

# Resocializace osob s diagnózou drogové závislosti

Bc. Nikola Novosadová

---

Diplomová práce  
2019



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

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

## ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Nikola Novosadová**  
Osobní číslo: **H17320**  
Studijní program: **N7501 Pedagogika**  
Studijní obor: **Sociální pedagogika**  
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Resocializace osob s diagnózou drogové závislosti**

Zásady pro vypracování:

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

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

KRAUS, Blahoslav a Jolana HRONCOVÁ. Sociální patologie. Vyd. 2. Hradec Králové: Gaudeamus, 2010, 325 s. ISBN 978-80-7435-080-1.

MIOVSKÝ, Michal. Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada, 2006. Psyché. ISBN 80-2471362-4.

NEŠPOR, Karel. Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby. Vyd. 4., aktualiz. Praha: Portál, 2011, 173 s. ISBN 978-80-7367-908-8.

ŘIHÁČEK, Tomáš, Ivo ČERMÁK a Roman HYTYCH. Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy. Brno: Masarykova univerzita, 2013. ISBN 978-80-210-6382-2.

ŠOTOLOVÁ, Eva. Resocializace osob závislých na návykových látkách. Speciální pedagogika [online]. Univerzita Karlova v Praze, 2015, 10. 4. 2015, 41– 43 [cit. 2018-04-02]. ISSN 1211-2720.

Vedoucí diplomové práce: **PhDr. Helena Skarupská, Ph.D.**

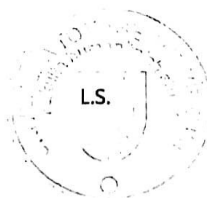
Ústav pedagogických věd

Datum zadání diplomové práce: **15. listopadu 2018**

Termín odevzdání diplomové práce: **18. dubna 2019**

Ve Zlíně dne 15. listopadu 2018

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



Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.  
*ředitel ústavu*

## PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové 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 diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji diplomovou 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 – diplomovou 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 diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 12.4.2019

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

(1) Vysoká škola 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 těž nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

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

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

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

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

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

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

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit 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 přihlídně k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

## **ABSTRAKT**

Téma diplomové práce nese název „Resocializace osob s diagnózou drogové závislosti“. Problematika drogové závislosti neustále narůstá a resocializační proces hraje významnou roli v boji proti ní. Teoretická část vymezuje tematiku drog a kategorizaci jejich uživatelů. Blíže se zabývá oblastí drogové závislosti. Závěrem se zaměřuje na systém léčebné a resocializační péče pro drogově závislé osoby. Cílem práce je prozkoumat zkušenost s resocializací u osob s diagnózou drogové závislosti. Zvláště zkušenosti týkající se léčby, materiálního zabezpečení, zaměstnání, formování sociálních vztahů a příčiny selhávání v procesu resocializace. Kvalitativní výzkum bude realizován designem interpretativní fenomenologické analýzy za použití metody polostrukturovaného hloubkového rozhovoru a projektivní metodou životní křivky.

Klíčová slova: drogová závislost, drogy, resocializace, resocializační péče, závislost

## **ABSTRACT**

The topic of the thesis is called „Resocialization of person with diagnosis of drug addiction“. Problematics of drug addiction are continuously rising and resocialization process plays an important role in a fight against it. The theoretical part defines topic of drugs and category of their users. It deals closely with drug addiction. In conclusion, it focuses on the medical and resocialization treatment for drug addicted people. The goal of the thesis is to examine experiences with resocialization of people with drug addiction. Especially experiences with medical treatment, material securance, employment, social relationships and the cause of failure in the process of resocialization. Qualitative research will be conducted through a design of interpretative phenomenological analysis using the method of semi-structured in-depth interview and projective method of life-curve.

Keywords: drug addiction, drugs, resocialization, resocialization care, addiction

Poděkování:

Obrovské děkuji patří paní PhDr. Heleně Skarupské, Ph.D. za její odborné vedení, cenné rady, trpělivost, laskavost a vstřícnost při vedení mé diplomové práce. Velké poděkování patří i účastníkům mého výzkumu, kteří byli velmi odvážní, komunikativní, milí, upřímní a ochotní. Mé poděkování za pomoc při zprostředkování kontaktu s participanty patří zaměstnancům toxikorehabilitačního oddělení Mandala v Kroměříži především pak Mgr. Kateřině Riegrové, která vše umožnila a zorganizovala. Na závěr bych chtěla poděkovat svojí rodině a příteli za velkou podporu při studiu.

Motto:

*„Až na konci poznáš, jak jsi měl začít“.*

Čestné prohlášení:

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

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>10</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>12</b>
<b>1 DROGY</b> .....	<b>13</b>
1.1 HISTORIE UŽÍVÁNÍ DROG .....	14
1.2 ROZDĚLENÍ A ÚČINKY DROG.....	15
1.3 KATEGORIZACE UŽIVATELŮ .....	23
<b>2 DROGOVÁ ZÁVISLOST</b> .....	<b>28</b>
2.1 PŘÍČINY VZNIKU DROGOVÉ ZÁVISLOSTI .....	30
2.2 STÁDIA VÝVOJE DROGOVÉ ZÁVISLOSTI .....	32
2.3 DIAGNOSTIKA DROGOVÉ ZÁVISLOSTI .....	34
2.4 PREVENCE .....	35
2.5 NÁSLEDKY UŽÍVÁNÍ DROG .....	37
<b>3 RESOCIALIZACE A NÁSLEDNÁ PÉČE</b> .....	<b>40</b>
3.1 SOCIALIZACE A RESOCIALIZACE .....	40
3.2 SYSTÉM LÉČEBNÉ A RESOCIALIZAČNÍ PÉČE PRO DROGOVĚ ZÁVISLÉ OSOBY.....	43
3.3 NÁSLEDNÁ PÉČE A DOLÉČOVACÍ PROGRAMY .....	47
3.4 VYBRANÉ METODY A FORMY PRÁCE V RESOCIALIZACI.....	49
3.5 VÝZNAM VOLNÉHO ČASU V PROCESU RESOCIALIZACE .....	53
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>56</b>
<b>4 METODOLOGIE VÝZKUMU</b> .....	<b>57</b>
4.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM .....	57
4.2 POJETÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ .....	58
4.3 VÝZKUMNÉ CÍLE .....	58
4.4 VYMEZENÍ VÝZKUMNÝCH OTÁZEK.....	59
4.5 VÝZKUMNÁ TECHNIKA .....	59
4.6 VÝZKUMNÝ SOUBOR A ZPŮSOB JEHO VÝBĚRU.....	61
4.6.1 Průběh realizace výzkumu .....	62
4.6.2 Údaje o participantech.....	63
4.6.3 Stručné kazuistiky probandů .....	64
4.7 ZPŮSOB ZPRACOVÁNÍ DAT .....	69
<b>5 INTERPRETACE DAT A JEJICH SHRUTÍ</b> .....	<b>74</b>
5.1 PRVNÍ TÉMA – VYKROČENÍ NA CESTU RESOCIALIZACE.....	74
5.2 DRUHÉ TÉMA – STARTOVNÍ ČÁRA MÉHO ZABEZPEČENÍ.....	78
5.3 TŘETÍ TÉMA – NASKOČIT NA VLAK DO ZAMĚSTNÁNÍ.....	80
5.4 ČTVRTÉ TÉMA – MOJE VZTAHY .....	83
5.5 PÁTÉ TÉMA – TRHLINY .....	85
5.6 ŽIVOTNÍ KŘIVKA .....	89
5.7 SHRUTÍ VÝSLEDKŮ .....	96
5.8 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	101
<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>102</b>



<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>104</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....</b>	<b>110</b>
<b>SEZNAM OBRÁZKŮ .....</b>	<b>111</b>
<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>112</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>113</b>

## ÚVOD

Nárůst sociálně patologických jevů, mezi které spadá i drogová závislost, vyvolává ve společnosti naléhavou potřebu věnovat zvýšenou pozornost těmto jevům, a to z hlediska systému prevence i represe. Je podstatné sdělit, že se snižuje věková hranice pachatelů sociálně patologických jevů. Nežádoucí účinky mají dopad jak na jedince, jeho rodinu a okolí, tak i na celou společnost. Negativní následky se u jedince odrážejí především v oblasti psychické, biologické a sociální. Celospolečenská situace se ustavičně zhoršuje z hlediska nárůstu produkce a distribuce návykových látek. Dalšími nepříjemnými dopady jsou šíření nemocí a zvýšení páchané trestné činnosti, které se pojí s užíváním drog. Stále se zvyšuje počet problémů s nealkoholovými drogami a roste množství lidí, kteří kvůli těmto problémům vyhledávají pomoc.

Resocializační proces má významnou roli v boji proti drogám. Resocializační proces podává pomocnou ruku v podobě dlouhodobé pomoci při opakovaném začlenění osoby závislé na drogách do života v přirozeném sociálním prostředí. Nejvíce se při tom klade důraz na pracovní uplatnění a stabilizaci rodinných vazeb. To, jakým způsobem osoba zvládá resocializační proces, má vliv na léčbu a úspěšné zařazení se zpět do společnosti. Jádrem úspěšnosti při léčbě toxikomanů je ucelený systém léčebně resocializačních programů, které spočívají ve včasné intervenci.

Je žádoucí se záležitostmi resocializace drogově závislých zabývat. Drogová závislost přináší hromadu negativních dopadů, které se netýkají pouze jednotlivců, ale celé populace. V zájmu nás všech je důležité bojovat s touto problematikou. Je zásadní získat veškeré potřebné informace a zkušenosti pro úspěšnou resocializaci osob s diagnózou drogové závislosti. Úspěšná resocializace může být klíčem k řešení.

Diplomová práce má dvě části. Teoretická část se zaměřuje na objasnění konceptuálního rámce. Snaží se nám prostřednictvím tří kapitol přiblížit, o čem práce je a z čeho vycházíme. První kapitola se zabývá tematikou drog, jejich rozdělením, účinky, historií užívání i kategorizací uživatelů. Kapitola druhá se orientuje na problematiku drogové závislosti, konkrétněji na příčiny jejího vzniku, stádia vývoje, diagnostiku, prevenci a následky užívání drog. V poslední a pro nás stěžejní kapitole jsou obsaženy informace o socializaci, resocializaci, systému léčebné a resocializační péče pro drogově závislé osoby, následné péči a doléčovacích programech, vybraných výzkumných metodách a formách práce v resocializaci a významu volného času v procesu resocializace.

Praktická část práce představuje výzkumný problém, pojetí výzkumného šetření, výzkumné cíle, výzkumné otázky, výzkumnou techniku, výzkumný soubor spolu se způsobem jeho výběru, průběhem realizace výzkumu, údaji o participantech, stručnými kauzistikami probandů, dále způsob zpracování a interpretaci dat spolu s jejich shrnutím. Pojetí výzkumu je kvalitativní a pro jeho realizaci jsme použili polostrukturovaný hloubkový rozhovor spolu s projektivní metodou životní křivky. Práce je vyhotovena designem interpretativní fenomenologické analýzy.

Cílem práce je prozkoumat zkušenosti s resocializací u osob s diagnózou drogové závislosti. Podrobněji se zaměříme na zkušenosti týkající se léčby, materiálního zabezpečení, zaměstnání, formování sociálních vztahů a příčiny selhávání v procesu resocializace.

Domníváme se, že tato práce může přinést výsledky, které by mohly být užitečné k zlepšení resocializačních programů. Žitá zkušenost nám dává do praxe nejvíce potřebných informací. Na základě těchto informací by mohlo dojít ke zlepšení, doplnění či doporučení toho, jak to dělat lépe a efektivněji. Musíme si uvědomit, že to není problém konkrétních jedinců, ale nás všech. Nikdy nevíme, kdy nás to ohrozí na životech vlastních či našich blízkých.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 DROGY

U nás jsou nejčastěji užívanými nelegálními drogami marihuana, pervitin a heroin. Velké zastoupení zde má i skupina dětí a mladistvých, kteří sáhnou po aplikaci těkavých látek. Ústřední návykovou látkou, kvůli které se závislé osoby léčí, je pervitin a heroin. Problematika užívání drog a vzniku drogových závislostí vytváří závažný sociálně patologický jev se zvětšující tendencí a zvyšujícím se globálním, společenským významem (Hajný, 2001; Ondrejkoivič et al., 2009).

Co to ta droga vůbec je a jak ji definujeme? Výraz droga pochází z arabského slova durana, což znamená v překladu léčivo. Zpočátku tedy slovo droga mělo zcela jiný význam a vyjadřovalo surovinu na výrobu léků. V dnešní době má tentýž význam ve farmacii. V českém jazyce slovu droga přikládáme dva významy:

- **droga (léčivo)** – usušené či jinak uchované rostliny, živočichové, jejich části nebo produkty jejich metabolismu, které jsou určeny k léčebným či podobným účelům,
- **psychoaktivní droga (psychotropní látka, návyková látka, droga)** – látky, které ovlivňují psychiku člověka (Mahdalíčková, 2014).

Droga má dvě zásadní vlastnosti:

- **psychotropní efekt** – pozměňuje naše prožívání, mění způsob našeho vidění a prožívání světa,
- **potenciál závislosti** – pravidelné a dlouhodobé užívání může způsobit závislost (Kalina et al., 2008).

Pokud se bavíme o drogách tak, je nejčastěji dělíme do dvou skupin:

- **legální** – sociálně akceptované, jejichž užívání není v rozporu se zákonem (alkohol, nikotin, kofein),
- **nelegální (zakázané)** – jsou nebezpečné a dalo by se říci, že v porovnání s legálními jsou konzumovány méně. Vzniká na nich závislost, a to podle míry jejich rizikovosti (Ondrejkoivič et al., 2009; Kolektiv autorů sdružení SANANIM, 2007).

Co se týká oblasti sociální práce v této problematice, tak legální drogy neznamenají menší zlo či menší společenské nebezpečí, právě naopak jsou dostupné a tolerované společností a toto vede k tomu, že s nimi lehce může přijít kdokoliv do problému, pokud se nenaučí je ovládat (Ondrejkoivič et al., 2009).

## 1.1 Historie užívání drog

Drogy jsou staré jako lidstvo samo a provázejí život člověka od nepaměti. Zmínky o drogách se objevují ve Starém zákoně a dalších starších náboženských textech (v papyrech starého Egypta), drogy byly a doposud zůstávají součástí všech náboženství a kultů, včetně základního kamene euroamerické civilizace – křesťanství. Požívání vína při oltářní svátosti není nic jiného než požívání psychotropní látky, dalším příkladem je kouření konopí v Indii. Historie nám ukazuje, že některé civilizace byly pod vlivem omamných látek výrazně oslabeny. Tato jejich slabost je dokázala podvolit a oslabit natolik, že byly podmaniteli a dobyvateli podrobeni. Drogy legální či nelegální se už od pradávna používají jako „sociální mazadlo“ a od samého počátku způsobují potíže (Zábranský et al., 1997; Riesel, 1999; Mahdalíčková, 2014).

Zaměříme se nyní na důležité historické mezníky v užívání drog. Je doloženo, že 5000 let před Kristem Sumeřané užívají opium. Pro toto používání opia měli sestavený ideogram, který se nazývá „HUL“ a v překladu to znamená radost nebo veselí. V roce 3500 před Kristem jsou psány první zmínky o výrobě alkoholu konkrétně v egyptském pivovaru. Předpoklad užívání čaje v Číně je datován 3000 let před Kristem. Z roku 2500 před Kristem se dochoval doklad o požívání makových semínek mezi obyvateli, kteří obývali Jezerní oblasti dnešního Švýcarska. Z těchto krátkých úryvků je více než zřejmé, že užívání drog je opravdu záležitostí lidstva již odjakživa (Lindesmith, 2008; Zábranský et al., 1997).

Nyní se přesuneme do námi bližšího období a přeletíme značně o pár staletí dál. Ve 20. století dochází k značnému nárůstu množství návykových látek, které si člověk zvládne vyrobit sám, a to drobnou úpravou přírodních zdrojů nebo výrobou zcela nových. Některé z nich sloužily k ovlivňování pocitů a vjemů. Nástup 20. století značně urychlil trojúhelník individuum – společnost – droga a vzájemné působení těchto činitelů na sebe. S příchodem našeho století droga ovlivnila spuštění a rozmach sociálních katastrof (Ondrejko et al., 1999).

Posledních dvacet let 20. století si jednotlivé drogy ve světě kráčí cestou relativně vyrovnaného zastoupení. Protidrogová politika se zasazuje o narůstající represe. Tento trend existuje především v USA a z části je přebírán i v Evropě. Odchytkou můžeme spatřit například v tzv. holandském modelu protidrogové politiky. Až hrozba šíření viru HIV rozpoutává ve společnosti zřetel k účinnější prevenci a rozvoji strategie Harm Reduction, což se již ukazuje v politických dokumentech EU (Kalina et al., 2003a).

## 1.2 Rozdělení a účinky drog

Klasifikace drog mohou vypadat u každého z autorů poněkud odlišně, podobně či blízce. Kalina spolu s kolektivem (2008) říká, že drogy můžeme dělit podle účinku na psychiku či podle míry rizika. Nyní si uvedeme tyto dvě kategorie dělení drog. **Rozdělení drog podle účinku na psychiku** bere v potaz pokaždé hlavní účinek látky v běžně zneužívaném množství:

- **tlumivé látky** (narkotika) zpomalují psychomotorické tempo – malé množství zklidní, vyšší přivolá spánek, kóma, až zástavu životních funkcí,
- **psychomotorická stimulancia** odstraní u člověka únavu, urychlí myšlenkové tempo, aktivují motoriku,
- **halucinogeny** způsobují změny vnímání od prostého zostření až po stavy podobné schizofrenii.

Dále se ještě krátce zaměříme na **dělení drog podle míry rizika**, které je jedním z nejproslulejších a mediálně nejpoužívanějších dělení. Rizika, která přináší užívání těchto psychoaktivních látek, se odráží především v oblasti tělesné, duševní a sociální. Řadíme sem:

- „**tvrdé**“ **drogy**, což jsou látky s vyšší mírou rizika,
- „**měkké**“ **drogy** charakterizujeme jako látky s nižší mírou rizika (Kalina et al., 2008).

Nyní se v naší práci zaměříme na jednotlivou charakteristiku drog, která obsahuje především informace o definici a popisu drogy, jejím rozšíření, způsobech aplikace, účincích, a to jak pozitivních, tak negativních, rizicích, která jsou spojená s užíváním, možnostech léčby a dalších údajích o jednotlivých návykových látkách.

### 1. Alkohol

Alkohol neboli etanol či etylalkohol se řadí do skupiny látek, které nazýváme alkoholy. Vzniká kvašením cukrů. Můžeme jej označit jako chemickou látku, která se vyskytuje v pivu, vínu a lihovinách, které se v naší společnosti běžně užívají. Známe je již od samotného starověku. Nebezpečným prvkem je zde etylalkohol neboli etanol. Společně s nikotinem patří mezi drogy legální. Jestliže se bavíme o alkoholu, vždy se jedná o nápoje, které jsou z největší části směsí vody a lihu. Psychotropní účinek nastává za pomoci ovlivnění několika neurotransmitterových systémů (Kalina et al., 2008; Kolektiv autorů sdružení SANANIM, 2007).

Alkohol se vyskytuje po celé naší zeměkouli a způsob jeho užití je per os (ústí, orálně). Alkohol se dobře a rychle vstřebává v trávicím traktu a prochází do mozku. Jsou i jiné možnosti užití alkoholu, ale ty nejsou zcela běžné (Kalina et al., 2008; Kolektiv autorů sdružení SANANIM, 2007).

Účinek alkoholu je odvozen od dávky, kterou osoba požije, a dalších faktorů, jako je vliv prostředí nebo třeba dispozice. Stav po užití alkoholu se většinou jeví jako prostá opilost. Malé množství působí stimulačně, vyšší tlumivě. Alkohol má vliv na centrální nervový systém. Na začátku přichází zlepšení nálady, pocit sebevědomí a energie, posléze se dostáváme ke ztrátě zábrán a snížení sebekritičnosti. Poté už přichází pouze únava, útlum a spánek. Otrava alkoholem má čtyři stupně v závislosti na hladině alkoholu v krvi. Jsou jimi lehká opilost, opilost středního stupně, těžká opilost, těžká intoxikace se ztrátou vědomí, hrozící zástavou dechu a oběhu (Kalina et al., 2008; Kolektiv autorů sdružení SANANIM, 2007).

Nežádoucí účinky, které alkohol má, můžeme dělit na krátkodobé a dlouhodobé. Mezi krátkodobé můžeme zařadit poruchu rovnováhy, svalové napětí, zpomalení reakčního času, nevolnost, zvracení, poruchy chování s agresivitou, snížená sebekritičnost, riskantní chování. Při větších otravách může dojít k poruše vědomí, až smrti. Zajímavým a výjimečným účinkem je patická opilost. Co se týká dlouhodobých nežádoucích účinků, tak sem můžeme řadit poškození gastrointestinálního traktu – poruchy trávení a průjmy, poškození jater, funkční a orgánové poškození oběhového systému, poruchy krevetvorby, anémie, poruchy spánku, úzkostně-depresivní stavy, poškození endokrinního systému a další neblahé účinky (Kalina et al., 2008; Kolektiv autorů sdružení SANANIM, 2007).

## 2. Opioidy a opiáty

Můžeme je charakterizovat jako tlumivé látky se zřetelným euforickým efektem. Název této skupiny látek je odvozen od sušené šťávy z nezralých makovic (opia). Nejdůležitějšími přírodními reprezentanty jsou alkaloidy, morfium a kodein. Pro adiktologii jsou z polosyntetických a syntetických látek důležité heroin, buprenorfin, metadon a braun. Zneužívání těchto látek na lékařský předpis je docela časté. V medicíně jsou obvykle aplikovány k tlumení bolesti. Účinek opioidů může být ztráta vnímání bolesti, euforie, uklidnění ale i útlum dechu či závislost. Fyzická závislost zde vzniká velmi rychle (Kalina et al., 2008; Kolektiv autorů sdružení SANANIM, 2007; Mahdalíčková, 2014).



U nás v České republice se nejvíce užívá v podobě heroinu, který je celosvětově nejrozšířenější drogou této skupiny. Samotné užívání se nejvíce projevuje formou podání do žíly, inhalací po zahřátí na alobalu, ústním podáním, kouřením v cigaretách či jiné další méně pravidelné možnosti. Základní účinek, který se očekává, je zklidnění a příjemná euforie, ke které se pojí pocity tepla a snížené vnímání tělesných pocitů. Jedinec pociťuje většinu činností jako příjemnou, nebo k nim má nevšimavý vztah. Opioidy mají značné analgetické účinky (Kalina et al., 2008; Kolektiv autorů sdružení SANANIM, 2007; Mahdalíčková, 2014).

Krátkodobými účinky jsou celkový útlum nervového systému, pokles aktivity řasinkového epitelu v dýchacích cestách, dráždění zóny vyvolávající zvracení, zvracení samotné, svědění, pokles tělesné teploty, zúžení zornic, zpomalení srdečních aktivit, zácpa a jiné další. Nyní se přesuneme k dlouhodobým účinkům, mezi které patří vznik závislosti psychické i fyzické, stoupaní tolerance k účinkům a celkové poškození organismu (Kalina et al., 2008; Kolektiv autorů sdružení SANANIM, 2007; Mahdalíčková, 2014).

### 3. Stimulancia

Stimulancia, psychomotorické stimulancia nebo také budivé látky. Nazývají se tak, protože povzbuzují centrální nervovou soustavu a zvyšují duševní i tělesný výkon. Jejich aplikace způsobuje různou míru stimulace organismu od pocitu svěžesti až po nekontrolovatelné vzrušení. Do skupiny nelegálních stimulačních drog patří kokain, pervitin a extáze (MDMA), mezi legální můžeme zařadit látky s daleko slabším efektem, jako je káva a čaj. Způsob užití nelegálních drog probíhá nejčastěji formou injekční aplikace, především nitrožilní. Časté je také dostávání látky přímo do nosní sliznice (intranazální užití). Méně častý způsob je inhalace nebo užití ústy. V případě, kdy máme kokain v podobě cracku, je typické kouření (Kolektiv autorů sdružení SANANIM, 2007; Kalina et al., 2008; Illes, 2002).

Účinky budivých látek zrychlují myšlení, likvidují únavu, usnadňují sdružování a zvyšují výřečnost. Aktivizují pocity síly a energie. Běžným symptomem je nechutenství, které dokáže vyústit ve zredukovaný příjem jídla. Z krátkodobých nežádoucích účinků uvedeme sucho v ústech při otravě, zvýšené pocení, bolesti na hrudi, vysoká zátěž, na kterou navazuje nadměrné vyčerpání organismu, stav útlumu s nepříjemnými pocity, pohybové stereotypy, pocity pronásledování a ohrožení, strach a úzkostné prožívání nebo také vysoké soustředění na nějakou, mnohdy nesmyslnou aktivitu. Z dlouhodobých nežádoucích účinků můžeme

jmenovat nápadné zhubnutí, vznik závislosti a halucinace, především sluchové, a bludy (Kolektiv autorů sdružení SANANIM, 2007; Kalina et al., 2008).

Rizikem při užívání je především velká zátěž pro kardiovaskulární systém. Při intoxikaci dochází k akutnímu selhání srdce, což může skončit smrtí osoby. Starší osoby mohou po užití dávky pervitinu dostat infarkt myokardu. Pravidelné užívání v malém množství či jednorázová velká dávka může způsobit toxickou psychózu. Používání nesterilních materiálů, jako jsou injekční stříkačky, vede k infekcím, nákaze virovou žloutenkou a HIV (Kolektiv autorů sdružení SANANIM, 2007).

