrou a zvládlou situací při vyléčení, pokora, strach, vděčnost, láska k sobě samé“ „Je důležité mít oči otevřené a nesoudit, protože nikdy nevíme, čím si kdo prošel a proč se stal závislým“ „Velmi odstrašující vliv“



Vyhodnocení následující otázky přineslo obraz povědomí o možnostech odborné pomoci. Celkem 36 respondentů (16%) odpovědělo, že neví. Obrovská část, a to 80 respondentů (36 %) zvolilo rozporuplnou možnost Tuším. Procentuálně největší část, 47 % se 104 odpověďmi s jistotou ví, kam se obrátit v případě, že nezbytně potřebuje pomoc v otázce drogové závislosti pro sebe, nebo někoho blízkého.

Víte na koho se obrátit v případě, že sama/sama potřebujete pomoc, nebo chcete být nápomocen/nápomocná?



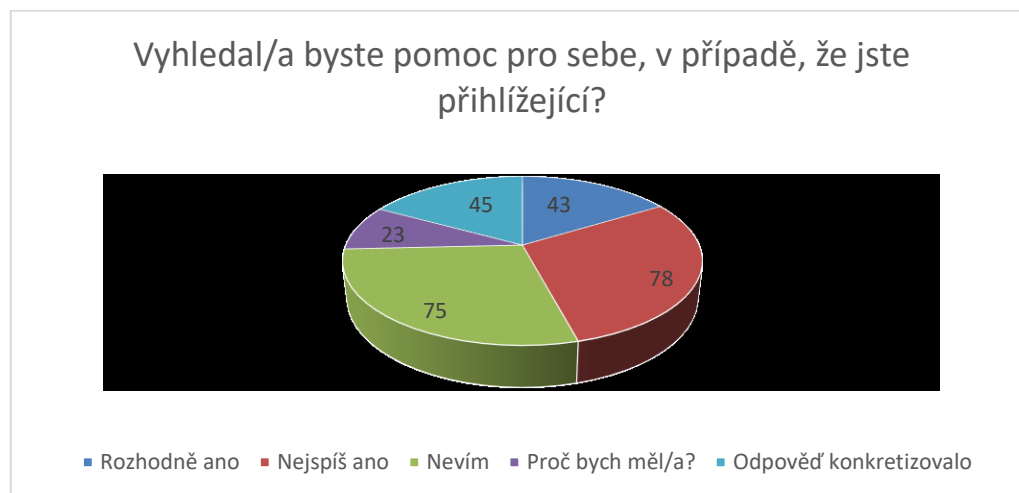
První z otevřených otázek, která následovala právě s možností uvést některé pomáhající instituce, které jsou dotazovaným známé, přinesla předvídatelné, ale vcelku milé výsledky. V drtivé většině byl mezi hlavními pomáhajícími institucemi zmiňován SANANIM, Drop-in, Krizová centra v místních působnostech, pomoc obvodního lékaře, či psychiatra. Mezi odpověďmi se objevila také zmínka o Policii ČR, nebo o Lince důvěry, Červeném kříži aj. Děti ze základní školy uniformně prokázali znalost konkrétního lokálního pracoviště, jímž je Červený praporek. Někteří respondenti se ovšem nezdráhali vyjádřit, že nemají tušení, na koho by se obrátili, ale předpokládají, že by si našli adekvátní péči pomocí internetu.

Hned v navazující otázce se naskytl možnost vžít se do role člověka, který zjistil, že někdo z jeho blízkých, či z kruhu rodinného zápasí se závislostí na drogách. Dotazovaní měli za úkol představit si emoce, které by nejspíše pociťovali a kroky, které by pravděpodobně učinili, nebo si to alespoň myslí. Odpovědi, které zahrnují zármutek, šok, beznaděj a vztek tvoří dominantní část vyjádřených pocitů. Někteří popisují, že by se ihned ujali učinění radikálních kroků, jiní by postupovali cestou klidné komunikace.

*„Po svých zkušenostech si to ani neumím představit a je to jediná věc, kromě nemoci, která mě děsí u mých dětí. Emoce? Prvotní bezmoc, zoufalství, bolest. Potom šílená energie a odhodlání pomoci, ale vím, že dokud si závislý neurovná svoje myšlenky, dokud sám nebude chtít, veškerá cizí snaha je zbytečná. Čekala bych na chvíli, kdy tento okamžik nastane a byla bych oporou. Doufám a modlím se, že toto nebudu muset nikdy řešit“*

*„Mě rodiče vyhodili z domova, nevím jestli mi to pomohlo, ale jsem tam kde jsem. Prošla jsem několika neúspěšnými pokusy, TK Jemnice, Bohnice, TK Němčice. Považovala jsem jí za nejlepší komunitu v ČR. když mi nepomůžou tam, tak už nikde. Dneska to vidím jinak, není to pravda, je spousta skvělých komunit. Je to o pokoře a jak k sobě přistupujete.“*

