

# Motivace drogově závislých k abstinenci

Kateřina Pavelková

---

Bakalářská práce  
2011



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2010/2011

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Kateřina PAVELKOVÁ**

Osobní číslo: **H06317**

Studijní program: **B 7507 Specializace v pedagogice**

Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Motivace drogově závislých k abstinenci**

Zásady pro vypracování:

**Studium odborné literatury a zpracování teoretických východisek.**

**Příprava metodiky výzkumné části, výběr a charakteristika výzkumného vzorku.**

**Realizace kvalitativního výzkumu metodou polostrukturovaného interview.**

**Zpracování a vyhodnocení výsledků.**

**Přijetí odpovídajících závěrů.**

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

**KALINA, K. Drog a drogové závislosti: mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 8086734056**

**KALINA, K. Základy klinické adiktologie. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-1411-0.**

**MAŇÁK, J., ŠVEC, V. Cesty pedagogického výzkumu. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-078-6.**

**MIOVSKÝ, M. Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1362-4.**

**NEŠPOR, K. Návykové chování a závislost. Současné poznatky a perspektivy léčby. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-831-7.**

**MILLER, W. R., ROLLNICK, S. Motivační rozhovory: příprava lidí ke změně závislého chování. Tišnov: Sdružení SCAN, 2003, ISBN 8086620093.**

Vedoucí bakalářské práce:

**Mgr. Jana Kitliňská**

Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce:

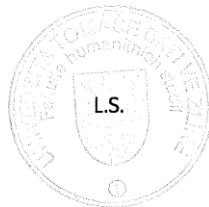
**25. ledna 2011**

Termín odevzdání bakalářské práce:

**6. května 2011**

Ve Zlíně dne 25. ledna 2011

prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.  
*děkan*



Mgr. Soňa Vávrová, Ph.D.  
*ředitelka ústavu*

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 28.2.2011



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce se zabývá motivací k abstinenci u drogově závislých. Teoretická část definuje pojem závislost, zaměřuje se na možné příčiny jejího vzniku. Obsahuje také stručný popis jednotlivých skupin drog a přehled systému léčebné péče o drogově závislé v České republice. Pozornost je věnována také motivaci, a její nezbytnosti v procesu léčby závislosti. V praktické části odhaluje, jaké motivy působily při rozhodování, zda abstinovat, u bývalých uživatelů návykových látek.

Klíčová slova: motivace, drogová závislost, abstinence, léčba.

## **ABSTRACT**

Bachelor thesis deals with the motivation to abstinence of drug addicts. Theoretical section defines the concept of addiction, focusing on possible causes of its origin. It also contains a brief description of each drug group and an overview of medical care for drug addicts in the Czech Republic. Attention is also given to motivation, and its necessity in the process of detoxification. The practical part reveals what motives influenced in deciding whether to abstain, in former drug users.

Keywords: motivation, drug addiction, abstinence, therapy.

## PODĚKOVÁNÍ

Děkuji Mgr. Janě Kytliňské, vedoucí mé práce, za cenné rady a odborné vedení. Dále děkuji všem respondentům za ochotu zúčastnit se mého výzkumu.

Motto:

*„Nespouštěj své nohy ze země a oči z hvězd.“*

Theodore Roosevelt

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

# OBSAH

|   |           |
|---|-----------|
| <b>ÚVOD</b> .....                                       | <b>10</b> |
| <b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....                          | <b>12</b> |
| <b>1 ZÁVISLOST</b> .....                                | <b>13</b> |
| 1.1    DEFINICE ZÁVISLOSTI .....                        | 13        |
| 1.2    ÚZUS, ABÚZUS.....                                | 14        |
| 1.2.1    Úzus (užití, užívání).....                     | 14        |
| 1.2.2    Abúzus (zneužívání, nadužívání).....           | 14        |
| 1.3    BIO-PSYCHO-SOCIÁLNÍ MODEL VZNIKU ZÁVISLOSTI..... | 14        |
| 1.3.1    Biologické faktory .....                       | 14        |
| 1.3.2    Psychologické faktory .....                    | 15        |
| 1.3.3    Sociální faktory .....                         | 15        |
| <b>2 KLASIFIKACE DROG</b> .....                         | <b>16</b> |
| 2.1    ČLENĚNÍ DROG .....                               | 16        |
| 2.1.1    Alkohol.....                                   | 17        |
| 2.1.2    Tabák.....                                     | 17        |
| 2.1.3    Konopné drogy .....                            | 17        |
| 2.1.4    Opiáty .....                                   | 18        |
| 2.1.5    Halucinogeny.....                              | 19        |
| 2.1.6    Psychostimulancia.....                         | 19        |
| 2.1.6.1    Pervitin.....                                | 19        |
| 2.1.7    Těkavé látky .....                             | 20        |
| 2.1.8    Léky vyvolávající závislost .....              | 21        |
| <b>3 PREVENCE A LÉČBA</b> .....                         | <b>22</b> |
| 3.1    PREVENCE .....                                   | 22        |
| 3.1.1    Primární prevence .....                        | 22        |
| 3.1.2    Sekundární prevence .....                      | 22        |
| 3.1.3    Terciální prevence .....                       | 22        |
| 3.2    LÉČBA DROGOVĚ ZÁVISLÝCH .....                    | 23        |
| 3.3    SYSTEM PÉČE .....                                | 23        |
| 3.3.1    Terénní programy („streetwork“).....           | 24        |
| 3.3.2    Nizkoprahová kontaktní centra .....            | 24        |
| 3.3.3    Detoxifikační jednotky .....                   | 24        |
| 3.3.4    Ambulantní léčba .....                         | 25        |
| 3.3.5    Denní stacionáře.....                          | 25        |
| 3.3.6    Střednědobá ústavní léčba.....                 | 25        |
| 3.3.7    Terapeutické komunity.....                     | 26        |
| 3.3.8    Doléčovací programy .....                      | 26        |
| 3.3.9    Substituční léčba .....                        | 26        |
| <b>4 MOTIVACE</b> .....                                 | <b>27</b> |
| 4.1    DEFINICE MOTIVACE.....                           | 27        |
| 4.1.1    Motivační struktura .....                      | 28        |
| 4.1.2    Teorie motivace.....                           | 29        |
| 4.1.2.1    Maslowův hierarchický systém potřeb.....     | 29        |



|           |  |           |
|-----------|--|-----------|
| 4.2       | MOTIVACE V LÉČBĚ DROGOVÝCH ZÁVISLOSTÍ.....           | 30        |
| 4.3       | MOTIVAČNÍ ROZHOVOR.....                              | 30        |
| 4.3.1     | Pět základních principů .....                        | 31        |
| 4.3.2     | Motivační rozhovory a fáze změny .....               | 32        |
| 4.4       | MOTIVACE K ABSTINENCI.....                           | 33        |
| 4.4.1     | Abstinence .....                                     | 33        |
| 4.4.2     | Typy vítězů nad závislostmi.....                     | 34        |
| <b>II</b> | <b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>                          | <b>36</b> |
| <b>5</b>  | <b>KVALITATIVNÍ VÝZKUM.....</b>                      | <b>37</b> |
| 5.1       | VÝZKUMNÝ PROBLÉM .....                               | 37        |
| 5.2       | CÍL VÝZKUMU .....                                    | 38        |
| 5.3       | VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....                                 | 38        |
| 5.4       | METODA SBĚRU DAT .....                               | 38        |
| 5.4.1     | Výzkumné otázky pro polostrukturovaný rozhovor ..... | 39        |
| 5.5       | VÝZKUMNÝ VZOREK .....                                | 41        |
| 5.5.1     | Respondenti.....                                     | 41        |
| <b>6</b>  | <b>ZPRACOVÁNÍ A ANALÝZA DAT.....</b>                 | <b>43</b> |
| 6.1       | ANALÝZA A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT.....            | 43        |
| 6.1.1     | Užívání drog.....                                    | 43        |
| 6.1.2     | Proč jsem začal užívat.....                          | 44        |
| 6.1.3     | Co mi užívání dalo a vzalo.....                      | 45        |
| 6.1.4     | Jaké drogy v současnosti užívám .....                | 47        |
| 6.1.5     | První impuls proč přestat .....                      | 47        |
| 6.1.6     | Jaké kroky následovaly.....                          | 48        |
| 6.1.7     | Problémy způsobené užíváním.....                     | 49        |
| 6.1.8     | Vnitřní přesvědčení nebo tlak okolí .....            | 51        |
| 6.1.9     | Absolvovaná léčba .....                              | 52        |
| 6.1.10    | Přínos léčby .....                                   | 53        |
| 6.1.11    | Relaps .....   | 54        |
| 6.1.12    | Abstinence.....                                      | 56        |
| 6.1.13    | Jaká jsou zlepšení a na čem ještě zapracovat .....   | 57        |
| 6.1.14    | Udržování v abstinenci.....                          | 58        |
| 6.2       | DISKUSE.....   | 59        |
|           | <b>ZÁVĚR .....</b>                                   | <b>61</b> |
|           | <b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>                | <b>62</b> |
|           | <b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK .....</b>      | <b>65</b> |

## ÚVOD

Ve své bakalářské práci jsem se rozhodla zabývat motivací drogově závislých k abstinenci. Toto téma mě oslovilo, protože se ve společnosti vyskytuje mnoho lidí, kteří závislosti propadli. Všichni si uvědomujeme její nebezpečnost, a přesto jsou lidé, kteří se ve své naivitě či neopatrnosti upnou k návykové látce, která jim umožní dočasně zapomenout na problémy a starosti běžného života, uniknout před nepříjemnou realitou. Mnozí si to ani neuvedomí a droga je změně k nepoznání, stávají se z nich loutky v moci závislosti. Tato problematika se týká nás všech, neboť asi každý by si vzpomněl na někoho z rodinných příslušníků či okruhu známých, kamarádů, spolužáků, sousedů, kteří se nechali zlákat drogou.

Závislost ve velké míře postihuje životy nejen těch, kteří jsou závislí, ale také jejich blízkých, kteří situaci nerozumí, nechápou, proč dotyčný návykové látky užívá, proč si ničí zdraví, a hlavně proč mu najednou na ničem nezáleží. Pozastavují se nad nelogičností jeho jednání a způsobu života jako takového. Zároveň se v nich vynořují otázky, jak docílit toho, aby přestal. Dříve či později všichni přijdou na to, že to nejde na povel. Sám závislý se musí rozhodnout změnit svůj životní styl a k tomu musí mít patřičnou motivaci. A mě zajímá jakou. Jaké důvody člověka vedou k prvním úvahám o změně, až po rozhodnutí, že nejen dokáže žít bez drogy, ale že se mu bez ní bude pravděpodobně žít mnohem lépe. Co bylo spouštěčem těchto úvah? Jak těžké bylo tyto myšlenky uvést ve skutečnost? Jak eventuálně pomohlo léčebné zařízení? Nezbytnost motivace nelze zpochybnit.

V praktické části jsem se rozhodla zaměřit na abstinující uživatele návykových látek, konkrétně pervitinu, a zjistit jejich zkušenosti a motivaci. Pervitin je dle mého názoru velmi nebezpečný. V České republice jde o druhou nejrozšířenější nelegální drogu, hned po marihuaně. Mnoho mladých lidí, toužících v dospívání po nevšedních zážitcích, či snažících se zapadnout do party, po něm sáhnou, aniž by si v plné míře uvědomovali důsledky. Vědí, že je to tvrdá droga, přesto věří, že ti, co závislosti na ní propadli, jsou jiní než oni, že oni jsou silnější a jen to zkusí, nebo budou brát jen občas. Zážitky, které jim zpočátku pervitin nabídne, ale těmto předsevzetím dají zapomenout a oni se dostanou na šikmou plochu. Výsledky bývají často zdrcující. Vyloučení ze školy, ztráta důvěry v přátelských a rodinných vztazích, zdravotní a psychické problémy. Cesta k „normálnímu“ životu bývá nelehká. Jak navázat zprerhané vztahy s rodinou? Získat ztracenou důvěru? A sebedůvěru? Nové přátele? Jak se zařadit na pracovní trh bez dokončeného vzdělání? Jistě to není nic snadného!

Na této cestě může pomoci řada odborníků a zařízení, kteří se na osoby s drogovými problémy zaměřují.

Rizika užívání nelze brát na lehkou váhu, nejde jen o poškozené zdraví, vztahy a znevýhodnění na pracovním trhu, zcela bez nadsázky jde o život. V roce 2009 zemřelo v České republice 49 osob na předávkování nelegálními drogami a dalších 176 osob zemřelo na předávkování psychotropními léky. Nejčastější příčinou úmrtí uživatelů drog, přibližně 75 %, jsou vnější násilné příčiny a smrtelné otravy. Uživatelé drog vykazují výrazně vyšší míru úmrtnosti ve srovnání se svými vrstevníky v obecné populaci (Mravčík a kol., 2010, s. 69, 113). V roce 2009 také výrazně vzrostl počet problémových uživatelů pervitinu a počet injekčních uživatelů drog. Počet problémových uživatelů byl odhadován na cca 37, 4 tisíc, z toho cca 25,3 tisíc tvoří uživatelé pervitinu. Počet injekčních uživatelů byl odhadován na 35,3 tisíc (Mravčík a kol., 2010, s. 37).

Není snadné se vcítit do situace, ve které člověk nikdy nebyl, přesto si lze představit, že pro člověka, který už závislosti propadl, musí být opravdu velmi náročné zmobilizovat své síly ke změně, a například po mnoha letech strávených na ulici jistě není vůbec lehké hledat naději, natož motivaci. Dle mého názoru jde o celkovou vnitřní proměnu, ke které musí člověk dozrát, o změnu myšlení a náhledu na svůj život, na sebe sama a své místo ve společnosti.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

# 1 ZÁVISLOST

Pod pojmem závislost si většinou představíme nezdravé přimknutí k nějaké návykové látce nebo činnosti. Je to onemocnění, které má negativní důsledky pro jednotlivce i společnost. Věda, která se zabývá problematikou závislostí, se nazývá adiktologie.

## 1.1 Definice závislosti

Světová zdravotnická organizace (in Nešpor, 2007) definuje závislost jako skupinu fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Hlavní charakteristikou je touha brát psychoaktivní látky. Diagnóza se obvykle stanovuje, pokud během jednoho roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

- silná touha nebo pocit puzení užívat látku (craving),
- potíže v sebeovládání při užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky,
- tělesný odvykací stav,
- tolerance k účinku látky, vyžadování vyšších dávek k dosažení účinku původně vyvolaného nižšími dávkami,
- postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky, nebo zotavení se z jejího účinku,
- pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků (Nešpor, 2007, s. 9 - 10).

Setkáváme se také s pojmy psychická a fyzická závislost. **Psychická závislost** je duševní stav vzniklý konzumací drogy, který se projevuje přáním drogu opět užívat. Může jít o pouhé přání, kterému lze odolat, či o dychtivé, neodolatelné nutkání. **Fyzická závislost** je stavem organismu vzniklým zpravidla dlouhodobějším a častým požíváním drogy. Organismus se droze přizpůsobil, zahrnul ji do své látkové výměny, takže při přerušení jejího přísunu reaguje abstinenčními příznaky. Ty se liší u různých drog. Soubor typických příznaků vyskytujících se pohromadě nazýváme abstinenční syndrom (Nožina, 1997, s. 12).

## 1.2 Úzus, abúzus

Jedná se o slova latinského původu. Označují míru, do jaké je užívání problematickým.

### 1.2.1 Úzus (užití, užívání)

Dle Nožiny (1997, s. 14) se jedná o konzumaci v omezeném, kontrolovaném množství, které nepoškozuje zdraví, nepůsobí rušivě na chování člověka, neohrožuje mezilidské vztahy a ekonomické poměry jedince a u dětí a mladistvých nenarušuje jejich dospívání.

### 1.2.2 Abúzus (zneužívání, nadužívání)

Nadměrné užívání drog (příliš často, v přílišné množství), jejich užívání za nepřijatelné situace (těhotné matky, v pracovním procesu). Abúzus je takové užívání, které nepříznivě ovlivňuje fyzický a duševní vývoj člověka. Abúzus nemusí vést bezpodmínečně k návyku, ale skrývá v sobě nebezpečí zvyšování dávek a vzniku závislosti (Nožina, 1997, s. 14).

## 1.3 Bio-psycho-sociální model vzniku závislosti

Vznik závislosti je podmíněn mnoha faktory. Za základní se považují:

- **droga jako taková** - její farmakologické vlastnosti, způsob aplikace, dostupnost,
- **osobnost** - genetické a biologické dispozice,
- **sociální prostředí** - psychosociální vlivy, provokující a vyvolávající činitele.

Přičemž přítomnost určitých genetických dispozic nelze chápat tak, že daný jedinec je předurčen k závislosti, pouze pravděpodobnost, že se tak stane, je u něj vyšší než u lidí, kteří takové předpoklady nemají (Machová; Kubátová, 2009, s. 75 - 76).