#### **4. Halucinogenní drogy**

Halucinogeny mají široké rozpětí chemicky odlišných látek, které působí na mozek tím, že pozměňují naše vnímání okolního světa. Deformují realitu, a to jak vnímání sluchové, zrakové, čichové, tak i hmat. Zajímavé je, že uživatelé často říkají, že se účinky projevují tím, že „vidí“ zvuky nebo „slyší“ barvy. Vidiny zapříčiněné těmito silnými drogami mohou být jak nádherné a optimistické, tak i děsivé. Uživatel si ve většině případů uvědomuje, že halucinace nejsou skutečné, ale někdy u určitých typů tomu tak bohužel není. Na každého člověka droga působí jinak. Toto působení se odráží od psychického rozpoložení osoby, drogy samotné a okolí uživatele. Spousta z těchto drog se běžně vyskytují v rostlinách rostoucích v lesích, pralesích i pouštích. Nejvíce rostlin s halucinogenními účinky nalezneme v jihoamerických deštných pralesích. Nejznámějšími halucinogeny jsou LSD, DMT, meskalin, houby, ketamin, ibogain, durman, PCP (andělský prach). Běžně jsou halucinogeny užívány ústy, jen PCP je většinou kouřen (Illes, 2002; Shapiro, 2005; Ondrejko et al., 2009).

Nežádoucí krátkodobé účinky jsou bad trip (nežádoucí průběh intoxikace s pocity úzkosti, paniky, paranoi či halucinacemi), stavy derealizace a depersonalizace, flashback (návrat stavu bez užití drogy), nevolnost, zvracení, přetrvávající psychotické a depresivní stavy. Dlouhodobé nechtěné účinky mohou být změny osobnosti, sklony k magickému výkladu dění, podivnost hraničící až s psychotickým stavem, organické poškození (Kalina et al., 2008).

#### **5. Konopné drogy**

Konopné látky jsou přírodní drogy, které jsou produkovány z konopí a patří mezi látky s halucinogenním účinkem. V naší zemi nejčastěji užíváme rostliny, které vypěstujeme zde, ale jistá část se dováží ze zahraničí. Konopí se daří prakticky všude, a tak jej můžeme

pěstovat i v našich podmínkách. Marihuana je usušené květenství rostlin, kdežto hašiš je usušená pryskyřice z té samé rostliny. Obě varianty drogy obsahují látky vyvolávající řadu jednotlivých účinků, které se v kompletním projevu mohou značně lišit (Hajný, 2001; Kalina et al., 2015).

Mezi účinky marihuany můžeme zařadit okamžiky euforie, smích mnohdy z neodpovídajících důvodů, zvýšenou citlivost na jisté podněty (výraznější vnímání hudby, zvuků, barev nebo chutí), zpomalené nebo zrychlené myšlení, změna v souhře pohybu. V některých případech mohou místo pocitů euforie nastat pocity úzkosti, zmatku a deprese. U aplikace marihuany a hašiše se u mnoha skupin uživatelů vyskytuje „kultura“ užívání, kdy mají své rituály při sklizni či zpracování nebo jejím kouření. Jiní uživatelé ji ovšem berou jako drogu, která mění vědomí, a kombinují ji s alkoholem nebo jinou omamnou látkou (Hajný, 2001).

Doba účinku marihuany se odlišuje. Hlavní účinky mizí do dvou hodin, ale mohou zůstat celý den v jistých pocitech neskutečnosti, změněném denním rytmu a pozornosti. Při aplikaci prostřednictvím jídla je nástup pomalejší, ale účinky trvají značně déle. Užití marihuany a hašiše probíhá nejčastěji formou kouření – v ubalené cigaretě, ve speciální dýmce či vodní dýmce. Můžeme aplikovat i do jídla či nápojů. Marihuana se nejčastěji distribuuje mezi mladými lidmi nejlépe v období podzimu, kdy se sklízí a suší (Hajný, 2001).

Mezi krátkodobé nežádoucí účinky můžeme zahrnout sucho v ústech, hlad, změnu vnímání času, stavy zmatenosti, poruchy krátkodobé paměti, zhoršení jemné motoriky, úpadek pozornosti, prodloužení reakčního času v době intoxikace, zhoršení úsudku, halucinace, psychotické prožitky, zrychlení srdeční činnosti. Co se týká dlouhodobých nežádoucích účinků, tak zde můžeme říci, že denní užívání této látky s sebou nese pomalost, hloubavé zabývání se detaily a poruchy krátkodobé paměti (Kalina et al., 2008).

Mezi rizika užívání konopných látek patří úrazy či dopravní nehody pod vlivem drog, riziko rozvinutí doposud latentní závažné psychické poruchy (schizofrenie), snížená koncentrace a krátkodobá paměť, větší pravděpodobnost rozšíření užívání o další omamné látky, omezení zájmů, sociální a kulturní perspektivy. Psychická závislost vzniká jen velmi výjimečně a tělesná závislost u těchto látek nevzniká (Hajný, 2001; Kalina et al., 2008).

## **6. Analgetika, sedativa a trankvilizéry**

Analgetika můžeme charakterizovat jako látky, které s dostatečnou schopností snižují vnímání bolesti. Bolest má pro nás důležitý význam, jelikož upozorňuje organismus

na možnost poškození a upozorňuje na přítomnost nemoci. Bolest ztrácí svůj smysl v případě, že nemocného vysiluje. Analgetika můžeme rozdělit na dvě skupiny, a to na opioidní analgetika a nesteroidní antiflogistika – NSA (Kalina et al., 2003a).

**Opioidní analgetika** se používají k tišení středně silné až silné bolesti a působí pravděpodobně přímo v CNS. Jde o bolest pooperační, poúrazovou a u onkologicky nemocných. NSA působí v místě bolesti, v němž se tvoří zánětlivá reakce. Používají se k zmírnění nižší až středně silné bolesti. Spadá sem bolest kloubů, svalů, nenahraditelné jsou při léčbě revmatických onemocnění. **Sedativa** mají všeobecně zklidňující účinek. Sem patří látky jako barbituráty, bromidy a nějaké rostlinné drogy, samozřejmě lékařské. V současné době už těchto látek užíváme ve zdravotnictví zřídka, jelikož byly nahrazeny bezpečnějšími léky. Za sedativa můžeme také považovat hypnotika, což jsou „léky na spaní“. Hypnotika jsou léky, které vyvolávají ospalost a způsobují spánek. Prakticky negativním způsobem ovlivňují naši bdělost. Závěrem si charakterizujeme **trankvilizéry**, které kladným způsobem ovlivňují náladu. Snižují a odstraňují úzkosti, napětí a strach (Kalina et al., 2003a; Kolektiv autorů sdružení SANANIM, 2007).

Jako krátkodobé nežádoucí účinky si uvedeme ospalost, únavu, prodloužení reakčního času, poruchy koordinace pohybů, úbytek svalového napětí, poruchy paměti, stavy zmatenosti, stavy vzteku až agresivity, ztráta motivace, ochabnutí dechového centra. Při dlouhodobém užívání dochází k poruše kognitivních funkcí a může nastoupit rebound efekt (obnovení příznaků, poté co se přeruší nebo sníží jejich umělé tlumení) neboli efekt zpětného rázu (Kalina et al., 2008).

## 7. Léky vyvolávající závislost

Skupina návykových látek prezentovaná v Mezinárodní klasifikaci nemocí pod pojmenováním F-13 se vztahuje kromě sedativ i hypnotik k dalším lékům, které u jejich uživatelů mohou přivodit závislost. Radíme sem především léky s opioidním a benzodiazepinovým účinkem. Spadají sem analgetika, hypnotika, sedativa a anxiolytika. Tyto léky se vyskytují samostatně nebo ve směsi různých látek. Ústředním společným účinkem těchto látek je útlum centrální nervové soustavy. Po jejich aplikaci nastává postupující ospalost, otupělost, celkový útlum s rozmazanou blábolivou řečí. Při předávkování může dojít k hlubokému bezvědomí (Kalina et al., 2003a).

Užívání může způsobit psychickou i fyzickou závislost na určité návykové látce, a to i u těch osob, které ji dostávají na lékařský předpis jako lék. Pokud dojde k absenci užívání léků,

může se dostavit odvykací syndrom, který je typický neklidem, nespavostí, zvýšenou mrzutostí až agresivitou, případně nárůstem nebo znovuobjevením bolestí, především po vysazení léků. Nežádoucí účinky, které bez léků nastanou, můžeme vytyčit jako bolest svalů, křeče v trávicí soustavě, třes, průjem, naježení chlupů či vlasů, zhoršení prostorového vidění, úpadek pozornosti, ve výjimečných situacích epileptický záchvat (Kalina et al., 2003a).

Zneužívání léků a závislost na nich je připisována mladistvým a mladým pacientům, ale největší skupinu, která má s tímto problémy, tvoří lidé ve středním, popřípadě vyšším věku. Z tohoto důvodu je možná věnována této problematice menší až nedostatečná pozornost (Kalina et al., 2003a).

### **8. Těkavé látky**

Čichání je jedním druhem drogové závislosti. Zneužívány jsou látky jako ředidla, lepidla, benzín, aceton, éter, toluen a další chemické látky, které se vyznačují těkavým charakterem. Látky jsou vysoce hořlavé a těkavé, mají žlutavou barvu, jsou-li čerstvé, voní sladce a po ovoci, po delším skladování nepěkně páchnou. Očekávaným účinkem je okamžik euforie, změněné vnímání at' už barev či zvuků. Tyto změny vnímání se mohou projevit formou, která hraničí s halucinacemi. Těkavé látky jsou běžně dostupné v obchodech. Čichači je aplikují vdechováním z napuštěné látky, igelitového pytlíku či přímo z nádoby. V případě, že není vdechovaná látka odstraněna v pravý čas z blízkosti dýchacích cest, může dojít k úmrtí. Při vdechování se náležité látky dostávají okamžitě do mozku, a tak může nastat nevratné poškození mozkových buněk (Hajný, 2001; Mahdalíčková, 2014; Tyler, 2000).

Vyplývající zdravotní rizika zahrnují poškození sliznic a dýchacího aparátu, možná poškození mozku a srdečního svalu, poruchy jaterní činnosti, degradace osobnosti, jednoduchá předávkování, těžké otravy, psychickou závislost, ztráty vědomí či smrt (Hajný, 2001; Mahdalíčková, 2014).

### **9. MDMA a jiné drogy „technoscény“**

Taneční drogy jsou skupinou syntetických látek, které se s oblibou užívají především na akcích s reprodukcí elektronické hudby. Nejvýznamnějšími představiteli jsou extáze neboli MDMA a látky jí blízké. Extáze patří mezi nejrozšířenější drogu, která se užívá mladými lidmi na tanečních party po celém světě. Drogu aplikujeme zpravidla ústně, v některých případech injekčně či jiným způsobem (Kalina et al., 2008).

Výsledky užívání se v určitých fázích mění. V první fázi přichází neklid a mírná zmatenost, která ve druhé fázi mizí a přichází klid a pohoda, stres se ztrácí a zlepšuje se nálada osoby. Pokud je droga užívána v páru či skupině, nastupují pocity empatie a lásky, dochází k nárůstu komunikativnosti a osoby mají potřebu se dotýkat druhého. Extáze se vyznačuje mírnou intoxikací, halucinace jsou zcela nepravděpodobné, slabým zostřeným vnímáním a celkovým psychickým a fyzickým povzbuzením (Kalina et al., 2003a; Kalina et al., 2008).

Krátkodobé nechtěné účinky, které droga má, se dají shrnout takto: nevolnost, zvracení při nástupu účinků, zesílené napětí kosterního svalstva, u mužů může klesnout schopnost erekce a oddaluje se ejakulace, pocení, sucho v ústech, snížená potřeba spánku, nechutenství, bolesti hlavy, dále druhý až třetí den po aplikaci přichází kocovina v podobě únavy, bolesti svalů a kloubů a také nastává zhoršení nálady. Do dlouhodobých negativních účinků spadá poškození imunitního systému a serotoninergních nervových zakončení (Kalina et al., 2003a; Kalina et al., 2008).

Zmíníme i rizika užívání těchto látek, protože zde hrozí mimořádně velké nebezpečí, pokud látku kombinujeme s dalšími drogami či léky. Co je podstatné říci, že zde nedochází k smrtelnému předávkování i přesto, že je dávka extrémně vysoká. Ke smrti dochází většinou v případě kombinování s jinými látkami. Velmi nebezpečné jsou poruchy tepelné regulace, které jsou při užívání látky běžné. Člověk nemá pocit žízně a může u něj dojít k přehřátí organismu, především u tance, kdy člověk vyrábí velké množství tepla. Závěrem dochází k poškození vnitřních orgánů, což může vést ke smrti. Ochranou je v tomto případě dodržování pitného režimu a soustavné doplňování tekutin (Kolektiv autorů sdružení SANANIM, 2007).

### **10. Tabák a závislost na tabáku**

Jediná složka, která je v tabáku návyková a pro nás nejdůležitější, je nikotin. Můžeme jej popsat jako bezbarvou tekutinu, bez zápachu. Dávka 80 mg je pro člověka smrtelná. Vcelku rychle zde vzniká tolerance. Zprvu jde o psychosociální závislost, ale po určitém čase vzniká i fyzická závislost na tabáku, tedy vlastně závislost na nikotinu (Illes, 2002; Kalina et al., 2003a).

Obvyklým způsobem užívání tabáku je kouření, v menší míře ústně (žvýkáním) nebo užití nosem. Pojídání a pití odvarů taktéž patří mezi běžný způsob aplikace. Kouř se vstřebává dutinou ústní, anebo z plic. Nástup účinku při vstřebávání nikotinu v plicích je velmi rychlý, asi 10 sekund, u vstřebávání přes dutinu ústní či nosní je nástup účinků pomalejší. Rituál

kouření cigarety je často mnohem silnějším faktorem vzniku závislosti než samotný nikotin. Jedním ze zásadních faktorů vzniku závislosti je sensorický efekt užívání a také psychosociální složka, která zahrnuje osobní i skupinové rituály spojené s kouřením (Kalina et al., 2008).

Účinky, které nikotin poskytuje, můžeme definovat jako zvýšená bdělost, soustředěnost a paměť, likviduje podrážděnost a agresivitu, snižuje chuť k jídlu, brání zvyšování tělesné hmotnosti. Mezi nežádoucí účinky patří výčet těchto bodů: vysoké vylučování slin, žaludečních šťáv a potu, překrvení oblasti vnitřních orgánů, zkrácení doby srážení krve, dráždění dýchacích cest, potenciální problémy u dýchacího a trávicího traktu, problémy s krevním oběhem, bušení srdce, nepravidelný tep, vzestup krevního tlaku, u mužů pokles potence, u žen narušení menstruace, poruchy nervového systému, poruchy soustředění a spánku, neklid a další spousta negativ, která nikotin přináší (Nešpor a Csémy, 1997; Illes, 2002; Kalina et al., 2008).

Na léčbu má velký vliv osvěta, poradenství a psychologická podpora. Z oblasti lékařské intervence je to možnost přechodného nahrazení nikotinu (žvýkačky, náplasti) ke zvládnutí odvykacího stavu (Kalina et al., 2008).

### **1.3 Kategorizace uživatelů**

V této podkapitole si rozdělíme uživatele drog do jednotlivých kategorií a pro lepší vzhled do problematiky si je podrobněji charakterizujeme. V charakteristice se zaměříme na životní styl, sociální status, rodinu, perspektivy a cíle, chování, vztahy, hodnoty či osobnost jedince. Prostřednictvím tohoto dělení můžeme vidět, jak se osoba mění a vyvíjí ve spojitosti s drogou.

#### **1) Experimentátor**

Můžeme takto nazvat člověka, který drogy zkouší, což v tomto případě znamená, že sporadicky a příležitostně užívá různé drogy a typy drog. Droga je užívána pro relaxaci a nedochází ke zvyšování dávek. Veškeré aktivity a zájmy, které měl člověk před experimentováním s drogou, si nadále zachovává a věnuje se jim (Kalina et al., 2003a; Hajný, Klouček a Stuchlík, 1999).

Experimentátor si udržuje svůj sociální status, který ještě není drogou nijak ohrožen. Droga mu nemění vztah k sociálním skupinám, ve kterých se pohybuje. Ke stávajícím skupinám je

otevřený a posiluje si v nich své místo. Okolí ho přijímá a on má možnost nadále ve skupině růst a rozvíjet se (Hajný, Klouček a Stuchlík, 1999).

Vztahy jedince s rodinou se nějakým rapidním způsobem nemění, někdy sice může dojít k malým a nepatrným rozporům, ale ty se zase urovnají zpět do pozitivní roviny jako dřív. Jestliže v tomto období rodina přijde na to, že její člen experimentuje s drogou, má ještě velkou možnost na něj kladně působit. Dokáže jedince nasměrovat ke změně tak, aby se nemuseli všichni členové bát hrozících následků, které droga skýtá. Atmosféra v rodině je demokratická, tudíž si každý člen rodiny nese stejný díl zodpovědnosti za společné soužití (Hajný, Klouček a Stuchlík, 1999).

Osoba dosahuje cílů, které jsou pro ni ať už z krátkodobé či dlouhodobé perspektivy zásadní a důležité. Droga zde zatím nemá žádný vliv na parazitování dílčích či hlavních cílů, které stojí v ohnisku zájmu uživatele. Osoba soustavně pracuje na dosažení cílů a obtíže, které nastanou, vnímá jako normální součást procesu (Hajný, Klouček a Stuchlík, 1999).

Osoba i přes menší experimentování s drogou je stále schopná bez výrazných změn adekvátně reagovat na objevující se zátěžové situace. Schopnost přiměřeně reagovat a adaptovat se zůstává stejná. Neodpovídajícím reakcím na obtížné situace není dán průchod, protože se jedinec dokáže ovládat (Hajný, Klouček a Stuchlík, 1999).

Osoba dokáže adekvátně rozumět sobě a svému okolí. Má tendenci sledovat a zajistit své bezpečí. Skvěle navazuje potřebné vztahy a chápe hranice své i ostatních. Emoční naladění osobnosti je více v normě stability, bez značných sklonů k vzteku nebo impulzivitě (Hajný, Klouček a Stuchlík, 1999).

## 2) Uživatel

Je to osoba, která již není zdrženlivá a omamné látky užívá pravidelně. Toto užívání již ovlivňuje její životní styl a můžeme jej označit za škodlivé. Škodlivé užívání návykových látek charakterizujeme jako způsob užívání dané látky, který poškozuje zdraví uživatele. Poškození se projevuje buď v rovině duševní, anebo tělesné. Nad požíváním omamných látek již nemá takovou kontrolu a dopracovává se do stavu, kdy on sám nebo jeho okolí těžko ovlivní změnu, která vede k odpoutání se od návykové látky. Rizika, která z užívání drogy mohou vyvstat, zlehčuje. Droga již slouží jako útěk z nepříjemných životních situací. Dřívější relaxační účel drogy se dávno ztrácí a nastupuje nový, kterým se docílí odpoutání od reality a úniku od problémů (Radimecký, Janíková a Daněčková, 2007; Kalina et al., 2003a; Hajný, Klouček a Stuchlík, 1999).



V důsledku užívání návykových látek dochází ke změně sociální pozice jedince, která se odvíjí od změny pohledu uživatele na svět a jeho místa v něm. Již je mnohem těžší si udržet svoji sociální pozici, protože musí být vyvinuta k jejímu udržení mnohem větší energie a úsilí (Hajný, Klouček a Stuchlík, 1999).

V rodinném kruhu nastávají stále častější hádky a konflikty, které jsou vyvolané kvůli užívání drog či z jiných důvodů. Rodina jako zázemí ztrácí svoji důležitost a nemá již schopnost působit na změnu uživatele k lepšímu. Citový vztah s rodinou se začíná rozpadat a uživatel se s rodinou sblíží pro materiální výhody. V rodině dochází k neklidu a napětí, které působí na všechny její členy. Rodina se může dostat do situací, kdy bývá uživatelem vydírána, a přicházejí značné problémy, které se nabalují. Mnohdy dochází na sliby nápravy ze strany uživatele, ale ty jsou stejně prázdné a bez činů (Hajný, Klouček a Stuchlík, 1999).

Cíle a perspektivy si uživatel nadále udržuje správným směrem, i když se spíše zaměřuje na ty krátkodobé, ze kterých má aktuální uspokojení a užitek. Cíle jsou spíše nepřesné, neurčité a neosobní. Plnění povinností je pro jedince čím dál tím složitější a nedokáže již vyvíjet k jejich splnění takové úsilí jako dříve. Především pokud se jedná o povinnosti, které nepřinášejí okamžitý zisk, nebo je jejich dosažení bráno jako nejisté (Hajný, Klouček a Stuchlík, 1999).

V chování jedince se začínají ukazovat značné změny, které jsou zapříčiněné užíváním návykových látek. Jedinec se projevuje impulzivně, výbušně a není tak spolehlivý jako dřív. Chování začíná být těžce předvídatelné a nepřiměřené. Dochází k ztrátě zájmu o předtím pro něj naplňující aktivity (Hajný, Klouček a Stuchlík, 1999).

V osobnosti uživatele dochází k jistému rozladění a vnitřnímu nesouladu, který ovšem potlačuje užíváním návykových látek, které ho dostanou opět k pozitivnímu naladění. Emoce jedince se houpají na vlnách příjemných a nepříjemných. Hůře se již reaguje na zátěžové situace. Můžeme spatřovat taktéž jistou nezdrženlivost v těžkých situacích. Uživatel se propracovává k nestabilnímu emočnímu ladění a je náchylný k rostoucímu výskytu stresových stavů, které zvyšují jeho celkovou podrážděnost (Hajný, Klouček a Stuchlík, 1999).

### **3) Zneuživatel**

Životní styl člověka se zcela mění a jeho život se již točí především okolo konzumace drog. V této fázi se uživatel stává závislým na návykové látce. Takže většina času je věnována obstarávání potřebných dávek drogy a ostatní aktivity jsou již buď nemožné, nebo jsou

naprosto sníženy. Náplň života je dosti jednostranná a chudá, protože veškerý čas je věnován drogám nebo jejich získání (Radimecký, Janíková a Daněčková, 2007; Kalina et al., 2003a; Hajný, Klouček a Stuchlík, 1999).

Jedinec ztratil veškeré předchozí sociální pozice. Pozice, ve kterých se momentálně nachází, jsou ty, co se z hlediska rodiny nebo společnosti ukazují jako nepřijatelné. Definuje je jako antisociální pozice se sklony ke kriminálnímu jednání. U jedince dochází k narušování jeho stability (Hajný, Klouček a Stuchlík, 1999).

Rodina se v této situaci staví do dvou pozic. Může chápat jejich člena jako nemocného a snaží se mu pomoci, anebo naopak netoleruje tuto situaci a zcela odmítá jakýkoliv kontakt či spolupráci s ním. Rodina velice těžko hledá k jedinci cestu, jelikož mu již příliš nevěří kvůli předchozím špatným zkušenostem a lžím. Rodinné vazby bývají zcela přetřhány. Uživatel se dostává do role toho nejhoršího člena a je buď akceptován jako nemocný člověk, nebo nenáviděn (Hajný, Klouček a Stuchlík, 1999).

Perspektivy a cíle, které kdysi osoba měla, se již stávají naprostou minulostí. Jediné, co člověka opravdu zajímá, je primárně droga a to, jak se k ní dostat. Jeho čas se smršťuje na nejbližší hodiny nebo dny v souvislosti s množstvím omamné látky, kterou vlastní. Osoba o cílech pouze hovoří, ale ve skutečnosti se nepokouší jich dosáhnout (Hajný, Klouček a Stuchlík, 1999).

Uživatel upřednostňuje především sebe bez ohledu na pocity druhých. V chování se projevuje parazitování na druhých, silné manipulativní sklony a neschopnost pohledu na sebe samotného. Pokud se najde někdo, kdo nesouhlasí s chováním uživatele, tak je proti němu okamžitě vedeno nepřátelské chování. Chování lze popsat jako nadměru uvolněné, spokojené a impulzivní při střetnutí se s jakoukoliv překážkou. Veškeré hranice a zábrany již osobu opustily. Svědomí osoby se zcela vytratilo (Hajný, Klouček a Stuchlík, 1999).

Nutkavě-nezdrženlivý uživatel již nedokáže zcela náležitě vnímat trest, vinu či odměnu. Nezvládá ovládat své chování. Osobnost jedince je velmi egocentrická a vytrácí se veškerá empatie. Existují už jenom dvě strany mince vnímání světa. Buďto svět dobrý (intoxikace), nebo špatný (abstinence). Jedinec už se nezvládá přizpůsobovat. Osobnost se charakterizuje především nezdrženlivostí, neklidem a nutkavostí. Pocity jsou napjatě dráždivé, což zapříčiňuje působení stresujících činitelů a je narušena schopnost osobnosti ke stabilizaci a klidu (Hajný, Klouček a Stuchlík, 1999).

První kapitola seznamuje čtenáře s problematikou drog samotných, dále s historií užívání drog, rozdělením a účinky drog i klasifikací uživatelů drog. Snaží se charakterizovat pojem droga, popsat její základní vlastnosti a rozdělit ji do skupin na legální a nelegální, které jsou z hlediska společnosti nejvíce známé. Kapitola si klade za cíl čtenáře dostatečně informovat a seznámit s podstatnými pojmy, které se vyskytují v naší práci. V první podkapitole se v práci lehce dotýkáme užívání drog napříč historií. Zaměřujeme se především na počáteční zmínky o objevení drog a poté se přibližujeme současnosti. Druhá podkapitola blíže rozpracovává dělení drog a jejich podrobnější popis. Detailněji objasňuje alkohol, opioidy a opiáty, stimulancia, halucinogenní drogy, konopné látky, analgetika, sedativa a trankvilizéry, léky vyvolávající závislost, těkavé látky, MDMA a jiné drogy „technoscény“, v neposlední řadě i tabák a závislost na něm. Poslední podkapitola vysvětluje kategorizaci uživatelů drog a snaží se čtenáři blíže popsat experimentátora, uživatele a zneuživatele.