*Nikdy jsem už neopustila Jižní Čechy, lidé v Praze selhávali, a i ti co zůstali tady a poté odjeli, opět selhali. Bojím se Prahy dodnes, nikdy se tam už nechci vrátit, drogy jsou sice všude, ale já mám pořád spousty negativních vzpomínek, které mi tam naskakují. Nevím, jestli se dá pomoci lidem co nechtějí sami? Myslím že ne, žila jsem s otcem, který si nikdy nepřiznal že je alkoholik, byla s ním velmi těžká komunikace, v jeho očích jsem měla problém jen já. Kdyby to mělo být moje dítě, snažila bych se mu pomoci, jak jen by to šlo, ale muselo by mi říct samo, že to chce. Děti jsou malé je mi špatně z té představy. Určitě bych volila roční komunitu než léčby na 3 měsíce. Blízkým osobám jsem se nikdy nesnažila pomoci, myslím kamarádům, co do toho opět spadli, nikdy jsem se necítila na to dost silná, bála jsme se sama o sebe, asi není na škodu být sobec, navíc se těm lidem nedá věřit.“ „Přes počáteční zděšení, bych se snažila o racionální pomoc“*



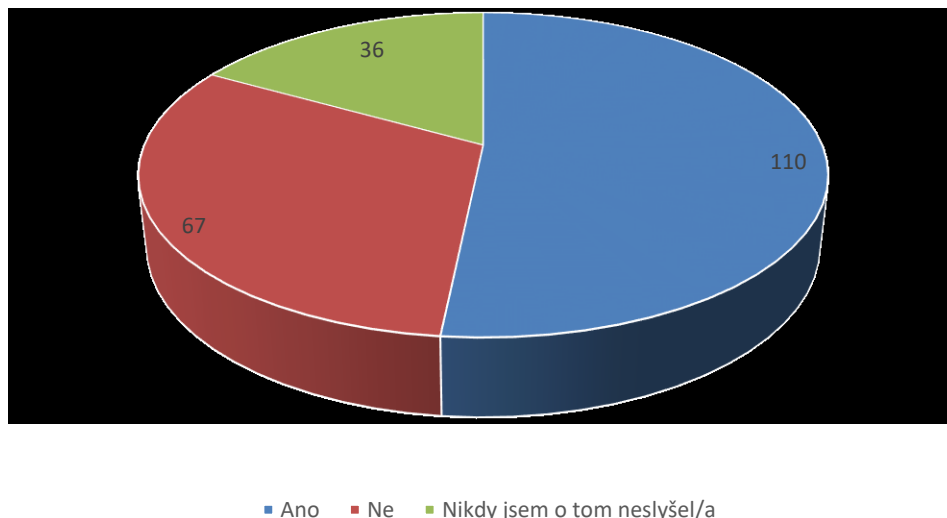
K pozitivní odpovědi se přiklání celkem 121 dotázaných. Větší část (78 resp./30 %) tvoří ti, kteří se k tomu přiklánějí, menší část (43 resp./ 16%) by tak učinila bez rozvahy. Skupinku dotázaných, kteří nevidí důvod takového kroky činit tvoří 23 respondentů, tj.9 %. Je to skupina nejmenší a stojí v opozici k druhé nejpočetnější, skupině, která zvolila odpověď nevím a tvoří tak 28 % výměru grafu. Mezi dalšími odpověďmi se objevují předpoklady uchýlení se k pomoci širší rodiny a blízkých přátel, psychoterapeuta, či psychologa. Mnoho názorů v této otázce nevybočuje, za příklad ale alespoň jeden: „Obrátila bych se na sebe s otázkou, proč danou situaci nezvládám a proč cítím zodpovědnost za jiného.“



Na řadu přicházejí otázky, které mají velmi silný potenciál potvrdit, nebo vyvrátit stanovené hypotézy. První z nich ukazuje, že povědomí o tom, co jsou to terénní programy má 68 resp./31 %. Označili odpověď tuším, která ovšem může znamenat znalost náplně těchto programů, ale i mylnou představu o cíli a smyslu dané práce. S jistotou jsou v oblasti terénních programů znalí respondenti v počtu 92/ 42 %. Zbývajících 28 %, tvořených 61 odpověďmi poukazuje na to, že mnoho lidí neví, čím se tato forma pomoci zabývá.

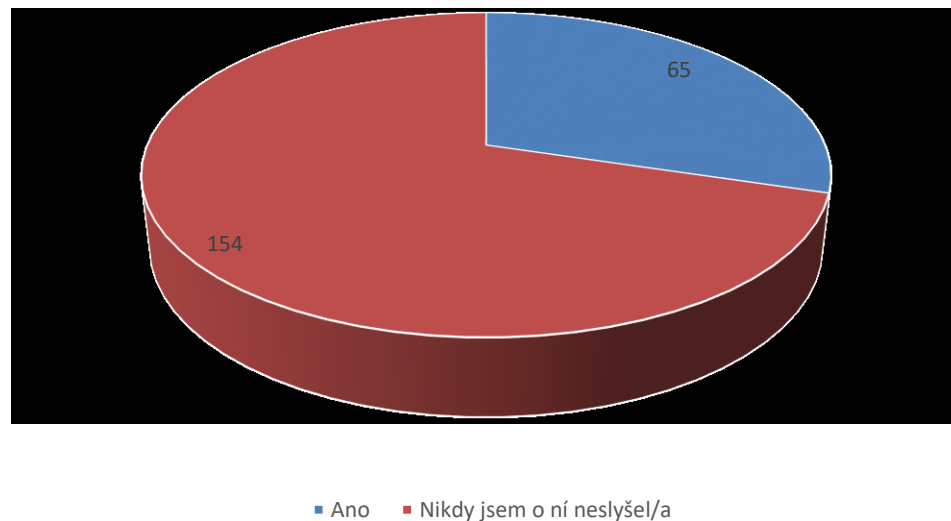
Vzápětí se respondentům nabízí možnost vyjádřit svůj názor na tuto formu péče a pomoci narkomanům. Dotazovaným, kteří doposud nebyli obeznámeni s tím, co terénní služba obnáší, byla poskytnuta nápověda, čímž získali možnost si na tento druh pomoci udělat alespoň první názor a možná také touhu dozvědět se více. Zároveň se jedná o předmět dalšího předpokládaného vývoje této práce, který díky odpovědím bude možné potvrdit, nebo vyvrátit. Četně se mezi názory vyskytuje vysvětlení, že dotyčný nemá žádný názor, nebo neví, co si o tom má myslet. Je-li to zapříčiněno neznalostí, nebo rozporuplností, kterou také mnozí zmiňují, je těžké zhodnotit. Nicméně terénní práci se skrze sesbírané odpovědi dostalo chvály a uznání, jakožto nezbytné práci, která je společnosti velice prospěšná a lidé, kteří se této profesi věnují jsou velmi odvážní a obdivuhodní. V této otázce se ale také úhly pohledů tříští. Někteří zaujímají postoj k této zvláštní formě jako k „*podpoře fetišů*“, špatně investovaným financím. Takových odpovědí se ve výčtu vyskytlo ovšem velice málo, takže zde není smysl pochybovat a ponižovat pozitivní pocity respondentů, které s přehledem převyšují negativní postoje k věci.