### 1.3.1 Biologické faktory

Za biologické faktory můžeme považovat některé problematické okolnosti během těhotenství matky, především pokud se plod setkával s účinky návykových látek již před narozením (matka alkoholička, toxikomanka). Dále okolnosti porodu, jestli byly používány psychotropní, tlumivé látky v době porodního stresu apod. Dále je to celý psychomotorický vývoj dítěte v poporodním období, přítomnost traumat, nemocí. Kudrle (in Kalina a kol., 2003a) také uvádí, že dle Royce zatím jediné ověřené genetické souvislosti se týkají vrobe-

né vyšší tolerance vůči alkoholu u potomků rodičů alkoholiků. Dotyčný více snese, není mu v intoxikaci zle a nemívá vážnější problémy po jejím odeznění. Toto se může stát rizikovým faktorem, protože takový člověk se druží s těmi, kteří pijí větší množství po delší dobu. Tím se biologický faktor spolu s individuální potřebou a v sociální interakci stává komplexním rizikovým faktorem. Biologické faktory zahrnují také působení konkrétní drogy. Například stimulační drogy zvyšují vyplavení dopaminu v mozku, což přináší příjemné pocity, euforii, bdělost. Po odeznění účinku se dostávají pocity opačné, které jsou základem cravingu (Kudrle in Kalina a kol., 2003a, s. 91 - 92).

### 1.3.2 Psychologické faktory

Jde o určité osobnostní nastavení jedince, které může ke vzniku závislosti přispět.

Mezi lidmi závislími na drogách se často objevují osobnosti zvýšeně citlivé a zranitelné, nevyrovnané, se sklonem k úzkostem a depresím a dále osobnosti s rysy nezdrženlivosti, se sklony k impulzivitě a agresivitě (Machová; Kubátová, 2009, s. 76).

Jakákoliv osoba se však může stát závislou na droze, jestliže ji zneužívá často (Riesel, 1999, s. 19).

Zařadila bych sem také vnímání hodnot konkrétního jedince (zdraví, rodina...), vztah k sobě samému a ke společnosti, míru zodpovědnosti a celkovou psychickou vyzrálou osobnosti.

### 1.3.3 Sociální faktory

Sem spadá vliv vztahů s okolím, které formují zrání jedince, případně toto zrání brzdí či deformují. Jde o širokou škálu od nejobecnějších okolností jako je rasová příslušnost, společenský status rodiny, prostředí, ve kterém jedinec žije (město, vesnice). K těm konkrétněji působícím patří kvalita rodinných vztahů, případně absence rodiny. Specifická situace nastává, pokud dítě v rodině vyrůstá v těsné blízkosti závislých osob. Je konfrontováno s braním drog či pitím alkoholu jako s normou. Nezastupitelnou roli hraje také kolektiv vrstevníků (Kudrle in Kalina a kol., 2003a, s. 92 - 93).

## 2 KLASIFIKACE DROG

V minulosti se pojem droga používal pro každou surovinu rostlinného nebo živočišného původu užívanou jako léčivo. Ještě dnes se tento pojem někdy udržuje mezi lékárníky a farmaceuty. Od roku 1971 jsou drogy v odborné terminologii označovány jako omamné a psychotropní látky (Machová; Kubátová, 2009, s. 72 - 73).

V současnosti se v odborné literatuře preferuje spíše pojem **návykové látky**. „*Látky s vlastnostmi, které povzbuzují návykové nebo pravidelné užívání, běžné synonymum rovněž pro látky, které mají schopnost vyvolávat závislost* (Kalina a kol., 2001, s. 70).“

Dle Presla (in Machová; Kubátová, 2009) je možno označit za drogu každou látku, ať už přírodní, nebo syntetickou, která splňuje dva základní požadavky, a to:

- **Má psychotropní účinek** – působí na psychiku, mění prožívání reality.
- **Může vyvolat závislost** – závislostní potenciál je u různých drog odlišný, ale je přítomen vždy (Machová; Kubátová, 2009, s. 73).

### 2.1 Členění drog

Existuje mnoho různých členění drog. Drogy **z trestně-právního hlediska** se dělí na **legální**, které jsou společností tolerovány, jejich výroba, prodej ani konzumace není protizákonná. Mezi takové drogy patří káva, čaj, tabák a alkohol. U posledních dvou je pak užívání zákonem omezeno věkově, v České republice je hranice stanovena na 18 let. **Nelegální** drogy jsou pak všechny omamné a psychotropní látky, jejichž výroba, prodej a držení je právně postižitelné a trestné.

**Podle míry rizika** se mluví o drogách tzv. měkkých a tvrdých.

Kalina (2008) uvádí rozdělení **podle účinků na psychiku** (dle hlavního účinku látky v běžně zneužívaných dávkách):

- **Tlumivé látky** (narkotika) – zpomalují psychomotorické tempo, malé dávky zklidní, vyšší způsobí spánek, mohou způsobit i zástavu životních funkcí.
- **Psychomotorická stimulancia** – zbaví únavy, zrychlí myšlenkové tempo, aktivují motoriku.
- **Halucinogeny** – vyvolávají změny vnímání (Kalina a kol., 2008, s. 339).



### 2.1.1 Alkohol

Vzniká chemickým procesem kvašení ze sacharidů, buďto z jednoduchých cukrů obsažených v ovoci (vinná réva) nebo z polysacharidů z obilných zrn či brambor. Vyšší koncentrace se dosahuje destilací. Jeho nadměrná konzumace bývá označována jako alkoholismus. Tento termín byl poprvé použit již v roce 1849 švédským lékařem, ale teprve v roce 1951 díky WHO začal být oficiálně považován za medicínský problém. Česká republika patří bohužel dlouhodobě v celosvětovém žebříčku mezi státy s jeho největší spotřebou. V přepočtu na 100%ní alkohol jde o téměř 10 litrů na jednoho obyvatele za rok (Popov in Kalina a kol., 2003a, s. 151).

Největší rizika alkoholu dle mého názoru jsou velká tolerance ve společnosti k jeho užívání, široká dostupnost, nízká cena a pomalý a nenápadný přechod od škodlivého užívání k závislosti.

### 2.1.2 Tabák

Kouření tabáku je nejčastější příčinou zbytečných a předčasných onemocnění a úmrtí. Návykovou látkou obsaženou v tabáku je nikotin. Při poklesu jeho hladiny v krvi se u kuřáka objevují abstinenci příznaky jako nutkavá touha po cigaretě, podrážděnost, neschopnost soustředit se, poruchy spánku. Kromě nikotinu obsahuje tabákový kouř mnoho škodlivých látek, dehty, oxid uhelnatý, amoniak, formaldehyd, kyanid, arzenik ad. Mnoho z těchto látek je prudce jedovatých a rakovinotvorných (Machová; Kubátová, 2009, s. 60).

Tabák se připravuje sušením a fermentací tabákových listů. Smrtelná dávka nikotinu je 50 mg, jedna cigareta přitom obsahuje průměrně 1-2 mg. Chronická otrava organismu nikotinem se nazývá nikotinismus, dochází k němu, pokud kuřák kouří více než 20 cigaret denně. Projevuje se nespavostí, chronickým zánětem dýchacích cest, nechutenstvím. Kouření přitahuje zvláště lidi nejisté, s pocitů méněcennosti, bezmoci a beznaděje. Jde také o lidi, kteří jsou značně sugestibilní, tj. zvýšeně ovlivnitelní názory druhých lidí (Pokorný; Telcová; Tomko, 2003, s. 81 - 83).

### 2.1.3 Konopné drogy

Jde o přírodní drogy vyráběné z rostliny konopí. Nejvyšší obsah účinných látek (cannabinoidů) je v pryskyřici samičích květů. Konopí je v Evropské unii nejrozšířenější nelegální

drogou, nejčastěji je užívána ve věkové skupině 15 - 24 let. Nejčastějším způsobem aplikace je kouření, méně častý užití per os (Kalina a kol., 2008, s. 351 - 352).

Patří sem **marihuana** - sušené květenství a horní lístky ze samičí rostliny konopí a **hašiš** - konopná pryskyřice obvykle s malým obsahem květenství a drobných nečistot. Hašiš má vyšší obsah účinných látek než marihuana, a to až 40 % (Miovský in Kalina a kol., 2003a, s. 175).

Rizika užívání konopných drog jsou menší než u jiných nelegálních drog. Při nadměrném užívání dochází k poruchám kognitivních funkcí – zhoršení krátkodobé paměti a schopnosti soustředění. U 8 - 10 % dlouhodobých uživatelů se dostavuje psychická závislost. U osob s vrozenou dispozicí může dojít k rozvoji depresivních či úzkostných stavů (Miovský in Kalina a kol., 2003a, s. 176 - 177).

#### 2.1.4 Opiáty

Jedná se o tlumivé látky s výrazným euforickým efektem. Skupina nese název podle sušené šťávy z nezralých makovic (opia). Nejvýznamnějšími přírodními zástupci jsou alkaloidy morfium a kodein, z polysyntetických a syntetických pak heroin, metadon, buprenorfin a v Čechách také braun, jehož význam ale s nástupem heroinu v 90. letech výrazně klesl. Časté je zneužívání opioidních analgetik na lékařský předpis (tramadol). V ČR je užívání opioidů nejvíce rozšířeno v Praze a severních Čechách, jinde je spíše méně významné. Celosvětově nejrozšířenější drogou této skupiny je **heroin**. Buprenorfin (subutex) spolu s metadonem jsou určeny jako substituční látky při léčbě závislosti na heroinu. Buprenorfin se ale rozšířil i na černý trh, odkud vytlačoval nekvalitní heroin (Kalina a kol., 2008, s. 344 - 345).

Spolu s těkavými látkami jsou opioidy považovány za nejnebezpečnější drogy. Mají velmi vysoký závislostní potenciál, vyvolávají psychickou i fyzickou závislost. Lze se jimi také relativně nejsnadněji předávkovat. Účinky jsou narkotické a sedativní (uklidňující). Způsoby aplikace jsou šňupání, kouření, podkožní injekce, nitrožilní injekce (Machová; Kubátová, 2008, s. 76 - 77).

### 2.1.5 Halucinogeny

Jde o skupinu přírodních a syntetických látek vyvolávajících změny vnímání od pouhého zostření až po halucinace. Přírodní látky této skupiny mají dlouhou historii sakrálního užívání. Mezi přírodní halucinogenní látky patří psilocybin, meskalin, durman, myriscin (v muškátovém ořechu), kyselina ibotenová (v muchomůrce červené a tygrovaně) i bufetenin (jed ropuch). Mnoho dalších látek bylo v minulém století syntetizováno pro farmakologické účely – nejznámější je LSD. Rozšíření je celosvětové (Kalina a kol., 2008, s. 354).

U zdravého člověka vyvolávají zmatenost, bludy, halucinace, snění, poruchy vnímání, navozují změněné stavy vědomí. Užije-li člověk takovou látku v prostředí, které považuje za nepřátelské, může se jeho prožitek zvrhnout ve velmi nebezpečný a paranoidní stav (Pokorný; Telcová; Tomko, 2003, s. 95).

V České republice je nejrozšířenější **LSD**, které se objevuje na černém trhu ve formě tzv. tripů nebo krystalů. Užívá se perorálně, postupným rozpouštěním v ústech pod jazykem. Dalším rozšířeným halucinogenem u nás je **psilocybin** obsažený v houbách rodu *Lysohlávek*. Užívá se perorálně ve formě sušených hub, či pouze jejich kloboučků. LSD ani psilocybin nevyvolávají závislost – nevyskytuje se syndrom z odnětí. Vysoké dávky mohou poškodit játra nebo ledviny, smrtelný případ předávkování zatím popsán nebyl (Miovský in Kalina a kol. 2003a, s. 169 - 171).

### 2.1.6 Psychostimulancia

Tyto látky způsobují celkové povzbuzení organismu, zvyšují tělesný i duševní výkon (na úkor kvality). Vyšší dávky mohou mít halucinogenní efekt. Hlavními zneužívanými látkami jsou tzv. budivé aminy (metamfetamin, amfetamin, MDMA) a kokain. V ČR nejčastěji metamfetamin, užívání kokainu je omezeno jen na movitější uživatele (Kalina a kol., 2008, s. 356 - 357).

#### 2.1.6.1 Pervitin

Pervitin patří mezi budivé aminy, které byly objeveny na konci 19. století. Ve světě nejrozšířenější droga této skupiny je amfetamin, který má obdobné, avšak o něco slabší účinky než metamfetamin (pervitin). Čistý pervitin má podobu bílého prášku, bez zápachu, hořké chuti. Na černém trhu však bývá zbarven díky příměsím používaným při jeho výrobě.

Z nelegálních drog s vysokým potenciálem pro závislost je u nás nejrozšířenější, i když v Praze a některých regionech zaujímá první místo heroin. Na západoevropské trhy proniká pod názvem „čeko“. Pervitin je možno aplikovat ústy, šňupáním nebo nitrožilně. Nejčastěji je užíván právě nitrožilně, což s sebou nese rizika přenosu hepatitidy typu B a C a viru HIV v případě sdílení injekčních stříkaček (Minařík in Kalina a kol., 2003a, s. 166).

**Účinky:** pervitin zřetelně ovlivňuje motoriku, ale i psychické funkce, navozuje stereotypní chování, působí nechutenství (což u dlouhodobých uživatelů vede k podvýživě), uvolňuje v těle zásoby energie, zvyšuje výkonnost organismu. Způsobuje motorický neklid (tzv. vy-kroucenost). Zvyšuje krevní tlak, stoupá dechová frekvence, zorničky jsou rozšířené. Ustupuje pocit únavy, organismus pracuje s vypětím sil až do vyčerpání. Urychluje tok myšle-nek, zvyšuje pozornost a soustředěnost. Intoxikovaný nemá potřebu spánku. Po odeznění účinku se dostavuje fáze deprese s hlubokými pocity vyčerpání a celkovou skleslostí tzv. dojezd (Minařík in Kalina a kol., 2003a, s. 166 - 167).

**Komplikace:** mezi psychické patří halucinace, strach, neklid, vztahovačnost, deprese, sebevražedné tendence, podezíravost, chorobná žárlivost, stavy zmatenosti, poruchy paměti a neschopnost koncentrace. Při chronické intoxikaci nebo po užití velmi vysoké dávky se rozvíjí toxická psychóza, tzv. stíha (halucinace, domněnky, že dotyčného někdo sleduje, chce mu ublížit). U pervitinu rychle vzniká psychická závislost, fyzická není přítomna, rychle narůstá tolerance (Minařík in Kalina a kol., 2003a, s. 167).

Dlouhodobé užívání způsobuje změny ve struktuře osobnosti – člověk trpí nervózními ná-ladami, je mrzutý, projevuje se u něj agresivita, jeho city jsou oploštělé, dochází ke snižo-vání morálních zábran. Dochází k poklesu imunity (Pokorný; Telcová; Tomko, 2003, s. 92).

### 2.1.7 Těkavé látky

Jsou to chemické látky, jejichž společnou vlastností je, že rozpouštějí tuky a lipoidní látky, mají narkotický účinek. Mezi typické zástupce patří toluen, aceton, éter, chloroform, dále složky některých lepidel, ředidel a rozpouštědel. Jsou užívány častěji jako doplňková droga nebo jako droga iniciační, a to ve velmi mladém věku (méně než 15 let). Důvodem může být relativně snadná dostupnost. Aplikační cestou je téměř výhradně inhalace. Intoxikace se podobá opilosti, dostavují se halucinace. U dlouhodobého užívání dochází k poškození mozku, degradaci osobnosti, poškození jater, ledvin a dýchacích cest. Organická rozpouš-

tědla vyvolávají psychickou závislost, komplikujícím faktorem je právě poškození mozku (Kalina a kol., 2008, s. 360 - 361).

### 2.1.8 Léky vyvolávající závislost

Jedná se o nestejnorodou skupinu zahrnující mnoho farmak. Nejvíce jsou zneužívány látky ze skupiny opioidních analgetik, sedativ, hypnotik a anxiolytik. Nejčastěji se jedná o opioidy a benzodiazepiny. Potenciál být zneužívána mají také antiepileptika, antidepresiva, celková anestetika a některá antiparkinsonika, jejich zneužívání je však méně obvyklé (Kalina a kol., 2008, s. 349).

Hlavním společným účinkem analgetik, sedativ, hypnotik a anxiolytik je útlum centrální nervové soustavy. Po jejich užití dochází k postupující ospalosti, otupělosti, k celkovému útlumu s rozmazanou blábolivou řečí. Při předávkování může dojít až k hlubokému bezvědomí (kómatu). Chronické užívání vede k psychické i fyzické závislosti, a to i u uživatelů, kteří látku dostali na lékařský předpis. Pokud má uživatel svou obvyklou dávku, nemusí se to nijak projevit. Při chybění léku se objevuje neklid, nespavost, mrzutost až agresivita, bolesti – zvláště po vysazení opioidních analgetik. Častěji se jedná o uživatele středního a vyššího věku, podobně jako u alkoholu (Hampl in Kalina a kol., 2003a, s. 187).

Hampl (In Kalina a kol.) dále uvádí nejčastější typy zneužívaných léků:

**Analgetika** – rozsáhlá skupina léků užívaných k tlumení nebo odstranění bolesti. Dělí se na neopioidní, které se používají nejen k tlumení bolesti, ale i ke snížení horečky a opioidní, které se používají k tlumení středně silné a silné bolesti.

**Hypnotika a sedativa** – užívají se k léčbě spánkových poruch. Mezi nejdéle užívané patří barbituráty.

**Anxiolytika** – jde o léky k tlumení patologického strachu a úzkosti. Zařadily se mezi nejčastěji předepisované a také zneužívané léky. Závislost na nich vzniká poměrně rychle (Hampl in Kalina a kol., 2003a, s. 188 - 189).