## 2 DROGOVÁ ZÁVISLOST

Drogová závislost je závažným onemocněním. Vyznačuje se naléhavou touhou po účincích drogy, kterou osoba užívá, i když ví, že si tímto přivozuje mnoho negativních potíží. K závislosti se člověk zpravidla propracuje od experimentování, postupem času až v pravidelné užívání drogy. Hajný (2001) ve své knize uvádí tři znaky, které dohromady napovídají, že osoba má vážné problémy s drogou:

### 1) Pravidelné užívání

Tento člověk si drogu bere soustavně, mnohdy v určitých okamžicích jako například v sobotu večer, každý víkend, když jde na rande, když se rozzlobí, aby nebyl smutný nebo v jiných případech. Na počátku to má vždy konkrétní a pochopitelný důvod, ten ale postupem času přestává být důležitý. Příčinou se stávají i další věci. Konečným stádiem pravidelného užívání je každodenní užívání drog. V této etapě již nemá smysl hledat nějaké aktuální důvody užívání drogy. Osoba se již pohybuje v začarovaném kruhu, ze kterého není lehké uniknout, a bez zásadního životního rozhodnutí může jen těžko dojít v nejbližší době k nějakému rozhodnutí a změně závislého chování. Závěrem je důležité zdůraznit, že každodenní užívání je až posledním stupněm, tudíž jako pravidelnost užívání můžeme chápat i aplikování jednou týdně (Hajný, 2001).

### 2) Pokusy, sliby a předsevzetí, že již drogy brát nebude

Psychické a fyzické změny, předělaný životní styl, finanční potíže, změny ve vztazích s blízkými – toto všechno vede po určitém čase k tomu, že uživatelé drog začnou uvažovat o omezení nebo úplném ukončení užívání. Tato rozhodnutí obvykle vypovídají o tom, že problémy, které si zapříčinili, je potřeba řešit. Sliby jsou často pokusem odstranit pozornost a kritiku druhých lidí. Podstatným atributem závislosti je to, že zůstává pouze u těchto slov a plánů. K opravdové a stálé změně nedochází. Závislý jedinec ovšem dokáže důvěryhodně předstírat, že se mu daří. K zjištění pravdivých skutečností a jeho pokroků je třeba si výsledky jeho úsilí hlídat (Hajný, 2001).

### 3) Neschopnost přestat užívat i tváří v tvář zřejmým negativním důsledkům

Osoba závislá na návykových látkách mění svým chováním život nejenom sobě, ale i své rodině a blízkým. Obvykle závislost přináší problémy. Jsou to gradující problémy ve škole, zaměstnání, rodině či partnerských vztazích. Dochází mnohdy k nedostatku peněz či změně přátel a známých. Mohou se objevit i zdravotní potíže. Jestliže dále užívá drogy i přes to,

že si je vědom negativních dopadů svého chování, rozumí vztahu mezi drogou a těmito problémy, můžeme konstatovat, že splnil další znak závislosti (Hajný, 2001).

Pro lepší a komplexnější vysvětlení ještě uvedeme definici závislosti podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, kterou ve své knize zmiňuje Nešpor (2018). Syndrom závislosti je soubor fyziologických, kognitivních a behaviorálních jevů, ve kterých má aplikování nějaké látky nebo třídy látek u určité osoby mnohem větší význam než jiné konání, které pro něj bylo dříve důležitější a cennější. Touha brát psychoaktivní látky je ústřední popisnou charakteristikou syndromu závislosti. Taková touha může být často silná až přemáhající. Pokud se osoba po období abstinence navrátí k užívání psychoaktivních látek, tak to může vést k rychlejšímu znovuobjevení jiných rysů syndromu, než je tomu u lidí, u kterých se závislost neobjevuje. Závěrečná diagnóza závislosti by se běžně měla určit pouze tehdy, jestliže v průběhu jednoho roku došlo ke třem nebo víc z nadcházejících jevů:

- a) **silná touha nebo pocit nutkání** užívat látku,
- b) **problémy v sebeovládání** při užívání látky,
- c) **tělesný odvykací stav**. Látka je aplikovaná se záměrem snížit příznaky vyvolané předchozím užíváním této látky, eventuálně dochází k odvykacímu stavu, který je příznačný pro určitou látku. Pro zmírnění odvykacího stavu je možné též užít příbuznou látku s obdobnými účinky,
- d) **prokázání tolerance k účinku látky**. V případě neustálého navyšování dávek látky proto, aby se dosáhlo účinku, který byl původně vyvolán nižší dávkou,
- e) **pozvolné zanedbávání vlastních zájmů, aktivit a potěšení** z důvodu užívání psychoaktivní látky, dále času věnovaného k jejímu obstarání a zotavení se z jejích účinků,
- f) **setrvávání v užívání psychoaktivní látky i přes viditelný důkaz o její škodlivosti a ničivých následcích**.

Syndrom závislosti se může objevovat u konkrétních látek, kategorie látek nebo širších skupin látek. Proto si nyní vymežíme jednotlivé druhy závislosti spolu s jejich označením:

- F10.2 Závislost na alkoholu.
- F11.2 Závislost na opioidech.
- F12.2 Závislost na kanabinoidech.
- F13.2 Závislost na sedativech nebo hypnotikách.

- F14.2 Závislost na kokainu.
- F15.2 Závislost na jiných stimulantech, včetně kofeinu a pervitinu.
- F16.2 Závislost na halucinogenech.
- F17.2 Závislost na tabáku.
- F18.2 Závislost na organických rozpouštědlech.
- F19.2 Závislost na několika látkách nebo jiných psychoaktivních látkách (Nešpor, 2018).

## 2.1 Příčiny vzniku drogové závislosti

Drogová závislost a další návykové nemoci mají řadu příčin, a tudíž je nelze vysvětlit pouze jednou jedinou příčinou. Jde o jev, na kterém se podílí faktory bio-psycho-sociální povahy. Jestliže stanovujeme faktory, které vedou ke zkoušení, pravidelnému užívání či závislosti, musíme vycházet z toho, že každý člověk je jedinečnou a neopakovatelnou bio-psycho-sociální bytostí. Nemůžeme tedy svalit vinu vzniku závislosti jenom na drogu či osobu, u které k závislosti došlo, nebo prostředí a další okolnosti. Je nutné brát v úvahu všechny tyto příčiny a jejich vzájemné souvislosti (Nešpor, 2018; Illes, 2002; Kraus a Hroncová, 2010; Fischer a Škoda, 2014).

Faktory, které vedou ke vzniku, udržování nebo případně ukončení drogové závislosti, rozděluje Illes (2002) do nadcházejících skupin:

- 1) faktory farmakologické („droga“),
- 2) faktory somatické a psychické („osobnost“),
- 3) faktory environmentální („prostředí, rodina“),
- 4) faktory percipitující („podnět“).

Toto rozdělení není jediné a konečné. Pojmenovává jen stěžejní motivace. Mnoho autorů pojímá toto dělení různým způsobem a rozličně stanovuje faktory vzniku drogové závislosti. Pro lepší vysvětlení a vhled do problematiky si nyní uvedeme faktory vzniku drogové závislosti od jiného autora, které si blíže nastíníme. Varmuža (2001) rozděluje rizikové faktory vzniku drogové závislosti do dvou skupin:

### 1) Společenské faktory podporující vznik závislosti:

- bydlení v oblasti s vysokou mírou kriminality (mladí lidé, kteří zde vyrůstají, se k drogám dostanou snadnějším cestou),

- stěhování (častá změna bydlení může u mladého člověka vyvolávat více stresu, protože se dostává opakovaně do nového prostředí a mezi nové vrstevníky, právě toto může vyvolat silné psychické napětí a osoba snadněji podléhá tlaku skupiny),
- přístupnost alkoholu a drog (riziko zneužívání se zvyšuje s dostupností alkoholu či drogy),
- společensky tolerované normy týkající se užívání alkoholu a drog (s rostoucí společenskou tolerancí drog narůstá možná pravděpodobnost zneužívání těchto látek),
- hospodářská deprivace (hospodářská situace prostředí okolo nás má vliv na drogovou scénu).

## 2) Individuální faktory podporující vznik závislosti:

- alkoholismus v rodině (rodina, která se potýká s problematikou konzumace alkoholu, neukazuje dítěti správné vzorce chování a mnohdy v ní bývá dítě zanedbáváno, a to jak z hlediska potřeb, tak i po emocionální stránce),
- genetické predispozice (tento faktor nelze ovlivnit a vede k rychlému rozvoji závislosti, ovšem že to ale není pravidlem, pokud jsou faktory, které ho před vznikem drogové závislosti chrání, nemusí drogové závislosti propadnout),
- chybné a nedůsledné metody výchovy v rodině (rodič díky nim ztrácí autoritu u dítěte a tím roste vliv vnějšího okolí na dítě),
- asociální chování rodičů (rodiče tímto ukazují dítěti model sociálně-patologického chování, který často zahrnuje toleranci k alkoholu a jiným návykovým látkám),
- selhání ve škole (děti, které jsou ve škole málo úspěšné, často bývají pod psychickým tlakem, a tak si hledají vrstevnické skupiny, které jeho neúspěch dokáží kladně ohodnotit),
- nízký stupeň návaznosti na školu (pokud pro dítě není instituce dostatečně podnětným prostředím, nemá potřebu přijímat její hodnoty, postoje a normy),
- vrstevnická skupina, která užívá drogy a konzumuje alkohol (pokud se chce dítě do této skupiny začlenit, musí přijmout její hodnoty, normy a postoje),

- první brzká zkušenost s alkoholem nebo drogou (čím je věk dítěte při tomto experimentu nižší, tím je vyšší riziko vzniku závislosti, jelikož osobnost dítěte ještě není zcela vybudována),
- nedostatek lásky v rodině a vzájemná neúcta (největším rizikem vzniku drogové závislosti u dítěte jsou špatné nebo žádné emocionální vazby v rodině).

## 2.2 Stádia vývoje drogové závislosti

Vznik závislosti na návykových látkách bychom mohli popsat jako proces komplexních změn v psychické, tělesné a sociální oblasti. Závislost na návykových látkách nevzniká nečekaně, ale v drtivé většině případů tento proces probíhá v několika po sobě následujících etapách. Rozvoj závislosti na omamných látkách je mnohem rychlejší, než je tomu u alkoholu (Fischer a Škoda, 2014).

Nyní si uvedeme jednotlivá stadia drogové závislosti:

### 1) Stadium (experimentální)

Ojedinelé použití omamné látky přináší osobě příjemné a doposud neobjevené prožitky, bohatší sny, nápady a pohled na svět. Záporné účinky látky jsou nepatrné, proto osoba případným varováním nepřikládá pozornost. Po finanční stránce jedinec nepocituje problém, jelikož dávky, které užívá, jsou malé. Droga umožňuje osobám uniknout z reality, a to kdykoli si zrovna zámánou. Potíže ve škole či práci zvládá člověk s přítomností drogy řešit lépe než dříve. Experimenty s drogou lze v nejbližším okolí zpočátku dobře skrývat ba dokonce tyto změny mohou okolnímu světu připadat jako pozitivní, například snížení obezity. Okolí může ovšem spatřovat alarmující projevy jako časté střídání nálad, uvolněnost či lhostejný přístup k povinnostem, radost, štěstí a uvolněnost. V této fázi je vysoká pravděpodobnost, že osoba užívat látky přestane, pokud se to podaří včasné podchytit. Spousta jedinců se rozhodnou v této fázi sami přestat. Buď jsou odstrašeni jinými osobami, kterým droga přinesla příšerný osud, nebo si naleznou jiné možnosti uspokojování svých potřeb či řešení nepříjemných potíží (Fischer a Škoda, 2014; Fišerová, 2000).

### 2) Stadium (příležitostné užívání)

Jedinec užívá drogu, protože mu pomáhá v situaci osobní a sociální nouze či nudy. Není závislý na látce, ale její užívání tají. Mohou se objevit prvotní problémy jako zhoršení jeho



schopností či paměti. Dochází k snížení výsledků, kterých jedinec dosahuje ať už v oblasti studijní či pracovní. Často jedinec dochází do školy či práce pod vlivem drog a jeho okolí si může všimnout některých jeho nezvyklých reakcí. V této fázi také dochází ke snížení výkonnosti. Četným znakem jsou taktéž konflikty s rodinou nebo blízkým okolím. Mohou u osoby nastat i zdravotní potíže jako bolesti hlavy, nechut' k jídlu, nespavost, deprese, agresivita, stres či bolesti celého těla. Osobě ještě záleží na jeho rodině, přátelích, profesní roli či společenském okolí. Jedinec si uvědomuje nesprávnost svého jednání (Fischer a Škoda, 2014; Fišerová, 2000).

### **3) Stadium (pravidelné užívání)**

Osoba bere drogu ve více častějších frekvencích, které rostou, a ztrácí kontrolu nad jejím užíváním. Dotyčný si stále ještě nepřipouští rizika spojená s jeho chováním. Dochází k pozvolnému prohlubování lhostejnosti k tomu, co se netýká drogy. Droga je stavěna na první místo a všechno ostatní jde stranou, jako například veškeré dřívější zájmy. Člověk se dostává do situací, kdy přichází o rodinu, přátele a jiné blízké či ztrácí zaměstnání. Veškeré jeho morální hodnoty nebo denní režim se podřizují droze. Přicházejí finanční potíže, které jsou zapříčiněny výpovědí ze zaměstnání či vysokými výdaji za drogu. Finanční prostředky jedinec shání pomocí podvodů, krádeží, prostituce či jiného kriminálního jednání. V této etapě osoba nezvládá řešit problémy jiným způsobem než braním drog. Osoba může být vyčleněna z rodiny či okruhu přátel, a tak se ocitá na okraji společnosti mezi jedinci, kteří rovněž propadli drogám. Někteří se snaží abstinovat, ale většinou neúspěšně, protože mají vypěstovanou silnou fyzickou závislost na droze a sami to nemohou zvládnout. Návrat k předchozímu životu je velmi komplikovaný (Fischer a Škoda, 2014; Fišerová, 2000).

### **4) Stadium (návyk a závislost)**

Pro jedince již neexistuje jiná motivace než ta, která směřuje k droze. Hlavním cílem je užít drogu a dostat se do blaženého stavu. Obstarání drogy je již složitější, osoba je vyčerpaná a na jejím vzhladu se užívání drogy taktéž podepsalo, i přesto dokáže udělat cokoliv, aby drogu sehnala, jako například provozovat prostituci. Sociální vazby již neexistují, popřípadě jenom vazby k partě narkomanů. Proměna v oblasti tělesné, psychické a sociální je kritická a viditelná na první pohled. Dostávají se ty nejhorší následky jako poškození zdraví, CNS, vnitřních orgánů či snížení imunity, hepatitida anebo HIV. Je to poslední fáze závislosti, která může končit předávkováním, selháním organismu či smrtí. Jedinou věcí, která uživatele drží na živu, je droga, která mnohdy balancuje na hranici snesitelnosti.

Bludný kruh, v němž se osoba nachází, ji vede ke ztrátě chuti do života. Naprosto nezbytná a neodkladná je pomoc zvenčí, jelikož osoba sama toto vyřešit nedokáže. Jestliže se chytí pomocného lana, musí podstoupit složitý a dlouhý proces léčby (Fischer a Škoda, 2014; Fišerová, 2000).

### 2.3 Diagnostika drogové závislosti

Určení vhodné diagnózy usnadňuje rozhodnutí o další léčbě. Diagnostika slouží k rychlému a jednoduchému určení problému s užíváním návykových látek u jedince a také k určení toho, jestli je nutné další podrobnější diagnostické zhodnocení a monitorování situace. Je podstatné poznamenat, že diagnóza je jedním z kritérií pro plánování vhodné léčebné intervence, z čehož nám vyplývá fakt, že zde hraje roli více znaků. Velice důležité je zmínit pojem matching, což je přidělení nejvhodnějšího druhu léčby pacientovi dle jeho aktuálních potřeb s přihlédnutím na dostupné možnosti a řadu dalších okolností (Kalina et al., 2015; Kalina et al., 2003a; Nešpor, 2018).

Je důležité poznamenat, že při matchingu, tedy při přiřazování nejvhodnější intervence jednotlivým klientům, bereme v potaz širší škálu informací než pouze diagnózu. Důležité postavení náleží právě psychologickým charakteristikám klientů, době trvání drogové závislosti, jejich sociální situaci včetně možnosti určitou formu léčby zaplatit, selhávání v určitých životních rolích, fungující nebo nefungující síť sociálních vztahů, trestní stíhání, stádium motivace, stávající zkušenosti s různými léčebnými programy a jejich efekty, věk, pohlaví, náboženské vyznání, tělesné a psychické zdraví a další řada faktorů (Kalina et al., 2003a).

Diagnostika je podstatná pro standardizaci léčebných postupů, tudíž pro správné zařazení do léčebného programu (např. substituční program nebo metadonový program). Slouží také jako prostředek komunikace mezi pracovišti, kdy usnadňuje předávání informací o klientovi. Bez precizní diagnostiky by prakticky nebylo možné hodnocení efektivity léčby. Diagnostika je obzvláště významná při výzkumu, kde se většinou požaduje detailní popis souboru zkoumaných osob s jejich diagnostickým posouzením (Kubička a Csémy, 1998; Kalina et al., 2003a).

Proces, který směřuje k určení správné diagnózy, by měl vytvořit dobré podmínky pro stanovení léčebného plánu a dalšího léčení. Můžeme konstatovat, že diagnostický proces sám o sobě by měl být už léčbou samotnou (Kalina et al., 2003a).

## 2.4 Prevence

Prevence je velmi důležitou složkou v oblasti drogových a jiných závislostí. V nejvšeobecnějším a zjednodušeném pojetí můžeme vymezit prevenci jako předcházení nežádoucím jevům, různým formám rizikového chování a problémů. Konkrétně zde jde o předcházení drogovým závislostem. Pavúk (1998) říká, že pojem prevence zahrnuje akci, která předchází určitým rizikům. Dle jeho názoru jde o opatření, která jsou důležitá proto, abychom se vyhnuli vzniku problémů. Liba (2001) definuje prevenci jako nepřetržitý proces orientovaný na pozitivní ovlivňování zdraví pomocí utváření životního stylu, prostřednictvím něhož jedinec rovnoměrně uspokojuje svoje duševní, fyziologické a sociální potřeby. Ve spojitosti se sociálně-patologickými jevy vytyčuje prevenci jako komplexní, řízené a nepřetržité používání psychologických, psychoterapeutických, resocializačních a výchovných metod (Kraus a Hroncová, 2010).

Prevence drogových závislostí se nejčastěji v odborné literatuře zpravidla rozděluje na primární, sekundární a terciární (Kraus a Hroncová, 2010).

### 1) Primární prevence (univerzální, generální)

Primární prevence označuje všechny nejvšeobecnější podmínky předcházení vzniku závislostí. Tato prevence je cílena především na skupiny, které ještě nepřišly do kontaktu s drogou. Jejím úkolem je ochránit jedince před stykem s drogou a zajistit mu dostatek údajů o následcích případné drogové závislosti. Primární prevence je uskutečňována především v rodině, škole či školských výchovných zařízeních, dále zde mají vliv i masmédiá a jiné instituce. Jde primárně o vytváření imunity vůči nežádoucím sociálně-patologickým jevům (Kraus a Hroncová, 2010; Poliaková a Ondrejko, 1999).

### 2) Sekundární prevence (selektivní)

Orientujeme se zde na ohrožené skupiny populace, netýká se už všech. Cílem sekundární prevence je uvést jedince zpět do výchozího stavu a postupně ho kontrolovat kvůli riziku opakovaného selhávání. Pracuje se zde zvláště s těmi, kteří už drogu vyzkoušeli. Úkolem je zamezit rozvoji drogové kariéry a vzniku drogové závislosti u těch, kteří s drogami experimentují. Uskutečňování sekundární prevence náleží především do působnosti psychologických, zdravotních, sociálních a edukačních institucí (Kraus a Hroncová, 2010).

### 3) Terciální prevence (indikovaná)

U terciární prevence se zaměřujeme hlavně na činnost, která směřuje k předcházení relapsu, anebo také lépe řečeno recidivy drogových závislostí u drogově závislých jedinců, kteří si prošli léčbou. Účelem je předcházet zhoršování stavu, škodám a eliminovat množství recidivy. Můžeme říct, že jde o součást dlouhodobého resocializačního procesu, která se realizuje na profesionální úrovni za pomoci odborných pracovníků resocializačních zařízení (Nešpor, 2018; Kraus a Hroncová, 2010).

V oblasti prevence pro nás velmi důležitou roli hraje celospolečenský přístup, který se orientuje na minimalizaci rizikových faktorů a rozvíjení ochranných faktorů. Tyto faktory se nachází v základních socializačních činitelích jako je rodina, škola a volný čas. Drogová závislost má hodně příčin, a proto je centrum primární prevence spatřováno v rezortu školství, avšak musí být vzájemně propojené v kruhu rodina – škola – volný čas. Tento kruh tří oblastí života se využívá hlavně u prevence drogových závislostí dětí (Hroncová, 1996; Kraus a Hroncová, 2010).

Cílem efektivní prevence drogových závislostí je:

- předcházet užívání návykových látek, kam spadá i alkohol a tabák,
- co nejvíce oddálit kontakt s návykovou látkou (u nás je to nejpravidelněji tabák a alkohol) do pozdějšího věku, kdy už je organismus a psychika dospívajícího jedince relativně vyspělejší a odolnější,
- zredukovat, anebo ukončit experimentování s návykovými látkami, pokud k tomuto dochází, a předejít tak všelijakým zdravotním poškozením včetně závislostí, které vyžadují léčbu (Nešpor, Csémy a Pernicová, 1999).

Jestliže má být prevence účinná, tak nesmíme jedince strašit, citově ho vydírat, zakazovat mu nebo přikazovat, ale pravdivě vysvětlit, objasnit a nabídnout lepší možnosti. Hlavním cílem prevence drogových závislostí je dokázat pomoci co největšímu množství dětí a mládeže tak, aby byli schopni odolat nátlaku nabídky a v každé situaci zvládnout odmítnout drogu (Kraus a Hroncová, 2010).

Aplikování drog a vznik drogových závislostí je v současné době jedním z nejzávažnějších sociálně-patologických jevů u dětí a mládeže. Jestliže se chceme dopracovat k úspěšné prevenci drogových závislostí, tak musíme mít na paměti, že by měla probíhat systematicky a za kooperace všech zainteresovaných činitelů, kteří proti této problematice zbrojí, především rodičů a učitelů, ale také preventivních, poradenských a jiných odborných

zařízení, nestátních organizací, občanských sdružení či jiných odborníků. Důležité je zde klást důraz na spolupráci rodiny a školy v oblasti prevence (Kraus a Hroncová, 2010).

## 2.5 Následky užívání drog

Drogová závislost si samozřejmě vybírá svoji daň. Tato daň, která je spojená s aplikací drogy, může poškodit člověka biologicky, psychicky i sociálně, tudíž ve všech oblastech jeho života. Již první užití drogy může člověku přinést nemilé důsledky, jiné dopady zase nastupují až po jejím dlouhodobém užívání (drogy1.webnode.cz). Negativní následky užívání drog můžeme tedy rozdělit takto:

- 1) Důsledky zdravotní:
  - a. individuální,
  - b. populační.
- 2) Důsledky kriminální povahy:
  - a. páchaní trestných činů pod vlivem nezákonných drog,
  - b. páchaní trestných činů pod vlivem zákonných drog,
  - c. páchaní trestných činů za účelem obstarání prostředků na nezákonné drogy,
  - d. násilné, zastrašující a korumpující chování obchodníků s drogami,
  - e. doprovodná finanční kriminalita,
  - f. drogy a korupce,
  - g. tautologický důsledek (držení drogy).
- 3) Důsledky ekonomické:
  - a. plynoucí z kriminální činnosti uživatelů drog přímo,
  - b. plynoucí z kriminální činnosti uživatelů drog nepřímo,
  - c. plynoucí ze zdravotních důsledků rizikového užívání drog (Gronský et al., 1997).

Pro lepší přehled ještě uvedeme mnohem známější, klasičtější a rozšířenější dělení následků drogové závislosti na **psychická, biologická, sociální** a **celospolečenská** negativa (drogy1.webnode.cz).

Mezi **psychické následky** plynoucí z drogové závislosti řadíme zvýšenou dráždivost, labilitu, poruchy emocí, extrémní citové prožitky, zhoršení soustředění a poruchy paměti, neschopnost činnosti nebo naopak extrémní povzbuzení, změna hierarchie hodnot či vymizení zájmů, úpadek až rozpad osobnosti, snížení schopností, ztráta sebeovládání,

ztráta vůle, psychomotorické poruchy, depresivní, úzkostné a psychotické poruchy jako bludy, halucinace, nepřiměřené emoce (drogovaporadna.cz; drogy1.webnode.cz; Gronský et al., 1997).

**Biologická negativa** mohou být celkové chátrání organismu, špatné stravovací návyky, vyhubnutí, u žen ztráta menstruace, nedodržování hygienických pravidel, pohoršení tělesné i zubní hygieny (přenos parazitů, ztráta zubů), poškození jater, zažívacího traktu, nervové soustavy, ledvin, záněty a poruchy žilního systému, zvýšené hrozící riziko infekčních chorob, mezi něž řadíme hepatitidu a HIV (drogy-info.cz; drogy1.webnode.cz; Gronský et al., 1997).