## Znáte pojem Substituční léčba a smysl těchto programů?



S pojmem Substituční léčba se v životě setkalo 110 dotázaných, kteří tak tvoří nadpoloviční část s 52 %. Zbylí respondenti, konkrétně 113, se s pojmem nikdy nesetkalo, nebo nevědí, co tato forma pomoci obnáší. Následující otázka neznalým pomocí nápovědy rozkryla formu tohoto zvláštního druhu pomoci, a tudíž tak mohli odpovědět, na základě rozmyslu, nebo jen prvního dojmu, jak na ně takový styl působí. Předpovědi, které jsou vytyčené v hypotézách této práce, tak mohou být potvrzeny, nebo vyvráceny. Pohledy na substituční léčbu se různí. Mnozí z dotázaných si ani po zjištění základních cílů názor neudělalo, vyplnili tak prostor k odpovědi hesly „nevím, nemám názor“. Většinově ale respondenti zastávají názor, že vzhledem k zamezení šíření infekčních chorob je tato náhražka prospěšná a snad skutečně alespoň nějaké procento dovede k abstinenci úplné. Zhruba polovina z nich se však nad substitucí zamýšlí pohledem cynika, který vidí, že metadon je pouze droga, která střídá jinou. Hodnotí tak efekty léčby slovy „Nejsem si jist/a, že se člověk může na 100 % vyléčit“ „Je to jen menší zlo“ „Vytloukání klínu klínem“ „Pouhé vyhýbání se realitě“ „Znám pouze ojedinělé případy, kdy substituce skutečně pomohla“ „Může řešit problém fyzického charakteru, ale hlavním problémem narkomana je psychika a tam je jakákoli substituce zbytečná“