### 3 PREVENCE A LÉČBA

Prevence je velmi důležitým faktorem v boji proti závislostem. Včasný zásah a předcházení potížím je daleko efektivnější než pouhé řešení vzniklých problémů. Také léčba by neměla být zbytečně odkládána, naopak by měla přijít co nejdříve, dokud není psychické, fyzické a sociální poškození jedince příliš rozsáhlé.

#### 3.1 Prevence

Prevence se v praxi dělí na primární, sekundární a terciální, a to podle zaměření na osoby od těch, co s drogou nemají zkušenost, až po snižování rizik u závislých osob.

##### 3.1.1 Primární prevence

Cílem primární prevence je předejít užívání návykových látek, včetně alkoholu a tabáku, nebo ho oddálit do pozdějšího věku, kdy už jsou dospívající relativně odolnější. Dalším cílem je omezit nebo zastavit experimentování s návykovými látkami, jde tedy o to, aby se cílová populace chovala zdravěji (Nešpor, 2007, s. 154).

##### 3.1.2 Sekundární prevence

*„Spočívá v předcházení vzniku, rozvoji a přetrvávání závislosti u osob, které již drogu užívají nebo se na ní staly závislými. Obvykle je používána jako souborný název pro včasnou intervenci, poradenství a léčení (Kalina a kol., 2008, s. 20).“*

##### 3.1.3 Terciální prevence

Terciální prevencí rozumíme předcházení vážnému či trvalému zdravotnímu a sociálnímu poškození z užívání drog. Jedná se o resocializaci či sociální rehabilitaci klientů, kteří prošli léčbou nebo se zapojili do substituční léčby a abstinují od nelegálních drog. Dále sem patří intervence u klientů, kteří aktuálně drogy užívají a nejsou rozhodnutí užívání zanechat, tzv. harm reduction – snižování škod, a to zejména zdravotních rizik spojených s nitrožilním užíváním drog (Kalina a kol., 2008, s. 22).

## 3.2 Léčba drogově závislých

Cílem léčby závislých je změna, která přináší zlepšení zdraví a kvality života na nejvyšší možnou míru. WHO (in Kalina a kol., 2003b) definuje 3 hlavní cílové oblasti v léčbě a sociální rehabilitaci uživatelů drog, kterými jsou:

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

To koresponduje s obecným pojetím zdraví jako stavu plné tělesné, duševní a sociální pohody, nikoli pouze nepřítomnosti nemoci nebo vady (Kalina a kol. 2003b, s. 97).

## 3.3 Systém péče

Zahrnuje léčebné programy a zařízení, které se specializují na léčbu drogových závislostí. Jedná se o různé typy zařízení se zaměřením na specifické cílové skupiny. Léčba může být buď ambulantní (klient za službou dochází, zůstává ve svém bydlišti) nebo pobytová (různá délka, klient po dobu léčby zůstává v zařízení a musí respektovat jeho pravidla a řád).

Bém (in Kalina a kol, 2003b) uvádí, že efektivní systém péče o uživatele drog by měl splňovat řadu kritérií:

- **Kvalitativní kritéria** zahrnují vnitřní strukturu systému péče, jeho *komplexnost* – schopnost pokrýt potřeby různorodých cílových skupin, *provázanost* – návaznost jednotlivých stupňů a *efektivitu* – schopnosti zajistit standardní kvalitu péče při minimálních nákladech.
- **Kvantitativní kritéria** zahrnují *rozsah* systému péče – může se výrazně lišit mezi jednotlivými regiony a *dostupnost* – místní i časová (Bém in Kalina a kol., 2003b, s. 155 - 156).

V roce 2009 léčbu vyhledalo celkem 8763 uživatelů drog, což je přibližně o 500 osob více než v roce 2008. Z toho 4318 osob požádalo o léčbu poprvé, což je zhruba o 400 osob více než v roce 2008. Ženy stabilně tvoří přibližně třetinu žadatelů o léčbu. Žadatelům dominují uživatelé stimulancií, kteří tvoří přibližně 60 %, druhou nejpočetnější skupinou jsou uživa-

telé opiátů a mezi prvožadateli uživatelé konopných látek. U žadatelů o léčbu konkrétně ve Zlínském kraji převažují uživatelé pervitinu v celých 80 %. Z hlediska věkové struktury je patrné mírné stárnutí populace žadatelů o léčbu. Průměrný věk prvožadatelů se za posledních 10 let zvýšil o více než 3 roky a u všech žadatelů o 3,5 roku (Mravčík a kol., 2010, s. 51 - 52).

### **3.3.1 Terénní programy („streetwork“)**

Tato služba je poskytována v přirozeném prostředí uživatelů, tedy především na ulici, v klubech, parcích apod. Důležitou součástí práce je průběžný monitoring drogové scény, aby bylo možné pružně reagovat nabídkou služeb na její proměny. Terénní pracovníci případné klienty aktivně vyhledávají. Mezi hlavní činnosti patří výměnný program zdravotnického materiálu, krizová intervence, informační servis, sociální servis, zdravotní pomoc, testy HIV a těhotenské testy, zprostředkování dalších návazných služeb ([www.os-onyx.cz](http://www.os-onyx.cz)).

Základním cílem terénní práce je přiblížit se ke skryté populaci uživatelů drog (Rhodes, 1999, s. 12).

### **3.3.2 Nizkoprahová kontaktní centra**

Kontaktní centrum je ambulantní zařízení, které nabízí služby zejména uživatelům drog a lidem z jejich blízkosti (např. rodiče). Ve Zlíně funguje kontaktní centrum od roku 1998 (od roku 2006 převzalo činnost o. s. ONYX). Kontaktní centrum nabízí stejné služby jako streetwork, navíc ale např. odborné poradenství a psychoterapii, hygienický servis, potravinový servis. Mezi hlavní zásady patří anonymita a nízkoprahovost. Klient nepotřebuje žádná doporučení, písemné žádosti, občanský průkaz apod., klienti jsou vedeni pod anonymními kódy ([www.os-onyx.cz](http://www.os-onyx.cz)).

### **3.3.3 Detoxifikační jednotky**

Jsou určeny ke zvládnání odvykacích stavů a intoxikací návykovou látkou, které nevyžadují intenzivnější péči např. na jednotce intenzivní péče. Pracovníci obvykle nejsou nadšeni, pokud si do jejich zařízení někdo přijde pouze odpočinout nebo snížit toleranci. I taková motivace je však lepší než žádná a může vyústit v nějakou konstruktivnější formu spolupráce do budoucna. Detoxifikační jednotky jsou nejčastěji součástí zařízení střednědobé



nebo dlouhodobé léčby závislostí nebo jde o samostatné jednotky v nemocničním komplexu (Nešpor in Kalina a kol., 2003b, s. 190).

### **3.3.4 Ambulantní léčba**

Je prováděna v zařízeních zdravotnického či nezdravotnického charakteru (ordinace AT, běžné psychiatrické či psychologické poradny ad.). Klient dochází v pravidelných intervalech na předem smlouvenou službu. Výhodou je fakt, že klient zůstává ve svém podpůrném prostředí. Cílovou skupinou jsou problémoví uživatelé návykových látek, kteří jsou motivováni ke změně a jejichž zdravotní stav nevyžaduje hospitalizaci, ale i klienti experimentující, klienti se soudně nařízenou léčbou a také blízké osoby uživatelů (Kalina a kol., 2008, s. 378).

### **3.3.5 Denní stacionáře**

Denní stacionář je ambulantní psychoterapeutické centrum, které poskytuje poradenství a léčbu lidem ohroženým důsledky užívání především nealkoholových drog a jejich blízkým. Usiluje o stabilizaci a vyšší kvalitu života klientů s důrazem na abstinenci od omamných a psychotropních látek. Programy denního stacionáře umožňují předejít hospitalizaci klienta, vyhnout se jeho dlouhodobé izolaci od prostředí, do kterého se ještě může zařadit, a toto prostředí navíc aktivně a pozitivně ovlivňovat. Umožňuje reagovat na aktuální problémy a situace v okolí klienta a řešit je, což značně podporuje dynamický průběh psychoterapeutického procesu ([www.sananim.cz](http://www.sananim.cz)).

### **3.3.6 Střednědobá ústavní léčba**

Jedná se o rezidenční léčbu ve zdravotnických zařízeních - psychiatrických léčebnách s délkou pobytu 3 až 6 měsíců. Tato zařízení využívají řady prvků terapeutických komunit, jako je režim a pravidla, skupinová psychoterapie, komunitní setkání, trénink odpovědnosti. Základním cílem je změna životního stylu, jehož součástí je i abstinence od návykových látek. Klienti jsou problémoví uživatelé, do léčby vstupují dobrovolně a po absolvování detoxifikace. Může ale jít i o klienty s nařízenou ochrannou ústavní léčbou (Kalina a kol., 2008, s. 381).

### 3.3.7 Terapeutické komunity

Terapeutická komunita je zařízení pro střednědobou až dlouhodobou rezidenční léčbu osob závislých na návykových látkách, jejímž posláním je uzdravovat lidi ze závislosti prostřednictvím osobního růstu, přijímáním osobní odpovědnosti a cestou změny životního stylu. Základním cílem léčebného programu je integrace a plnohodnotné zapojení klienta do běžného života, základním prostředkem dosažení tohoto cíle je abstinence. Léčba je zpravidla rozdělena do 4 fází, které respektují klientův růst a míru jeho vlastní změny. Základním prostředkem léčby je samotný život v terapeutické komunitě, který nabízí otevřenou komunikaci mezi klienty a personálem, spoluúčast klientů na rozhodovacích procesech v komunitě a společenství, které přirozeně vede ke změně škodlivých vzorců chování. Dalšími prostředky léčby jsou skupinová a individuální psychoterapie, režim a pravidla, rodinné poradenství, pracovní terapie, volnočasové aktivity, arteterapie ([www.sananim.cz](http://www.sananim.cz)).

### 3.3.8 Doléčovací programy

Jedná se o ambulantní zařízení, zaměřující se na udržení změny v životním stylu klienta. Jsou určeny klientům, kteří absolvovali ambulantní či rezidenční léčbu a aktuálně abstinují, jsou motivovaní svoji abstinencí udržet, ale potřebují k tomu podporu. Může jít i o klienty, kteří začali abstinovat sami a abstinují alespoň 3 měsíce (Kalina a kol. 2008, s. 382-383).

### 3.3.9 Substituční léčba

Probíhá v ambulantních zařízeních, podstatou je nahrazení ilegálně získávané drogy (heroinu), která má neznámou koncentraci, obsahuje příměsí a je užívána nitrožilně, lékem, který má dlouhodobější účinek a je užíván perorálně (metadon, buprenorfin). Cílem je snížení užívání ilegálních drog a tím i kriminality, snížení zdravotních rizik, sociální stabilizace klienta a výhledově jeho abstinence. Služba je určena klientům s těžkou a dlouhodobou závislostí na vysokých dávkách látek opiátového typu (Kalina a kol., 2008, s. 376 - 377).

## 4 MOTIVACE

Motivaci chápeme jako vnitřní či vnější pohnutku, která je příčinou chování. Je častým obsahem našich úvah, kdy přemýšlíme, proč se lidé chovají tím nebo oním způsobem, proč udělali to či ono. Často ani sami u sebe nedokážeme s jistotou říci, co nás vedlo k některým činům, natož, abychom to dokázali u druhých. Dle Nakonečného (1997, s. 5) patří problematika motivace chování k nejsložitějším, ale také nejzávažnějším úkolům psychologie. Jakákoli psychologická pomoc člověku musí vycházet z poznatků o motivaci lidského chování, neboť psychologická práce s člověkem znamená úsilí o jeho změnu, což předpokládá poznání příčin toho, co má být změněno. A to, co má být změněno, se netýká jen způsobů chování, ale – a to především – jeho motivů.

### 4.1 Definice motivace

*„Motivace je vnitřní řídicí síla odpovědná za zahájení, usměrňování, udržování a energetizaci chování (Hartl, Hartlová, 2010, s. 320).“*

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

Moos (2008) uvádí, že se někdy rozděluje motivace:

- vnější (je dána činy, které vyvolávají jiní lidé)
- vnitřní (činy, které si vyvoláváme a spouštíme sami)

Přičemž vždy platí, že *„vnitřní motivace je účinnější a silnější než motivace vnější (Moos, 2008, dostupné z [http://snncls.cz/wp/wp-content/uploads/file/Motivace\\_Moos.pdf](http://snncls.cz/wp/wp-content/uploads/file/Motivace_Moos.pdf)).“*

Motivace je proces iniciovaný výchozím motivačním stavem, v jehož obsahu se odráží nějaký deficit ve fyzickém či sociálním bytí jedince, a směřující k odstranění tohoto deficitu, které je prožíváno jako určitý druh uspokojení. Výchozí motivační stav charakterizovaný nějakým deficitem lze označit jako **potřebu**: něco potřebovat znamená mít nedostatek něčeho. **Chování** je instrumentální aktivita zprostředkující vztah mezi potřebou a jejím uspokojením. **Motiv** pak vyjadřuje obsah tohoto uspokojení (Nakonečný, 1997, s. 27).

Ne každý motivační stav vede k příslušnému chování. Chování je spuštěno, když je motivační stav dostatečně intenzivní, když subjektivní odhad, že cíle bude dosaženo, je dostatečně přesvědčivý, když hodnota cíle je dostatečná, a když možné negativní důsledky chování jsou nulové, mizivé, nebo snesitelné (Nakonečný, 2003, s. 197).

Dle Plhákové (2004) lze lidské motivy rozdělit do 4 velkých okruhů:

- **Sebezáchovné motivy** mají jasný biologický základ (např. hlad, žízeň).
- **Stimulační motivy**, k nimž patří potřeba optimální úrovně aktivity a variabilních vnějších podnětů.
- **Sociální motivy** regulují a ovlivňují mezilidské vztahy.
- **Individuální psychické motivy**, mezi které patří hledání životního smyslu, potřeba svobodně se rozhodovat a jednat (Plháková, 2004, s. 320).

#### 4.1.1 Motivační struktura

Moos (2008) uvádí motivační strukturu, nebo také tzv. motivační profil každého člověka, který zahrnuje 5 vnitřních hybných sil:

- 1) **Potřeby** – potřeba je základním zdrojem motivace, jejím hlavním znakem je prožívaný nedostatek něčeho, který je pocíťován jako nepříjemné vnitřní napětí. V obecné psychologii osobnosti se potřeby dále dělí na primární (sem patří fyziologické potřeby, které jsou nezávislé na vnějším sociálním prostředí a objevují se vždy a u všech) a sekundární, které jsou závislé na mezilidské interakci s okolním světem (potřeba bezpečí, seberealizace, estetická potřeba, potřeba poznání, uznání, sounáležitosti a lásky).
- 2) **Návyky** – opakované, fixované a zautomatizované způsoby činnosti člověka v určité situaci.
- 3) **Zájmy** – trvalejší zaměření člověka na určitou oblast předmětů nebo jevů. Motivace ve směru osobních zájmů je velmi důležitá pro rozvoj a obohacení člověka.
- 4) **Hodnoty** – v průběhu života se člověk setkává s nejrůznějšími skutečnostmi, které se snaží poznat a přisoudit jim určitý význam, neboli hodnotu, pro sebe sama. Postupně si vytváří tzv. hodnotové mapy, které se postupně stávají součástí jeho hodnotového systému. Člověk bude pravděpodobně motivován k činnostem, které po-

vedou ke skutečnostem podle hodnotové hierarchie důležitějším a vyšším. Každý člověk má jiný systém hodnot, existují však obecně platné hodnoty, jako je např. zdraví, rodina, přátelství, práce, upřímnost ad.

- 5) **Ideály** – ideálem rozumíme určitou mentální nebo názorovou představu něčeho velmi žádoucího a pozitivně hodnoceného, co člověk v průběhu života získává hlavně od lidí, které považuje za svůj vzor, a se kterými se identifikuje (Moos, 2008, dostupné z [http://snncls.cz/wp/wp-content/uploads/file/Motivace\\_Moos.pdf](http://snncls.cz/wp/wp-content/uploads/file/Motivace_Moos.pdf)).

#### 4.1.2 Teorie motivace

Někteří významní myslitelé se pokusili uspořádat různé pohnutky lidského chování do všech zahrnujících schémat. Žádné z nich však není plně uspokojivé a všeobecně akceptovatelné. Liší se od sebe počtem základních pohnutek, které podle mínění jejich tvůrců ovlivňují lidské chování a prožívání. Zatímco Sigmund Freud uvažoval o existenci jednoho či dvou základních pudů, Henry Murray popsal několik desítek základních lidských potřeb. Další vlivnou teorii vytvořil Abraham Maslow (Plháková, 2004, s. 361).

##### 4.1.2.1 Maslowův hierarchický systém potřeb

Americký humanistický psycholog Abraham Maslow ve své knize *Motivace a osobnost* (1954) uvedl svou hierarchii potřeb, která je velmi známá (Plháková, 2004, s. 369).

Hierarchií se zde rozumí pořadí v prožívání naléhavosti potřeb. Autor rozeznává potřeby vývojově nižší (základní, fyziologické), k nimž dle autora patří i potřeba bezpečí. Teprve později v ontogenezi vznikají potřeby vývojově vyšší, v nichž se upevňuje zejména vazba jedince na sociální podmínky jeho existence. Vývojově nejvyšší jsou potřeby růstu, které tvoří komplex organizovaný kolem potřeby seberealizace (Nakonečný, 1997, s. 146).