**Sociální dopady**, které se pojí s drogovou závislostí, můžeme charakterizovat jako neplnění povinností, pokles výkonu a schopností, častá absence ve škole či zaměstnání, ztráta práce, vyloučení ze školy, narušení a ukončení sociálních kontaktů, ztráta kamarádů, změna a ztráta dosavadních vztahů, zničení rodiny, problémy s bydlením, nestabilní bydlení či zadluženost. Tyto všechny okolnosti mohou vyústit v sociální exkluzi (drogy-info.cz; drogy1.webnode.cz).

**Celospolečenská negativa** hrozí především ze strany odsouzení těchto jednotlivců společností. Osoba získává od společnosti nálepku „feťáka“ a začíná se s tím ztotožňovat, s čímž je spojen vznikající společensky nežádoucí životní styl a chování těchto osob. Dochází k páchání kriminální činnosti či prostituci za účelem obstarání drogy. Takovéto chování ohrožuje nejen život jedince, ale i celé společnosti (Gronský et al., 1997; drogy1.webnode.cz).

Závěrem shrneme druhou kapitolu, která se snaží čtenáři popsat příčiny vzniku, stádia vývoje a diagnostiku drogové závislosti, dále se zaměřuje na prevenci a v neposlední řadě i na následky užívání drog. Kapitola se snaží zdůraznit, jak je jev drogové závislosti závažný a podrobněji drogovou závislost definuje i spolu s jejími znaky a charakteristikami, kterými se u člověka projevuje. První podkapitola poukazuje na faktory vzniku drogové závislosti spolu s jejich dělením. Mezi ně zjednodušeně řečeno patří droga, osobnost, prostředí a určitý podnět. Druhá podkapitola detailněji vykresluje jednotlivá stádia drogové závislosti. V jednotlivých etapách této závislosti se popisuje především to, k jakým změnám u člověka dochází, a jak se takový člověk chová. Třetí podkapitola čtenáři vysvětluje důležitost správného určení diagnostiky, na které stojí úspěšná léčba drogové závislosti. Podkapitola čtvrtá se zaměřuje na všechny tři stupně prevence a její vymezení. A na závěr je zásadní

zmínit rizika, která drogová závislost skýtá. Vždyť právě negativní dopady by měly nejvíce odradit potenciální experimentátory.

### 3 RESOCIALIZACE A NÁSLEDNÁ PÉČE

U každého jedince, skupiny, generace či kultury je užívání drog rozdílné. Transformuje se v závislosti na čase u stejného jedince. Narkomani užívají odlišné návykové látky v různých sociálních a kulturních prostředích s rozličnými výsledky, v jiném množství a z rozdílných příčin. Z tohoto vyvstává fakt, že tato problematika nemá snadné řešení (Šotolová, 2015).

U léčby osob s diagnózou drogové závislosti je pro její úspěšnost stěžejní provázaný a komplexní systém léčebně resocializačních programů, které tkví ve včasné intervenci, činnosti nízkoprahových zařízení, terénní práci, ve fungování detoxifikačních oddělení, v krátkodobé a střednědobé resocializaci, v dlouhodobé resocializaci v terapeutických komunitách, substituční terapii a následné péči, která je důležitá pro předcházení relapsu, odehrávající se v doléčovacích centrech a denních stacionářích. Nejdůležitějším cílem léčby je vzdát se drog. Dále potom obnovit psychické a fyzické zdraví, plus dosáhnout sociálního a pracovního začlenění do společnosti. Cíle se dosahují postupně jeden za druhým. Ke zdolání těchto cílů vede dlouhá a trnitá cesta (Šotolová, 2015).

Hojný počet toxikomanů je při začátku léčby nepřístupný, nedůvěřivý a rezignující. Jejich jediným smyslem života se staly drogy a aktivity k jejich obstarání. K dosažení pozitivních převýchovných výsledků musí klienti spolupracovat. Spouště klientům se resocializace zdá ze začátku nesnesitelná a krutá. K jejímu zvládnutí je nejpodstatnější vůle ke společnému bezdrogovému životu. Také motivace klienta je definována jako předpoklad úspěšnosti. Základem je organizování činností, společná práce, stálá konfrontace, vzájemné podporování, informování, pochvaly a kritika. Klient prostřednictvím společného denního života, individuálních a skupinových terapií získává důvěru ke komunitě, plus se orientuje na práci ve skupině. Jedinci zde přebírají odpovědnost za sebe a své chování, vzájemně se kontrolují, pozvolna se osamostatňují, hledají si práci a bydlení, nebo se vrací k rodině a tím se systematicky zařezují do běžného života (Šotolová, 2015).

#### 3.1 Socializace a resocializace

Vymezíme nyní pojem socializace, protože předchází pojmu resocializace, a tyto dva pojmy jsou navzájem úzce propojeny a na sebe vázány. Všeobecně a jednoduše řečeno víme, že **socializace** v širokém slova smyslu znamená celoživotní vývojový proces, kterým se jednotlivec stává bytostí společenskou. V užším slova smyslu v tomto procesu dochází k osvojování norem, zvyků, hodnot, tradic, idejí, jazyka, symbolů a sociálních rolí v určité



společnosti. V průběhu tohoto procesu jedinec získává dovednosti, které bude potřeba k tomu, aby zvládl společně žít s ostatními lidmi. Záměrem je, aby člověk ovládal své pocity a pudy, rozvinul své svědomí, naučil se potřebným rolím pro život v rodině, partnerství a zaměstnání. Ať už to zní triviálně či nikoliv, je důležité poznamenat, že k socializaci patří i schopnost rozlišovat, co je v životě podstatné. Proces socializace se rodí na základě sociálního učení, ke kterému dochází za sociálních podmínek, při sociální interakci, v sociálních situacích či sociální komunikaci. V socializaci u jedince dochází k vývoji jeho norem. Ty si jedinec utváří na základě toho, jak mu dospělí zadávají příkazy a zákazy. Chování osoby je také stanovováno cíli, kulturními a materiálními hodnotami. Značně podstatné je v socializaci osvojování si sociálních rolí, tedy chování, které je společností očekáváno od člověka. Chování je očekáváno především na základě našeho věku, pohlaví či společenského postavení. Podle prostředí, ve kterém se lidi aktuálně vyskytují, přecházejí od hraní jedné role ke druhé (Šándorová, 2015; Matoušek, 2016; Jandourek, 2012).

Pojem resocializace má několik vymezení od různých autorů. Pro lepší porozumění uvedeme alespoň dvě různá chápání autorů tohoto pojmu. Velký psychologický slovník definuje resocializaci jako opakované zapojení osoby propuštěné z dlouhodobé ústavní, vězeňské, nemocniční a jiné péče do společnosti (Hartl, Hartlová, 2010). Takováto definice je poměrně strohá, proto uvedeme rozpracovanější. Matoušek (2016) ve své knize vymezuje **resocializaci** jako návrat ke společensky akceptovatelnému způsobu chování u lidí, kteří se od něj odklonili. Nevyhneme se zde změně hodnotové orientace spolu s postoji. Účinek resocializačních programů je závislý na jejich přiměřenosti a na tom, jak je klienti přijmou. Jen zřídka do nich klienti vstupují zcela dobrovolně. U resocializačních programů je zásadní, aby dokázaly klienta motivovat k přijetí změny jako přitažlivé životní možnosti. Změna získaná v průběhu intenzivního resocializačního programu se s větší pravděpodobností stává trvalou, jestliže byl program zakončován vhodným typem následné péče.

V širším slova smyslu při průběhu resocializace dochází u člověka k sociálním změnám, které mají za cíl přizpůsobit se životu ve společnosti nebo komunitě, v užším vymezení jde o proces přeměny identity, kdy je zapotřebí se učit nové role a zároveň odučovat některé stránky těch starých – požaduje se zde odučení přijatých hodnot, norem, názorů a zvyků, které je potřeba nahradit novým souborem, který je chápán jako vhodný pro novou roli. Většinou se jedná o osobní životní změnu jedince jako například vstup do úplně nového prostředí (nová sociální skupina, nové zaměstnání), nové sociální role (rodičovství, partnerství), přechod do diametrálně odlišného sociokulturního prostředí, vážné onemocnění

či úraz s následnou invaliditou, somatickým či psychickým handicapem. Můžeme konstatovat, že resocializace se nejčastěji objevuje v situaci, kdy má osoba přijmout nový specializovaný status, zejména v dospělosti. Bývá nazývána jako socializace dospělých. Nutnost učit se nové role může plynout z dobrovolných či nedobrovolných změn v sociálním statusu. Z pohledu pragmatismu je resocializace metodickým procesem převýchovy objektivní reality. K resocializaci nemusí docházet pouze na místech, jako je vězení či nápravné centrum, ale také ve škole, rodině či na pracovišti a dalších místech (Reichel, 2004; Průcha a Veteška, 2014).

Resocializace je ovlivňována hodně faktory, mezi ně typicky patří vnitřní a vnější:

- **Vnitřní** – jedná se o schopnost člověka adaptovat se na sociální změnu (na novou roli a nároky, jež přináší, hodnotově-normativní systém skupiny).
- **Vnější** – sem spadá míra odlišnosti nového prostředí od prvotního a samo nové prostředí (nová sociální skupina – vztah k nové osobě, ochota jí pomoci, vstřícnost, tolerance a míra podpory v rámci systémového přístupu. Zpomalovat proces resocializace může právě citová vazba k původnímu prostředí (Reichel, 2004).

O resocializaci usilujeme především u osob, které se staly osobami sociálně vyloučenými. Pro hlubší a přesnější uvedení do tematiky vymezíme pojem sociálního vyloučení. Sirovátka (2004) ve své publikaci vymezuje **sociální vyloučení** jako stav, kdy se osoba nebo skupina nepodílí plně na sociálním, ekonomickém a politickém životě společnosti, nebo jim jejich přístup k příjmu či ostatním zdrojům neumožňuje dosáhnout životního standardu, který je pokládán ve společnosti, v níž žijí, za uspokojivý, a docílit takové míry spolupodílení se na životě společnosti, která je v ní pro plnoprávné členy pokládána za žádoucí.

Potřebu resocializace můžeme vymezit dvěma důvody. V prvním případě jde o to, že u některých jedinců probíhala problémově již primární socializace, a tyto lidé nejsou schopni sami ve společenských podmínkách správně fungovat, je třeba zakročit resocializací. Druhou variantu, v níž je vyžadována resocializace, tvoří osoby s běžným průběhem socializace, avšak na základě nepříznivé životní události, životních krizí či zvrátů byla tato úspěšná socializace zastavena a tyto jedinci přišli o společenskou orientaci, přestali se v určené sociální situaci orientovat, došlo u nich k markantním sociálním změnám, k dezintegraci a oni nejsou schopni se v tuto chvíli sami přizpůsobit životu ve společnosti či komunitě, anebo se adaptovat na nové skutečnosti. Právě tyto osoby potřebují náležitou pomoc, podporu, péči i intervenci (Šándorová, 2015).

Zvláštní variantou resocializace je tzv. **reedukace, neboli převýchova**, aplikovaná u osob s poruchami chování nebo s tzv. patologickým chováním. Pomocí spojení psychologických, pedagogických a sociálně terapeutických postupů se u těchto osob snažíme o takovou změnu chování, která jim umožní návrat do normálního života. Například u delikventních jedinců se s resocializačními (popřípadě reedukačními) postupy započíná již ke konci výkonu trestu a pokračuje po jejich propuštění (Reichel, 2004).

Výchova a resocializace v kterékoliv podobě je velmi těžká. Resocializace, ať už odsouzeného či osoby závislé na návykových látkách do společnosti, je proces, který má vlastní charakteristická pravidla. Klade se důraz především na práci, bydlení, rodinu a vztahy. Resocializace se může stát začarovaným kruhem. Pokud osoba nezíská zaměstnání, tak si nemůže zabezpečit bydlení ani uspokojit svoje základní potřeby. Pokud jedinec nemá peníze, může se opět dostat zpět ke kriminalitě či užívání návykových látek (Španková, 2013).

### **3.2 Systém léčebné a resocializační péče pro drogově závislé osoby**

Před rokem 1989 se u nás rozrostl model skálovských terapeutických komunit a na několika místech je stále fungující součástí veřejného zdravotnictví. První z těchto komunit založil v 50. letech 20. století alkohololog Jaroslav Skála u Apolináře v Praze. Tyto komunity vznikly na základě inspirace modelem, který byl krátce předtím zaveden Maxwellem Jonesem v Anglii. Po roce 1989 markantně klesá počet zdravotnických ambulancí pro lidi se závislostmi, avšak v některých městech stále fungují. Poskytují především psychoterapii, poradenství a farmakoterapii. Je třeba říci, že například Skálovy doléčovací skupiny či kluby abstinentů se staly základem dalších důležitých částí celistvého systému péče o závislé, kterými jsou doléčovací programy, také zapojení svépomocných skupin či rodinných příslušníků do samotného procesu léčby (Matoušek, 2011; Kalina et al., 2003b).

V tehdejším Československu se po roce 1989 začíná postupně rozvíjet nestátní a neziskový sektor, který se stal nejprve konkurentem, poté partnerem a doplňujícím dílem systému léčebné péče, zejména v oblastech, kde bylo omezeno fungování a vliv státních institucí. Mezi první specializované organizace patří nadace DROP-IN a občanské sdružení SANANIM. V 90. letech 20. století dochází k rozrůstání systému péče především v závislosti na reálné potřebě různých cílových skupin klientů, rozvoji léčebných metod a terapeutických způsobů v zahraničí a jejich postupné zavádění u nás. Byla zřizována nízkoprahová zařízení, první terénní programy, programy minimalizace škod, doléčovací programy, první

dlouhodobé terapeutické komunity a léčebné programy zaměřené na specifické cílové skupiny (např. závislé matky s dětmi, závislý ve výkonu trestu), které měly velký přínos (Matoušek, 2011; Kalina et al., 2003b).

Dnes je poskytována propracovaně široká nabídka léčebných zařízení a programů, které nabízejí škálu optimálních služeb uživatelům sítě léčebné péče. Klienti na základě rozsahu jejich problémů působených užíváním návykových látek i vlastní motivací ke změně chování mohou čerpat celou škálu služeb od výměnných programů sterilního injekčního náčiní, terénních programů, motivačního tréninku, ambulantní psychoterapeutické nebo farmakoterapeutické péče až po dlouhodobou rezidenční léčbu v terapeutické komunitě, anebo doléčovací program. Systém péče se vytváří v čase a flexibilně se adaptuje aktuálním potřebám v terénu. Úplný systém služeb umožňuje uspokojit potřeby klienta vhodným typem zařízení, proto si jednotlivá zařízení charakterizujeme a stručně vylčíme jejich konkrétní služby (Kalina et al., 2003b).

**Telefonická krizová pomoc** je terénní služba poskytovaná po dočasnou dobu osobám, které se nacházejí v situaci ohrožení zdraví nebo života, anebo v jiné složité životní situaci, kterou dočasně nemohou řešit vlastními silami. Nazýváme ji také jako linky důvěry, které poskytují anonymní telefonickou pomoc (Goodyer a Pánek, 2001; zákon č. 108/2006 Sb.).

**Terénní programy** lze definovat jako terénní služby poskytované lidem, kteří žijí rizikovým způsobem života, nebo jsou tímto způsobem života ohroženi. Služba je stanovena pro problémové skupiny osob, uživatele návykových nebo omamných psychotropních látek, osoby bez přístřeší či osoby žijící v sociálně vyloučených komunitách a jiné sociálně ohrožené skupiny. Tato služba má za úkol vyhledávat tyto osoby a snižovat rizika jejich způsobu života. Službu mohou osoby využívat anonymně (zákon č. 108/2006 Sb.).

Terénní programy pomáhají zprostředkovat osobě kontakt se společenským prostředím a poskytují pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při zajišťování osobních záležitostí. Do této pomoci můžeme zahrnout vyřizování běžných věcí, podporu při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou, pomoc a podporu při aktivitách podporující sociální začlenění, sociálně terapeutické činnosti vedoucí k rozvoji a udržení osobních sociálních schopností a dovedností usnadňujících sociální začlenění, poskytování údajů o rizicích, která se pojí k aktuálnímu životu klienta a eliminace těchto rizik plus minimalizace škod (zákon č. 108/2006 Sb., vyhláška č. 505/2006 Sb.)

**Kontaktní centra** nabízejí služby podobné terénním programům. Jde o nízkoprahová zařízení, která poskytují ambulantní, eventuálně terénní služby lidem ohroženým závislostí

na návykových látkách. Služba má za cíl snížit sociální a zdravotní rizika spojená se zneužíváním návykových látek (zákon č. 108/2006 Sb.)

Klienti mohou využít sociálně terapeutických činností, jejichž poskytování je vede k rozvoji a udržení osobních a sociálních schopností a dovedností, které podporují sociální začleňování. Dále jsou zde poskytovány informace o nebezpečích, která vyplývají ze současného způsobu života klienta. Minimalizování škod je taktéž jednou ze základních činností kontaktních center. Spadá sem i pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a podpora při obstarávání osobních záležitostí. Zařízení se snaží pomáhat obnovovat a upevňovat kontakty s rodinou. V neposlední řadě sem spadá poskytnutí podmínek pro osobní hygienu jako běžné úkony denní hygieny a celková péče o tělo (zákon č. 108/2006 Sb., vyhláška č. 505/2006 Sb.).

Není zde stanovena podmínka abstinence klienta. Práce s klientem je založená na vzájemném respektování a důvěře. Zařízení uznává volbu klienta a pracuje s ní. Takže ať už se klient rozhodne jít cestou drog či léčby, zařízení mu podává pomocnou ruku (Kalina et al., 2003b; Matoušek, Koláčková a Kodymová, 2005).

**Ambulantní léčba** může být poskytována a nabízena všelijakými institucemi od krizových center až po AT poradny. Ambulantní léčba se odehrává bez vyjmutí klienta z jeho původního prostředí. Klient dochází do zařízení, kde se léčba poskytuje. Délka a opakovanost návštěv různých typů zařízení se liší, každopádně by zde měla fungovat dohoda mezi klientem a zařízením. Léčba je příhodná pro jedince, kteří mají rodinné a sociální zázemí, které je pro ně oporou nebo alespoň takové prostředí, které je neohrožuje. Jsou motivovaní a mají pevnou sebekontrolu v situacích, kdy jsou v opakovaném kontaktu s okolím, ve kterém si drogy aplikovali. Za efektivní považujeme léčbu až od doby trvání tří měsíců, s frekvencí kontaktů s léčebnými institucemi minimálně dvakrát až třikrát týdně. Ambulantní péče pro drogově závislé se poskytuje hlavně v ambulantních léčebných střediscích a ve střediscích strukturované denní péče, kam můžeme zařadit denní stacionáře. Dále sem řadíme střediska zdravotně sociálních služeb, nízkoprahové agentury a jiné příznačné zařízení ambulantní péče, které nelze řadit do výše vypsanych. Cílem je poskytnout lékařská vyšetření, klinická vyšetření, laboratorní i pomocná vyšetření. Dalšími záměry jsou navázání osobního kontaktu s klientem, prevence a léčba u klienta, psychoterapie, socioterapie, farmakoterapie, následná léčba a také vedení si dokumentace (Kalina et al., 2003b; Matoušek, Koláčková a Kodymová, 2005, drogovaporadna.cz).

**Detoxifikační jednotky** jsou lůžková oddělení uzavřeného typu, která slouží k zvládnutí odvykacích stavů, minimalizování projevů odvykacích znaků, detoxikaci (vystřízlivění), detoxifikaci (léčba „abstinenčních příznaků“) a zbavení organismu uživatele návykových látek, přičemž můžeme využít i medikaci. Mluvíme zde o zdravotnických zařízeních. Léčba zde je dobrovolná. Pobyt v detoxifikačních jednotkách je určený hlavně těm klientům, kteří dále postupují ve vlastní léčbě závislosti. Slouží klientům jako příprava na další léčbu. Dnes máme i jiné možnosti „detoxu“. Nově sem spadá alternativní ambulantní domácí detoxifikace, která se odehrává v přirozeném prostředí domova a klient navštěvuje lékaře ambulantně. Bohužel, zatím u nás není tak rozšířená jako v jiných zemích. Detoxifikace probíhá obvykle od několika dní do zhruba 14 dnů. Toto se odvíjí od typu užívané látky, zdravotního stavu klienta a dalších příznaků (Kalina et al., 2003b; Matoušek, Koláčková a Kodymová, 2005, [drogovaporadna.cz](http://drogovaporadna.cz), [adiktologie.cz](http://adiktologie.cz)).

**Psychiatrické léčebny** poskytují střednědobou léčbu závislosti. Jde o pobytovou léčbu, která trvá po dobu 3 – 6 měsíců. Někdy může být léčba taktéž realizována na specializovaných psychiatrických odděleních nemocnic. Hlavním úkolem je trvalá a svědomitá abstinence od všech návykových látek. Dále je důležité docílit stabilizace sekundárních problémů spojených se závislostí, vybudování náhledu, pozvolné řešení následků drogové kariéry, restrukturalizace motivace, osvojení si abstenenčních norem, zvnitřnění struktury dne a týdne, řešení dalších současných problémů, které se závislostí přímo nesouvisejí, identifikace rizik relapsu a nalezení postupů pro jejich minimalizaci, určité změny v původním prostředí, adekvátní zlepšení sebehodnocení a prožívání. Léčba je rozdělena do 4 fází. Na počátku dochází k detoxifikaci. V sekundární fázi se klient adaptuje na terapeutický program a zařízení. Ve třetí etapě probíhá aktivní léčba. Poslední etapa připravuje klienta na návrat do původního prostředí. Léčba probíhá formou individuální, skupinové a rodinné terapie (Kalina et al., 2003b; Matoušek, Koláčková a Kodymová, 2005).

**Terapeutické komunity** charakterizujeme jako specializovaná pobytová zařízení, cílená na léčbu vedoucí k abstinenci a na sociální rehabilitaci. V terapeutických komunitách je nabízena střednědobá a dlouhodobá péče v délce trvání 6 – 18 měsíců. Klienty jsou především osoby závislé na návykových látkách ve středním až těžkém stupni závislosti, mnohdy s kriminální anamnézou a těžším psychosociálním, popřípadě somatickým poškozením. Zařízení dává klientům bezpečné a podnětné prostředí pro růst a zrání, které se odehrává hlavně pomocí sociálního učení spolu se stanovenými jasnými a srozumitelnými pravidly. Cílem léčby je změna životního stylu, které dosahujeme pomocí osobnostního

růstu. Klient pozvolna a systematicky získává změnu v sebepojetí, prožívání, chování a vztazích. Tato změna ho vede k tomu, aby život prožíval jako uspokojivý a zodpovědně se rozhodoval, jak život prožije dál. Změny v chování se díky osobnostnímu růstu udrží i po odchodu ze zařízení. Léčebný proces má na klienta vysoké požadavky a to nejenom v délce léčby, její intenzitě, ale i ve způsobu komunitního života. Používá se zde individuální poradenství, rodinné, skupinové a pracovní terapie (Kalina et al., 2003b; Kalina, 2008; Matoušek, Koláčková a Kodymová, 2005; Nešpor, 2018; Nevšímal, 2007).

**Doléčovací centra** jsou orientovaná na následnou péči a prevenci relapsu užívání drogy. Léčba trvá zpravidla 6 – 12 měsíců. Pomáhá klientům, kteří ukončují léčbu, postavit se na vlastní nohy a začít nový život. Toto zahrnuje podporu klienta při začlenění se do společnosti a zvládání požadavků běžného života bez návykových látek (Matoušek, Koláčková a Kodymová, 2005; p-centrum.cz)

**Substituční léčba** je typ léčby, kdy namísto užívání původní drogy nastupuje lékařsky předepsaná látka, která má podobné vlastnosti a účinky, akorát má mnohem menší rizika, anebo jde o náhradu škodlivého způsobu aplikace za méně parazitující či jde o spojení obou způsobů. Aktuálně jsou využívány látky metadon a subutex. Cílem je postupné vyloučení ilegální drogy nebo odstranění ničivé formy podávání drogy, která má svá záporná a ohrožující zdravotní rizika. Léčba se soustřeďuje na psychickou, fyzickou a sociální vyrovnanost uživatele a předcházení kriminálního chování ve spojitosti se získáváním prostředků na návykovou látku. Doba jejího trvání může být velmi individuální od několika týdnů až po měsíce či roky podle situace klienta (Matoušek, Koláčková a Kodymová, 2005; drogovaporadna.cz).

Jako poslední formu pomoci uvedeme **právní poradenství**. Poskytuje právní poradenskou službu, řešení dalších právních potíží a také zastupování v právních sporech pro uživatele drog, kteří se dostali do střetu se zákonem. Právní poradenství mohou využít i zaměstnanci institucí pro osoby závislé na návykových látkách (Matoušek, Koláčková a Kodymová, 2005).

### 3.3 Následná péče a doléčovací programy

Není jednoduché jasně definovat následnou péči. Často dochází k rozporu názorů o tom, kdy vlastně následná péče začíná. Jestliže vycházíme z kruhového modelu změny chování, jedná se o poslední etapu procesu změny, a tedy sem spadá intervence orientovaná na udržení

navozených změn chování závislého jedince. Když následná péče přirozeně navazuje na léčbu, roste tím účinnost vykonané léčby a dovednost klienta udržet stav abstinence. Stěžejními cíli následné péče jsou ustálení klientova životního stylu, posilování abstinence a následně i pozvolné rozvolňování vazby klienta na doléčovací program. Doléčování tedy vychází z bio-psycho-sociálního modelu a je to soubor všech služeb, které přicházejí po ukončení základního léčebného programu a které ve své podstatě pomáhají vytvářet podmínky pro abstinenci klienta v jeho životě po léčbě. Termíny následná péče a doléčování jsou používány v podstatě jako synonyma. I tak si ale myslíme, že pojem následná péče je přesnější, protože definuje celou škálu služeb, které klient v tomto období potřebuje (Galanter, Kleber a Brady, 2015; Matoušek, Koláčková a Kodymová, 2005; Kalina et al., 2003b; Kalina et al., 2008).