## Slyšel/a jste někdy o Terapeutické komunitě Karlov?

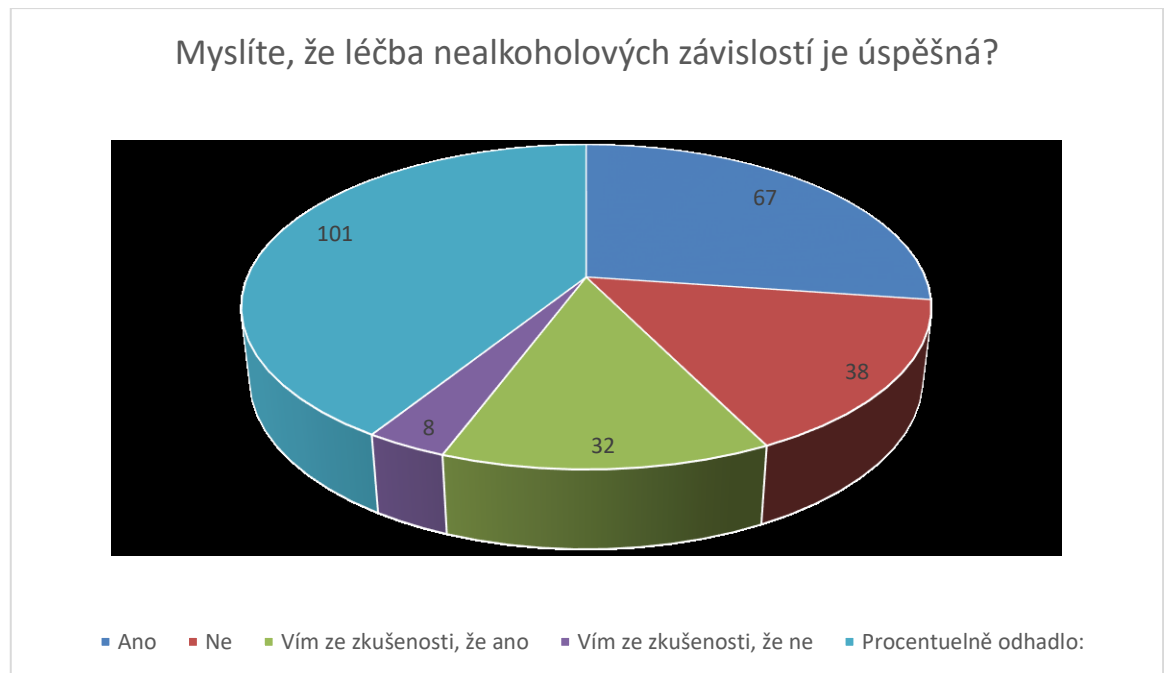


S bezmála  $\frac{3}{4}$  obsazením vyhrává v otázce povědomí o Terapeutické komunitě Karlov odpověď nikoli. Celkem 154 respondentů nikdy neslyšelo o této speciální formě rezidenční péče pro matky s dětmi, tvoří tak 70 % výšeč našeho grafu. Zbýlých 30 % logicky zaujímají lidé znalí této formy pomoci v celkovém počtu 65 respondentů. Po vzoru dvou předešlých otázek přichází sonda do pocitů z daného vzorce pomoci. Na základě nápovědy, která stručně čtenářům vysvětlila základní filozofii tohoto zařízení byli respondenti vyzváni k utvoření a vyjádření vlastního názoru na tento model. Mezi nimi se objevilo několik málo radikálních názorů typu: „Matky závislé na fetu si nezaslouží žít a po porodu by měli jít do vězení“ „Výchova závislými rodiči vede k destrukci rodiny“ „Hrozná představa“ „Dát všem těhotným a matkám pár facek za to, co způsobily svému dítěti“.

„Já jsem si vždycky myslela, že když se závislé ženě narodí dítě, tak se kvůli němu změní. Ale bohužel, svět není jen růžový, a mrzí mě, že kolikrát tyto děti mají větší pravděpodobnost, že skončí jako jejich rodiče. Začarovaný kruh“ . Pozitivní a nadějeplné postoje k věci ovšem ve finále převládly, zpracováním zdroje se tedy dostávám k výpovědím jako: „Aj závislí rodičia sú rodičia, ak je to kontrolované a bezpečné, nebrala by som deti rodičom“ „Přestože je matka závislá na drogách, stále je to matka a stále je to její dítě. Jsem ale ráda, že něco takového existuje, nad ženami v takové situaci by se rozhodně neměla lámat hůl“ „Jsem ráda, že takové zařízení u nás vůbec jsou a nenechají se matky závislé i třeba s dětmi, někde na ulici, ale je možnost, vrátit jim jejich lepší život zpátky“

„Věřím, že otěhotnění může být pro ženu velká motivace ke změně svého dosavadního

života, proto si myslím, že je dobré tuto dobu podchytit a s budoucí matkou pracovat a dát jí šanci“ „Pro těhotné narkomanky je to určitě více než prospěšné. Mají šanci změnit svůj život, naučit se žít normálně a starat se o své dítě, které nemusí jít do kojeneckého ústavu“ „Každé dítě má právo na své rodiče“ „Je předcházeno odloučení a zprětrhání vazeb“



Dotazník uzavírá rozporuplná otázka odhadu úspěšnosti léčby drogové závislosti. Devadesát devět dotázaných vsadilo na kladnou odpověď, tvoří tak 40 %, 46 respondentů označilo opačnou odpověď a v zastoupení 18 % hodnotí i na základě zkušeností tyto snahy jako neúspěšné. Mezi mnoha tipy se vyskytovala procenta v hodnotách od 10 % až po 70 %. Nejvíce respondentů tipovalo 30 %, pomyslné druhé místo obsadil tip na 60 %, všechny ostatní hodnoty jsou obsazeny víceméně stejným počtem odpovědí. Mezi tipy se objevily i odpovědi několika málo kriticky se zamýšlejících respondentů, vyjadřujících názor, že něco takového „se nedá exaktně změřit“ nebo „a copak je to úspěšnost?“.