Tato hierarchie bývá zobrazována ve formě pyramidy. Nejnižší jsou přitom základní fyziologické potřeby a nejvýše potřeba seberealizace. Zobrazuje se tak fakt, že teprve uspokojením nižších potřeb mohou být uspokojovány potřeby vyšší. Nemáme-li uspokojeny základní fyzické potřeby a potřebu bezpečí, stěží budeme usilovat o seberealizaci.

## 4.2 Motivace v léčbě drogových závislostí

Motivace je v oblasti léčby závislosti dlouhou dobu pokládána za důležitý prvek, podstatně méně názorů se shoduje v tom, jaká je její povaha (Rotgers a kol., 1999, s. 195).

West (in Rotgers a kol., 1999 s. 197) poznamenal, že *„nejvíce rozšířeným běžným názorem na motivaci je, že lidé dělají věci proto, že mají dojem, že je to lepší, než kdyby je nedělali.“*

Motivace se jeví jako stav připravenosti ke změně či touha po ní, tento stav se ovšem v různých situacích a s časem proměňuje. A lze jej ovlivnit (Miller; Rollnick, 2003, s. 14).

Motivace je jedním faktorem ze čtyř (dalšími jsou stupeň závislosti, kvalita osobnosti jedince, kvalita jeho okolí včetně sociálního), které rozhodují o úspěšnosti léčby. Součástí tradičního modelu závislosti a její léčby bylo přesvědčení, že drogově závislý není dostatečně motivován, dokud se nedotkne dna (Kalina a kol., 2008, s. 121).

Oproti tomu současné léčebné postupy se snaží využít výhod včasného zahájení léčby a neodkládat nástup do léčby na základě mýtu o nedostatečné motivace klienta, jako tomu bylo v minulosti (Kalina a kol., 2008, s. 128).

Jak zdůraznil Davies (in Rotgers a kol., 1999, s. 204): *„Všichni uživatelé drog jsou motivováni, a mnozí z nich velmi silně, ale obvykle v tom smyslu, že chtějí pokračovat v užívání.“*

Nelze tedy hovořit o nepřítomnosti motivace, pouze o jejím zaměření nesprávným směrem.

## 4.3 Motivační rozhovor

Motivační rozhovor je metoda, která pomáhá lidem poznat svůj existující nebo blížící se problém a něco s ním udělat. Je zvláště účinná v případě lidí, kteří se změnou váhají, jsou nerozhodní. Je zaměřena na to, aby pomohla člověku překonat ambivalenci. Pokud se uplatní správně, předkládá sám klient - spíše než terapeut - argumenty pro změnu (Miller; Rollnick, 2003, s. 46).

Miller a Rollnick (in Kalina a kol., 2008) spatřují efekt intervence motivačních rozhovorů s drogově závislými klienty v přesunu odpovědnosti za změnu. Ta spočívá na klientovi, zatímco úkolem terapeuta je vytvoření prostředí, které usnadní klientovu vnitřní motivaci ke změně a případně pomůže využít a zvnitřnit motivaci vnější - ze strany rodiny, zaměstnání, úřadů, soudů ad. Vývoj motivace k minimalizování rizik, k léčbě, i k udržování moti-

vace ke změně životního stylu tedy nepovažujeme výlučně za věc klienta. Filosofie motivačního rozhovoru odmítá černobílý přístup k motivaci klienta (klient je motivován nebo ne) a předpokládá, že lidé jsou ve skutečnosti celkem motivováni, ale stav připravenosti ke změně kolísá a je ovlivněn množstvím různorodých vnitřních faktorů a vnějších podmínek (Kalina a kol., 2008, s. 121 - 122).

Lidé bojující se závislostí se většinou objevují na terapii s rozporuplnými myšlenkami. Chtějí se léčit, ale také nechtějí. Tento vnitřní konflikt se nazývá **ambivalence**. Člověk říká, že si přišel pro pomoc, ale vzápětí prohlásí, že to s ním není tak vážné (Miller; Rollnick, 2003, s. 33).

Ambivalentní postoj, emoce a chování jsou normální znaky konfliktní situace mezi postupem a odmítáním (Miller; Rollnick, 2003, s. 37).

#### 4.3.1 Pět základních principů

Miller a Rollnick (2003) popisují těchto pět základních principů vedení motivačního rozhovoru:

- **Vyjádření empatie** - empatický styl terapeutovy práce je nezbytnou charakteristikou motivačních rozhovorů. Postoj, na němž je princip vcítění založen, by se dal nazvat přijetí. Přijetí však neznamená to samé jako souhlas a schválení. Klíčovým momentem je naslouchat klientovi s respektem a touhou porozumět jeho chápání věci. Přijetí člověka takového, jaký je, mu umožní učinit svobodné rozhodnutí pro změnu.
- **Rozvíjení rozporů** - druhým principem je v klientově mysli pojmenovat, objevit a rozvinout rozpor mezi tím, co v dané chvíli dělá, a jeho dalšími cíli. Proces může být spuštěn, když si klient uvědomí, jakou cenu je třeba zaplatit za stávající způsob života. Důvody pro změnu by měl předkládat klient.
- **Vyhýbání se argumentaci** - poradce se vyhýbá argumentaci a přímým hádkám. Přímá hádka většinou vyvolá u lidí příslušnou reakci. Čím víc budeme někomu říkat „to nemůžeš“, tím spíše bude odpověď znít „ale já to udělám“.
- **Otočení (využití) odporu** - okamžik odporu může být využit jako výhoda. Terapeut nepředkládá nové náhledy a cíle. Předpokládá se, že klient je člověk s náhle-

dem, schopný hledat a nacházet řešení pro své problémy. Otáčení odporu aktivně vtahuje klienta do procesu řešení potíží.

- **Podpora vlastních schopností klienta** - důvěra ve vlastní schopnosti se opírá o přesvědčení jedince, že je schopen úspěšně vykonat a dokončit určitý úkol. Vlastní schopnosti jsou v motivačních rozhovorech klíčovým elementem a důležitým předpokladem pro léčbu závislostí (Miller; Rollnick, 2003, s. 49 - 53).

#### 4.3.2 Motivační rozhovory a fáze změny

Jedinci, kteří se snaží zvládnout problémové chování, se pohybují od momentu, kdy si problému nejsou vědomi a nechtějí s ním nic dělat k tomu, že jsou rozhodnutí pro změnu a nakonec sáhnou ke konkrétním krokům a udrží změnu v průběhu delší doby. K terapeutům přichází v různých z těchto fází a ti se musí zorientovat, jak na tom klient je a potom mu adekvátně pomoci (DiClemente in Miller; Rollnick, 2003, s. 175).

- 1) **Fáze prekontemplace** – v této fázi si lidé neuvědomují, že mají problém, nebo jej zdaleka nepovažují za tak problémový jako jejich okolí. Někdy se označují za lidi v odporu nebo ty, co popírají svůj problém. V jejich postojích se projevuje váhavost, rebelství, rezignace nebo racionalizace (DiClemente in Miller; Rollnick, 2003, s. 176).
- 2) **Fáze kontemplace** – neboli fáze uvažování, pouhý fakt, že klient má vůli uvažovat o potížích a možné změně nám dává naději. Na druhou stranu je frustrující, že ambivalence může z kontemplace učinit chronickou záležitost. Klient v této fázi je otevřen informacím a srovnáváním pro a proti. Mnoho klientů zároveň čeká na tu „poslední kapku“, která je přikloní směrem k rozhodnutí. Motivační rozhovory jsou v této fázi velmi potřebné (DiClemente in Miller; Rollnick, 2003, s. 178).
- 3) **Fáze rozhodnutí** – tato fáze je provázena snahou učinit správné kroky k zastavení problémového chování a k nastoupení pozitivní cesty. Rozhodnutí a připravenost ke změně neznamena, že je rozpuštěna ambivalence. Opravdovost rozhodnutí se většinou těžko posuzuje podle toho, co o sobě klient sám říká. Když vyjadřuje skalní odhodlání, může to být spíše znamením slabšího rozhodnutí než opravdového závazku. Snaha a energie použitá nesprávným směrem způsobí, že pokusy o změnu



budou marné. Pro klienta v této fázi je vhodné se zaměřit na detaily akčního plánu (DiClemente in Miller; Rollnick, 2003, s. 180 - 181).

- 4) **Fáze akce** – klienti přicházející do terapie chtějí získat potvrzení svého plánu, hledají podporu, chtějí posílit víru v sebe sama a nakonec chtějí mít vnější monitorovací nástroj na měření svých kroků a aktivit. Nejdůležitějším úkolem pro terapeuta v této fázi je podporovat klientovu víru v sebe sama. Potvrdit jeho rozhodnutí (DiClemente in Miller; Rollnick, 2003, s. 182).
- 5) **Fáze udržování** – protože změna vyžaduje vybudování nového vzorce chování, chvíli to trvá, než se model vytvoří. V každém případě je opravdovou zkouškou úspěchu změny problémového chování zejména čas. Poslední fáze úspěšné změny se tedy nazývá udržování. Hrozba návratu ke starým návykům nebo relapsu už není tak častá a intenzivní. Relaps se ale udává kdykoliv. Někdy to spustí testování sebe sama nebo přílišné uvolnění. Klienti hledají u terapeuta podporu a snaží se najít v relapsu nějaký smysl (DiClemente in Miller; Rollnick, 2003, s. 182 - 183).

Metody užívané v rámci motivačních rozhovorů jsou vhodné pro klienty ve všech fázích změny. Bude se měnit obsah a typy postupů, ale cíl zůstane stejný. Klienti potřebují oporu při přecházení z jedné fáze do druhé. Konečným cílem je pomoci člověku, aby úspěšně učinil efektivní změnu ve svém životě, změna musí vydržet v čase (DiClemente in Miller; Rollnick, 2003, s. 183).

## 4.4 Motivace k abstinenci

Abstinence je prostředkem ke zvýšení kvality života drogově závislých. Její význam je často podceňován i přeceňován. Podceňován mnohými závislými, kteří věří, že jsou schopni kontrolovaného užívání, a pokud drogu občas užijí, nic se neděje. Přeceňován bývá mnoha lidmi, kteří považují abstinenci za alfu a omegu všeho, ale neuvědomují si, že sama o sobě ještě ke spokojenému životu nestačí, naopak je třeba mnoha dalších změn.

### 4.4.1 Abstinence

Abstinence je úplné upuštění od užívání návykové látky. Bývalý uživatel drog, který abstinguje spontánně či po léčbě v řádu měsíců či let, je označován anglickým názvem **ex-user**. Doba, kdy je možné člověka pokládat za bývalého uživatele a nikoli za uživatele v přítom-

nosti abstinujícího, není přesně stanovena, stejně jako se liší názory na to, kdy je možné člověka přestat označovat za ex-usera (Kalina a kol, 2001, s. 39).

Význam abstinence je klíčový, a to i tehdy, nejde-li o abstinenci trvalou. Uvádí se, že období bez drog delší než 3 měsíce může vytvořit předpoklady pro další déletrvající období. Všechna období abstinence jsou přinejmenším důležitým časem pro změny v ostatních oblastech života, např. v oblasti vztahů a práce. Na druhé straně samotné abstinování není samo o sobě spolehlivým ukazatelem dobré prognózy, není-li doprovázeno dalšími změnami, např. v oblasti vztahů, práce a sociálního zázemí (Kalina a kol. 2003b, s. 97).

Případný návrat k užívání látky může být různě závažný:

- **Laps** – jde o jednorázové užití.
- **Relaps** – návrat k užívání drogy, které vede k rozvoji nejméně jednoho a nejvýše dvou symptomů syndromu závislosti.
- **Recidiva** znamená opětovnou diagnózu syndromu závislosti (Kalina a kol., 2008, s. 56).

#### 4.4.2 Typy vítězů nad závislostmi

Na svých internetových stránkách ([www.drnespor.eu](http://www.drnespor.eu)) uvádí tuto typologii Karel Nešpor, spoluautorkou je Andrea Scheansová. Popisují devět typů vítězů nad návykovou nemocí dle převažující konstruktivní motivace k překonání závislosti. Motivace se obvykle v průběhu času mění, a tak se např. střízliví realisté stávají prozíravými optimisty. Tato typologie není vědeckou analýzou, avšak má své využití při psychoterapii, jako psychoterapeutický nástroj k posílení motivace.

Typologie vítězů nad závislostmi:

- 1) **Prostí abstinenti** – někdo jim poradil, aby abstinovali, tak abstinují. Po čase zjistí, že se jim to vyplácí a mění se v prozíravé optimisty.
- 2) **Nadšenci** – jsou nadšenými účastníky terapeutických programů a svépomocných skupin. Jejich nadšení někdy v průběhu let sílí a mohou se z nich stát zachránci.
- 3) **Střízlivý realisté** – uvědomují si negativní následky závislosti, dospěli k názoru, že už trpěli dost.

- 4) **Chytří optimisté** – chápou výhody abstinence ve zdravotní, vztahové, pracovní i ekonomické oblasti, jako abstinenti jsou tvořivější a produktivnější. Patří sem i moudří požitkáři, kteří zjistili, že abstinence je příjemná a přináší jim dříve nedostupné radosti (jídlo, sex, zdravý spánek). Zlepšení životní situace vyžaduje určitý čas, proto se s tímto typem abstinentů těžko potkáme např. na detoxifikační jednotce.
- 5) **Soběstační abstinenti** – zjistili, že jedině střízliví dokážou uspokojovat své tělesné, citové, duševní a duchovní potřeby.
- 6) **Hrdinové** – vnímají překonání závislosti jako výzvu. Jejich motivací je svoboda, nezávislost, dobrá pověst, prestiž a úspěch. Jsou mezi nimi i abstinenti individualisté, kteří jsou hrdí na svoji odlišnost od konzumní kultury.
- 7) **Mystici** – jejich motivace se týká duchovní oblasti. Lze se s nimi setkat mezi křesťany, buddhisty, jogíny i mezi členy anonymních alkoholiků.
- 8) **Ohleduplní abstinenti** – uvědomují si, že jejich návykové chování působilo problémy mnoha lidem. Abstinují kvůli nim i kvůli sobě. Jejich motivace se týká vztahů a někdy i širších sociálních souvislostí. Mohou např. abstinenti považovat zároveň za spotřebitelský bojkot škodlivých produktů. Podskupinou jsou tzv. zachránci, ti se stali terapeuti nebo aktivními členy svépomocných skupin, pomáhají druhým a zároveň sobě.
- 9) **Vytrvalci** – ať už je jejich motivace k abstinenci jakákoliv, dlouhodobě si ji udržují a chrání např. soustavným doléčováním. Podskupinou jsou i tzv. zachránci.

Často je možno se setkat se smíšenými typy, např. nadšenci a prozíraví optimisté, nadšenci a ohleduplní abstinenti, střízlivý realisté a hrdinové, mystici a hrdinové, vytrvalci v kombinaci se všemi ostatními typy. (Dostupné z <http://www.drnespor.eu/addictcz.html>)

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 5 KVALITATIVNÍ VÝZKUM

Zvolila jsem kvalitativní typ výzkumu, protože jde více do hloubky, lépe zachytí subjektivní významy, je vhodný pro zjišťování motivů lidského chování.

Dle Strausse (1999) termínem kvalitativní výzkum rozumíme jakýkoliv výzkum, jehož výsledků se nedosahuje pomocí statistických procedur nebo jiných způsobů kvantifikace. Existuje mnoho platných důvodů, proč dělat kvalitativní výzkum, jedním z nich je podstata zkoumaného problému. Některé oblasti se hodí spíše pro kvalitativní typy výzkumu, např. výzkum, který se snaží odhalit podstatu něčích zkušeností s určitým jevem. Kvalitativní metody mohou pomoci získat o jevu detailní informace, které se kvantitativními metodami obtížně podchycují (Strauss; Corbinová, 1999, s. 10-11).

*„Logika kvalitativního výzkumu je induktivní, teprve po nasbírání dostatečného množství dat začíná výzkumník pátrat po pravidelnostech, které se v těchto datech vyskytují, formuluje předběžné závěry a hledá pro ně další oporu v datech (Švaříček; Šedřová, 2007, s. 24).“*

### 5.1 Výzkumný problém

Formulování výzkumného problému znamená jasně pojmenovat, čemu se bude výzkum věnovat. Na rozdíl od výzkumné otázky má výzkumný problém gramaticky podobu oznamovací věty nebo slovního spojení a je obecnější. Při volbě výzkumného problému vždy balancujeme mezi obecností a specifícností. Velmi obecný problém je pomocí kvalitativní metodologie jen obtížně postižitelný, a proto je často zaostřen na určitou konkrétní skupinu, typ či místo. Silverman (in Švaříček; Šedřová) v této souvislosti výzkumníkům doporučuje pokusit se říci mnoho o malém problému, nikoli málo o mnohých věcech (Švaříček; Šedřová, 2007, s. 64 - 65)

Problematika závislosti na návykových látkách je významný společenský problém. Ať chceme, nebo ne, návykové látky jsou všude kolem nás, a je jen v našich rukou, do jaké míry je necháme ovládat své životy. Pokud už někdo (z jakéhokoli důvodu) závislosti na nich propadl, dříve či později si uvědomí ztráty, které mu tento způsob života přináší, a zvažuje, co dál. Rozhodnutí s užíváním přestat je zásadní pro jeho budoucí život. Někdo se rozhodne absolvovat léčbu, hledá odbornou pomoc a podporu, někdo se rozhodne zvládnout problém sám, s pomocí svých blízkých. Absolvovaná léčba nemusí automaticky zna-

menat abstinenci, avšak abstinence může být předpokladem zdárného budoucího vývoje jedince. Pro dosažení lepší práce se závislími na návykových látkách je nezbytné se zabývat motivy, které vedou k rozhodnutí zahájit léčbu a především motivy, vedoucí k trvalé abstinenci.