Nejvíce se následná péče věnuje problematice relapsu, ustálení sociálního fungování, které je propojené s budováním sociálních vztahů mimo doléčovací program, vztahy v rodině a partnerské vztahy. Sociální práce v doléčovacích programech má pomocný charakter. Klient je schopný ve většině případů si své záležitosti řešit samostatně a umí používat vhodné postupy pro jednání na úradech. Pomoc klientovi potom stojí na takových věcech, jako je zpřehlednění závazků a záležitostí, které klient musí řešit, ve stanovení priorit a také v podpoře klientovy trpělivosti a vědomí, že je způsobilý své problémy systematicky řešit. Pomoc sociálního pracovníka se ještě uplatňuje při řešení problémů patřících do trestního, občanského, rodinného i pracovního práva, při dojednávání úředních pohledávek, při domlouvání ohledně splátkových kalendářů či při hledání zaměstnání (Matoušek, Koláčková a Kodymová, 2005).

Vyjmenujeme si teď důležité prvky, které jsou součástí doléčovacího programu v rámci resocializačního procesu klienta. Mezi ně patří:

- psychoterapie,
- prevence relapsu,
- sociální práce,
- práce, chráněná pracovní místa a rekvalifikace,
- chráněné bydlení,
- lékařská péče,
- práce s rodinnými příslušníky,
- nabídka volnočasových aktivit (Kalina et al., 2003b; Kalina et al., 2008).



Jestliže nastane situace, kdy klient v průběhu následné péče relapsuje, ale i tak udrží styky s doléčovacím programem, je možné ve spolupráci dále pokračovat (Matoušek, Koláčková a Kodymová, 2005).

### 3.4 Vybrané metody a formy práce v resocializaci

Resocializační péče o osoby závislé na návykových látkách požaduje striktní dodržování personálních, materiálně-technických a ekonomických podmínek. To jak jsou podmínky kvalitní, dává klientovi záruku i o kvalitě nabízených služeb. Přímá práce s klientem v resocializačním procesu očekává kvalifikované sociální pracovníky, kteří dovedou aplikovat teoretické znalosti v rámci svého odborného vzdělání do konkrétních podmínek resocializace se zohledněním na individualitu klienta a jeho problém (Oláh et al., 2016).

Resocializační proces je v oblasti drogových závislostí procesem úplného, systematického a cílevědomého ovlivňování, převýchovy, vedení a usměrňování osoby, usiluje u této osoby o její návrat do společnosti. Jde o dlouhodobý proces, který se vyznačuje vytyčováním dílčích cílů, které klient s pomocí odborného personálu plní, aby dosáhl závěrečného cíle resocializace, a tím je návrat do svého přirozeného sociálního prostředí. Resocializační proces by měl být pokrokový, dynamický a neustále se transformující ve prospěch klienta. Klient zde není a nemůže být pasivním účastníkem, ale aktivním aktérem změny způsobu svého myšlení, životních hodnot, priorit, postojů a celkového životního stylu. Identifikuje se a přebírá etické normy a požadované vzorce chování (Oláh, et al., 2016; Ondrejko, 1999).

Při poskytování resocializační péče je zásadní její dostupnost pro potenciálního klienta. Proto je podstatné, aby každé zařízení dodržovalo základní principy poskytování sociálních služeb, a těmi jsou:

- odborné služby jsou veřejně dostupné bez ohledu na rasu klienta, jeho náboženství, politické přesvědčení, právní nebo společenské postavení, sexuální orientaci a socioekonomické možnosti,
- služby jsou dostupné bez zřetele na typ užívané návykové látky, historii užívání a způsob užívání návykové látky,
- služby jsou dostupné bez nesmyslných odkladů, které by mohly ztížit aktuální stav klienta,
- nabízené služby patří do celistvého systému péče na regionální i celostátní úrovni,

- klienti jsou přijímáni na základě poradníku, který je kontrolovatelný,
- zařízení klade důraz na spolupráci v systému služeb,
- pro zajištění flexibilního rozvoje poskytovaných služeb má zařízení vytvořené odpovídající vnitřní postupy a nástroje (Oláh et al., 2016).

Těžištěm resocializačního procesu je klient a jeho sociální problém. K řešení sociálního problému klienta využívá sociální pracovník určité metody a formy sociální práce (Oláh et al., 2016). Rozlišujeme dvě základní formy resocializace v oblasti závislostí a to jsou:

- a) ambulantní forma,
- b) pobytová (rezidenční) forma (Ondrejkoivič et al., 2009).

**Ambulantní forma** resocializace má za úkol poskytnout psychologickou, sociální, rehabilitační a podpůrnou péči v těchto situacích:

1. Při projevování prvních poruch v chování, když občasné užívání návykové látky upozorňuje na poruchy fungování rodinného systému a závislost osoby ještě není diagnostikována v rámci lékařských kritérií. Nejvíce bývá uskutečňována u mladistvých osob.
2. Jako doplňující formu při ambulantní formě resocializace v průběhu psychiatrické léčby osob s diagnózou drogové závislosti.
3. Po skončení péče v zdravotnickém zařízení (Ondrejkoivič et al., 2009).

Ambulantní forma resocializace si určuje za cíl podpořit osobnostní, sociální, vztahovou a profesní resocializaci osoby na změněné životní podmínky a nejvhodnější začlenění klienta do běžného života. Velký význam přisuzuje motivaci klienta k léčbě, zamezení zhoršování stavu, odstranění příčin, intrapsychické regulaci, změně vzorců chování a zachování kladné změny, informačnímu a distribučnímu poradenství, zapojení rodiny a užšího sociálního prostředí. Ambulantní forma péče poskytuje širokou škálu činností, jako je první kontakt s klientem, informační a distribuční poradenství, terénní sociální práci, vyhledávání, podporuje motivaci k léčbě a abstinenci, programy na snížení důsledků a rizik, soustavnou skupinovou a individuální práci s rodinou či ex-usery a další (Ondrejkoivič et al., 2009).

**Pobytová (rezidenční) forma** resocializace nabízí specializovaná zařízení, která slouží pro poskytování resocializační, reintegrační a rehabilitační péče pro osoby s diagnózou drogové závislosti. Cílem je aktivovat vnitřní schopnosti k překonání psychických, fyzických a sociálních následků drogových závislostí směřujících k zapojení se do života v přirozeném prostředí. V těchto zařízeních mají pro klienta vypracovaný individuální

resocializační plán, který se minimálně 1x za měsíc vyhodnocuje. Je zde vedena spisová dokumentace o klientovi. Vykonávají se tady činnosti jako sociální práce, resocializace a resocializační programy, speciální sociální poradenství, rehabilitační činnosti, pracovní terapie (buduje podmínky pro pracovní uplatnění a zájmovou činnost), psychoterapie, psychologická péče, zdravotní péče, ubytování a stravování (Ondrejko et al., 2009).

U resocializace je při práci s klientem důležité vhodně zvolit a ovládat určité metody. Mezi metody této práce řadíme:

1. sociální práci s jedincem,
2. první kontakt,
3. analýzu případu,
4. rodinnou anamnézu,
5. analýzu širšího prostředí,
6. evidenci,
7. sociální hodnocení,
8. individuální resocializační plán,
9. sociální intervenci,
10. zakončení případu (Oláh et al., 2016).

Nyní krátce charakterizujeme jednotlivé metody práce v resocializaci. Začneme popsáním **sociální práce s jedincem**, která znamená přímý kontakt sociálního pracovníka s klientem. Sociální pracovník vybere nejúčinnější metodu, kterou se bude řešit klientův problém. Tomuto kroku samozřejmě předchází stanovení etap sociální práce. Etapy sociální práce nám nastaví logický chod na sebe navazujících postupů pro dosahování společně vymezených cílů (Oláh et al., 2016).

Důležitou roli má v resocializačním procesu **první kontakt**, kdy se klient spojí se zařízením formou žádosti o přijetí nebo telefonickým kontaktem. Doporučený příchod klienta do zařízení je v den, kdy dokončí léčbu, aby nedocházelo k případným rizikům recidivy v oblasti závislosti. V zařízení dochází k uskutečnění úvodního rozhovoru s klientem, navázání prvního kontaktu mezi klientem a sociálním pracovníkem, vzájemné představení se, zjištění potřeb klienta, navazování důvěry s klientem a zjištění míry motivace klienta. Závěrem sociální pracovník klientovi objasní pravidla přijetí do zařízení, účel zařízení, vyloží informace o službách, které zařízení poskytuje, obeznámí klienta s jeho právy

a povinnostmi v zařízení, obeznámí ho s ubytovacím řádem, domácím řádem a režimem v zařízení (Oláh et al., 2016).

U **analýzy případu** jde o řízený rozhovor sociálního pracovníka s klientem, který posléze sepíše jeho anamnézu. Anamnéza se skládá z osobní anamnézy klienta, která zahrnuje základní informace o klientovi, údaje o průběhu jeho života doposud, osobní úspěchy a neúspěchy, vztahy s rodinou, na pracovišti, ve škole, významné události v životě, příhody spojené s drogami, se závislostí, léčbou závislosti, problémy s porušováním zákona, očekávání a plány do budoucna i návrhy, jak by klient řešil svoje problémy. V **rodinné anamnéze** jsou zahrnuty základní údaje o všech členech rodiny, adresy a telefonní čísla na rodinu, analýza bytových podmínek, dostatku soukromí, soudržnost rodiny apod. Za **analýzu širšího prostředí** se zaměřuje na informace ohledně pracoviště či školy klienta, údaje o vztazích s kolegy, nadřízenými, podřízenými, problémy v práci, pracovní selhání a úspěch atd. **Evidence případu** je vedená ve spisu klienta a obsahuje určité prvky, které jsou její součástí jako například žádost klienta o přijetí do zařízení, životopis či anamnézu (Oláh et al., 2016).

**Sociální hodnocení** má za cíl určení sociální diagnózy. Podstatou je definování problému, příčiny jeho vzniku, vývoj problému, co bylo hnacím prvkem a co bariérou v tomto vývoji, informace o osobnosti klienta, o vztazích k jeho širokému okolí, o současné situaci klienta, reálný popis životní situace, ve které se klient ocitá. Důležitý je pro nás **individuální resocializační plán**, kdy při jeho vymezení vycházíme z konkrétního sociálního případu klienta. Stejně tak je pro nás zásadní tento plán přizpůsobit jeho individuálním schopnostem a možnostem. Cíle vytyčujeme především tak, aby jich klient byl schopen dosáhnout, což je podstatné pro oblast motivace. Sestavení tohoto plánu se odráží od sebehodnocení klienta, hodnocení klienta skupinou ostatních klientů, hodnocení klienta personálem a z tak zvaných předsevzetí klienta neboli cílů, které si klient sám na sebe klade (Oláh et al., 2016).

**Sociální intervence** je přesný, promyšlený a plánovaný postup při řešení problému klienta. Do intervence řadíme vedení klienta ke svépomoci, rozhovor, výcvik komunikačních dovedností, posilování odolnosti klienta, poskytování informací, povzbuzování, nácvik chování, porovnávání, zadávání úkolů a podmiňování. Stěžejním nástrojem resocializace je režim dne, který napomáhá k úspěšné a zdárné resocializaci klienta. Závěrem je podstatné zmínit **zakočení případu**. Máme tři důvody završení. Problém se vyřeší a klient se po prodělání resocializačního procesu vrací zpět do společnosti. V druhém případě klient

dlouhodobě odmítá pomoc a končí na vlastní žádost. Poslední možností je, že klient odmítá pomoc tím, že porušuje pravidla a normy, čímž je vyloučen (Oláh et al., 2016).

### 3.5 Význam volného času v procesu resocializace

V první řadě je důležité definovat pojem volný čas, pro lepší přehled a celistvost tématu. Volný čas můžeme definovat jako čas, se kterým člověk disponuje podle vlastního vědomí a na základě svých zájmů. Sám si rozhoduje o tom, jakými činnostmi jej vyplní. Je to doba, která zůstane z 24 hodin všedního dne po odečtení času věnovaného práci, péči o domácnost, péči o rodinu, péči o vlastní fyzické potřeby a v neposlední řadě sem spadá i spánek (Průcha, Walterová a Mareš, 2013).

Hofbauer (2004), vymezuje volný čas jako čas, kdy osoba nedělá činnost pod nátlakem povinností, které vycházejí z jeho sociálních rolí, především dělby práce a nutnosti udržet a rozvíjet svůj život. Někdy je též charakterizován jako čas, který člověku zbyde po splnění pracovních i nepracovních povinností. Preciznější a úplnější je však jeho vymezení jako činnosti, do níž člověk přichází s očekáváními, podílí se na ní na základě svého svobodného rozhodnutí a přináší mu uspokojení spolu s příjemnými zážitky. Základními funkcemi volného času jsou především tyto tři věci: zábava (obnova duševních sil), odpočinek (regenerace pracovní síly), rozvoj osobnosti (participace na vytváření kultury).

Volný čas je jednou z hodnot, kterou lidé nejvíce oceňují spolu s rodinou, zdravím, partnerstvím, přátelstvím nebo zaměstnáním. Volný čas je chápán jako jedna z možností prožívání reality, a předmětem zájmu je tudíž vztah k této realitě, k lidem, duševní činnosti ve volném čase nebo motivace k určité aktivitě (Šerák, 2009). Krystoň (2006) říká, že všeobecně můžeme volný čas objasňovat minimálně ve třech směrech jako hodnotu:

- individuální (seberealizace jedince, uspokojení individuálních zájmů),
- sociální (životní styl, prevence sociálně-patologických jevů),
- edukační (prostor pro vzdělávání a celkový rozvoj).

Cílem léčby osob závislých na návykových látkách je změna v jejich životě, která přináší zlepšení zdraví a kvality života na nejvyšší možnou míru (Kalina et al., 2008). WHO (1998) vymezuje tři stěžejní cílové oblasti v léčbě a sociální rehabilitaci uživatelů drog: snížení závislosti, snížení nemocnosti a úmrtnosti zapříčiněné nebo spojené s užíváním drog a podporu rozvoje duševního, tělesného a sociálního potenciálu klientů spolu se získáním

plné sociální integrace – sem řadíme i význam a využívání volného času jedince v procesu resocializace.

Volnočasová aktivita je činnost, kterou si člověk provozuje a volí v čase, se kterým může skutečně sám nakládat. Má velmi pestrý záběr zájmů, které lze realizovat. Počínaje sportovními, turistickými a kulturními činnostmi či aktivitami doplňující vlastní vzdělání jako je řešení problémů, vzdělávací a populárně vědecké programy, četba nebo činnosti zábavné, které zahrnují hry, počítačové hry, sledování zábavných programů apod. Volný čas si rozdělujeme podle druhu činností na odpočinkový, zájmový a rekreační. Každý člověk by měl být motivován pro takové či onaké trávení volného času, které by mu mělo přinášet radost. Volnočasové činnosti staví do rovnováhy všechny aspekty osobnosti u člověka. Stěžejní funkcí je u nich kompenzace (Kolář et al., 2012; Hájek, Hofbauer a Pávková, 2008).

Nešpor (1995) ve své knize doporučuje jako vhodné trávení volného času především **tělesné cvičení**. Cvičením se dle něj člověk může vyhnout drogám a taky ho to vede ke střízlivosti. Mezi tato cvičení spadá chůze, běh, plavání, cyklistika, kondiční gymnastika, aerobik, strečink, lyžování, bruslení, vodáctví, tenis, stolní tenis, kolektivní sporty (fotbal, házená, volejbal, hokej), jóga či tělesné práce. Během všech těchto tělesných cvičení se z těla vylučují takzvané endorfiny, které navozují příjemné pocity a dobrou náladu. Náležitě realizované cvičení posílí svaly, zlepší postavu, posiluje imunitní systém, pomáhá elegantnímu držení těla či usnadňuje následné uvolnění. Za pomoci tělesného cvičení se dají mírnit úzkosti a deprese. Cvičení dokáže člověka přeladit a navodit mu příjemný pocit a také vede ke zdravějšímu životnímu stylu. Ve spoustě sportovních oddílech, kroužcích či dalších spolcích se dá narazit na dobrou partu lidí, kteří se v celkem zdravém způsobu života navzájem podporují. Závěrem lze říci, že sportovní aktivitou nepodpoříme pouze zdraví, ale můžeme navázat i správně postavené přátelské vztahy.

**Relaxace**, při níž dochází v organismu k opačným změnám nežli při stresu, patří taktéž mezi navrhované aktivity. Relaxace je opakem stresu, odbourává stavy vyčerpání i únavy, zmírňuje deprese a úzkosti. Pomáhá zamezovat různým onemocněním, a dokonce je může i léčit. Je velmi užitečnou složkou léčby závislostí, především pokud škodlivé užívání návykové látky souviselo s nadměrným stresem (Nešpor, 1995).

Nešpor (1997) také zmiňuje, že by člověk měl dbát na duševní zdraví a snažit se o něj pečovat. **Duševní kondici** může jedinec podpořit zálibou, zájmem či koníčkem, u kterého se odreaguje. Mezi takovéto aktivity řadíme hudbu, četbu, výstavy, malování, umění,

pletení, šití, háčkování, šachy, filosofii, náboženství, meditaci, jógu, hledání hlubšího smyslu života, svěřování se jiné osobě, psychiatrické a psychologické konzultace, dokázat si udělat libovolnou radost, sauna, cvičení či setkání s přáteli a spousta dalších podobných činností.

Ve volném čase bychom také měli klást důraz na **udržování mezilidských vztahů**. Je důležité si vytvořit čas a prostor, ve kterém se budeme věnovat svému partnerovi, se kterým si společně můžeme udělat radost. Nesmíme zapomenout udržovat vztahy s širší rodinou a to buď návštěvami, dopisy, telefonáty, nebo přes sociální sítě. Dbáme i na rozvíjení kamarádky vztahů mimo rodinu. Podstatné je zajímat se o druhé, dokázat je vyslechnout, pomoci, podpořit, spolupracovat s ostatními a nacházet společné cíle či zájmy. Člověk, který má rád své blízké, má se komu svěřit a s kým sdílet své radosti a strasti, je mnohem šťastnější a spokojenější, umí ostatním lépe porozumět a dokáže podat pomocnou ruku, která se mu v nesnázích jistě vrátí zpět (Nešpor, 1997).

Nakonec shrneme třetí kapitolu, která se snaží čtenáři přiblížit a objasnit proces resocializace a následné péče u osob závislých na návykových látkách. V první podkapitole vysvětlujeme pojem socializace a resocializace. Hovoříme o sociálních změnách, ke kterým u člověka dochází s cílem přizpůsobit se životu ve společnosti. Druhá podkapitola detailněji popisuje systém léčebné a resocializační péče pro drogově závislé osoby. Konkrétně se věnuje telefonické krizové pomoci, terénním programům, kontaktním centrům, ambulantní léčbě, detoxifikačním jednotkám, psychiatrickým léčebnám, terapeutickým komunitám, doléčovacími centry, substituční léčbě a právnímu poradenství. Snažíme se vystihnout stěžejní informace, jako o jaký typ zařízení a léčby jde, pro koho jsou tato zařízení vhodná či jak dlouho léčba trvá a podobně. Třetí podkapitola se zaměřuje na následnou péči a doléčovací programy s orientací na problematiku relapsu, ustálení sociálního fungování, budování sociálních vztahů mimo doléčovací program a další důležité prvky, které jsou součástí doléčovacího programu. Vybrané metody a formy práce v resocializaci líčí pátá podkapitola. Vystihuje rozdíl mezi ambulantní a rezidenční formou resocializace. Přibližuje vhodné metody, které je třeba ovládat při práci s klientem v procese resocializace. Spadá sem sociální práce s jedincem, první kontakt, analýza případu, rodinná anamnéza, analýza širšího prostředí, evidence, sociální hodnocení, individuální resocializační plán, sociální intervence i zakončení případu. Poslední pátá podkapitola se zabývá významem volného času v procesu resocializace. Doporučuje jak trávit efektivně volný čas spolu s výčtem vhodných aktivit, díky kterým lze úspěšně předcházet recidivě.

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**



## 4 METODOLOGIE VÝZKUMU

Drogová závislost dokáže člověka polapit do svých hnusných chapadel a změnit jeho život od základů. Neotřásá jenom životem nemocného jedince, ale taktéž žitím své rodiny i nejbližšího okolí. Na počátku drogy ukazují člověku krásné, šťastné, euforické a povznesené prostředí, kterým jej lákají do temné propasti. Díky své nemoci osoba pozvolna padá do finančních a existenčních potíží. Někteří jedinci se dokonce dostávají do rozporu se zákonem. Všechny tyto problémy stahují člověka hlouběji a hlouběji do nepřízné osudu. Každý z nich svou situaci chápe a prožívá individuálním způsobem. Určitá část těchto nemocných lidí nemá zájem měnit svůj rizikový život plný drog, ale najdou se i takoví, kteří tuto změnu chtějí a dychtí po novém, zdravém, bezpečném a spořádaném životě bez drog. Právě pro tyto odvážné osoby jsou dostupné programy a instituce, které je mohou podpořit na jejich cestě k vyléčení. Resocializační proces jim pomáhá při opakovaném začlenění do života v přirozeném prostředí.

### 4.1 Výzkumný problém

Diplomová práce prozkoumává zkušenosti s resocializací u osob s diagnózou drogové závislosti. Podrobněji se zabývá jednotlivými oblastmi, které jsou stěžejní pro tyto osoby v procesu jejich resocializace. Jsou to oblasti zaměřující se na léčbu, materiální zabezpečení, zaměstnání, formování sociálních vztahů a příčiny selhávání v procesu jejich resocializace. Četnost sociálně patologických jevů je neustále na vzestupu, mezi ně taktéž patří i problematika drogové závislosti. Tyto jevy ve společnosti probouzí bezprostřední potřebu věnovat jim zvýšenou pozornost a to jak z hlediska systému prevence, tak i represe. Je podstatné zmínit, že klesá věková hranice pachatelů sociálně patologických jevů. Drogová závislost s sebou přináší mnoho nežádoucích účinků, které poškozují nejenom jedince samotného, taktéž jeho rodinu a okolí, ale rovněž celou společnost. Neustále narůstá kvantum problémů s nealkoholovými drogami a zvyšuje se počet lidí, kteří vyhledávají pomoc právě kvůli těmto potížím (Kraus a Hroncová, 2010; Nešpor, 2001).

Resocializační proces hraje významnou roli v boji proti drogám. Pomáhá osobám závislým na návykových látkách při opakovaném začlenění do života v přirozeném sociálním prostředí a poskytuje jim dlouhodobou pomoc. Důležitý význam zde zaujímá oblast pracovního uplatnění a stabilizace rodinných vazeb. To, jakým způsobem klient zvládá resocializační proces, má vliv na léčbu a zdárné zařazení se zpět do společnosti. Klíčem k úspěšnosti při léčbě toxikomanů je ucelený systém léčebně resocializačních programů,

kteří spočívají ve včasné intervenci (Kraus a Hroncová, 2010; Šotolová, 2015). Této tematice se věnuje celá řada odborníků, jako je Kamil Kalina, Karel Nešpor, Oldřich Matoušek, Peter Ondrejko, Michal Oláh, Blahoslav Kraus, Jolana Hroncová a další.

Resocializační proces je pro osoby s diagnózou drogové závislosti jakousi branou, která jim pomáhá opět najít sílu vrátit se do života, který má plnohodnotný a perspektivní obraz. Čím úspěšnější a propracovanější proces resocializace u těchto osob bude, tím větší je pravděpodobnost na nápravu a redukci této problematiky.

## 4.2 Pojetí výzkumného šetření

Pro tuto práci volíme kvalitativní výzkumné pojetí se záměrem prozkoumat zkušenosti s resocializací u osob s diagnózou drogové závislosti. Kvalitativní pojetí dokáže výstižně popsat životní příběhy a osudy. Kvalitativní strategie zprostředkovává osobní kontakt a přiblížení se lidem a situacím, které jsou předmětem zkoumání (Disman, 2011).

K uskutečnění kvalitativního výzkumu výzkumnice použila designu interpretativní fenomenologické analýzy. Smith, Flowers a Larkin (2009) zmiňují, že interpretativní fenomenologická analýza slouží k porozumění žité zkušenosti člověka. Podrobně pomáhá probádat, jaký dává člověk význam svým zkušenostem, a to nám poskytuje možnost porozumět jednotlivé události nebo procesu – fenoménu.

Vybraný výzkum se odvíjí z charakteru cílové skupiny participantů a také citlivosti získávaných dat. Data byla získávána za pomoci polostrukturovaného hloubkového rozhovoru a v rámci triangulace byla data doplněna ještě o použití projektivní výzkumné metody životní křivky. Obě použité výzkumné metody byly nahrávány na diktafon.

## 4.3 Výzkumné cíle

Výzkumnice si jako **hlavní cíl výzkumu** stanovila prozkoumat zkušenost s resocializací u osob s diagnózou drogové závislosti.

**Dílčí výzkumné cíle** znějí takto:

1. Zjistit u osob s diagnózou drogové závislosti, jak vnímají proces jejich léčby.
2. Identifikovat zkušenost s materiálním zabezpečením v procesu resocializace u osob s diagnózou drogové závislosti.
3. Popsat zkušenost se získáním zaměstnání v procesu resocializace u osob s diagnózou drogové závislosti.