## 5. Diskuse

V oddílu diskuse bych se ráda s vlastními postřehy vrátila k několika otázkám a jejich rozborům. Vyhodnotím zde poznatky, které se mi rozkryli studováním mnohých odpovědí, ale hlavně jejich porovnáním s původními hypotézami. Studie prokázala, že velmi blízké setkání s drogovou závislostí skutečně není raritní záležitostí a v našich životech se tímto palčivým problémem setkáváme bezmála všichni, a to poměrně často. Skutečně zde platí, že závislost může zasáhnout do života každému z nás. V porovnání s ostatními číselnými hodnotami, které jsou podstatně vyšší, zde přesto smutně figurují dva počty. Respondenti v počtu 32 a 37 označili za svou odpověď možnosti, které říkají, že závislým je/byl člen jejich rodiny, nebo oni sami. Vzhledem k tomu o jak bolestivou skutečnost se jedná, by byla jakákoli čísla neveselá. Součet, tvořící 69 odpovědí tohoto typu ale nízký není, v přihlédnutí k počtu všech odpovědí. Obratem přeskočím k jedné z prvních otázek s možností vlastní odpovědi. Týká se pocitu vyvolaného pohledem nebo zamyšlením se nad drogově závislou osobou. Pesimisticky jsem předpokládala, že odpovědi poukazující na nezájem a odpor k narkomanům budou mít více hlasů, k velkému překvapení ale moji respondenti prokázali velkou dávku solidarity s těmito lidmi. Hypotéza vyjadřující odpudivý a ignorující postoj k závislým nemůže být v případě tohoto výzkumu potvrzena. Respondenti ve větším než 2/3 poměru vykazují soudržnost, pochopení a lítost nad osudy narkomanů. Přihlédnutí k tomuto výsledku bych neměla být šokována resumé, které vzešlo z následující otázky. Valná většina odpovědí na otázku pohledu směrem pomoci drogově závislým je tvořena myšlenkou druhé šance pro každého. Předpoklad, že mezi názory budou dominovat narážky na peníze z kapes daňových poplatníků, nebo i radikálnější výpovědi, byl překryt pozitivní vlnou jednoznačné podpory. Smíšené pocity ve mně vyvolaly výsledky otázek ohledně vyhledání pomoci. Předpokládala jsem, že byť je síť pomoci velmi široká a osvětou konstantně integrovaná do povědomí populace, konkrétní nápady, kam se obrátit budou slabé. Polovina všech dotázaných s jistotou věděla, na koho se obrátit a obsahem jejich konkretizace byly nejznámější instituce a zařízení, jakými jsou na českém poli SANANIM a Drop- In. K druhé polovině. Odpověď tuším, která byla v nabídce, se možná nechtěně stala malou nástrahou pro ty, kteří ve skutečnosti neznali názvy konkrétních pomáhajících center. Předpokládám, že právě z jejich myslí vyvstaly odpovědi typu: obrátil bych se na obvodního lékaře, internetovou poradnu, internet jako takový, přátele a rodinu. Tyto odpovědi nezesměšňuji, neboť jsou to prakticky nejužitečnější odkazy. Soudě dle obrovského počtu slovních odpovědí lze tvrdit, že povědomí o tom, kam

se obrátit má přesto každý, respektive každý by si uměl poradit. Mile zapůsobila téměř unisono odpověď žáků nejmenované základní školy, kteří se také podíleli na sběru dat, znějící Červený praporek. Byť se jedná o malé děti, je dobré, že mají alespoň základní znalost jednoho zařízení, které pravděpodobně působí v blízkosti jejich bydliště. Jedna z posledních hypotéz poukazuje na očekávaný typ odpovědí směrem ke zvláštním formám léčby. V tomto dotazníku mi příkladem posloužil systém terénních programů, substituční léčby a jedno konkrétní zařízení – TK Karlov. Z očekávání mnoha negativních, bizarních a nekompromisních odpovědí na účet těmto typům pomoci, mě vyvedl výsledek poukazující na to, že moji respondenti se nad věcí zamysleli a nepoužívali pouze dnešní dobou tolik oblíbená hesla týkající se „*vyhazování peněz, které by se daly využít lépe*“ apod. Zjevně se představené myšlenky zalíbili i těm, kteří do dané chvíle nevěděli, co takové formy péče zahrnují. Těch byla, dle očekávání, skutečně většina. Mezi názory na výchovu dětí závislymi rodiči, potažmo matkami v TK Karlov jsem očekávala, opět trochu pesimisticky, více odpovědí vymezujících se proti takovému systému a spojení drogově závislých rodičů s dítětem vůbec. Odpovědi, které by postihly hlavní smysl této léčby, kterým je zachování citových pout, jejich ochrana a zaběhnutí se v životě fungujících rodin, sice nebylo mnoho, ale přesto převládl pozitivní náhled na problematiku, za což jsem upřímně velmi ráda. Troufám si říct, že můj dotazník přiměl jeho respondenty nejen zamyslet se a vžít do situace člověka postiženého závislostí, ale poskytl jim nové obzory, potažmo informace a možná podnítl následnou zvědavost dozvědět se více o představených systémech léčby, které doposud neznaly. Závěrem bych ráda vysvětlila umístění poslední otázky mého dotazníku, již bylo hrubé tipování a usuzování na úspěšnost léčby. Byla, možná trochu neprozřetelně, zařazena do dotazníku, čímž se mohla někoho dotknout, ale jejím cílem bylo dovést respondenty k uvědomění, že navzdory výzkumům a propočtům se to nedá jednoznačně zařadit do škatulky úspěšná/ neúspěšná. Dovolím si použít shrnující komentář nejmenovaného adiktologa, který mě samotnou dovedl k uvědomění a vyčerpávajícím způsobem pojmenoval celou otázku úspěšnosti, navrch s přidanou hodnotou lidskosti. „*Víš, takové otázky na procenta nemá žádný adiktolog rád, protože jsou zavádějící a trochu naivní. Víme, kolik klientů úspěšně absolvuje léčbu s rituálem, ale neznamena to, že musí abstinentovat. Naopak i ti, co jí nedokončí někdy abstinují. Máme o klientech povědomí v horizontu let, z doléčovacích programů, exkluzivních setkání i běžného lidského kontaktu, ale vědět o všech, jak na tom jsou třeba za 5 let, to jednoduše nejde. Navíc máme ke klientům vztah, takže o nich odmítáme uvažovat, jako o číslech a procentech. Každý z nich je nám drahý...*“.

## Závěr

Bakalářská práce, jež nese název Sociální a terapeutická pomoc rodině drogově závislého, byla rozdělena do dvou rovnocenných částí, a to teoretické a praktické. Úkolem první části bylo především vytvořit základ pro část empirickou. Byl tedy vypracován poměrně obsáhlý výťah z odborné literatury v podobě mapy pojmů, vztahujících se k drogové problematice, pojmenování fází drogové závislosti, nastínění možností pomoci, vyčíslení možných determinantů dané skutečnosti a v neposlední řadě znázornění stěžejních postupů při odvykání.