Ve svém výzkumu jsem se rozhodla popsat, kdy a proč se závislí rozhodli s užíváním návykových látek přestat, jakou k tomu měli motivaci, jak je v jejich rozhodnutí ovlivnilo jejich nejbližší okolí, zda jim pomohla případná léčba a jaký přínos ze své abstinence vnímají.

## 5.2 Cíl výzkumu

Cílem mého výzkumu bylo zjistit, jaké motivy vedly u abstinujících závislých na návykových látkách k rozhodnutí s užíváním přestat a setrvat v abstinenci.

## 5.3 Výzkumné otázky

Výzkumné otázky tvoří jádro výzkumného projektu, pomáhají zaostřit výzkum tak, aby poskytl výsledky v souladu se stanovenými cíli, a ukazují cestu, jak výzkum vést. Musí být v souladu se stanovenými cíli i výzkumným problémem. Po gramatické stránce mají podobu tázacích vět (Švaříček; Šedřová, 2007, s. 69).

Pro svůj výzkum jsem si stanovila následující výzkumné otázky:

1. Šlo o motivaci k abstinenci spíše vnitřní či vnější?
2. Co bylo prvním impulsem ke změně a jaký byl další vývoj?
3. Jakou léčbu absolvovali a co pro ně znamenala?
4. Co pro ně znamená abstinovat a jaké přínosy osobně vnímají?

## 5.4 Metoda sběru dat

Jako metodu sběru dat jsem zvolila polostrukturované interview s předem ujasněným okruhem otázek. Rozhovory byly nahrávány na záznamové zařízení a probíhali v klidném, nerušeném prostředí, v jednom případě u mě doma, ve 3 případech v domácnosti respondentů a v jednom případě v klidné části knihovny, neboť právě nebyly vhodné podmínky pro využití domácího prostředí.

*„Protože v kvalitativním výzkumu jde převážně o odhalení subjektivních významů odpovědí subjektů, tvoří dotazovací metody hlavní zdroj získávání dat (Maňák; Švec, 2004, s. 25).“*

Dle Miovského dokáže polostrukturované interview řešit mnoho nevýhod jak nestrukturovaného, tak plně strukturovaného interview, a proto je také nejvíce rozšířenou podobou interview. Tazatel si vytváří určité schéma, které je pro něj závazné, a které specifikuje okruhy otázek, na které se bude ptát. Během interview používá následné inquiry, tedy upřesnění a vysvětlení odpovědi účastníkem. Ověří si tak, zda věc správně pochopil a interpretoval, klade různé doplňující otázky. U polostrukturovaného interview tedy máme definované tzv. jádro interview, minimum témat a otázek, které musíme probrat, a na toto jádro se nabaluje množství dalších témat a otázek, které mohou přinést mnoho kontextuálně vázaných informací, a mohou tak pomoci lépe uchopit problém, který nás zajímá (Miovský, 2006, s. 159 - 160).

#### **5.4.1 Výzkumné otázky pro polostrukturovaný rozhovor**

Otázky pro rozhovor jsem rozdělila do několika okruhů. První okruh otázek se zaměřuje na délku užívání drog, délku abstinence, zjišťuji, jaké drogy jedinec užíval, a jakým způsobem. Další okruhy otázek korespondují s výzkumnými otázkami a zaměřují se v nich na motivaci k abstinenci, zjišťuji, jaké kroky respondenti podnikli při snaze dosáhnout abstinence, zda a jakou absolvovali léčbu, jaký význam pro ně má jejich abstinence a jakým způsobem si ji udržují.

##### **Okruhy otázek:**

##### **Délka a způsob užívání pervitinu a jiných drog**

- Jaké drogy jsi užíval, jak dlouho a v kolika letech jsi s jejich užíváním začal?
- Byl nějaký konkrétní důvod, proč jsi začal, jako třeba zvědavost, kamarádi, kteří drogy užívali, únik od problémů?
- Pervitin jsi užíval šňupáním nebo i nitrožilně?
- Jak dlouho abstinuješ?
- Užíváš nyní nějaké jiné drogy (včetně alkoholu) a myslíš si, že to může ohrozit tvou abstinenci od pervitinu?
- Co ti užívání dalo a vzalo?

**Proces od užívání k abstinenci**

- Co bylo tím prvním impulsem, kdy sis řekl, že chceš přestat užívat pervitin?
- Šlo spíše o konkrétní okamžik, kdy sis řekl „dost“ nebo to byl dlouhodobý proces, kdy sis postupně uvědomoval, že chceš žít jinak?
- Jaké konkrétní kroky jsi podnikal k dosažení svého cíle?

**Motivace k abstinenci**

- Které problémy související s užíváním pervitinu ti nejvíce vadili?
- Byly tyto problémy důvodem, proč ses rozhodl abstinovat? Byly i jiné důvody?
- Rozhodnutí bylo spíš tvým vnitřním přesvědčením, že už nechceš, nebo to bylo spíše na popud osob z tvého okolí, které na tebe tlačili, ať přestaneš drogy užívat?
- Jak se vůbec tvé okolí k tomuto problému stavělo?
- Pomáhali ti? (Kdo, jak?)
- Byl pro tebe jejich názor důležitý a ovlivnil tě v rozhodování, zda přestat?

**Absolvovaná léčba a její přínos**

- Jakou léčbu jsi absolvoval?
- Vyhledal jsi ji sám, nebo ti ji někdo doporučil?
- S jakými očekáváními jsi do léčby nastupoval a co ti nakonec přinesla?
- Co ti během léčby nejvíce pomáhalo? (přístup terapeuta, nutnost dodržování režimu, vlastní motivace, podpora okolí)
- Pokud jsi léčbu neabsolvoval, hledal jsi nějaké rady např. v internetové poradně, v literatuře?
- Došlo u tebe někdy k relapsu?

**Náhled na svou abstinenci**

- Co pro tebe znamená tvá abstinence? (subjektivní pocity, názory, co pro tebe znamená, když si řekneš „abstinuju“)
- V čem spatřuješ zlepšení od doby, kdy jsi začal abstinovat, na čem je ještě nutné zapracovat?



- Co tě udržuje v abstinenci?
- Jak se vyhýbáš pervitinu?

## 5.5 Výzkumný vzorek

Metodou pro získání výzkumného vzorku byla metoda sněhové koule (anglicky snowball). Oslovila jsem několik mých známých, kteří splňovali kritéria daná pro tento výzkum, a to, že v minulosti užívali pervitin a v současné době abstinují nejméně 3 měsíce. Ti mi dále doporučili další možné respondenty. Celkem jsem oslovila 11 osob. Ze 4 oslovených mužů 3 odmítli, a ze 7 oslovených žen také 3 odmítly. Nepodařilo se mi tedy dosáhnout vyrovnanosti co do pohlaví, ze strany žen jsem se dočkala větší ochoty ke spolupráci, než ze strany mužů. Všichni respondenti souhlasili s nahráváním rozhovoru a byli poučeni o účelu rozhovoru, i o tom, jak bude se získanými daty nakládáno. Souhlas je součástí nahrávek.

### 5.5.1 Respondenti

Nejprve uvádím seznámení s respondenty, jejich věk, vzdělání, délku abstinence, i to, jak rozhovor s nimi probíhal.

#### RESPONDENT 1

Žena ve věku 25 let, žije s přítelem v pronajatém bytě, je nezaměstnaná, žíví ji přítel. Doštudovala střední odbornou školu s maturitou. Hlásila se i na vysokou školu, ale k přijetí jí chybělo několik bodů. Jde o respondentku s nejdelsí dobou užívání (11 let) a současně nejkratší dobou abstinence. Pervitin užívala 5 let šňupáním, pak přešla na nitrožilní užívání, protože dle jejích slov potřebovala posílit. O abstinenci se pokoušela v minulosti opakovaně, ale dříve či později přišel relaps. V době, kdy jsme plánovaly interview, abstinovala 3 měsíce, ale bohužel týden před naším setkáním u ní došlo k relapsu. Tento fakt jsem se dozvěděla až během rozhovoru, ale pro bohaté zkušenosti a ochotu otevřeně o všem mluvit, jsem se rozhodla rozhovor dokončit. Během rozhovoru se široce rozpovídala, neměla problém o čemkoli mluvit a rozhovor s ní byl nejdelsí ze všech.

#### RESPONDENT 2

Žena ve věku 19 let, žije sama, studuje a čeká ji maturita. Přivydělává si brigádou, zároveň ji finančně podporuje matka. Pervitin užívala 3 roky, nyní abstinguje 1,5 roku, během této doby u ní došlo jednou k lapsu, a to před půl rokem. Pervitin užívala šňupáním, ke konci i

nitrožilně, ale ne mnohokrát, odhaduje asi 30krát. Je jedinou respondentkou, která absolvovala pobytovou léčbu, a to v dětské psychiatrické léčebně. Během rozhovoru byla výřečná, mluvila otevřeně a dlouze. Zaujalo mě, s jakou zodpovědností přistupuje ke své abstinenci.

#### RESPONDENT 3

Žena ve věku 21 let, žije s přítelem a jejich synem v pronajatém bytě, v současné době je na mateřské dovolené. Studovala učební obor, ale z důvodu užívání drog jej nedokončila. Pervitin užívala intenzivně 3 roky, z toho rok šupáním, poté přešla na nitrožilní užívání. Poprvé pervitin užívala nitrožilně, když jí sestra řekla, že je toho málo a buď si dá jehlou, nebo vůbec. V těhotenství přešla opět na šňupání. Abstinuje 16 měsíců, během nichž pervitin ani jednou neužila. V průběhu rozhovoru byla hodně nervózní, nevím, zda z důvodu nahrávání, či z důvodu nutnosti zabývat se svou nepěknou minulostí. Mluvila spíše krátce, nechtělo se jí jít příliš do hloubky, ale to podstatné sdělila.

#### RESPONDENT 4

Žena ve věku 25 let, žije u rodičů, ale více času tráví u svého přítele. Má dokončené středoškolské vzdělání, pracuje na zkrácený úvazek. Pervitin užívala 2 roky, spíše rekreačně a převážně šňupáním, ale zkusila i nitrožilní aplikaci. Abstinuje 8 let, během této doby užívala jednou, zhruba před 3 lety. Bohužel mluvila velmi nesrozumitelně, takže jsem během transkripce některé věty, ani při opakovaném poslechu nedokázala „rozluštit“. Upozornovala jsem ji během rozhovoru, ať mluví srozumitelněji, ale místy jsem měla pocit, že svá slova a své myšlenky nepovažuje za hodné zveřejnění, a snad proto je nevyslovovala zřetelně.

#### RESPONDENT 5

Muž ve věku 25 let, má dokončené středoškolské vzdělání, žije s přítelkyní a synem v městském bytě, pracuje na plný úvazek, k tomu má ještě přivýdělek, neboť minulost za sebou zanechala nemalé dluhy. Pervitin užíval průběžně od 15 let, v 19 letech ho poprvé zkusil užít nitrožilně a od 22 let užíval intenzivně (denně) nitrožilně. Abstinuje 15 měsíců. Během rozhovoru byl klidný, mluvil srozumitelně a k věci.

## 6 ZPRACOVÁNÍ A ANALÝZA DAT

Jak už bylo řečeno, rozhovory byly nahrávány na záznamové zařízení, následoval přepis rozhovorů neboli transkripce. Transkripce byla doslovná. I když z části jsem již během transkripce vynechávala různá přerušování a slovní vatu (slova vlastně, prostě, nedokončené věty apod.). Transkribovaný text jsem následně začala rozdělovat na jednotlivé kategorie a dále upravovat. Části, které pro výzkum neměly zvláštní význam, jsem postupně mazala, ale až po důkladném zvážení, zda by je přece jen nebylo možno použít a zda neposkytují důležitý kontext.

Nakonec jsem začala porovnávat jednotlivé kategorie u všech respondentů, hledala jsem, v čem se shodují, co mají společného.

### 6.1 Analýza a interpretace získaných dat

Pro analýzu jsem seskupila data do několika okruhů.

#### 6.1.1 Užívání drog

**R1:** *Zkusila jsem téměř všechno, ale zůstala jsem u pervitinu. Začínala jsem ve 14 letech, a to bylo v létě, na vyhlídce, krásně svítlo sluníčko, byli jsme v dobrém složení lidí, nikdo nic neřešil, všichni se bavili, takže to bylo úžasné a v pohodě, a to asi nemělo být, protože to nastartovalo to, že šak co, nic špatného se neděje.*

**R2:** *Tak první styk je s alkoholem ve 12 letech, a asi kolem 13 let jsem začala kouřit trávu, v 15 letech jsem začala s perníkem a potom jsem zkoušela nějaké tripy, LSD, houby, extáze. U alkoholu jsem neuměla odhadnout svou hranici, pak jsem zkusila ten perník a dost se mi zalíbilo, že se mám pořád pod kontrolou, že se nepoblížu, přišlo mi to lepší než alkohol.*

**R3:** *Alkohol jsem začala pít ve 13 letech, spíš na akcích, ten alkohol tam moc nebyl. Jinak intenzivně jsem brala perník 3 roky, zhruba od 16 let, taky jsem občas hulila trávu, většinou na dojezdy, abych je ztlumila, poprvé jsem hulila ve 14 letech.*

**R4:** *Tak ve 13 letech jsem zkusila marihuanu, potom jsem dlouho nehulila, až tak v 15 letech. Jinak jsem zkoušela pervitin, zhruba v 16 letech mi to nabídla kamarádka na party a*

*z toho jsem byla hodně uvolněná, sebevědomá, takže se mi to samozřejmě začalo líbit. Jinak jsem ještě zkusila extázi a houbičky a alkohol samozřejmě taky.*

**R5:** *Tak Marihuanou to začalo, někdy v 15 letech a v podstatě všechno kromě heroinu jsem asi zkusil. Nejvíce to byla marihuana, tak od 15 do 19 let, každý den tak 5krát, pak toluen, tak 2 roky, každý druhý den nebo o víkendu. Pervitin průběžně pořád, minimálně jednou za 2 až 3 týdny jsem si dal, ale jenom nosem. Někdy ve 22 letech jsem se tomu trošku víc oddal, užíval jsem každý den nitrožilně, to už jsem nechodil do práce a podobně. Takže od těch 22 let to byl úplně konec, tma.*

**Komentář:** Všichni respondenti se shodují ve zkušenostech s alkoholem, cigaretami, marihuanou, pervitinem a většina z nich i s dalšími drogami jako je extáze, LSD, lysohlávky a v jednom případě i toluen. Dva z respondentů říkají, že zkusili téměř všechno. První zkušenosti s dostupnějšími drogami jsou ještě v období povinné školní docházky, s pervitinem většinou v 15 letech, jen R1 uvádí mladší věk (14 let). Začátky užívání hodnotí pozitivně, R2 pervitin vyhovoval lépe než alkohol, po kterém jí bylo nevolno, R4 se líbil pocit většího sebevědomí. Všichni začínali ve velmi mladém věku.

### **6.1.2 Proč jsem začal užívat**

**R1:** *Na otázku důvodu, proč začala užívat, uvedla, že hlavně nuda a kamarádi. Během rozhovoru ale zmínila několik dalších okolností, které mohly mít nemalý vliv: Rodiče byli věčně v práci, takže jsem měla absolutní volnost. A třeba jsem na týden vypadla ke kamarádce, že budeme spát pod stanem, a za celý týden mi rodiče ani nezavolali, prostě byli rádi, že jsem vypadla. Takže taková šílená volnost způsobila to, že já jsem potom brala úplně v kuse. Svou nepřítomnost a nezájem o volný čas dcery rodiče vynahrazovali penězi: Moje denní kapesné tvořilo nějakých dvě stě, tři sta korun, což na malou holku bylo strašně moc, sis koupila dvě, tři lízátká a bolelo tě břicho a co s tím zbytkem.*

**R2:** *Věděla jsem o lidech, kteří berou tvrdší drogy, a chtěla jsem to zkusit taky a pak postupem času to byly různé jiné důvody, to už jsem utíkala sama před sebou, před realitou a před problémy.*

**R3:** *Tenkrát jsem měla kluka, a dozvěděla jsem se od sestry, že fetuje, tak jsem se s ním rozešla a za pár dní jsem chtěla, aby to sehnal, že to chci taky zkusit, co na tom vidí, co jim to dává.*

**R4:** *Začalo to jako taková zvědavost, taky netrhání party možná. Taky to byl únik od reality. Možná, že jsem si podvědomě ubližovala, že jsem se neměla ráda.*

**R5:** *Já jsem v tom hlavně neviděl žádný problém, mně to nepřišlo, že bych něco dělal špatně, že bych se tomu mohl nějak oddat, že by mě to nějakým způsobem omezovalo. Myslím tu marihuanu a tak, ale pak už to šlo hlouběji a hlouběji, a pak to dopadlo, jak to dopadlo.*

**Komentář:** Jako důvod, proč začali s užíváním, uvádějí respondenti hlavně zvědavost, chuť poznat účinky. Předpokladem pro tuto zvědavost byla ale dostupnost návykové látky ve vrstevnické skupině, u kamarádů či přítele. U R1 nulová kontrola a nezájem o trávení volného času dcery ze strany rodičů, spolu s přísunem velkých částek peněz, měli jistě zásadní podíl. Objevuje se také užívání jako únik od reality a od problémů, ale spíše s pokračujícím užíváním, na začátku byla zvědavost. R4 si vzpomíná, že se neměla ráda, a užíváním si podvědomě ubližovala. R5 neviděl v užívání žádný problém, i přesto, že denně užíval marihuanu, víkendově i častěji toluen a 1 – 2krát měsíčně pervitin, je zvláštní, že mu nic z toho problémy nepřinášelo.