4. Vysvětlit zkušenost s formováním sociálních vztahů v procesu resocializace u osob s diagnózou drogové závislosti.
5. Odkrýt příčiny selhávání v procesu resocializace pohledem osob s diagnózou drogové závislosti.

#### 4.4 Vymezení výzkumných otázek

Výzkumné otázky se identifikují s vymezenými výzkumnými cíli a vybraným výzkumným problémem. Výzkumnice si vytyčila pro diplomovou práci tyto výzkumné otázky:

##### Hlavní výzkumná otázka:

- Jaká je zkušenost s resocializací u osob s diagnózou drogové závislosti?

##### Díličí výzkumné otázky:

1. Jak vnímají osoby s diagnózou drogové závislosti proces jejich léčby?
2. Jaká je zkušenost s materiálním zabezpečením v procesu resocializace u osob s diagnózou drogové závislosti?
3. Jaká je zkušenost se získáním zaměstnání v procesu resocializace u osob s diagnózou drogové závislosti?
4. Jaká je zkušenost s formováním sociálních vztahů v procesu resocializace u osob s diagnózou drogové závislosti?
5. Jaké jsou příčiny selhávání v procesu resocializace pohledem osob s diagnózou drogové závislosti?

#### 4.5 Výzkumná technika

Za účelem zjištění cíle použijeme metodu polostrukturovaného hloubkového rozhovoru, která je považována za jednu z nejčastěji používaných metod v kvalitativním výzkumu. Hloubkový rozhovor můžeme charakterizovat jako nestandardizované dotazování, kdy se ve většině případů jeden výzkumník, prostřednictvím několika otevřených otázek, táže jednoho účastníka výzkumu. Za pomoci hloubkového rozhovoru tedy můžeme zkoumat členy určitého prostředí či určité specifické sociální skupiny se záměrem získat stejné pochopení jednání událostí u členů dané skupiny. Výhodou polostrukturovaného dotazníku jsou otevřené otázky, které umožňují výzkumníkovi zkoumat tematiku do hloubky a v její přirozené podobě (Švaříček a Šed'ová, 2007).

Námi sestavený rozhovor se skládá z 5 oblastí, které chtějí detailněji prozkoumat zkušenosti s resocializací u osob s diagnózou drogové závislosti. Těchto 5 oblastí se shoduje s tímtož počtem výzkumných otázek. Každá výzkumná otázka pod sebou skrývá určitou oblast zaměření v rozhovoru. Oblasti se zaměřují na proces léčby či počátek resocializace, zkušenost s materiálním zabezpečením, zaměstnání, formování sociálních vztahů a příčiny selhávání v procesu resocializace u osob s diagnózou drogové závislosti. Rozhovor se skládá z 16 položek, u kterých můžeme ještě nalézt podotázky. Podotázky slouží především jako pomocné, pro účely výzkumnice v případech, kdy by participant nedokázal na otázku reagovat a potřeboval ji více přiblížit. Jsou to spíše blíže specifikované a návodné otázky, aby výzkumnice nemusela příliš improvizovat na poslední chvíli.

V průběhu realizace polostrukturovaného hloubkového rozhovoru musí výzkumník co nejpozorněji naslouchat odpovědím participantů a dokázat skvěle improvizovat v případech, kdy je to třeba. Nelze proto zcela přesně stanovit pevné zadání a posloupnost otázek do rozhovoru. Výzkumnice si ovšem vytyčila osnovu otázek, které se bude držet a řídit se podle ní.

Dále pro zjištění cíle výzkumu použijeme ještě navíc metodu životní křivky. Touto metodou výzkum obohatíme a doplníme o další potřebné informace a zároveň tímto v rámci triangulace dat podpoříme a pozvedneme validitu práce na vyšší úroveň právě díky způsobu použití více metod sběru dat. Životní křivka nám dále může posloužit jako opora a vhodná orientace ve sledu událostí (začátek, průběh, konec), kontrola o sledu událostí, podložení informací dalším zdrojem, může nám upřesnit některé údaje a můžeme u ní zjistit míru pozornosti, kterou respondent věnuje určitému období nebo události. Participant se zde sám vyjadřuje k tomu, co chce, a my se můžeme pouze doptávat a potom jednotlivým mezníkům přiřkládat význam.

Životní křivku můžeme popsat jako projektivní výzkumnou metodu, při jejíž realizaci je participant zpravidla vybídnut, aby na čistý papír či do předem přichystaného náčrtu zkusil zachytit svůj život či pouze jeho určitou část formou křivky. Do této křivky libovolným způsobem zaznačí pro něj důležité události. Posléze je s participantem prováděno inquiry. To znamená, že si necháváme detailněji vylíčit, co pro nás participant vytvořil – namaloval, napsal, zaznačil, zvýraznil či vykreslil. Inquiry běžně probíhá formou rozhovoru. Bez rozhovoru křivka nedosahuje potřebné validity, jelikož právě její autor je základním zdrojem interpretačního rámce a samotné interpretace (Miovský, 2006).

Pro náš výzkum bude stěžejní, aby participanti v rámci realizace metody životní křivky zakreslovali pro ně důležité zážitky v období procesu jejich resocializace. Výzkumnice zvolila formu, kdy participant sám na čistý papír nakreslí libovolným způsobem křivku a na ni zaznačí pro něj podstatné události. Jako počáteční bod tvorby byla participantům určena jejich první léčba, pro lepší přehled a celkovou orientaci v tématu.

#### 4.6 Výzkumný soubor a způsob jeho výběru

Pro účely naší diplomové práce jsme jako vhodný výzkumný soubor zvolili participanty, kteří se léčili z drogové závislosti a prošli si procesem resocializace. Důvodem tohoto výběru je, že tito participanti mají s danou problematikou bohaté a četné zkušenosti. Domníváme se, že touto cestou dojde k dostatečnému a potřebnému nasycení námi požadovaných dat. Výzkumný soubor byl vybrán na základě záměrného výběru. Konkrétněji výběru úsudkem, který je účelový. U námi zkoumaných participantů musíme brát ohled na citlivost tématu. Ne každý člověk si chce připomínat stinné, trpké, bolavé, skličující mnohdy až trýznivé události, které se odehrávaly v jeho životě. Málokdy člověk věří cizí osobě a má zájem jí svěřovat své osobní a důvěrné informace. Na základě těchto skutečností nemůžeme očekávat obrovské počty potenciálních participantů.

Volba těchto participantů není omezena pohlavím, národností, státní příslušností, politickým či náboženským vyznáním. Výzkumnice si však stanovila kritéria, která participanti musí splňovat, aby byli vhodní pro námi zkonstruovaný výzkum. Prvním kritériem je podmínka, že participanti prošli léčením drogové závislosti. A to jakýmkoliv typem léčby či použitím různých metod. Druhou vytyčenou podmínkou je skutečnost, že participanti prošli více než jedenkrát procesem resocializace. Pracujeme s informací, že ne každý projde procesem resocializace úspěšně až do očekávaného a připravovaného cíle. Jsou osoby, kterým se nedaří, a prochází tímto procesem dvakrát, třikrát či vícekrát. Poslední podmínkou je věk, kdy se participanti musí nacházet v rozpětí od 20 do 40 let, což je období mladé dospělosti. Toto je popisováno jako období dosažení plné síly pro vykonávání životních činností, svobody v rozhodování a přijetí zodpovědnosti (Vágnerová, 2007). Z údajů Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR vyplývá, že v tomto věkovém rozpětí se nachází nejvíce žadatelů o léčbu (uzis.cz).

Dohromady se účastnilo výzkumu 5 respondentů, kteří byli ochotní a vstřícní poskytnout rozhovor. Námi požadovaná kritéria splňují. Zájemců o účast na výzkumu bylo více, ale nesplňovali stanovené podmínky, jelikož to byli klienti, kteří léčbou procházejí poprvé.

Rozhovory byly nahrávány s jejich písemným souhlasem. Pro zachování anonymity bylo namísto jmen použito označení respondent A – E.

#### 4.6.1 Průběh realizace výzkumu

Výzkum byl realizován v měsících únoru až březnu roku 2019. Výzkumnice data sbírala ve dvou smluvených dnech. Byly to dny 15. 2. 2019 a 1. 3. 2019. Bylo nutné si domluvit dva termíny, jelikož participanti mají velmi nabitý a striktní program, který musí dodržovat. Není zde tudíž moc prostoru pro neočekávané činnosti. Samotný výzkum je již dosti časově náročný, poněvadž výzkumnice zvolila metodu rozhovorů doplněnou o projektivní metodu životní křivky. Výzkumnice použila více metod pro sběr dat, a tudíž výzkum stoupl na časové náročnosti.

Kontakt s klienty byl zprostředkován v jejich přirozeném prostředí v Kroměříži na oddělení 17B s názvem Mandala. Jedná se o toxikorehabilitační oddělení, které je koedukované s principy terapeutické komunity zaměřené na léčbu závislostí na nealkoholových drogách, popřípadě nealkoholových drogách v kombinaci s alkoholem. Všichni zaměstnanci zařízení byli velmi vstřícní, ochotní a příjemní, takže se výzkumnice nemusela ničeho obávat a cítila se v tomto prostředí skvěle. Chování a vystupování ze strany klientů hodnotí výzkumnice velmi pozitivně, slušně a taktně. Přístup jak zaměstnanců, tak klientů byl velmi shovívavý a vlídný. Komunikace s klienty proběhla bez jakýchkoliv problémů.

Pro navázání větší důvěry a nenásilného začlenění do prostředí klientů byla výzkumnice pozvána na startovací bod jejich programu – komunitní kruh. Na ranním komunitním kruhu se výzkumnice představila jak všem klientům zařízení, tak i zaměstnancům. Účastí na komunitním kruhu měla výzkumnice možnost lépe poznat klienty i jejich potíže či radosti. Výzkumnice tuto spoluúčast shledala za velmi přínosnou možnost a zkušenost. Po uzavření ranní komunity měli klienti vymezený prostor pro kouření a po této jejich pauze již bylo možné začít s realizací výzkumu.

Rozhovory byly realizovány vždy na pokoji konkrétního klienta. Na počátku se výzkumnice představila, řekla odkud a s jakým záměrem přichází. Seznámila klienty s tématem výzkumu a vysvětlila jim, na co se konkrétněji bude zaměřovat a co po klientech požaduje. Požádala klienty o možnost nahrávání rozhovorů na diktafon. Vysvětlila jim, jak moc je pro ni důležitá jejich pomoc a jak si váží jejich ochoty na spolupráci. Participantům byl předložen informovaný souhlas v tištěné podobě. Zároveň s předložením informovaného souhlasu byli jednotliví participanti poučeni, že jejich účast na výzkumu je dobrovolná a mají právo

kdykoliv od výzkumu odstoupit či přestat mluvit, a pokud jim bude jakákoliv otázka nepříjemná, tak nemusí odpovídat či dál svoji odpověď rozvádět. Byli ujištěni, že výzkum je anonymní a nikde nebudou zveřejňována jejich osobní data, podle nichž by byli identifikovatelní. Bylo jim vysvětleno, že ve výzkumu budou použita například označení participant A nebo participant 1. Taktéž jim bylo sděleno, že se výzkumnice zavazuje mlčenlivostí ve vztahu k jejich osobním údajům a že nahrávky budou po obhájení práce zlikvidovány. Po dostatečném vysvětlení s nahráváním všichni participanti souhlasili.

Časově rozhovory trvaly přibližně okolo 1 hodiny, po kterou participanti plynule hovořili. Je důležité ovšem zmínit, že celková doba, po kterou byl rozhovor realizován, byla ještě delší kvůli dodržování rituálů stanovených režimem, který klienti v zařízení mají a musejí bez výjimek dodržovat. Při shrnutí těchto poznatků můžeme říci, že reálná doba strávená s klientem byla zhruba v průměru hodina a 30 minut. Výzkumnice si po vzájemné domluvě se všemi participanty tykala. Participantů bylo 5 z toho 4 muži a jedna žena, tím pádem měla výzkumnice možnost ženského pohledu na tuto problematiku. Všichni byli velmi otevření, komunikativní, sdílní, povídativí a přátelští i přes citlivost tohoto tématu. Po dokončení rozhovoru a životní křivky měli někteří zájem si ještě povídat, takže výzkumnice v komunikaci samozřejmě pokračovala. Debata s klienty zařízení mimo výzkum byla zajímavá a obohacující o další informace, které možná klienti nechtěli zmiňovat na nahrávací zařízení.

#### 4.6.2 Údaje o participantech

Tabulka 1 Hlavní údaje o participantech

Označení	Pohlaví	Věk	Pokusy o resocializaci	Délka užívání	Závislost na:
P1	MUŽ	40	2x	15 let	Opiáty, pervitin
P2	MUŽ	34	3x	20 let	Marihuana, pervitin, LSD, atd. = kombinování
P3	ŽENA	33	3x	13 let	Pervitin, benzodeazepaminy

P4	MUŽ	30	4 x	15 let	Marihuana, pervitin
P5	MUŽ	28	Více než 10 x, přesný počet neuveden	11 let	Pervitin

#### 4.6.3 Stručné kazuistiky probandů

**P1 muž** – 40 let. Milující manžel a otec dvou krásných dětí. Procesem resocializace v současné době prochází po druhé.

V letech 1995 – 2000 užíval především opiáty a pervitin. V roce 1999 dokonce žil nějakou dobu na ulici, odkud se dostal za pomoci a podpory rodiny. Na vojně ho vojenský lékař léčil apaurinem a tím se dokázal vyléčit a vymanit od užívání opiátů. Od této doby již opiáty neužíval, jelikož ho to hrozně ničilo a už si aplikoval pouze pervitin. Po ukončení 11 měsíční léčby v komunitě Bílá voda a léčby v doléčovací centru v roce 2009 se zapojil úspěšně do společnosti. Při ukončení léčby byl odhodlaný a přesvědčený o tom, že drogy brát nechce a nebude. Věděl, že ho čeká trnitá a náročná cesta.

Chtěl jít do práce, žít si svůj život bez drog, sportovat, dát si dohromady zdraví a jeho největším snem bylo mít nádhernou rodinu. V této době mu bylo 29 let. A nejvíce mu v jeho novém startu do života pomohlo doléčovací centrum. Abstinoval úspěšně celých 8 let. Je velmi manuálně zručný a pracovitý, takže nikdy neměl problémy se získáním zaměstnání. Vždy pracoval, dokonce ho spousta jeho prací bavila a naplňovala. Dokázal se naučit mnoha novým věcem a vypracovat na vyšší posty a lepší platová ohodnocení. Má výuční list v oboru truhlář, nábytkář.

Po zdárném ukončení léčby se poznal se svojí nynější manželkou. Když jeho manželka otěhotněla, tak našli zázemí v domě u rodičů. Toto bylo nejlepší řešení kvůli dluhům, které participant má. V jeho životě se objevila spousta pěkných a pozitivních událostí jako narození syna, získání nové práce, svatba a narození dcery. Ale bohužel přicházejí i těžké situace v jeho životě. Jedná se především o osobní záležitosti, které těžce otrásají s jeho světem. Byly to dva skličující potraty, zarmocující smrt blízkého rodinného příslušníka, na to nabalující se popuštění si uzdy v alkoholu a marihuaně, podceňování chutí na drogu, porušení svých hranic, rizikovní kolegové, problémy v práci spolu s hádkami doma a dalšími



stresujícími věcmi. Tyto události vyvrcholily v to, že sáhl po drogách jako možnosti úniku řešení jeho situace. Prerostlo to v roční recidivu, kterou už nebylo možno jinak ukočírovat než nástupem do řádné léčby.

Svých činů velmi lituje. Doufá, že mu jeho žena odpustí a budou moci žít spolu zase jako rodina. Svoji rodinu staví nadevše a je to pro něj priorita číslo jedna.

**P 2 muž** – 34 let. Dětství prožil v sociálně slabší dysfunkční rodině, kdy oba dva jeho rodiče byli narkomani. Jeho maminka pracovala jako prostitutka a jeho táta se živil výrobou drog. V současné době již jeho rodiče drogy neberou, abstinují a žijí čistý a spořádaný život bez drog. Jeho tatínek se dokonce zhlédl v podnikání, které mu pomohlo se vymanit ze spárů drog. Není pochyb o tom, že jej značně ovlivnila výchova v rodině a nezřízený životní způsob jeho rodičů. Autorka zde vidí kořeny jeho drogové závislosti.

Drogy začal užívat ve svých 14 letech, kdy experimentoval s lepidlem, toluenem či marihuanou. V 16 letech bohužel došlo na nitrožilní aplikaci pervitinu a jeho pravidelné užívání. Ve svých 21 letech se začal věnovat výrobě drog do svých zhruba 26 – 27 let. Dlouhou dobu podnikal v drogové oblasti, kdy podnikání spolu s dalšími přáteli postavili na sound systému, kde se dařilo hojně prodávat drogy a vydělávat velké peníze. Po dobu 20 let je uživatelem drog. Omamné látky v největší části užíval kombinovaně.

Do první léčby se rozhodl jít v roce 2017, do komunity Bílá voda. Léčit se šel hlavně sám kvůli sobě, jelikož si uvědomil, že díky drogám přišel úplně o všechno a hlavně ztratil rodinu. Je pevně přesvědčený, že drogy už ho pouze zabíjejí a nic mu nedávají, ničí ho a krátí mu život. Druhou léčbu, kterou nedokončil, prodělal na Mandale a pro porušení pravidel, kdy z léčení musel odejít, nastoupil k výkonu trestu odnětí svobody. Ve vězení z počátku odolával užívání drog, ale díky tomu, že neustále přicházel do kontaktu s drogami, byly mu pravidelně nabízeny a všichni kolem něj drogy brali tak už nedokázal nadále odolávat. Sám sobě si to vyčítal a požádal o podmíněčné propuštění, jelikož se chtěl léčit. Podmíněčné propuštění mu bylo nakonec na základě upřímného a dobrého chování umožněno s tím, že má po dobu 3 let nařízený dohled probační a mediační služby s ohledem na omamné a psychotropní látky spolu s podmínkou vykonání komunitní léčby.

Poslední 2 roky soustavně usiluje o abstinenci. V léčbě ho hodně pohání láska k jeho rodině a synovi. Má spoustu přátel, kteří již dlouhou dobu abstinují a jsou mu motivací. Léčbu myslí vážně a řádně ji plní. Sice má velký strach z toho, co nastane v budoucnosti, ale v jeho srdci je velkým bojovníkem a hodlá se svému strachu postavit čelem.

**P 3 žena** – 33 let. Užívala drogy jehlou po dobu 13 let, především pervitin, ale také benzodeazepaminy. Smířila se s tím, že na drogy umře, ale potkala svoji lásku a začala bojovat o jejich společný šťastný život.

První léčbu prodělala v roce 2008 v Červeném dvoře, ale nechala se odsud vyhodit, jelikož v té době absolvovala léčbu kvůli mámě a sama drogy chtěla nadále brát. Takže s drogami nadále pokračovala. Dostala však žloutenku typu B a doktor jí řekl, že pokud se nepůjde léčit, tak umře. Tento moment pro ni byl stěžejní, jelikož si začala uvědomovat, že by se měla léčit především kvůli sobě. Tenkrát již byla na dávce 2 gramy za den.

Druhou léčbu prodělala hned v roce 2009 v terapeutické komunitě Sejřek. Léčbu v terapeutické komunitě po 11,5 měsících dokončila, akorát se nedá říct, že zcela zdárně, protože v poslední fázi léčby si povolila hranice a začala pít. Již po měsíci a půl měla první hlášený relaps v doléčovacím centru, vrátila se zpět do rodného místa, odkud pochází, což pro ni bylo vysoce rizikové. Našla si dobrou práci, zaplatila si všechny dluhy, které dělaly asi 380 000 korun. Část dluhů zaplatila díky výrobě drog, která jí vydělávala asi 10 000 korun čistý zisk denně. V této době abstinovala od tvrdých drog. Drogy vyráběla a prodávala celých 13 let. Vyrábět drogy ji bavilo. V tomto období trvajícím po dobu tří let si žila opravdu dobře, dokonce sama říká, že si žila na vysoké noze.

Cítila však, že pomalu ale jistě ji všechno táhne dolů a zpět k drogám. Určitou dobu odolávala, ale 19. března 2012 recidivovala. Recidiva trvala dohromady 6,5 roku. Během prvních 5 měsíců ztratila úplně všechno a ocitla se na ulici. V tomto období se smířila s tím, že na drogy umře. Po tomto těžkém půlroce se dokázala opět zvednout nahoru a díky prodeji drog měla i hodně peněz. Snažila se totiž o abstinenci a zároveň vydělávání prodejem. Našla si přítelkyni Zuzanu, se kterou měla asi 3 letý vztah, který bohužel nevydržel. Po rozchodu se opět uchýlila k drogám, aby utišila svoji bolest.

Myslela si, že je se vším konec, a byla rozhodnutá, že už léčbu nepodstoupí. Ale osud tomu tak chtěl, že 6. ledna poznala Richarda, svoji nynější lásku. Kvůli němu se snažila sama o abstinenci, ale její pokusy byly marné. Její přítel potom na její závislost přišel, ale nic se tím nezměnilo. Plně ji podporuje a chce, aby se vyléčila. Spolu jsou již přes rok a on ji podporuje ve všech směrech.

V současné době se od 22. 10. 2018 léčí v terapeutické komunitě a úspěšně abstinguje, doufá, že toto je její poslední léčba. Podporu v léčbě nenachází pouze ze strany přítele, ale také ze strany rodiny, především její mámy, která jí věří, že už to dokáže. Již má plány

do budoucna, které si chce splnit. Má spoustu zájmů, ke kterým se v současné době vrací a které naplňují její volný čas a život. Mezi její zájmy patří malování a ping-pong. Raduje se ze života a ze spousty maličkostí. Léčbu bere opravdu zodpovědně a je plně odhodlaná všechno zvládnout. Chce bojovat do posledního dechu.

**P 4 muž** – 30 let. Uživatelem omamných látek je po dobu 15 let. Pracovitý, odvážný, odhodlaný, manuálně a jazykově zručný. Nebojí se práce zde ani v zahraničí. Ve své rodině má velkou podporu. Svůj život si chce užívat.

Na první léčbu nastoupil v roce 2012 v Opavě. Touto léčbou si prošel především na přání jeho rodičů. V tomto období si myslel, že s drogami problém nemá. Po ukončení léčby si našel zaměstnání a asi po 14 dnech se opět vrací k užívání drog. Přichází období dlouhé recidivy.

Druhou léčbu v roce 2014 v Opavě podstupuje především z důvodu, že nemá žádné zázemí, nemá kde bydlet či být. V této době již užívá nitrožilně. Návaznost z druhé léčby na třetí je velice rychlá. Jelikož v Opavě porušil pravidla a po 14 dnech léčby relapsoval, tak jej vyhodili. Na tento podnět velice rychle reagoval, jelikož nechtěl zklamat mámu, takže se okamžitě přihlásil do třetí léčby na Mandalu. Jde vidět, že na jeho rodině a blízkých mu moc záleží.

Třetí léčbu již bere mnohem zodpovědněji a uvědomuje si, že něco není úplně v pořádku. Naučí se zde pracovat sám se sebou, dokázat ovládat svoje emoce a začlenit se do kolektivu. Léčba na Mandale je mu velkým přínosem, dochází u něj k obrovskému posunu kupředu. Oproti Opavě, kterou hodnotí pouze jako „zašívárnu“, kde si člověk léčbu odsedí. Na Mandale s úspěchem vydrží 166 dní, ale bohužel kvůli vztahu, který zde navázal, je vyhozen.

Vrací se zpět do svého prostředí, které je pro něj rizikové. Najít si práci a bydlení mu nedělá vůbec potíže. Drogám odolává asi půl až tři čtvrtě roku. Když zjistí, že se opět vypracoval, má se dobře a má všechno zpátky, tak si popustí hranice a bohužel se navrácí zpátky k drogám a svým dřívějším rizikovým přátelům. Nachází si novou práci v Německu, kde pracuje po dobu dvou let. Díky novým zkušenostem v Německu se osamostatnil, naučil se starat sám o sebe, vařit si, prát, žehlit a další důležité činnosti potřebné k životu. Na svoji práci v Německu je pyšný. I na to, co dokázal, a kam ho to posunulo. Život v Německu hodnotí jako skvělý, jezdí zde na bruslích, má spoustu času pro sebe a taky díky penězům všechno, co chce. Spoustu času tráví telefonováním se svojí přítelkyní, která má v současné

době nařízenou ústavní léčbu v Opavě. Dokázali si volat i několik hodin v kuse. Ona je jeho spřízněná duše, která mu rozumí tak, jak nikdo jiný.

Čtvrtou léčbu na Mandale již podstupuje především kvůli sobě. Dalším důvodem je jeho pochroumané zdraví, jelikož se u něj objevily toxické psychózy, se kterými už si nevěděl rady. Potřeboval pomoc. Na Mandale se věnuje hodně sám sobě a chodí cvičit, což ho naplňuje. Ze strany jeho rodiny se mu dostává velké pomoci a podpory jak materiální, tak psychické. Ví, že již prochází čtvrtou léčbou a doufá, že se díky tomu posunul a už to zvládne. Sám si již uvědomuje, že to není úplně v pořádku, aby člověk během svého života neustále chodil po léčbách, chvíli žil spořádaně a potom zase ne. Silně a statečně se vším bojuje. Svým problémům se staví čelem a nevzdává se. Doufá, že posbírá všechny své síly, dá se dohromady a už to zvládne.

**P 5 muž** – 28 let. Ve svých 17 letech se dostal k drogám prostřednictvím jeho tehdejší přítelkyně Beata, se kterou se seznámil na technoparty. Z jedné části právě ona a z druhé části zvědavost ho dovedly k propadnutí drogám.