Empirická část, přirozeně opírající se o teoretické základy, měla ve svém závěru pomocí zpracovaných dat potvrdit, pozměnit, nebo vyvrátit hypotetické předpoklady, které jsem si stanovila. Konkrétně tato pro mě byla nejvíce inspirativní součástí celku a její výpovědní hodnota je pro mou osobu nevyčísitelná. Motivace pro výběr tématu týkajícího se drogové závislosti už tak pramení z fascinujících zkušeností posbíraných za dob studia, kterých se mi dostalo skrze četné stáže v pomáhajících zařízeních a touto prací je do budoucna mnohonásobně posílena. Tyto zkušenosti tvoří základní kameny mého odhodlání vydat se směrem pochopení, a především pomoci lidem, kteří ve svém životě musí s tímto hrůzným jevem bojovat.

Cíli této práce, které si vztahuji k vlastní osobě, bylo například obohacení vlastních vědomostí a zvnitřnění již poznaného, což se mi skrze tvorbu takto rozsáhlého textu podařilo. Ráda bych práci v budoucnu využila k vlastní malé osvětě, neboť si myslím, že se mi už jen skrze rozhovory dostalo skutečně jedinečné možnosti vidět závislost takovou, jaká ve skutečnosti je, se všemi slastmi i strastmi, které vnáší do životů aktérů a přihlížejících. Poučena výsledky zkoumání věřím, že budu moci na této práci v budoucnu stavět a že mi každý získaná zkušenost bude k užitku v mnoha smyslech mého budoucího počínání.

## Seznam literatury

### Knižní zdroje

ARTERBURN, Stephen a Jim BURNS. *Drogy klepou na dveře: výchova, prevence, léčba*. Brno: Nová naděje, 2001. ISBN 80-86077-03-9.

BARNARD, Marina. *Drogová závislost a rodina*. Praha: Triton, 2011. ISBN 978-80-7387-386-8.

ČERMÁK, Bedřich. *Máme doma feťáka: abeceda osudů*. Brno: Facta Medica, 2015. ISBN 978-80-88056-01-0.

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

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

GJURIČOVÁ, Šárka a Jiří KUBIČKA. *Rodinná terapie: systemické a narativní přístupy*. Praha: Grada, 2003. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0415-3.

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

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

HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-303-X

KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, Kamil. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada, 2008. Psyché (Grada). ISBN 9788024714110.

MÜHLPACHR, Pavel. *Sociální patologie*. Brno: Masarykova univerzita, 2001. ISBN 80-210-2511-5.

SEMIGINOVSKÝ, Bohdan. *Abeceda: Bariéry proti sociálně patologickým jevům u žáků základních škol*. Fórum pro zdraví, Edice Prevence 2005. ISBN 80-239-6998-6

## Webové zdroje

World Health organization: Regional office for Europe [online]. [cit. 2017-01-08]. Dostupné z: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/illicit-drugs/data-and-statistics>

zakony.kurzy.cz paragraf-130, podle §130 trestního zákona, trestní zákoník paragraf 130, paragraf 130 z.č. 40/2009 Sb., 130 trestního zákoníku, návykové a psychotropní látky

In: Wikipedia: the free encyclopedia [online]. San Francisco (CA): Wikimedia Foundation, 2001- [cit. 2017-03-27]. Dostupné z: <https://cs.wikipedia.org/wiki/Abstinence>

In: Wikipedia: the free encyclopedia [online]. San Francisco (CA): Wikimedia Foundation, 2001- [cit. 2017-03-27]. Dostupné z: [https://cs.wikipedia.org/wiki/Delirium\\_tremens](https://cs.wikipedia.org/wiki/Delirium_tremens)

<http://www.adiktologie.cz/cz/articles/download/4659/02-Epidemiologie-uzivani-navykovych-latek-adi-dist-2011-pdf>.

NEŠPOR, Karel a Marie MULLEROVÁ. *Jak přestat brát (drogy): Svépomocná příručka* [online]. , 151 [cit. 2017-04-02]. Dostupné z: <http://www.drnespor.eu/shd06w2.pdf>

BARNARD, Marina. Co se stane s dětmi, když jsou drogy na prvním místě? In: *Www.adiktologickakonference.cz* [online]. [cit. 2017-04-02]. Dostupné z: [http://www.adiktologickakonference.cz/wp/wp-content/uploads/07\\_Barnard.pdf](http://www.adiktologickakonference.cz/wp/wp-content/uploads/07_Barnard.pdf)

NEWCOMBE, Russel. Programy substituční léčby problémových uživatelů drog v Británii. In: *Www.adiktologickakonference.cz* [online]. [cit. 2017-04-02]. Dostupné z: [http://www.adiktologickakonference.cz/wp/wp-content/uploads/05\\_Bruggeman\\_pre.pdf](http://www.adiktologickakonference.cz/wp/wp-content/uploads/05_Bruggeman_pre.pdf)

Substituční léčba: Stránky o závislosti. *Www.substitutni-lecba.cz* [online]. [cit. 2017-04-02]. Dostupné z: <http://www.substitutni-lecba.cz/novinky/odvykani-drogove-zavislosti-pripravte-si-dobrou-strategii-311>