### **6.1.3 Co mi užívání dalo a vzalo**

**R1:** *Co mi užívání vzalo? Vzalo mi zdraví, vzalo mi rodinu, vzalo mi normální lidi, vzalo mi práci a vzalo mi pomalu i mě samotnou, pokusila jsem se o sebevraždu. A dalo... Pocházím z bohaté rodiny a byla jsem strašně rozmazlená fíflenka. A pervitin mi dal úplně jiné životní hodnoty, které si myslím jsou naprosto důležitější. Zjistila jsem, že jsou úplně jiné priority, než tam ty šaty se mi líbí a musím si je koupit. Asi je to zvláštní, ale dal mi sebeúctu, zformoval mi osobnost.*

Na otázku, zda by k těmto jiným hodnotám nedospěla i bez pervitinu, odpověděla, že se obává, že ne.

**R2:** *Tak určitě mi toho mnohem víc vzalo. Dalo mi to možná tak pár zkušeností a jiný náhled na svět, na ty lidi. A vzalo, tak určitě to zničilo tu osobnost, ztratila jsem čas, který*

*jsem mohla investovat líp. Taky jsem hodně dala zabrat své rodině a přátelům a okradla jsem se o emoce.*

**R3:** *Tak vzalo mi to sebevědomí, určitě rodinu, důvěru od rodiny, kamarády – ty opravdové a nedodělala jsem školu. A dalo... Tak mám krásné dítě a přítele, ale tak to by určitě bylo i bez toho perníku.*

**R4:** *Vzalo mi to asi nějaký čas, nějaké to mládí, kdy jsem se mohla věnovat něčemu jinému, taky si myslím, že jsem možná kvůli tomu ztratila na váze a nemůžu teď přibrat. A dalo mi to asi tu zkušenost...*

**R5:** *Dalo mi to spoustu zážitků, kamarádů, ale ne užívání, spíš ty situace, do kterých se člověk dostal... Dá se říct, že jsme pořádali hudební festivaly a stýkali se s různými lidmi ohledně hudby, kteří taky brali. A spoustu zážitků různých, i třeba špatných, ale člověku to pak, když se z toho dostane, dá určité zkušenosti. A vzalo v jednu chvíli asi osobnost, důstojnost. A z části rodinu, ale ne, že by mě třeba zavrhla, ale já jsem nechtěl být před nimi, když jsem byl na tom hůř, tak jsem se jim vyhýbal.*

**Komentář:** Pokud jde o přínosy užívání, byla jsem zvědavá, zda respondenti vůbec nějaké najdou. Nejčastěji se shodují v tom, že je to pro ně určitá životní zkušenost a také jiný pohled na svět a lidi. R1 si cení této zkušenosti s ohledem na to, že jí tvrdý život spojený se závislostí ukázal úplně jiné hodnoty a priority v životě, než jsou peníze. R3 užívání přineslo dítě, ale jak sama říká, to by bylo i bez toho. R5 přineslo užívání spoustu zážitků a kamarádů při pořádání hudebních festivalů.

Pokud jde o ztráty, jsou to ztráty ve vztazích rodinných i kamarádských, zdravotní problémy a také ztráty na poli osobnosti – důstojnost, sebevědomí, ale i (naštěstí dočasná) ztráta emočního prožívání. Doba užívání je také ve dvou případech považována za ztracený čas, který se dal využít lépe. R1 ztratila málem i to nejcennější – život, když se pokusila o sebevraždu. Pouze R3 uvádí nedokončené vzdělání, všem ostatním se studia podařilo dokončit (R2 bude maturovat v nejbližší době).

#### 6.1.4 Jaké drogy v současnosti užívám

**R1:** *No, kromě cigaret a marihuany nic. Alkohol moc nepiju, já jsem téměř abstinent. Marihuana mi pomáhá zvládat ty abstáky a dojezdy, takže mi pomáhá se od toho pervitinu oprostit.*

**R2:** *Alkohol si občas dám, ale ne, že bych se opíjela, tvrdý moc ne, spíš si dám třeba víno nebo pivo a trávu si občas taky dám.*

**R3:** *Jako takové drogy neužívám, jenom kouřím cigarety, ale vím od svých kamarádů, že je alkohol spouštěč.*

**R4:** *Občas si zahulím, protože mi to pomáhá se vyhnout stresu. Myslím, že ohrozit by mě to nemuselo, spíš by mě to mohlo pomoci, abych se zpátky zase nenavrátila... Určitě bych se k tomu nevrátila, tahle droga je o ničem.*

**R5:** *Tak kouřím, sice ne moc, ale tak 5 - 10 cigaret, 5 cigaret za den, o víkendu víc. A jinak alkohol, pivo si dám, ale neopíjím se, opilý jsem nebyl nevím ani kdy.*

**Komentář:** Respondenti uvádí, že kouří cigarety, jinak se drogám spíše vyhýbají, ví, že alkohol je spouštěč, pokud ho pijí, tak v malém množství, neopíjí se. Tři z respondentů uvádí kouření marihuany, které dle jejich slov abstinenci od pervitinu neohrožuje, ba dokonce jim pomáhá se od něj oprostit. Příjemně mě překvapilo, že jsou zdrženliví v užívání alkoholu, že si uvědomují rizika s tím spojené. Marihuana pro ně může být takovou berličkou mezi užíváním a abstinencí, být pořád střízlivý je pro ně těžké, proto hledají bezpečnější variantu, než je alkohol nebo návrat k pervitinu.

#### 6.1.5 První impuls proč přestat

**R1:** *Když mi bylo 18 let, žila jsem s vaříčem, který mě naučil taky vařit, takže jsme vařili spolu a ten vaříč se předávkoval a umřel mi v náručí. Takže jsem přestala s vařením i s braním. S vařením, to jsem dodržela do dneška, ale s tím braním jsem to nedodržela, až teprve teď jsem připravená s tím opravdu skoncovat.*

**R2:** *No já jsem dělala střední školu a to byla snad jediná věc, která mě celou tu dobu držela, kterou jsem chtěla dodělat. Přátelé a... A pak, já jsem si dala párkrát do těch žil a pros-*

*tě jsem nechtěla skončit špatně, chtěla jsem žít, chtěla jsem mít v pohodě domácnost, v pohodě rodinu, být čistá holka, ne nějaká špina, co žije na ulici. A prostě jsem si řekla, že to nezničím, tu rodinu a to své okolí a ani sebe, rozumem ale, já jsem fakt neuměla nic cítit, což mě celkem dostalo.*

**R3:** *Tak přišla jsem na to, že jsem těhotná, ale musím se přiznat, že mi dlouho trvalo, než jsem opravdu zodpovědně přestala brát, byla jsem asi v 8 týdnu, co jsem se dozvěděla, že jsem těhotná a naposledy jsem si dala čáru v polovině 8 měsíce.*

**R4:** *Kdysi se mi stalo, že po šňupání se mi divně dýchalo a strašně mě bolelo na plicích, tak jsem si řekla, že už na to kašlu. A potom do toho přišel přítel a tomu se to taky nelíbilo, takže jsme si nějak řekli, že radši budeme investovat do vztahu, než abych se tak ničila.*

**R5:** *Tak jednoznačně přítelkyně, která otěhotněla, kdyby neotěhotněla, tak bych ani možná se z toho nechtěl dostat, protože jsem nějak zanevřel na život jako takový.*

**Komentář:** Situace, kdy si respondenti poprvé uvědomili, že chtějí s užíváním přestat, jsou různé. Předávkování přítele je opravdu zásadní okamžik, který by asi nechal chladným málokoho. Dále byla důvodem škola, přátelé, uvědomění si, že nechci skončit špatně, že chci být normální „čistá“ holka, objevily se zdravotní důvody, a zásadním okamžikem bylo také zjištěné těhotenství. Takže se zde objevují vnější motivace – dítě, škola, rodina, kamarádi, přítel, těhotná přítelkyně, ale i vnitřní motivace – chci žít normální život, chci být zdravá. Pouze R4 považuje přechod od užívání k abstinenci za okamžik, u všech ostatních šlo o proces, trvalo nějaký čas, než dosáhli abstinence. Během tohoto procesu se střídala období abstinence a užívání, kratší či delší. R5 v rozhovoru řekl, že ze dne na den to ani nejde, člověk si to musí postupně uvědomit, učit se z chyb a u většiny respondentů se toto potvrdilo.

#### **6.1.6 Jaké kroky následovaly**

**R1:** *Vyhledala jsem ve Zlíně káčko, kde jsem se zaregistrovala a začala tam ambulantně docházet, nabízeli mi nějaké léčby a tak. Já jsem je ale po zvážení odmítla, protože si myslím, že daleko víc si člověk bude vážit a vydrží, když to zvládne sám na ulici, protože je to všechno jenom o tom, co máš v hlavě.*



**R2:** Řekla jsem to mámě, ona nevěděla, že si dávám do žil. A to ráno, co jsem jí to řekla, jsme sedly do auta a objely jsme tady ve Zlíně různé ty zařízení jako káčko a Domek, a ti mě poslali k psychiatrovi. Tam jsme ho seznámili s mojí situací a za 6 dní jsem měla nástup na léčení, a jelikož jsem ještě neměla 18 let, tak jsem šla do dětské psychiatrické, a to jsem strašně byla ráda a do dneška jsem.

**R3:** Tak vyhýbala jsem se těm lidem, těm místům, kde se pohybovali, nemyslela jsem na fet, nedívala jsem se na nějaké filmy ohledně fetu, nečetla jsem knížky o tom a zabývala jsem se koníčkama, něco, co mě bavilo, v té době něco o dětech.

**R4:** Začala jsem se soustředit na jiné věci, na jiné hodnoty v životě, na partnera, začali jsme spolu trávit hodně času, takže jsem ten čas vyplňovala jinak.

**R5:** Je těžké se k tomu odhodlat, kde začít. Člověk plave někde na dně v bahně a nemá se od čeho odrazit. Zprvu to vůbec nevypadalo, že spolu budeme, přítelkyně se mi vyhýbala, nadávala mi a ani jsem neměl jistotu, jestli ona chce. Začali jsme docházet do k-centra na testy, sice jsme to porušovali, ale postupně se ty intervaly prodlužovaly. Vrátil jsem se k rodině, naši nás přijali. Postupně jsem začal chodit do práce, ale to bylo spíš později.

**Komentář:** Kroky, které respondenti podnikali k tomu, aby dosáhli abstinence, jsou si velmi podobné. Kromě R4, která žádnou léčbu neabsolvovala, všichni vyhledali služby kontaktního centra, kde hledali radu, pomoc, podporu. Zde jim také obvykle dále doporučili psychiatra, R2 psychiatr rovnou domluvil i nástup do léčebny. Všichni se shodují v zaměření se na jiné hodnoty a zájmy v životě, jiný způsob trávení času. Právě přeorientování na jiné hodnoty, trávení volného času aktivitami, které neměli s návykovými látkami nic společného, sociální prostředí, které pomáhalo v začátcích abstinence, považuju spolu s dostatečnou motivací za klíčové prvky jejich úspěchu.

### 6.1.7 Problémy způsobené užíváním

**R1:** Hodně jsem snášela problémy v rodině, ale nakonec jsem ráda, že moje rodina mě opustila, protože jenom díky tomu jsem měla šanci stát se lepším člověkem, jinak bych pořád byla ta mrcha, která manipuluje s lidmi a neváží si jich.

**R2:** Asi to, jak ničím sebe, své okolí, a to, jak mi lidi pomáhají a já na to kašlu. Taký když jsem byla nějakou dobu čistá, a šla jsem třeba po ulici, tak jsem si připadala, jak kdybych

měla na čele napsané smažka, já jsem přestala zdravit svoje známé, protože jsem se úplně styděla. Taky mi hodně vadily ty emoce, že jsem neuměla cítit. Já jsem třeba udělala chybu a bylo mi to líto, ale jenom rozumem. Taky jsem byla agresivní, strašně výbušná.

**R3:** *Určitě rodina, ale v té době jsem to nějak neřešila, až když jsem začínala abstinovat, tak jsem si to uvědomovala, že jsem ztratila rodinu, a mrzelo mě to a chtěla jsem to s nimi urovnat... Pak i nějaké problémy se zákonem.*

**R4:** *Řekla bych, že ty zdravotní, možná i v rodině, jsem byla taková uzavřená a nervózní, jinak všechno v pohodě, ve škole jsem neměla problémy, to šlo vždycky v pohodě všechno skloubit... Taky potom jsem z toho měla divné stavy, jako, že si o mně lidi povídají, že mě někdo sleduje, že mi někdo chce ublížit.*

**R5:** *Tak zdravotní problémy jsem ani neměl, ale byl jsem hodně vyhublý, vážil jsem okolo 70 kilo, tak jsem si připadal občas jako nějaký malý kluk, jak v patnácti. Předtím jsem byl zvyklý, že si na mě nikdo nedovolil. A co mi nejvíc vadilo, ta důstojnost, a že jsem ztratil tu svoji osobnost. Že jsem třeba usnul v parku, nebo mě policajti sebrali, byl jsem v base, kde jsem se před nimi musel svléct, ponižovali mě. Nebo... Já jsem pracoval jako finanční poradce a když jsem potkal klienta a ten mě viděl, nebo když jsme byli ve městě a potkal mě třeba děda, to si myslím, že bylo nejhorší. Úplně si pak člověk uvědomil, jak vypadá. Vyhublý, špinavý smradlavý, jenom chodí po hernách, a po ulici, po ubytovnách.*

**Komentář:** Všichni se shodují, že jim vadily problémy v rodině, i když u každého měly trochu jinou podobu. Objevuje se stud, pocit, že to o mně všichni vědí a vidí to na mě, ztráta důstojnosti v souvislosti se svým vzhledem a způsobem života. Dva respondenti se nevyhnuli ani problémům se zákonem. R2 opět uvádí ztrátu emočního prožívání, o této problematice se v rozhovoru zmiňuje několikrát, takže ji asi opravdu tížilo, že nedokáže cítit tak, jak tomu byla zvyklá. Překvapivě R4, která užívala nejméně intenzivně a nejkratší dobu popisuje projevy příznačné pro toxickou psychózu, pocit, že si o mně povídají, že mě někdo sleduje, chce mi ublížit. Každý má tu hranici, co jeho tělo a psychika snese jinou, a tak u ní – ve srovnání s ostatními respondenty – mírnější užívání mohlo vyvolat toxickou psychózu. Je ale také možné, že ostatní z respondentů měli podobné prožitky, jen je v rozhovoru nezmínili. Pro jediného mužského zástupce R5 byl problémem váhový úbytek, připadal si jako malý kluk, na kterého si může každý dovolit, na což nebyl zvyklý. Pouze u

R2, která dále uvádí, jako důvod, proč přestala, součet mnoha vlivů a u R4, která jako důvod uvedla zdravotní potíže, byly problémy zde uvedené motivací k abstinenci. Ostatní si sice vyjmenované problémy uvědomovali a nebyly jim příjemné, ale nepřestali by kvůli nim užívat.