První léčbu podstoupil v roce 2012 v Černovicích na naléhání jeho rodičů. Odsud pokračoval na další léčbu v Opavě, kde úspěšně dokončil 3 měsíce. Další období je trochu zmatenější sám si přesně nepamatuje, kolik těch léceb bylo. V tomto období se neustále navracel k braní a výrobě drog. Bylo to jako na houpačce, chvílku nahoře, chvílku dole a pořád se to opakovalo dokola. Prožil si období, kdy se měl jako král a jezdil si v drahých autech, ale také období úplné chudoby, kdy se ocitl na ulici. Toto období je samozřejmě doprovázeno taktéž trestnou činností od vydírání a manipulace s lidmi až po krádeže.

Nejtěžší byla léčba v terapeutické komunitě Renarkon. Této léčbě předcházelo vlastní sebeuvědomění, kdy si participant řekl, že takto už dál žít nechce. Chtěl uzavřít celou životní etapu, ve které figurovala jeho přítelkyně Beata a Brno. Na základě toho nastoupil na komunitu. Úspěšně absolvoval náročnou a pro něj velmi přínosnou roční léčbu. Dále v léčbě navazoval na doléčovací centrum. V Olomouci zvládl dalších 8 měsíců, během kterých se zdařile zařazoval do společnosti. Na období strávené v Renarkonu velmi rád vzpomíná. Odněs si odtud spoustu krásných zážitků od společných výletů až k dobrovolnictví vykonávaného pro dobro ostatních. Sám řekl: „*Musím ještě podotknout, že to byl jeden z nejdrsnějších a zároveň nejkrásnějších roků v životě, protože tam jste fakt jako s těma lidima rodina*“. Díky této léčbě realizoval spoustu důležitých rozhodnutí a změn,

které mu pomohly změnit jeho život a nastartovat jej správným směrem. Byla to velmi těžká životní rozhodnutí, se kterými se sám vnitřně popral a zdárně je zvládl.

Začal v úplně novém městě nový život. Našel si novou práci, bydlení a krásnou přítelkyni. S přítelkyní je doposud a mají spolu malou čtyřměsíční dcerku. Svoji rodinu hluboce miluje. Všechno se mu dařilo. Práci má velmi dobře placenou, blízko v centru Olomouce. Má skvěle vybavený velký byt. Jenomže po narození jeho dcery Natálky přišlo dvouměsíční období recidivy. V tu chvíli, kdy si splnil všechny svoje cíle, už nevěděl, co dál, co s volným časem a opět se uchýlil k drogám.

Velmi lituje zklamání, které způsobil svojí přítelkyní a rodině. Sám sobě vyčítá, co udělal, ale už teď ví, že se s tím vším bude muset porvat a přítelkyni svými činy dokázat, že chce všechno napravit. Rodina byla vždy jeho snem. Nesmírně mu záleží na jeho dcerce a přítelkyni. Lituje už jenom toho, že si to před těmi 11 lety dal a že začal užívat. Život na drogách jej nebaví, už toho má dost. Touží po sebenaplnění, efektivním využívání volného času, začlenění se do určitého kolektivu a normálním životě.

#### 4.7 Způsob zpracování dat

Pro náš výzkum jsme zvolili design interpretativní fenomenologické analýzy, ve kterém budeme zpracovávat data. **Interpretativní fenomenologická analýza** slouží k porozumění žité zkušenosti člověka. Umožňuje výzkumníkovi podrobně prozkoumat, jak osoba utváří význam své zkušenosti, což nám dovoluje porozumět jednotlivé události, procesu či souhrnně fenoménu. Používá se v případech, kdy je předmětem zkoumání neobvyklá skupina lidí, což námi realizovaný výzkum splňuje, jelikož jsou předmětem jeho zkoumání osoby s diagnózou drogové závislosti. Je důležité zmínit, že výzkumník prozkoumává fenomenologicky nejen zkušenost konkrétního člověka z jeho perspektivy, ale také z svého pohledu na svět, protože zde hraje důležitou roli výzkumníkova zkušenost stejně jako interakce mezi ním a participantem. Bez osobních zkušeností, přesvědčení, postojů a interpretace výzkumníka by ani nebylo možné porozumět žité zkušenosti někoho jiného. Jednoduše řečeno můžeme konstatovat, že jde o detailní analýzu prožité zkušenosti a její porozumění (Smith, Flowers a Larkin, 2009; Řiháček, Čermák a Hytych, 2013).

Po uskutečnění rozhovorů došlo k jejich prepisu a zpracování do textové podoby. Každý z případů neboli jednotlivých rozhovorů analyzujeme samostatně. Budeme pracovat

s hermeneutickým kruhem, což znamená, že jednotlivé případy budeme analyzovat dvojitým pohledem. Nejenom pohledem participanta, ale taktéž pohledem výzkumníka.

Na počátku samotné analýzy stojí **reflexe výzkumníkovy vlastní zkušenosti s tématem výzkumu**, kterou můžeme chápat jako **nultou fázi** procesu analýzy. Abychom mohli efektivně pracovat ve fenomenologické perspektivě, je přínosné vzít v úvahu, jaký máme vztah k tématu výzkumu. Zabýváme se nejenom vlastní motivací pro práci s tématem, ale i prekonceptí, která s tím souvisí. Tato reflexe poslouží jako nástroj uvědomění si interpretativní role ve výzkumném procesu, za jehož pomoci dokážeme prospěšně pracovat s daty a zajistit přitom validitu naší analýzy (Řiháček, Čermák a Hytych, 2013).

Výzkumnice si při reflexi vlastní zkušenosti s tématem okamžitě vybavila příběh svojí kamarádky, která si prošla velmi trnitou a náročnou cestou. Do paměti se bleskurychle dostaly vzpomínky, při nichž výzkumnice sedí na lavičce, kouří cigaretu se svojí přítelkyní a naslouchá jejím prvním počátečním zkušenostem a radostem s tvrdými drogami. Jako by to bylo včera. Zcela barvitě si vybavuje narůstající množství drogy, která drtila její přítelkyni jak uvnitř, tak i venku. Nemohlo to dopadnout jinak než tvrdým pádem z hodně velké výšky. Kamarádka si prošla pro ni velmi přísnou, ale přínosnou léčbou. Její cesta byla plná překážek, ale objevil se muž jejích snů, se kterým v krátké době otěhotněla. V současné době má čtyřletou holčičku, která jejímu životu dala naprosto nový směr a význam. Smyslem jejího života je rodina a především její dcerka Eliška, pro kterou dýchá a nedala by na ni dopustit. Od doby, kdy otěhotněla, se od drog zcela odcizila a nyní už na ně ani nepomyslí. Se svým přítelem bydlí v nově zrekonstruovaném bytě blízko centra, tudíž co se týká zázemí, jí nic nechybí. Našla si práci v místě bydliště a žije spořádaný život. Její drogová kariéra je pro ni dávno minulostí.

Zkušenost výzkumnice s daným tématem je naladěná spíše pozitivně. Ovšem je zcela jasné, že každý životní příběh končí jinak a výzkumnice je na toto připravena.

V **první fázi** analýzy se zaměřujeme především na **opakované čtení textu**. Za pomoci opakovaného čtení či poslechu nahrávky se výzkumník dokáže více vcítit do příběhů jednotlivých participantů. Lépe se orientuje v souslednosti událostí a prohlubujeme tak dovednost za pomoci, které chceme vědět, jaké to je být v respondentově kůži a nahlížet na svět jeho očima (Řiháček, Čermák a Hytych, 2013).

Opakované čtení a poslech rozhovorů nám napomohl k uložení jednotlivých zajímavých střípků do paměti, ucelení individuálních příběhů a také nás dovedl k hlubokému cítění s participanty a jejich osudy.

Ve **druhé fázi** již pracujeme s přeepsaným textem, do něhož vytváříme **počáteční poznámky a komentáře**. Rozbor textu provedeme formou výroků s použitím vlastních komentářů a poznámek. Nesmíme zapomínat na to, že i v našich očích méně důležitá informace může mít podstatný význam (Řiháček, Čermák a Hytych, 2013). Proto žádné z informací, které nám participanti poskytli, nezavrhuje bez většího zamyšlení. Veškeré naše výroky a poznámky zapisujeme nad určitou pasáž, ke které tyto poznámky náleží a která je barevně podtržena a oddělena v textu. Používáme tedy barevné odlišení spolu s číselným značením.

Ve **třetí fázi** se snažíme prostřednictvím redukování dat a našich poznámek **směřovat k vzniku témat**. Dostáváme se do etapy, kdy formulujeme tzv. **rodící se témata** (Řiháček, Čermák a Hytych, 2013). Výzkumnice si již v předešlém kroku, kdy tvořila poznámky a komentáře, pro sebe zároveň ručně psala na papír zvlášť seznam témat spolu s jejich číslováním. V této fázi stačilo pouze seznam přehodnotit, překontrolovat a přepsat do počítače v podobě tabulky. Tabulka obsahuje číselné označení a název témat (viz ukázka – Tabulka 2).

Tabulka 2 Ukázka ze seznamu rodících se témat

Číselné označení	Název témat
1.	Důvod léčby - rodina
2.	Sebeuvědomění
3.	Recidiva
4.	Abstinence
5.	Léčba - komunita
6.	Zdravotní potíže - drogy
7.	Pomocná ruka – K-centrum
8.	Léčba – psychiatrická léčebna

9.	Léčba – potíže
10.	Léčba – základní dovednosti

**Hledání souvislostí napříč tématy je čtvrtou fází analýzy**, kdy hledáme logická a vzájemná propojení mezi tématy (Řiháček, Čermák a Hytych, 2013). Vytiskli jsme si již výše zmíněnou tabulku s tématy. Postupovali jsme tak, že určitý shluk k sobě přitahujících se témat byl zvýrazněn jednou určitou barvou. Barvy nám odlišily k sobě patřící shluky témat. Témata, která nebyla důležitá pro náš výzkum, jsme vyřadili. Poté jsme na základě barevného rozlišení vytvořili nově přeskupenou tabulku s názvy témat a podtémat. Vzniká nám výčet nadřazených témat a podtémat podle námi stanoveného interpretačního klíče (viz ukázka – Tabulka 3). Totožným způsobem proběhla analýza následujících čtyř případů, kdy každá analýza byla prováděna samostatně. V samostatnosti spatřujeme zachování ideografického přístupu k individuálním případům a zároveň se nám tím otevřel prostor pro objevování nových témat. U každého participanta jsme zhotovili zvlášť seznam s nadřazenými tématy a podtématy.

Tabulka 3 Ukázka vynořujícího se seznamu nadřazených témat a podtémat

<b>Vykročení na cestu resocializace</b>		
<b>Motivace k léčbě</b>	<b>Léčba</b>	<b>Dokázal jsem</b>
Důvod léčby – rodina (1)	Abstinence (4)	Sebeuvědomění (2)
Chci žít bez drog (18)	Léčba – komunita (5)	Léčba – úspěchy (11)
Slib léčby (62)	Zdravotní potíže – drogy (6)	Kroky vpřed (17)
Život na ulici (69)	Pomocná ruka – K-centrum (7)	Vyhýbání se (20)
Pomoc vojna (72)	Léčba – psychiatrická léčebna (8)	Jsem zdrav/a (33)
Důvod léčby – apaurin – vojna – sebeuvědomění (74)	Léčba – potíže (9)	Umím pracovat s pocity (86)
Abstinence – důvod (85)		



V poslední fázi analýzy hledáme vzorce napříč případy. Orientujeme se především na propojení jednotlivých analýz. Dáváme si do souvislostí, která témata jsou nejsilnější nebo která témata si jsou nejvíce podobná svými znaky. Výsledkem je v této fázi analýzy našeho výzkumu tabulkové zobrazení vztahů mezi tématy a interpretace témat u každého participanta (Řiháček, Čermák a Hytych, 2013). V naší práci jsme použili tabulkové znázornění (Tabulka 4), ve kterém můžeme spatřit nadřazená témata uspořádaná podle pořadí po sobě jdoucích rozhovorů. Toto pořadí vychází jak z posloupnosti realizace rozhovorů, tak i z jejich analýzy.

Tabulka 4 Nadřazená témata, která vznikla z jednotlivých analýz

Nadřazená témata				
P1	P2	P3	P4	P5
Vykročení na cestu resocializace	Vykročení na cestu resocializace	Vykročení na cestu resocializace	Vykročení na cestu resocializace	Vykročení na cestu resocializace
Startovní čára mého zabezpečení	Startovní čára mého zabezpečení	Startovní čára mého zabezpečení	Startovní čára mého zabezpečení	Startovní čára mého zabezpečení
Naskočit na vlak do zaměstnání	Naskočit na vlak do zaměstnání	Naskočit na vlak do zaměstnání	Naskočit na vlak do zaměstnání	Naskočit na vlak do zaměstnání
Moje vztahy	Moje vztahy	Moje vztahy	Moje vztahy	Moje vztahy
Trhliny	Trhliny	Trhliny	Trhliny	Trhliny

Důležitým prvkem v kvalitativním výzkumu je validizace, kterou jsme podpořili v rámci triangulace použitím výzkumné projektivní metody **životní křivky** (Čermák a Štěpaníková, 1998). V její analýze jsme směřovali k vytvoření a popisu části životního příběhu participantů. Konkrétněji jsme se zaměřili na významné události v období jejich resocializace.

## 5 INTERPRETACE DAT A JEJICH SHRNU TÍ

Ve výkladu u interpretativní fenomenologické analýzy jdeme za to, co se v textu bezprostředně nachází, za zjevný obsah textu. Z jejího hlediska je věrohodná ta interpretace, která je postavena hlavně na výrazech, jejichž autorství patří participantům, a je doplněna přímými citacemi. Takováto interpretace je úzce zakotvená v textu a přiznává, že je to pokaždé výzkumník se svým životním děním, kdo je jejím autorem. Hodnotná IPA studie poskytuje čtenáři vyprávění ze dvou pohledů – z perspektivy témat a z perspektivy jednotlivých případů/participantů (Smith, Flowers a Larkin, 20009; Smith, 2011; Řiháček, Čermák a Hytych, 2013).

Interpretace především klade důraz na jedinečný způsob, jakým je výchozí téma důležité pro jednotlivce. Nejlepší variantou je tedy kombinace obou pohledů, čímž zachováváme celistvost námi zjišťovaného fenoménu. Čtenář má tak příležitost se seznámit jak s obecnými tématy, která vzešla z analýzy, tak i s konkrétním světem participantů, kteří nám vylíčili svůj příběh. Námi identifikovaná témata doplňujeme našimi komentáři a přímými citacemi participantů dosvědčujeme naše tvrzení. Zásadní je jasně odlišovat mezi tím, co řekl participant a co je naše interpretace. Výsledky můžeme seřadit podle hlavních témat (Willig, Carla, 2001; Smith, 2011, Řiháček, Čermák a Hytych, 2013).

Z doslovně přepsaných rozhovorů nám vznikl seznam asi okolo 160 výroků. U každého z jednotlivých 5 rozhovorů nám vzniká individuální seznam. V rámci dalšího kroku nám vznikají nadřazená a podřazená témata u každého případu zvlášť. Témata se v některých ohledech navzájem překrývají, a nelze tudíž jednoznačně oddělit jedno od druhého. V našem výzkumu prezentujeme výsledky pro zpřehlednění prostřednictvím postupu, ve kterém strukturujeme výsledky podle nadřazených témat, dále dle jednotlivých participantů a v poslední řadě podle podtémat (podtémata jsou popsána v jednotlivých odstavcích chronologicky za sebou). Nachází se zde námi požadované odpovědi na jednotlivé výzkumné otázky.

### 5.1 První téma – Vykročení na cestu resocializace

Téma „Vykročení na cestu resocializace“ je z hlediska obsahu a informací nejvíce nasycené, a to u všech pěti participantů. V tomto tématu se zabýváme tím, jak vnímají osoby s diagnózou drogové závislosti proces jejich léčby. Vznikla nám zde 3 podtémata, která níže u jednotlivých participantů po odstavcích popisujeme v následovném pořadí. První podtéma

„Hnací síla“ nám líčí, co bylo a je motivací v jejich léčbě. Druhé „Léčba = dřina, ale i radost“ se zaměřuje na pozitiva a negativa léčby. Ve třetím podtématu „Dokázal/a jsem“ je popsáno, co jim léčba přinesla, co ovládají a kam se posunuli. Všech 5 participantů v rámci tohoto tématu hovořili dosti obsáhle a všichni pokryli svými odpověďmi podtémata.

### **Participant 1**

Pro participanta 1 jsou obrovskou motivací k léčbě jeho dvě děti a manželka. Svůj slib léčby, který dal rodině, bere opravdu vážně a jde vidět, jak moc mu na tom záleží. Zároveň také přesvědčení, že chce žít čistý život bez drog. Sám říká: „*Prostě jsem si uvědomil, že to dětství je pryč. A že prostě chcu jít do práce a že si chcu žít ten život po svém. Bez drog tak*“. Dalšími pilíři, na kterých staví svoji abstinenci, jsou sport a doplacení všech dluhů. Před první léčbou mu bylo motivací dostat se pryč z ulice, náprava zdraví a také jej hodně motivoval pobyt na vojně. Na vojně ho postavili do latě. Sám říká, že mu pomohli: „*A on mi prostě začal píchat apaurin do zadku. A ten apaurin mi jako zklidňoval ty fyzický projevy toho abst'áku z toho opiátu. A já jsem fakt za 9 dní byl dobrej, že jsem normálně mohl jít s klukama běhat, dupat na buzerák a takový věci prostě. Takže jako jsem tomu kapitánovi hrozně vděčnej*“.

V léčbě participanta 1 se objevují jak pozitiva, tak negativa. Mezi pozitiva řadí odříznutí od drog, uvědomování si krásy světa, zlepšení svého zdraví, umění pracovat se svými pocity, naučení se novým dovednostem, stanovení si hranic a cílů, dokázat komunikovat, řešit svoje problémy a být tu pro druhé. Potíže, jež spatřuje na léčbě, jsou naučit se koordinovat své pohyby, začít komunikovat s ostatními, svěřit se se svými problémy a začít akceptovat společenský systém.

Po ukončení svojí první léčby si připadal jako nový člověk. Vyrovnaný a odhodlaný k tomu, že drogy brát nebude a nechce. Dokázal dojít k sebeuvědomění „*udělal jsem hrozně velkou chybu*“, věděl, že je potřeba udělat kroky v před, vyhýbal se pro něj rizikovým místům a lidem, uzdravil se a je hrdý na to, že dokáže ovládat a pracovat se svými pocity.

### **Participant 2**

Hnací silou v léčbě u participanta 2 bylo hned několik podnětů. Primárním důvodem byla ztráta úplně všeho „*uvědomění si, že jsem vlastně ztratil úplně všechno. No, že jsem vlastně ztratil rodinu a najednou jsem zjistil, že nemám vůbec nic, že mám jenom to, co mám na sobě*“. Uvědomil si, že chce podstoupit léčbu a to hlavně kvůli sobě a pro sebe „*Do léčby jsem nastoupil primárně kvůli sobě*“. Byl skálopevně přesvědčený, že drogy už mu nic nedávají, jenom ho ničí a zabíjejí „*už mi nedávají to, co mi dávaly prvních 15 let. Jo. Prvních*

*15 let, co mi ty drogy dávaly. Začaly mě ničit, začaly mě zabíjet. Hlava je chce, ale tělo prostě říká, že tím užíváním si už strašně krátím život“.* Dobrým příkladem jsou mu kamarádi, kteří abstinují, a on je za to obdivuje.

V průběhu léčby participant 2 spatřuje jak klady, tak zápory. Na léčbě bylo těžké se přizpůsobit systému, který v zařízení fungoval, plnit zadané sankce, přijímat autority, svádět vnitřní boj sám se sebou, vyrovnávat se s neustálými výčitkami v sobě, dokázat se někam posunout, neporušovat pravidla, nedokončení léčby a vyhazov. Kladné bylo dokázat udělat krok vpřed, posunout se, navázání kontaktu s oběma rodiči, vztahová terapie, obnovení vztahů s maminkou a spousta nových užitečných zkušeností *„Ale odnesl jsem si z toho strašně hodně. Právě proto jsem tady zpátky na Mandale, protože Mandala mi hodně dala. A já bych jí to zase chtěl vrátit tím, že to dodělám kvůli absolventským skupinám“.*

Dokázal se díky léčbě posunout kupředu, došel k sebeuvědomění ohledně řešení svojí situace a začal se setkávat s přáteli, co abstinují.

### **Participantka 3**

K léčbě ji hnalo kupředu více impulzů. Jedním z nich je rodina, kdy nechtěla, aby se kvůli ní ostatní trápili. U další léčby si uvědomovala, že by se měla jít léčit sama kvůli sobě, jelikož jí přišlo, že je asi něco špatně a bylo značně ohroženo její zdraví. Stěžejním impulzem bylo samotné rozhodnutí a přesvědčení o tom, že chce abstinovat od tvrdých drog *„A já možná, já chci abstinovat už, protože já vím, že mě to zabije ty drogy. Když začnu znova brát jako“.* Jednu dobu byla smířená s tím, že na drogy umře, ale objevil se muž jejího srdce, kvůli kterému se v současné době léčí *„Šla jsem se léčit kvůli mému chlapovi. Richardovi, s kterým teď neustále bojuju. No takže jakoby nevím. Byla jsem smířená s tím, že na drogy umřu. Protože jsem prostě... Po tom Sejřku jakoby jsem chtěla abstinovat od tvrdějších drog“.*

Léčba je jí dřinou, ale i radostí. Potížemi v léčbě jí byly její vztahy s muži, tajné pití alkoholu, rozhodnutí se jít léčit, zapojení se do režimu, soužití s ostatními klienty, fyzické a psychické abstinenci příznaky, hodně nabitý program, absence více času pro sebe, plnění sankcí, udržení se v léčbě, boj s vnitřním smířením ohledně léčby, výčitky vůči sobě, smíření se s minulostí, vnitřní boj sama se sebou, uspořádání si veškerých svých priorit v hlavě, získání sebedůvěry, dokázat si vážit sama sebe, mít ráda sama sebe, boj se zdravotními potížemi a každý den v léčbě hodnotí *„Tady je pro mě obtížný každý den“.* Mezi radosti, které na léčbě spatřuje, radí získání nových kamarádů, potěšení z krás světa kolem ní, radování se z maličkostí, abstinenci od drog, plánování do budoucna, obnovení koníčků *„Začínám*

*sportovat znova. Sice jsem sportovala celý život. A jsem nejlepší v ping pongu*“, nadšení z volného času, sranda a zábava s ostatními, navázání kontaktu se sestrou, urovnání vztahů s mámou a vybudování si vzájemné důvěry.

Léčba jí dala důvod přemýšlet nad tím, co je v jejím životě špatně, kam se bude ubírat dál, jak ji drogy zabíjejí a co jí všechno drogy vzaly. Došla k sebeuvědomění a přesvědčení, že už to takto dál nejde a život na drogách už prostě nechce „*Se mi abstinovalo jinak před 7 rokama. Cítím, že jsem starší jako. Už to není 25 třeba. Je to takový těžší, no. Život už mám za sebou půlku. Když si to tak vezmu, 33 mi je. To už není jen tak, no. A léčit už se nepudu, jako to jsem se zařkla, že už nepudu prostě. Proto už nechci zreknout*“.

#### **Participant 4**

S každou další léčbou přibývaly nové důvody proč se léčit. Při první léčbě to byla rodina „*rodiče chtěli, abych se šel léčit*“ spolu s kombinací života na ulici. Nechtěl již žít takovýmto způsobem a chtěl mít zázemí „*já už jsem neměl kde být*“. Současnou léčbu podstupuje hlavně kvůli sobě „*A jsem tady sám za sebe. Měl jsem ty toxické psychózy a nechtěl bych skončit někde mezi bláznama, takže jsem rozhodnutej*“ a svému zdraví.

Nejvíce mu do života dala léčba na Mandale v Kroměříži. Díky léčbě si dokázal uvědomit spoustu věcí, které dělá špatně, dokázal se posunout dál, nebere drogy, chodí hodně cvičit, věnuje se sám sobě, pozoruje na sobě zlepšení, dokáže si vyřídit spoustu úředních náležitostí, přichází na svoje vlastní chyby, zlepšuje vztahy s rodinou a komunikuje s ostatními. Na léčbě pro něj bylo velice těžké, když někdo na léčbu pašoval drogy, úklidy, pokora, otevření se lidem, začít důvěřovat lidem, vztahové a edukační skupiny s rodinou, hledání vlastních chyb, zamyšlení se nad sebou a vydržet v uzavřeném prostředí. Měl taky problém kvůli tomu, že navázal vztah s jinou klientkou zařízení a tížil ho pocit zklamání z nedokončené léčby. Dost negativně se vyjadřuje k léčbě v Opavě a hodnotí ji jako „*zašívárnu*“, kde člověku není poskytnuta pomoc.

Léčba ho posunula kupředu a dala mu spoustu užitečného „*určitě mi to dalo spoustu věcí prostě, na který jsem si přišel v té léčbě, kterých bych venku sám prostě na to nepřišel*“. Dala mu naději do života a ukázala, že lze žít život bez drog.

#### **Participant 5**

Motivací v léčbě pro něj byla rodina „*to bylo více méně na podnět rodičů*“ a potřeba zázemí „*a navíc tam přišlo to, že mě vyhodili z baráku. Jo já jsem spal rok v autě a takový prostě*“.