ABZ: Slovník cizích slov. *Www.slovník-cizich-slov.abz.cz* [online]. [cit. 2017-04-02]. Dostupné z: [http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/hledat?cizi\\_slovo=kompulze](http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/hledat?cizi_slovo=kompulze)

VAVRINČÍKOVÁ, Lenka, Jiří LIBRA a Michal MIOVSKÝ. Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice. In: *Http://snncls.cz/* [online]. [cit. 2017-04-02]. Dostupné z: <http://snncls.cz/2013/11/11/koncepce-site-specializovanych-adiktologickych-sluzeb-finalni-verze/>

Stop závislosti: Poradenství, info, podpora. *Www.stopzavislosti.cz* [online]. [cit. 2017-04-02]. Dostupné z: <http://stopzavislosti.cz/seznam-krizovych-center/>

Wikipedie: Otevřená encyklopedie [online]. [cit. 2017-01-08]. Dostupné z: [https://cs.wikipedia.org/wiki/Psychoaktivn%C3%AD\\_droga](https://cs.wikipedia.org/wiki/Psychoaktivn%C3%AD_droga)

Kontaktní centrum Chill out Kyjov [online]. [cit. 2017-01-08]. Dostupné z: <http://kackokyjov.webgarden.cz/rubrika/drogy/definice-drog>

Drogy: Pravda o drogách [online]. [cit. 2017-01-08]. Dostupné z: <http://www.drogy.cz/kokain/kap-kokain-kratka-historie.html>

Česká televize: ČT 24 [online]. [cit. 2017-01-08]. Dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz/ct24/domaci/1305317-reporteri-ct-piko-aneb-pribeh-o-zivotni-ceste-z-pekla>

Drogy: Pravda o drogách [online]. [cit. 2017-01-08]. Dostupné z: <http://www.drogy.cz/pervitin/kap-historie-pervitinu.html>

BRUGGEMAN, Ruud. Fáze před léčbou (1-6).

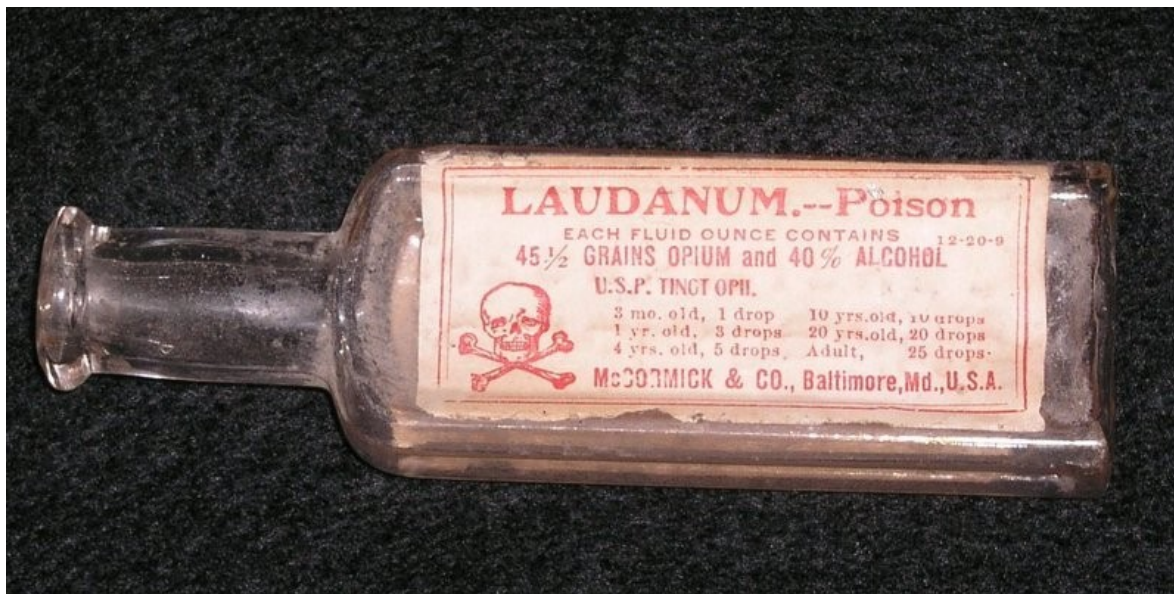
In: *Www.adiktologickakonference.cz* [online]. [cit. 2017-04-02]. Dostupné z: [http://www.adiktologickakonference.cz/wp/wp-content/uploads/05\\_Bruggeman\\_pre.pdf](http://www.adiktologickakonference.cz/wp/wp-content/uploads/05_Bruggeman_pre.pdf)