### 6.1.8 Vnitřní přesvědčení nebo tlak okolí

**R1:** *Rozhodně to nebylo na popud okolí, i když okolí se mě pokoušelo nějakým způsobem formovat, bylo to spíš vnitřní rozhodnutí, které začalo docela tvrdými zkušenostmi na začátku a postupně se formovalo. Největší pomoc mám od mého přítele, kde je obrovská podpora, zázemí... Takže kvůli sobě a kvůli jednomu člověku. Nejdůležitější je podpora milované osoby, bez ní to nejde. Vím, jak jsem se cítila, když mě rodiče vyhodili. Takovou šílenou bolest málokdy člověk zažije, a nemáš chuť nejen přestat, ale vůbec žít, a jenom ta droga ti pomáhá aspoň na chvíli zapomenout. Já jsem pak fetovala nonstop a bylo mi úplně jedno, jak vypadám, měla jsem nějakých 42 kilo, jsem se už pomalu ani nepostavila z postele, jak jsem byla slabá, ale zapůsobil nějaký pud sebezáchovy a řekla jsem dost, nechceš přece do hrobu a začala jsem s tím něco dělat a přítel, ten mě neuvěřitelně podpořil.*

**R2:** *Každý ten vliv tomu dopomohl, ať už okolí nebo můj vnitřní vliv nebo špatný materiál, který jsem si dala, nebo to, že mě nebavil ten stav. Detail tvoří celek, a kdyby se jich tolik nenasbíralo... Ale myslím, že to bylo hlavně ve mně.*

*Tatka ten ani o tom nevěděl, protože naši jsou rozvedení. A máti v životě nebyla na ničem závislá, takže je úplně mimo mísu. Jo, udělala pro mě hodně, pomohla mi, podržela mě, ale já už jsem zas musela překonat to, v čem ona mi nemohla pomoci. A přátelé určitě, ti opravdoví, ti nejbližší, určitě mě táhli vpřed. Mě třeba táhli vpřed i spolužáci, protože jsem jim záviděla, jak oni se tomu oboru věnují, a mě přišlo, že jsem to úplně promarnila.*

**R3:** *To bylo moje přesvědčení, protože když máte v sobě dítě, tak... ten mateřský instinkt... I to okolí tlačilo, ale to pro mě nebylo tak důležité. Z okolí nejvíc pomáhal přítel, jeho rodiče i moji rodiče. Snažili se s námi podnikat různé činnosti, výlety, abychom na to nemysleli. Ale kvůli nim jsem určitě nepřestala, na prvním místě bylo to dítě.*

**R4:** *Já sama určitě. Rodina o tom nevěděla a pomáhal mi nejvíc partner... Nemysleli jsme na to, mysleli jsme na jiné věci. A ze školy kamarádi, když se o tom dozvěděli, tak mě od toho vždycky odrazovali. To mi taky určitě něco dalo, taky to mělo nějaký vliv.*

**R5:** *Tak dá se říct okolí, dítě. V podstatě hned jak jsem se to dozvěděl, tak mi bylo jasné, že přestanu, že asi ne hned, ale že se k tomu určitě dopracuju. Protože to je opravdu taková motivace... Nic hezčího než to dítě není. A to už pak nejde jenom o toho člověka, ale už jde i o někoho dalšího. Jinak okolí na mě nějak netlačilo. Rodiče si to ani nějak nepřipouštěli, spíš se tomu nějak bránili, furt si říkali, že asi na tom nebudu tak špatně. Ale rodina mi pomohla tím, že nás nechali bydlet, díky otci jsem se mohl vrátit do práce, určitě pomohli strašně moc.*

**Komentář:** Přebíhá vnitřní motivace – R1, R3, R4. Jako součet všech možných vlivů uvádí svou motivaci R2, ale jako nejdůležitější připouští také vnitřní motivaci. Pro dva respondenty bylo největší motivací dítě, přičemž R3 ji uvádí jako motivaci vnitřní (asi proto, že dítě nosila uvnitř svého těla) a R5 ji uvádí jako motivaci vnější. Na všechny více či méně působily i vnější vlivy, ať už ze strany rodiny, partnera, přátel, spolužáků.

Kromě R4, u které o užívání rodina nevěděla, a R1, kterou rodina zavrhl, všechny rodina podporovala a pomáhala jim. Sice nebyli rodiče tím primárním důvodem, proč přestat užívat, ale jejich pomoc měla svou hodnotu a respondenti si jí vážili. U R1 sice nepomohla rodina, ale jak sama říká, bez podpory to nejde, v jejím případě byl největší oporou přítel, stejně jako u R4. Rodiče R5 si problém dlouho nechtěli připustit, takže na něj ani netlačili, ať přestane, ale pomohli mu s bydlením a prací.

Z odpovědí respondentů usuzuji, že důležitější je vnitřní přesvědčení, kdy se člověk opravdu sám rozhodne situaci změnit, než nátlak okolí. Přesto, jak řekla R1, nejdůležitější je podpora milované osoby. Člověk, byť z vlastního rozhodnutí, nepřestává užívat návykové látky jen sám kvůli sobě, ale také kvůli někomu dalšímu, na kom mu záleží. Vlastní rozhodnutí a podpora okolí jsou tak spolu úzce provázány, podpora okolí, bez zájmu o změnu na straně závislého k cíli nevede, a naopak závislý, který je rozhodnutý přestat, to mám bez podpory dalších osob velmi těžké.

### 6.1.9 Absolvovaná léčba

**R1:** *Tak já jsem se rozhodla pro ambulantní léčbu, kde jsem se chodila poradit. Káčko jsem si vyhledala sama, o něm jsem slýchávala od lidí, kteří si tam chodili na výměny jehel. Tam mě ještě nasměrovali na psychiatra, kam jsem chvíli taky docházela.*

**R2:** *Tak já jsem byla v té dětské psychiatrické léčebně, a jelikož jsem nastoupila dobrovolně a spolupracovala jsem, mluvila jsem otevřeně, tak minimální délka měla být 3 měsíce, ale já jsem byla 2 měsíce, abych nemusela ve škole opakovat ročník.*

**R3:** *Tři dny jsem byla na detoxu, jinak docházím k psychiatrovi a do k-centra. K-centrum jsem vyhledala sama, chodila jsem tam už dřív, vyměňovat si jehly a tak. V tom káčku mi doporučili i psychiatra, tam jsem začala docházet v 8. měsíci těhotenství, a taky detox, ale z tama jsem odešla, protože jsem už byla 14 dní čistá a po detoxu se většinou nastoupí hned do komunity, já jsem měla jít taky, ale zrovna nebylo vůbec místo.*

**R4:** Žádnou léčbu neabsolvovala.

**R5:** *Tak chodil jsem do k-centra, kde mi doporučili psychiatra, takže ambulantní léčba, která trvá doteď, ale ty problémy se mění, ze závislosti se stanou třeba otázky partnerských vztahů. A jinak jsem byl den v Kroměříži, protože jsem se chtěl zabít, když mi moje přítelkyně řekla, že se mnou nebude a to dítě taky mít nebudu. Naši mě odvezli do Kroměříže, kde neřešili, že se chci zabít, ale řešili problém té závislosti, tak jsem podepsal revers.*

**Komentář:** Pobytovou léčbu absolvovala pouze R2, a to v délce 2 měsíců. Jinak kromě R4, všichni shodně zmiňují k-centrum a psychiatra. R3 strávila 3 dny na detoxu, ale protože pro ni nebylo volné místo v komunitě, odešla. R5 uvádí, že psychiatra navštěvuje doteď, pouze už s ním řeší jiné problémy než závislost. Jeden den strávil v Kroměřížské psychiatrické léčebně kvůli pokusu o sebevraždu.

Zdá se, že existence k-centra je v povědomí uživatelů návykových látek rozšířená, vědí, k čemu slouží, co zde mohou očekávat a pokud řeší nějaký problém, je to jedno z prvních míst, ne-li první, kam se nejen mohou, ale i obracejí o radu a pomoc. Dostává se jim zde informací a doporučení na další odborníky a formy léčby. Jeho přínos na poli prevence užívání návykových látek neleží tedy jen ve výměně injekčního materiálu, jak to na první pohled může vypadat, ale díky tomu, že své služby nabízí nízkoprahově a anonymně, je vyhledáváno širokým spektrem klientů.

#### **6.1.10 Přínos léčby**

**R1:** *Tak v káčku tam byla a je obrovská podpora pokaždé, když přijdu. K tomu psychiatrovi jsem postupně přestala chodit, protože mi neřekl nic nového, co by mi mohlo pomoci. Já jsem tam začala chodit proto, že jsem chtěla rodičům ukázat, že jsem schopná abstinovat.*

*Tak jsem si nechala udělat testy, a pak jsem je nesla rodičům domů, ale nezabralo to, oni si mysleli, že jsem všechno zfalšovala, že stejně fetuju dál.*

**R2:** *Já jsem potřebovala klid, vypnout a věděla jsem, že to nedám, přestat tady v tom okolí těch lidí, takže to byla taková jistota, abych to pak zvládla venku sama. Dala jsem se dohromady, byla jsem ráda. Nejradyji vzpomínám na ty sestřičky tam, s těma jsem si dobře pokecala a řešila takové ty věci ženské nebo životní. Psycholožka neříkám, že mi nepomohla, ale sama mi řekla, že všechno vím, že mi nemá jak víceméně pomoci.*

**R3:** *Je to dobré slyšet od někoho, že jste dobří, že jste čistí. Já tam teď většinou chodím probrat různé problémy, teď už jiné jak perník, a je to takové příjemné, povykládáš si, a co ti vadí, vyženeš z hlavy. Pomáhá mi, že mě chválí, dodal mi dost sebevědomí.*

**R4:** Léčbu neabsolvovala.

**R5:** *Tak hlavně kvůli sociálce, abychom měli potvrzení, kdyby náhodou nám chtěli malého vzít. Ale taky vždycky je dobré vyslechnout si názor někoho nezaujatého.*

*Tak rozhodně nejvíc mi pomáhala vidina toho, že budu muset malého zajistit a dostat se z toho hlavně kvůli němu, ne ani tak kvůli sobě, ale kvůli němu. Všechno ostatní bylo ani ne druhotné, ale až třeba na třetím místě. Hlavní motivace byl malý a přítelkyně.*

**Komentář:** R2, která absolvovala pobytovou léčbu, ji vyhledala proto, že si nevěřila, že dokáže přestat v původním prostředí. Z léčby nejradyji vzpomíná na sestřičky, pomoc psycholožky pro ni nebyl až takovým přínosem. R3 a R5 se shodují, že je dobré vyslechnout názor někoho nezaujatého. Přístup terapeuta je pro ně tedy důležitý, R3 uvádí, že jí dodal sebevědomí. R1 a R5 vyhledali léčbu i z důvodu toho, že chtěli mít potvrzení o své abstinenci, ale R1 rodiče stejně neuvěřili. Pro R5 byla největší motivací v léčbě vidina toho, že musí zajistit své dítě. Celkově se dá říct, že léčba byla (nebo stále je) pro respondenty podpůrný prostředek. Podpora a rada odborníků, v případě pobytové léčby dočasná izolace od původního prostředí, to vše jim mělo pomoci svou situaci lépe zvládnout, lépe se v ní orientovat, získat sebevědomí a vědět, že je zde někdo, na koho se mohou obrátit se svými problémy, prvořadou ale zůstává vlastní motivace.

### **6.1.11 Relaps**

**R1:** *Tak relaps proběhl teď před týdnem, kdy jsem byla u kamarádky, která má dcerky a začala po 7 letech zase fetovat, chodím jí pomáhat. A ona se mi chtěla nějak revanšovat za*

*tu pomoc a pak na mě čekalo doma v batohu překvapení v podobě psaníčka s pervitinem. Nicméně na druhou stranu jsem na sebe hrdá, protože jsem si nedala hned, čekala jsem na přítele, který všechno rozhodl, řekl, už je to dlouho, tak si můžeme dát. No a v návaznosti na tady toto došla moje další kamarádka, se kterou jsme si dali taky, ale zůstali jsme jenom na těch čarách, ani nechci, abychom se na ty jehly znova dostali. Ale můžu říct, že jsem ráda, že už to skončilo, že už mám i po dojezdech, že jsem i jedla a spala, a tahle kapitola skončila, a já nemíním dál pokračovat.*

**R2:** *No před půl rokem jsem si jednou dala, to bylo v opilosti, tak opilý člověk asi rozum nemá. Pak jsem byla zklamaná, nešťastná, ale zas neřekla jsem si, tak a můžu fetovat dál, spíš mě to zas posílilo. Pochopila jsem, že jsem to vzala možná moc na lehkou váhu. A tak jsem si řekla, že teď musím ještě něco změnit, a že to není tak lehký. Taky mi trochu trvalo, než jsem se s tím smířila, další týden jsem se psychicky zhroutila, musela jsem se strašně moc zhulit, abych na to nemyslela. Ale třeba i kamarádi myslím, že se k tomu postavili dobře, podporují mě všichni a jsou úžasní. Řekla jsem to i mámě, ale ne hned, až tak po 2 po třech týdnech až jsem se s tím smířila já.*

**R3:** *Nikdy se mi to nestalo a doufám, že nikdy nestane.*

**R4:** *No zkusila jsem to potom ve svých 22 letech, kdy jsme si s kamarádkou a s kámošem řekli, že to zkusíme. Rozhodně jenom náhodné užití, asi trochu z nudy... Chtěla jsem to vyzkoušet, jak to bude fungovat a od té doby si říkám už nikdy.*

**R5:** *Ne, od té doby, co říkám 15 měsíců, tak opravdu jsem nic neměl.*

**Komentář:** U R3 a R5 k relapsu nedošlo, u R4 došlo k jednorázovému užití před 3 lety, od té doby si říká „už nikdy“. U R2 došlo k jednorázovému užití před půl rokem v opilosti a velmi ji to zklamalo, od té doby je opatrnější, nebere věc na lehkou váhu. Všichni čtyři se shodují v tom, že užívat nechtějí a pervitinu, lidem a místům s ním spojeným se vyhýbají. U R1 je situace trochu jiná, k relapsu u ní došlo týden před naším rozhovorem, kdy jí kamarádka nechala překvapení v podobě psaníčka s pervitinem v batohu. R1 je na sebe sice hrdá, že počkala na verdikt od přítele, ale dle mého názoru nemusela na nic čekat a mohla to vyhodit hned, asi chtěla odsouhlasit, že může. Stejně tak fakt, že se stýká s lidmi, kteří návykové látky užívají (kamarádka, které chodí pomáhat) je vůči své abstinenci nezodpovědný a dříve či později se relaps dal předpokládat.

### 6.1.12 Abstinence

**R1:** *V tvoji hlavě se vůbec nic nezmění, mění se jenom způsob života. Neberu to jako něco velkého, ano teď abstinuju, můžu se zařadit mezi normální lidi. Vůbec, já jsem si o sobě nikdy nemyslela, že jsem nenormální a že jsem nějaká troska nebo vyvrhel... Co pro mě znamená? No pouze to, že neberu, že normálně spím, normálně jím, a že mám šanci chodit normálně do práce, větší fyzická zdatnost a lepší zdraví a možná i lepší sex s přítelem.*

**R2:** *Určitě je lepší žít, abych tu byla já, a ne, aby tu byly drogy, nebo já pod vlivem drog. Teď je ten život úplně jiný, už se za ničím nehoním, nemusím mít psycho z lidí, že to na mně poznají, nebo že se vůči nim cítím poníženě. Jsem teď spokojená, a myslím, že to dělá hodně, když člověk aspoň na chvíli přestane brát a pak si uvědomí, jestli ho ten život obyčejný reálný baví nebo nebaví.*

**R3:** *Vrácení z pekla do normálního života. Normální život je veselejší, zajímavější a hlavně opravdový, ten perníkový je nijaký, takový prolhaný, žiješ jen pro bílý prášek a zůstanou ti pak jen zjizvené ruce a žádné srdce. Vím, že jsem vždycky vyjetá psala básničky o tom, jak závidím těm normálním, teď už jim závidět nemusím.*

**R4:** *Já nevím, já nad tím moc nepřemýšlím, neřeším to... Je to tak, jak to má být, v pohodě, připadám si úplně normální. Nedokážu si představit, že bych na tom byla závislá.*

**R5:** *Tak poslední dobou už nad tím, že abstinuju, ani neuvažuju, už si připadám jak dřív. S těma lidma se už vůbec nestýkám, nemá mě kdo stáhnout.*

**Komentář:** R4 a R5 se shodují, že už nad svou abstinencí ani neuvažují, připadají si zcela normálně. Celkově se zde omílá slovo normální a nenormální. R1 tvrdí, že si nikdy nepřípadala, že by se neřadila mezi normální lidi. Oproti tomu R3 se v době užívání necítila, že by patřila mezi normální lidi, abstinence pro ni znamená vrácení z pekla do normálního života a už nemusí těm normálním závidět. Pro R1 znamená abstinence především jiný způsob života, co se týká pravidelné stravy, spánku, zdraví, možnosti pracovat a zlepšení sexuálního života. Dá se říct, že pro všechny respondenty znamená abstinence lepší kvalitu života, považují ji za ten správný „normální“ způsob života a cítí se v ní lépe.



### 6.1.13 Jaká jsou zlepšení a na čem ještě zapracovat

**R1:** *Určitě zdravotní stav, i když se lepší opravdu pomalinku, ale je to hodně vidět na váze. Takže opravdu hlavní zlepšení je asi náš sexuální život s přítelem, že mě konečně bylo za co chytit, a začala jsem zase asi sexuálně přítele přitahovat.*

*Zapracovat na komunikaci s přítelem, protože to kolikrát byl kámen úrazu, proč si jeden z nás dal. A ještě já hrozně ráda pomáhám lidem a zapomínám sama na sebe, takže to je to hlavní, na čem bych měla zapracovat. Dát teď bokem lidi a věnovat se sama sobě.*

**R2:** *Tak bydlím sama, takže se o sebe starám téměř sama, kromě nějakých základních financí, s tím mi máti pomáhá, protože jsem student, ale brigádu mám. Celkově jsem lepší člověk, mám ze sebe lepší pocit, emoce mi fungují dobře, umím se bavit bez drog a život mě baví. A určitě nemám už tak zničený mozek a asi jsem i rozumnější, zodpovědnější, víc se starám o věci, citlivější.*

*No tak postupem času jsem určitě zvlčila, takže se teď dávám zase dohromady. Určitě to chce furt něco zlepšovat, celý život, a ne jenom v té abstinenci. Už jsem taky asi dlouho ve stejné společnosti a stojím zas na místě, asi jsem zapomněla na to, že musím jít vpřed.*

**R3:** *Tak mám kde bydlet, předtím jsem neměla kde bydlet, mám už svou rodinu, dítě, přítele, zpátky rodiče... sebevědomí, a myslím si, že se dokážu zapojit už do té normální sféry mezi lidi. A zlepšit, vůbec se nebavit možná s těma lidma, i když je to blbé, když jsem nějaký čas s nimi strávila.*

**R4:** *Asi to zdraví a nejsem tak zahleděná, jak možná dřív. Určitě se cítím svobodnější. A na čem bych tak mohla zapracovat, na sama sobě, víc komunikovat, být otevřenější. Mně třeba vadí, že jsem ve společnosti lidí a mám v hlavě nějaké myšlenky, ale nedokážu se s nimi prezentovat před všemi lidmi.*

**R5:** *Zlepšení hlavně v tom, že máme byt, chodím do práce, nemám vůbec čas na takové věci, prostě jsme vpadli do systému. Ohledně té abstinence si myslím, že už je to za námi. Ale jinak zapracovat, hlavně ty dluhy z té doby, já mám třeba štěstí, že dost vydělávám, takže díky tomu ty dluhy nenarůstají, možná trošku ubývají, ale z nějaké blbé jízdy načerno za pětistovku to vzroste na 20 tisíc, a když jede člověk 6krát takto... Ten systém, je takový, že vidí někoho, že se mu něco stane, jak v přírodě, zraní se, tak ho sežerou, ale nějaká solidarita by měla být.*

**Komentář:** Respondenti uvádí celou řadu zlepšení, která souvisí s jejich abstinencí, ať už jde o zdraví, bydlení, vztahy s rodinou, pracovní život, větší zodpovědnost, opětovné prožívání emocí, pocit větší svobody, zmiňuje se zde opět zařazení se do normální sféry mezi lidi a také zkvalitnění sexuálního života. Stále je ale na čem pracovat, R1 a R4 by rády zapracovaly na své komunikativnosti, R1 ve vztahu s partnerem, R4 spíše v širší společnosti. R1 by dále ráda omezila svou potřebu pomáhat druhým, správně si uvědomuje, že by měla v první řadě pomoci sama sobě. R2 říká, že je stále co zlepšovat, nejen v abstinenci, má pocit, že by to chtělo změnit okruh lidí, se kterými se stýká. R3 uvažuje nad tím, se vůbec nebavit s lidmi, které zná z doby svého užívání a R5 tíží dluhy, které za sebou minulost zanechala, přál by si, aby se změnil přístup společnosti jako takové, aby byla solidárnější. Nezbývá než souhlasit se slovy R2, že stále je co zlepšovat, byť každý z respondentů v jiné oblasti, určitě nemůžou usínat na vavřínech a polevovat v úsilí.

#### 6.1.14 Udržování v abstinenci

**R1:** *Chtěla bych tento rok otěhotnět a podle mého názoru pervitin je droga mládí, kdy člověk má tu pubertu, blbne, ale od těch 25 let nahoru, to už člověk by měl myslet na tu rodinu, zázemí, na budoucnost. Kdy i to myšlení máš už natolik změněné tím věkem, že už si tu drogu ani neužíváš. Nejvíce mě drží od pervitinu je, když si zajdu do té nejhorší komunity feťáků, kde jsou fakt trosky, a jsem s nimi třeba hodinu, pak odcházím s takovým hnusem, a jsem tak strašně ráda, že jsem tam, kde jsem ... A když už mě omrzí chodit mezi těma troskami, tak se zamknu doma a třeba týden, nejdýl mi to vydrželo týden, jsem jen jedla, spala, hulila, a koukala na nějaké komedie.*

**R2:** *Já jsem teď se svým životem spokojená a mám radost, že všichni kolem mě mají radost, vážím si toho, že mi pomohli a to, že to vydržím, je asi jediný způsob, jak jim to dát najevo. A už mám k tomu odpor a nechci už takový život. Taky si chci dodělat maturitu.*

*Tak s lidma se bavím, tím, že je pozdravím, ale že bych s nima zašla třeba na pivo, to ne. Takže vyhýbám se těm lidem a místům, kde bych mohla na takové věci narazit. Taky moc nepiju, jenom výjimečně, a s lidmi, se kterými se mi tohle nemůže stát.*

**R3:** *Nechodím na ty místa, kde se pohybují feťáci, a když je potkám, tak jim řeknu zdar, a nebavím se o tom, snažím se o tom nebavit, nepřemýšlet nad tím, nevzpomínat na to.*

**R4:** *Pervitinu se ani nevyhýbám, já ho nikde kolem sebe nevidím, už se s těma lidma nebavím.*

**R5:** *Tak hlavně prací a tím rodinným životem, že na to v podstatě není čas.*

**Komentář:** R2 a R3 se shodují v tom, že pokud potkají někoho ze svých známých, kteří pervitin užívají, pozdraví jej, ale nebaví se s ním, zároveň se snaží vyhýbat místům, kde na takové lidi mohou narazit. R4 se ani nevyhýbá, nikde kolem sebe pervitin nevidí a R5 vzhledem k pracovnímu vytížení nemá ani čas přemýšlet nad takovými věcmi. R2 se také snaží nepít moc alkohol, po zkušenosti, kdy u ní v opilosti došlo k lapsu. R1 naopak chodí mezi komunitu těch největších narkomanů, aby ji to odradilo od užívání. Případně se zavře doma s plnou ledničkou jídla a množstvím marihuany. No, pokud jí to pomáhá. Chtěla by otěhotnět, pervitin považuje za drogu mládeži, ve svém věku už by se prý měla zabývat rodinou, zázemím, budoucností. R2 si váží pomoci druhých a svou abstinenci považuje za způsob, jak jim to dokázat, také ji v brzké době čeká maturita, kterou chce udělat. Dá se říct, že se zde opakují podobné strategie, jako již v začátcích abstinence, zaměření se na jiné hodnoty, vyhýbání se místům a lidem spojeným s návykovými látkami. Nyní už ale není třeba až takového úsilí a pozornosti, neboť si respondenti na nový způsob života zvykli. Samozřejmě to neplatí pro všechny, spíše pro ty, kteří abstinují delší dobu, nemají ve svém okolí závislé osoby a svůj čas vyplňují činnostmi, která je uspokojuje. Čím déle abstinují, tím méně vzpomínají a myslí na užívání, ale ostražití být musí.

## 6.2 Diskuse

Za cíl svého výzkumu jsem si stanovila zjistit motivy respondentů k rozhodnutí přestat s užíváním návykových látek a setrvat v abstinenci. Jednou z výzkumných otázek jsem pak chtěla zjistit, zda u respondentů převažovala vnitřní či vnější motivace k abstinenci. Během zpracování a interpretace získaných dat jsem dospěla k poznání, že nejdůležitější byla vnitřní motivace, vlastní rozhodnutí s užíváním přestat. To, jak se k problému stavělo okolí, nemělo u mých respondentů takový vliv. I když je třeba mrzelo, že mají rodinné vztahy narušené, samo o sobě to jako důvod k abstinenci nestačilo. Ale mohlo to k ní menší či větší mírou přispět, neboť souhlasím s názorem jedné z respondentek, která uvedla, že detail tvoří celek a každý vliv přispěl k tomu, že přestala užívat. Také souhlasím s tím, že je velmi důležitá podpora okolí, stejně jako při překonávání jiných těžkostí v životě, u závislosti to platí snad dvojnásob. Potvrdilo se tak tvrzení uvedené v teoretické části mé práce, že vnitřní motivace je vždy silnější než vnější, které uvedl Moos (2008, dostupné z [http://snncls.cz/wp/wp-content/uploads/file/Motivace\\_Moos.pdf](http://snncls.cz/wp/wp-content/uploads/file/Motivace_Moos.pdf)).

Jako opravdu silná motivace se projevilo očekávání dítěte, dva z respondentů, kterých se toto týkalo, se shodli, že kdyby nebylo dítěte, tak by asi neměli důvod přestávat. Respondent označený jako R5 v závěru rozhovoru prohlásil: „Pokud se z toho někdo chce dostat, udělejte si dítě.“ Zároveň je nezodpovědné si pořizovat dítě v době, kdy užíváte tvrdé drogy, s tím by jistě i on souhlasil. Je smutným faktem, že pro mnoho lidí ani dítě není dostatečně silnou motivací k abstinenci, dítě poté trpí nedostatečnou péčí matky a obvykle je jí dříve či později odebráno.

Další výzkumnou otázkou jsem chtěla zjistit, kdy si respondenti poprvé uvědomili, že chtějí přestat užívat, co bylo tím prvním impulsem, a jaké kroky poté podnikli. Každý z respondentů se nacházel v odlišné situaci, takže ty první impulsy byly opravdu různorodé. Od smrti milované osoby, přes zmiňované těhotenství, až po zdravotní potíže po užití pervitinu. Kromě R4 všichni respondenti přestávali postupně. Kroky, které podnikali, se už tolik nelišily, čtyři z respondentů vyhledali služby kontaktního centra. Dalšími nejvýznamnějšími kroky byla orientace na jiné zájmy a činnosti, a také snaha na drogu nemyslet a vyhýbat se jí.

Ve svém výzkumu jsem se také zaměřila na otázky ohledně absolvované léčby a jejího přínosu. Kromě jedné respondentky, která byla zároveň nejméně problematickou uživatelkou, užívala nejkratší dobu a nejméně intenzivně, všichni vyhledali minimálně ambulantní léčbu. Kromě kontaktního centra se objevuje také docházení k psychiatrovi (kterého doporučilo převážně právě kontaktní centrum) a jedna z respondentek navíc absolvovala pobytovou léčbu v dětské psychiatrické léčebně. Léčba pro respondenty znamenala podporu, možnost promluvit si s někým nezaujatým, v případě pobytové léčby dočasnou izolaci od nevhodného prostředí, možnost získat odstup, aby bylo snazší potom vše venku zvládnout.

Samotnou abstinenci respondenti považují za návrat do normálního života, uvědomují si zlepšení jeho kvality ve všech možných směrech. Je toho mnoho, oč nechtějí přijít a proto si ji udržují. Samozřejmě si ale uvědomují, že je stále co zlepšovat. Jako to, na čem by bylo třeba zapracovat, se objevila komunikace, zaměření se více na pomoc sama sobě než jiným ale také třeba dluhy. Způsoby, kterým si abstinenci udržují, jsou podobné těm, se kterými s ní začínali, tedy vyhýbání se lidem a místům, kde se vyskytují návykové látky, zaměření se na jiné hodnoty a zájmy, vyplňování času jinými aktivitami. Pro některé se stala abstinence již natolik samozřejmou, že nad ní ani nepřemýšlí.

## ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala tématem motivace k abstinenci u drogově závislých. V teoretické části jsem shrnula základní poznatky z oblasti závislosti, uvedla jsem definici závislosti podle Světové zdravotnické organizace, předložila jsem stručný přehled návykových látek a také typů zařízení, které fungují v České republice na poli léčby závislosti. Dále jsem se zabývala motivací a jejím významem při léčbě závislosti na návykových látkách. Popsala jsem metodu motivačního rozhovoru, jeho principy. Zabývala jsem se také abstinencí a uvedla typologii vítězů nad závislostí dle převládající motivace.

V praktické části jsem realizovala kvalitativní výzkum. Použila jsem metodu polostrukturovaného interview, které jsem realizovala s pěti respondenty. Cílem bylo zjistit, jakou měli motivaci přestat s užíváním a také v abstinenci nadále setrvat. Výzkum potvrdil mou domněnku, že významnější je motivace vnitřní. Potvrdila se také důležitost podpory ze strany okolí, rodiny, partnerů, ale i přátel a spolužáků. Zjistila jsem, jaké přínosy absolvované léčby i abstinence jako takové si respondenti uvědomují.

Motivace k natolik významné změně v životě, jako je rozhodnutí abstinovat, musí být opravdu silná, aby člověk překonal všechny nástrahy a překážky, které jej čekají. V kontextu sociální pedagogiky je téma léčby závislosti důležitou oblastí, na kterou je třeba se zaměřit. Teprve se znalostí toho, co se pro klienta stalo důležitějším než užívaná látka, je možná správně cílená intervence. Vzhledem k ambivalentním postojům, které jsou výrazné zvláště v počátcích léčby, je třeba pracovat s motivací a vhodně ji podporovat. Postupem času si většina závislých v hlavě srovná, jaké výhody jim abstinence přináší a pravděpodobnost návratu k užívání se snižuje.

Lidé, kteří se k této změně rozhodli, by měli mít možnost pocítit, že i přes jejich minulost je společnost přijímá a mají právo na stejný život, jako ostatní. Tento přístup může pro ně být jedním z prvků motivace, proč si svou abstinencí udržet. Vždyť i respondenti potvrdili, že pro ně je příjemné, pokud při kontaktu s odborníky, ať už v kontaktním centru nebo s psychiatrem, se jim dostává přijetí a nezaujatého pohledu. Ve společnosti se naopak často setkávají s opovržením a nepochopením. Myslím si, že má bakalářská práce přináší možnost nahlédnout problematiku očima těch, kterým se podařilo svůj návyk překonat. Neméně zajímavé by jistě bylo zabývat se zkušenostmi rodinných příslušníků a dalších osob, které na cestě k nezávislosti svým blízkým pomáhali a podporovali je.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

### Knihy:

- [1] HARTL, P.; HARTLOVÁ, H. *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-686-5.
- [2] KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti: Mezioborový přístup 1*. Úřad vlády České republiky, 2003a. ISBN 80-86734-05-6.
- [3] KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti: Mezioborový přístup 2*. Úřad vlády České republiky, 2003b. ISBN 80-86734-05-6.
- [4] KALINA, K. a kol. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-1411-0.
- [5] KALINA, K. *Terapeutická komunita: Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-247-2449-2.
- [6] MACHOVÁ, J.; KUBÁTOVÁ, D. a kol. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2715-8.
- [7] MAŇÁK, J.; ŠVEC, V. *Cesty pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-078-6.
- [8] MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. *Motivační rozhovory: Příprava lidí ke změně závislého chování*. Tišnov: Sdružení SCAN, 2003. ISBN 80-86620-09-3.
- [9] MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1362-4.
- [10] NAKONEČNÝ, M. *Úvod do psychologie*. Praha: Academia, 2003. ISBN 80-200-0993-0.
- [11] NAKONEČNÝ, M. *Motivace lidského chování*. Praha: Academia, 1997. ISBN 80-200-0592-7.
- [12] NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-267-6.
- [13] NOŽINA, M. *Svět drog v Čechách*. Praha: Koniasch Latin Press, 1997. ISBN 80-85917-36-X.

- [14] PLHÁKOVÁ, A. *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia, 2004. ISBN 80-200-1086-6.
- [15] POKORNÝ, V.; TELCOVÁ J.; TOMKO, A. *Prevence sociálně patologických jevů: Manuál praxe*. Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky, 2003. ISBN 80-86568-04-0.
- [16] RHODES, T. *Terénní práce s uživateli drog: Zásady a praxe*. Boskovice: Albert, 1999. ISBN 80-85834-71-5.
- [17] RIESEL, P. *Lesk a bída drog: praktická příručka pro mládež, rodiče a pedagogy*. Olomouc: Votobia, 1999. ISBN 80-7198-348-9.
- [18] ROTGERS, F. a kol. *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-836-9.
- [19] STRAUSS, A.; CORBINOVÁ, J. *Základy kvalitativního výzkumu: Postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Boskovice: Albert, 1999. ISBN 80-85834-60-X.
- [20] ŠVARŤÍČEK, R.; ŠEĎOVÁ, K. a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.

#### Internetové zdroje:

- [21] KALINA, K. a kol. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2001. ISBN 80-238-8014-4. [online]. [cit. 2011-04-18]. Dostupné z [http://www.drogy-in-fo.cz/index.php/info/glosar\\_pojmu/0\\_mezioborovy\\_glosar\\_pojmu/mezioborovy\\_glosar\\_pojmu\\_z\\_oblasti\\_drog\\_a\\_drogovych\\_zavislosti](http://www.drogy-in-fo.cz/index.php/info/glosar_pojmu/0_mezioborovy_glosar_pojmu/mezioborovy_glosar_pojmu_z_oblasti_drog_a_drogovych_zavislosti)
- [22] MOOS, P. *Obecná teorie motivace: přednáška pro Ústav farmakologie v Praze 2. 4. 2008*. [online]. [cit. 2011-04-16]. Dostupné z <[http://snncls.cz/wp/wp-content/uploads/file/Motivace\\_Moos.pdf](http://snncls.cz/wp/wp-content/uploads/file/Motivace_Moos.pdf)>
- [23] MRAVČÍK, V. a kol. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2009*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2010. ISBN 978-80-7440-034-6. [online]. [cit. 2011-04-18]. Dostupné z <<http://www.drogy-in-fo.cz>>

fo.cz/index.php/publikace/vyrocní\_zpravy/vyrocní\_zprava\_o\_stavu\_ve\_vecech\_dr  
og\_v\_cr\_v\_r\_2009>

- [24] NEŠPOR, K.; SCHEANSOVÁ, A. *Vítězové nad závislostí: devět typů*. [online]. [cit. 2011-04-14]. Dostupné z <<http://www.drnespor.eu/addictcz.html>>
- [25] Občanské sdružení Onyx: projekty. [online]. [cit. 2011-03-18]. Dostupné z <<http://www.os-onyx.cz/projekty/>>
- [26] Občanské sdružení Sananim: naše zařízení. [online]. [cit. 2011-03-18]. Dostupné z <<http://sananim.cz/>>



**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

Ad. A další

Apod. A podobně

Atd. A tak dále

ČR Česká republika

HIV Virus způsobující ztrátu obranyschopnosti u člověka

Kol. Kolektiv

Mg Miligram

Např. Například

S. Strana

R1 Respondent 1

R2 Respondent 2

R3 Respondent 3

R4 Respondent 4

R5 Respondent 5

Tzv. Takzvaný

WHO Světová zdravotnická organizace