## Seznam příloh

### 1. Stručný přehled drog v ČR

Droga a její různá jména	Hlavní způsoby užívání	Hlavní účinky	Některá zdravotní rizika
marihuana, tráva, zelí, hulení, mařka, gandža	kouření, konzumace v jídle	euforie, zkreslené vnímání času, prostoru a barev, zhoršení koordinace, následný pocit hladu	zánět dýchacích cest, zhoršená paměť a pozornost, úzkosti, panika, rozvinutí psychotických příznaků
heroin, háčko, eič, herák	nitrožilní, kouření ze staniolu, v cigaretě	euforie, spavost, analgetikum	zvracení, mdloby, zácpa, koma, kožní problémy
pervitin, péčko, piko, peří	nitrožilní, šňupání	euforie, hyperaktivita, nespavost, nechutenství, zrychlené myšlení a řeč	agresivita, následná spavost a deprese, srdeční a neurologické potíže, zhoršená koncentrace a paměť, možný rozvoj psychotických příznaků
extáze	polykání v tabletě	mírné halucinace, zvýšená citlivost, pocity empatie, přehřívání organismu	zhoršení paměti, emoční otupení, riziko kolapsu při dehydrataci a zvýšené aktivitě
LSD, tripy, papíry	polykání na papírcích, tablety, zlomky	změněné vnímání, halucinace, zvýšení krevního tlaku a tepu	možný rozvoj psychické poruchy, flashback ( návrat příznaků i po delší abstinenci), nespavost, slabost, neklid
těkavé látky, toluen, téčko, techo, vulkan	vdechování	změněné vnímání, halucinace, euforie	porušení sliznic a dechového aparátu, nevratné změny nervového a kardiovaskulárního systému, poruchy soustředění a paměti
kokain, koks, cukr	šňupání	euforie, zrychlené myšlení, chování i řeč	porušení sliznic, rozvoj psychických obtíží, srdeční kolaps

## 2. Laudanum



## 3. Dotazník závislosti

**DOTAZNÍK ZÁVISLOSTI**

Všechny následující otázky se týkají období 12 měsíců. Vyberte tu z následujících odpovědí, která se nejvíc blíží skutečnosti a zatrhněte ji. Pojem „droga“ zahrnuje i alkohol nebo marihuanu nebo kombinace návykových látek.

1. Cítil jste silnou touhu nebo nutkání užívat drogu? \_\_\_\_\_ Ne - Někdy - Často
2. Nedokázal jste se ve vztahu k droze ovládat? (Vzal jste si ji i tehdy, když to bylo nevhodné, nebo jste si vzal víc, než jste původně chtěl?) \_\_\_\_\_ Ne - Někdy - Často
3. Měl jste tělesné odvykací potíže („absták“) po vysazení drogy nebo jste bral nějakou drogu nebo lék proto, abyste odvykací potíže zmírnil? \_\_\_\_\_ Ne - Někdy - Často
4. Zvyšoval jste dávku, abyste dosáhl účinku, původně vyvolaného nižší dávkou? \_\_\_\_\_ Ne - Někdy - Často
5. Zanedbával jste dobré záliby kvůli droze nebo jste potřeboval víc času k získání a k užívání drogy nebo k zotavení se z jejího účinku? \_\_\_\_\_ Ne - Někdy - Často
6. Pokračoval jste v užívání drogy přes škodlivé následky, o kterých jste věděl? \_\_\_\_\_ Ne - Někdy - Často

**Vyhodnocení:**  
Spočítejte odpovědi „často“ a odpovědi „někdy“.  
0 odpovědí „často“ a „někdy“ znamená, že se nejedná o závislost.  
1 - 2 odpovědi „často“ a „někdy“: Tento výsledek vyžaduje důkladnější vyšetření.  
3 - 6 odpovědi „často“ a „někdy“ znamenají, že se pravděpodobně jedná o závislost.

SEMIGINOVSKÝ, Bohdan. *Abeceda: Bariéry proti sociálně patologickým jevům u žáků základních škol*. Fórum pro zdraví, Edice Prevence 2005. ISBN 80-239-6998-6. Str.20



## Summary

The content of this thesis is based on literature specialized in research, prevention and treatment of drug dependence. Using of basic information from the drug addiction field, whether inspired by Czech or abroad authors, this thesis collects exactly what we need to know about the drug addiction in case we face it on our own. Variety of living can take us to situations we never wanted to get into, we never even thought we could possibly get into. People believe they are safe from a drug addiction thread, but no one ever knows what comes next in life. Population tends to point at those, who misuses drugs, without realising, that it could be each of us, or someone we love one day. It's not a sure thing people try their best to really understand and see what is under the surface of such a phenomenon, in fact it's much more comfortable to either judge or let go.

On one hand, the thesis comes up with theological evidences, possibly helpful information in case the reader wants to know more about official terms, ways of qualification of drug dependence, strategies of abstaining, most frequent used methods of cure etc. Theological part also offers references to treatment system which is available in Czech republic, including particular centres of care. On the other hand, the thesis is interwoven with experiences, opinions and impacted points of view which, i think, escalated this work to quite special and rare level of value. Practical part consists of deep analysis of answers by 219 respondents, who participated on the survey i arranged, asking important questions about helping to those, who deals with a drug dependence problem. I am very lucky of getting so many willing people, who shared loads of self experiences, consequently with original statements (both gentle or radical). Second part of the empiric section is built on three intimate confessions, spoke by people, whose lives got affected by drug addiction through their parents (two cases), or, the most precious one, given by a woman, who currently abstain from drugs after more than 15 years long opioid dependence, talking about everything from her childhood to carrying a baby herself.

Speaking about impact those weeks of writing and collecting experiences had on me, I have to admit, that working in drug addiction field is still my biggest goal and thanks to this thesis I've made a step ahead again. Results provides me an enormous amount of knowledge i would hardly get wherever else. I'm very greatfull for cooperating with people, who weren't affraid of sharing their life stories, no matter how hurt they are, and letting me look beneath a little closer. This thesis become very powerful source i will always extract from.