Později došel k uvědomění, že takovýto život ho nebaví a že nejde žít jako na houpačce „*No a tady už mě to fakt přestalo bavit*“, „*mě to fakt štví ty drogy. Co bych dal za to, kdybych si to před těma 11 rokama nikdy nedal. To takhle uteklo (lusknutí prsty) a nic z toho*“. Rozhodl se léčit sám kvůli sobě a pro sebe „*jsem se rozhodl tehdá, že chcu tady celou tu etapu prostě pryč, jak Beatu, tak Brno. Prostě že toho chcu všeho nechat a že půjdu někam dál*“.

V léčbě pro něj bylo těžké si přiznat a uvědomit svoji závislost, zapojení se do režimu, respektovat a přijímat pomoc personálu, neustále navracející se výčitky, zbavit se vztahu s rizikovou přítelkyní, smířit se s délkou léčby, přijmout to, že se nevrátí zpět do rizikového prostředí, udělat zásadní rozhodnutí, urovnání sexuality ve vztahu k drogám, počátky léčby, umístění léčebného zařízení mimo společenskou dění, odříznutí od světa, získání pokory, zocelující prevence relapsu „*Když to zvládne, tak ho to zocelí no. Takže sbírání drog perfektní věc*“ nebo také náročné funkce a zkoušky, které léčba skýtá. Bezvadné na tom všem bylo sdílení společných okamžiků s ostatními, společná soudržnost, otevřenost, důvěra, sdílnost, nápomocnost mezi sebou, odměny v podobě dovolených či výletů „*No a my jsme pak vlastně za odměnu, jak jsme byly na těch festivalech, tak oni nás vzali na 4 dny k moři*“, hromada zážitků a dobrovolnictví konané pro jiné „*Já jsem dělal čerta v dětském domově. Děckám v pastákách a strašně moc toho bylo krásnýho. Tak na toto asi nejradši vzpomínám*“.

Je pyšný na to, že dokázal rok léčby zvládnout, otevřel a změnil tolik důležitých věcí, vzdal se lásky svého srdce, dokázal se vzdát Brna, na pohřeb svého dědečka šel s čistým štítem, uspořádal si priority a nezlomil nad sebou hůl.

## 5.2 Druhé téma – Startovní čára mého zabezpečení

V rámci tohoto tématu se zabýváme zkušenostmi s materiálním zabezpečením v procesu resocializace u osob s diagnózou drogové závislosti. Blíže se orientujeme na podtémata zabývající se zázemím a finančním zabezpečením. Názvy podtémat, týkajících se bydlení, se u některých participantů liší, jelikož pomocná ruka jim byla podaná jak ze strany rodiny a blízkých, tak ze strany institucí. Jiná varianta zde nenastala. Stojí za to věnovat pozornost participantu 2, který paradoxně procesem resocializace procházel ve výkonu trestu odnětí svobody. Takto vzniklá kombinace procesu resocializace může být pro některé jedince značně komplikovaná. Nutno ještě podotknout, že se objevuje rozdílná interpretace finančního zabezpečení od ostatních u participantky 3. Autorka svoje tvrzení postavila na vlastní zkušenosti z reality. Toto téma bylo participanty nejméně diskutováno.

### Participant 1

Postavit se na vlastní nohy pomohlo participantu 1 hlavně doléčovací centrum. Zde mu bylo poskytnuto ubytování. Později když chtěl zakládat rodinu se svojí nynější manželkou, tak mu bylo nabídnuto zázemí od rodiny ze strany jeho ženy *„Takže jsme se domluvili s její mamkou, že se nastěhujeme dohromady, že budeme bydlet dohromady a od roku 2013 bydlíme v Kokorách v rodinném domku, který jsme nějakým způsobem zrekonstruovali a dali do pořádku“*.

Za zmínku stojí podpora lidí z komunity *„od děcek z komunity jsem dostal krabici tatranek, 50 kousků, nějaké čínské polívky, abych prostě ze začátku měl aspoň něco“*. Co se týká finančního zabezpečení, tak si velice rychle našel práci a měl slušný přísun peněz *„listopad, prosinec a já jsem prostě už v lednu měl velkou výplatu. 22 – 23 000 tisíc jako“*, což znamená, že se dokázal bez problémů zabezpečit. Jediným háčkem je splácení nasekaných dluhů, ale toto se snaží zvládat.

### Participant 2

Co se týká materiálního zabezpečení participanta 2, tak tady se budeme bavit o ojedinělém případě. Jelikož přecházel z léčby přímo do výkonu trestu odnětí svobody a opět zpět z VTOS na léčbu, tak zde není téma tradičně nasycené. V meziobdobí, kdy byl na svobodě, měl zázemí u svojí maminky, která ho ubytovala. Do budoucna může využít nabídky bydlení u mámy, ale spíše se upíná na pomoc doléčovacího centra, do něhož má v plánu po ukončení léčby stoprocentně nastoupit. Má strach z placení svých dluhů. Bojí se světa, který ho čeká tam venku, ale zároveň plánuje do budoucna. Doufá, že za pomoci doléčovacího centra získá ubytování, později alespoň byt 2+1 a práci, která by ho bavila a naplňovala *„Snažím se to plánovat bum léčba, prodloužím doléčovák a na tom doléčováku bych chtěl mít svůj byt“*.

### Participantka 3

S bydlením a postavením se na vlastní nohy pomohlo většinou participantce 3 doléčovací centrum. Najít pro ni bydlení není žádný problém *„Ale to není problém. Musíš nájem platit. Tak to byla priorita vždycky pro mě. Zaplatit si nájem a pak už to máš jedno“*. Do svého rodného města se určitě vracet nechce a nevrátí, jelikož je to pro ni obrovský spouštěč. Do budoucna má zajištěné zázemí u svého přítele Richarda *„Ale bydlení není problém. Toho se jako nebojím vůbec. Já jsem to měla nastavený tak, že když jsem šla sem do léčby, že budu bydlet s Richardem spolu. Hnedka po léčbě“*.

Participantka 3 o svém finančním zabezpečení nehovořila napřímo, pouze zmiňovala, že nemá potřebu po někom cokoliv chtít, takže skutečnou situaci si můžeme jenom domýšlet. Autorka se přiklání k variantě, že je dostatečně finančně zabezpečena. Své tvrzení staví na situaci, která proběhla na ranní komunitě, kdy jednomu z klientů, který už neměl peníze, darovala hned několik cigaret.

#### **Participant 4**

Zázemí vždy nacházel u svojí rodiny, takže se pokaždé léčbě měl kam vrátit „*Měl no. Tu nejjednodušší cestu jsem vždycky zvolil*“, „*Mně pomohla vždycky rodina. Já jsem na doléčovák nešel*“. Do budoucna si chce pronajmout byt v Praze mimo své rizikové prostředí.

Co se týká finančního zabezpečení a dluhů, tak tady opět vždy pomohla rodina, ale jakmile začal vydělávat, tak se snažil veškeré peníze vrátit „*je to skoro tři čtvrtě milionu. Automaty, dluhy, půjčky. Takže takhlens. Pomohli mi, no, hodně. A pak postupem času jsem se už sám, jsem chodil do práce v tom Německu jo, takže jsem vydělal pěkný peníze. Tak už jsem to sám lepil, no, všechno. Nějakým způsobem jsem se to snažil vracet mamce. Takže jsem jí posílal peníze*“. Nyní má do startu nějaké peníze našetřené, takže se nemusí ničeho obávat.

#### **Participant 5**

V případě participanta 5 se budeme bavit převážně o současné situaci, jelikož prošel několika léčbami a sám se v tomto dění ztrácí. Vrátit se má kam, jelikož bydlení má zajištěné. Byt platí z léčby „*ten byt, co máme, jo, tak ten normálně platím odsud*“. Rodiče participanta 5 poskytli zázemí jeho přítelkyni s dítětem, než se celá situace vyřeší „*takže se vlastně Andrea jakoby odstěhovala k rodičům. Já prostě mám úplný odpor k takovej těm rodinám, kde prostě je děcko a fetuje se tam*“. Toto řešení vzniklo na jeho popud.

Finanční zabezpečení participanta 5 je na výborné úrovni, jelikož je pracující člověk „*v podstatě, já jsem na neschopence*“. Nemá žádné dluhy a to je velkým plusem.

### **5.3 Třetí téma – Naskočit na vlak do zaměstnání**

Cílem tohoto tématu je popsat zkušenosti participantů se získáním zaměstnání v procesu resocializace. Vznikají nám zde dvě podtémata s názvem „Hledání zaměstnání“ a „Moje práce“. Z jejich označení je zcela jasné o čem pojednávají, tudíž není třeba je blíže rozvádět. Jedinou výjimkou je participant 2, který se od ostatních liší z důvodu resocializace



ve výkonu trestu odnětí svobody. U všech participantů se vzniklá podtémata shodují, pouze u participanta 2 bylo třeba je trochu jinak uchopit.

### **Participant 1**

S nalezením práce neměl participant 1 nikdy žádný problém. Je velmi manuálně zručný a nebojí se žádného zaměstnání. Práci si dokáže najít téměř okamžitě. Ovládá spoustu věcí jako „*Můžu dělat na stavbách, stavěl jsem lešení, dělal jsem natěrače, umím svářet s autogenem, pálit autogenem, umím svářet cočkem, umím jezdit s jeřábama a veškerýma jeřábama, protože jsem měl papíry na osmdesáti tunu na velký jeřáb, a takže jsem si našel práci*“. Pracovní režim mu nedělá žádné problémy, skvěle se dokáže přizpůsobit.

Pracoval v několika zaměstnáních. Dokázal se vypracovat na vyšší a vyšší posty za značně větší finanční ohodnocení „*Prostě jsem si to jakoby odmakal až na vedoucího směny*“. Jeho práce jej naplňovala a bavila. Viditelná chuť k práci mu rozhodně nechybí. Participant 1 je velmi snaživý a pracovitý člověk, díky čemuž se mu dostávalo od jeho vedoucích velmi dobrých a chápavých pracovních podmínek. Dokonce se jim mohl i svěřit se svojí situací a finančními obtížemi. Vždy narazil na dobrý pracovní kolektiv, se kterým si rozuměl „*jsem měl dobrou partu a já jsem pro ně udělal první poslední a furt jsem to jako bral, že jdu dopředu, že dobrý, dobrý, dobrý*“. Ve svých zaměstnáních se realizoval, získal spousty nových zkušeností, certifikát taviče a především mu práce přinášela štěstí a sebenaplnění.

### **Participant 2**

Co se týká otázky zaměstnání, práce nebo způsobu obživy, tak zde se můžeme bavit pouze o období ve výkonu trestu odnětí svobody. Mimo jiné můžeme i krajně zmínit období před nástupem na léčbu. Ve VTOS participanta 2 zařadili ve věznici na pracoviště, kde byl třisměnný provoz. Pracoval ve fabrice TRV Car, kde vyráběli navijáky a pásy do aut. Zde nebyl vůbec spokojený, jelikož mu třisměnný provoz, jednotvárná práce, hluk a pracovní kolektiv narkomanů nedělal dobře.

Od svých 21 let vyrábí drogy. Omamné látky pro něj nebyly pouze zdrojem zábavy, ale hlavně zdrojem obživy. S partou asi 20 lidí dali dohromady sound systém a z drog se pro ně vyklubalo slušné podnikání „*My jsme vařili. My jsme měli sound systém. A nás bylo 20 lidí, takže my jsme dali dohromady nějaký kapitál na tom, že jsme začali prodávat extáze, které jsme koupili za 20 korun jednu a prodávali jsme ji za 200 Kč. Takže vlastně 180 Kč vývar na jedné extázi. Pak jsme začali dělat party a na tom jsme to vlastně začali stavět*“.

### Participantka 3

Strach z hledání zaměstnání rozhodně nemá „*Vím, že si seženu práci. Vždycky jsem se starala sama o sebe*“. Práce se jí vždy hledala dobře. Je chytrá, pracovitá a manuálně zručná. Má již dostatečné množství zkušeností a rozhodně má co nabídnout.

Sice se jí nikdy moc pracovat nechtělo, ale pracovala celý život. Pracovala na reklamačním oddělení nebo na expedici ve skladu a dalších postech. K práci má dosti rozporuplný postoj, jelikož po celý život vyráběla a prodávala drogy, z čehož byla dobře finančně zabezpečená „*A mně se nikdy moc nechtělo pracovat, víš co. Jsem po celý život vyráběla drogy a prodávala, takže jsem měla peněz dost. A jako nejsem z bohatý rodiny, to vůbec. Ale na drogách vyděláš hodně peněz jako*“. Teď už ví, že nemůže brát drogu jako podnikání a zdroj svojí obživy, protože s tímto nelze skloubit abstinenci „*Kolikrát nad tím přemýšlím tady, jestli by to šlo skloubit prostě. Prodávat drogy, prodávat perník a nefetovat. Vím, že to je nereálný. Několikrát jsem to zkoušela a je otázka času, kdy člověk znova začne brát. Je to nereálný*“.

### Participant 4

Od svých 18 let pracuje. Nikdy s prací neměl problém. Vždycky si dokázal na všechno vydělat. Nebojí se jet za prací do zahraničí. Je odhodlaný, nebojácný, flexibilní, pracovitý, manuálně zručný a otevřený novým možnostem. Nebojí se ciziny ani jiného jazyka či neznámého prostředí. Práci má zajištěnou. Bude se za ní vracet do Německa.

Pracoval v Německu, kde si dokázal vydělat hodně peněz. Stojí za tím hromada dřiny a zřeknutí se osobního pohodlí. Z menší části se živil prodejem drog „*No tak já jsem chodil do práce a do toho jsem bokem prodával drogy sem tam. Ale moc ne*“, „*Většinou jsem pak už dával. Nepotřeboval jsem to prodávat. Takže tak*“.

### Participant 5

Je velmi šikovný, pracovitý, výřečný a manuálně zručný muž „*V tomhle se teda prodat umím. No, s tímhle nemám problém*“, „*Já se mám jako za šikovného chlapa, takže jako já manuálně umím*“. S hledáním práce nikdy neměl nejmenší problém. Momentálně je zaměstnán.

Léta praxe má za sebou „*já tam mám co napsat a mám co nabídnout*“. V některých pracích se dokázal vyšplhat na lepší pozice „*jsem umýval a polepoval ledničky a vlastně skončilo to tak, že jsem normálně programoval takový ty ruky*“.

## 5.4 Čtvrté téma – Moje vztahy

„Moje vztahy“ je téma, které se věnuje popisu zkušeností s formováním sociálních vztahů u participantů v procesu jejich resocializace. Obsahuje podtémata „Moji nejbližší“ a „Přátelé“. V podtématu „Moji nejbližší“ se skrývá rodina jak orientační, prokreační, tak i rodina ze strany partnera. Taktéž sem spadá partner nebo partnerka. Podtémata se u všech participantů shodují. Nevyskytují se zde žádné neočekávané odchylky. Tato tematika je dosti důvěrná a byla u všech poměrně hojně rozváděna.

### Participant 1

Po ukončení první léčby se participant 1 setkal se svojí životní láskou a současnou manželkou. Založili spolu rodinu. Větší a prostornější zázemí jim bylo poskytnuto od rodičů jeho ženy. Rodina byla vždycky jeho snem, za kterým si šel. Svoji ženu a děti moc miluje a jde vidět, že by pro ně udělal úplně všechno „*Přitom já ty děcka miluju, ženu miluju, prostě mám rád to prostředí, ve kterém teďka su, anebo jako teď ne, ale ve kterém žiju těch 8 let. No tak jsem prostě na pokraji. Snažím se prostě dostat z toho dna navrch. A doufám, že mi prostě žena odpustí a budeme moct pokračovat*“. Díky drogám se odcizil svojí ženě. Tím, že znovu začal užívat, jí vrazil ránu pod pás a hrozně ublížil. Nyní s rodinou udržuje kontakty pomocí dopisů „*Snažím se s ní být v kontaktu. Prosím jí na kolenou, aby mi odpustila a pokusila se v sobě najít tu sílu, abychom to mohli udržet jako rodinu. Protože to je věc asi ta nejdůležitější u mě v životě. Já jsem si za tím šel jako za svým snem. Jako někdo chce vylézt na Mont Everest, tak pro mě můj Mont Everest jsou moje děti a moje manželka*“.

Začínal znovu v úplně cizím městě, takže si našel zcela nové kamarády, kteří pro něj nebyli rizikováni ale bohužel jeden kolega z práce, o kterém to z počátku nevěděl a který se mu stal přítelem, měl na něj posléze špatný vliv. Bez vlastního zavinění se dostal do nebezpečného přátelství.

### Participant 2

Ve svojí první léčbě došlo k obnovení a navázání vztahů s rodinou, především matkou. Až ve výkonu trestu odnětí svobody došlo k nápravě vztahů s otcem. Participant 2 si podal žádost o podmíněčné propuštění i přesto, že nesplňoval žádné podmínky, ale chtěl udělat radost rodině a jeho kamarádce Nikole. Je vidět, že na jeho rodině a přátelích mu moc záleží. Maminka mu pomohla vyřídit veškeré náležitosti ohledně nástupu na léčbu na Mandalu. Podpora ze strany maminky je viditelná. Při přestupu z VTOS se snažil strávit co nejvíce

času se svým synem „*Já mám syna, takže jsem byl doma. Maminka mi zprostředkovala to, i přes zákazy bývalé přítelkyně, mi zprostředkovala to, že jsem mohl strávit 3 dny se synem*“. V současné době udržuje kontakty s rodiči, kteří jeho situaci chápou, protože jsou sami bývalí narkomani.

Participant 2 udržuje vztahy nejenom s rodinou, ale i přáteli. Má kamarády, kteří abstinují a jsou pro něj inspirací „*Prostě je tam kamarádka, která mi jde příkladem. Prostě 24 letá holka, jmenuje se Nikola, jako ty prostě, 3 roky abstinuje, prostě známe se z drogové minulosti. Prostě mám ji rád tu holku, mám k ní úctu, vážím si jí prostě za to, co dokazuje*“. Zpět do svého přirozeného prostředí se určitě nevrátí. Přemýšlí o Ostravě, jelikož tam nemá moc rizikových známých, na které by mohl narazit a taky proto že chce být nablízku svojí rodině. Jak synovi, tak rodičům.

### Participantka 3

Její rodina jí dává plnou podporu a projevuje o ni zájem. Podporují ji jak po stránce psychické, tak i materiální. Materiální podpory nevyužívá, ale hřeje ji její vědomí. Psychická podpora je nesmírná „*Ale jako vím, že máma je ráda, že jsem tady a věří mi. To mi napsala do posledního dopisu. Že mi věří a že doufá, že už to zvládnou*“. Velkou oporu má v partnerovi, který za ní pravidelně jezdí na návštěvy a věří jí, že léčbu úspěšně zvládne „*A Richard za mnou jezdí každé týden. A na každý výjezd, co jedu tak jsme spolu s Richardem*“. Slíbil jí, že se o ní postará, a jde vidět, jak mu na ní záleží, jelikož ji neopustil ani v nejtěžších chvílích. Svoje nejbližší moc miluje a každý den je postrádá „*Každý den mi chybí, víš co. Chybí mi máma*“.

Ke svým starým známým se rozhodně nevrátí. Ani je nepovažuje za opravdové kamarády, spíše za pijavice, které se jí držely jen kvůli fetu. Na sto procent chce od těchto lidí pryč, jelikož ví, že by ji stahovali opět dolů do propasti. Chce si najít úplně nové kamarády, kteří pro ni nebudou riziková a dokážou jí pomoci v těžkých chvílích „*jsou životní situace těžké, který prostě, když máš přátele, tak ustojíš, když je nemáš a je na to člověk sám, tak si dá, protože tu bolest, kterou člověk má v sobě, téma drogama prostě uhasí a nebolí to. Takže jako tady na to spoléhám, že si najdu nový kámoše*“.

### Participant 4

Jeho rodina se k němu nikdy neotočila zády a pokaždé mu v těžkých chvílích pomohla „*Máma mě podporuje no*“, „*chtěli, abych byl doma. Snažili se mi pomoci, prostě nechápali to.*“, „*Chtěla mi pomoci. Jako vyslechla mě. Jo mám podporu od nich určitě. Pomáhají mi*“,

„Máma sem tam volá. Ale jako říkala, že nebude sem jezdit za mnou na návštěvy. Že prostě je to čtvrtá léčba a ať se prostě dám do kupy a sem tam zavolám, až budu moct. Už to není takový, jako že by posílali balíky“. Rodina ho miluje a nedá na něj dopustit. Jeho partnerka je uživatelkou a v současné době prochází soudně nařízenou léčbou. Jejich vztah je momentálně dosti otevřený a visí nad ním velký otazník. Sám neví, jak to spolu mají nebo mít budou. Říká: „Ale jo, určitě se uvidíme, až ji pustí. Ale říkám, je riziková no“.

Je pro něj velmi obtížné se vzdát lidí, se kterými má vybudovaný vztah a vzpomínky. Po každé léčbě se vrátil domů do svého prostředí a za svými rizikovými přáteli. Snažil se odolávat drogám, nějakou dobu mu to vydrželo, ale nakonec to nezvládl „vždycky jsem se vracel k těm lidem, se kterými jsem měl nějaký vztah. A vždycky. Nenabízeli mi drogy nebo takhle, ale byl jsem v tom riziku, že vím, že ty drogy mají. Ale říkám půl roku jsem prostě vydržel nejdéle“. Myslíme si, že sám ještě neví a dosti váhá, jestli se vracet zpět ke starým kamarádům nebo začít úplně jinde s novými lidmi. Je skvělé, že začíná zvažovat i variantu nových přátel.

### **Participant 5**

Mít svoji rodinu bylo vždycky jeho velkým snem. Na přítelkyni a jeho malé dcerce mu záleží nade všechno „Malička je úplně úžasná“. Jeho přítelkyně Andrea se s ním aktuálně nebaví. Je si vědom toho, že přítelkyni obrovsky ublížil a že bude muset všechno napravit „No prostě jsem to posral a teď to prostě bude těžký dávat dohromady, ale jde vidět, že prostě ona mě miluje, ona mě má ráda, akorát je prostě zklamaná, jo. Takže já to teďka prostě musím čínama. Nic jinýho ji zajímat nebude, nějaký moje gryndypindy. Toho už byla miliarda. Takže čínama. Já to prostě musím dát dohromady“. Zlobí se sám na sebe za to, co udělal „já prostě zas hlava vydupaná jako mě napadne zas jako sklouznout do fetu“.

Jeho rodiče ho podporují především psychicky, komunikují s ním, jezdí na návštěvy a díky nim má alespoň drobný přehled o tom, jak se daří jeho dítěti a přítelkyni „komunikujou se mnou. Byli tady za mnou, donesli mi nějakou čokošku, jo ukázali mně fotky té malé, jak se má, a dostal jsem teda těžce po ušák od nich. Že jsem je zklamal“.

## **5.5 Páté téma – Trhliny**

Téma se nám snaží pomoci odhalit příčiny selhávání v procesu resocializace. První podtéma „Důvod pádu“ se snaží zodpovědět, co zapříčinilo u participantů propad zpět k drogám. Podtéma druhé s označením „Teď už vím, že...“ nám popisuje činnosti, na které se

participanti více do budoucna zaměří a oblasti, ve kterých se polepší. Dalo by se říci, že nám na základě toho vznikne menší výčet doporučení na téma jak se vyvarovat návratu zpět k drogám, který je podložen čistě osobními zkušenostmi. Celkově toto téma bylo druhým nejdiskutovanějším. Podává bohatý seznam informací. Všichni participanti se plnohodnotně vyjádřili k oběma podtématům. Podtémata jsou u všech participantů totožná.

### **Participant 1**

Důvodů pádu zpět do drogové propasti bylo u participanta 1 hned několik. Byly to dva potraty, smrt bratrance, peněžní podvod ze strany rodinných příslušníků, návrat k alkoholu a marihuaně, potřeba úniku z reality a od problémů, neprobrání a neřešení problémů, uzavírání se do sebe, užírání se problémy, stres, hádky, problémy v práci, rizikový kolega, chuť na drogy, možná varianta oslavy narození dítěte, vypuštění svých koníčků, popuštění si uzdy, nehlídání se nebo porušení svých pevných hranic. Participant 1 sám zmínil, že: *„prostě jsem, splašil se kvůli 3 těžkej věcem, který jsem zažil, a nebyl jsem schopnej je řešit.“*, *„a prostě najednou přišly nějaký slabosti a já jsem po tom prostě zase šáh. Ne hned. Pěkně to ve mně vyrostlo a je to téměř nezvladatelný“*, *„Nedostatečné zpracování nějakých neúspěchů. A podceňování chutí a podceňování, jak to správně mám říct“*, *„Takže jako nezvládnutí těžké životní situace“*.

Teď už se poučil a ví, že nesmí zapomenout na všechny léčebné instituce, které mu pomohly. Chce v rámci svého dobra jezdit na srazy komunity, navštěvovat své kamarády, se kterými abstinoval a neuzavřít tuto kapitolu někam hluboko. Ví, že to všechno nesmí podcenit, musí se naučit si umět říct o pomoc, dokázat mluvit s lidmi, které má rád, a přestat lhát sám sobě.

### **Participant 2**

Slabostí, které vedly participanta 2 zpět k drogám, bylo hned několik. Patří sem rizikovní přátelé, smluvený sex s uživatelkou, neustálý kontakt s drogou v uzavřeném prostředí VTOS, třísměnný provoz ve VTOS, rizikové pracoviště pod záštitou VTOS, přerušování kontaktu s rodinou a chuť na drogu *„A jak jsem byl v konfrontaci, v tom uzavřeném prostředí toho vězení. A tam neustále kolem mě někdo fetoval. A já jsem byl v konfrontaci s téma drogama, neustále jsem je viděl prostě, neustále jsem je cítil, neustále mi byly nabízeny. Takže prostě tam to přeteklo. I když jsem viděl, že nechci tak najednou. Tam šlo aji o to, že na nějakou dobu vypadl kontakt s rodinou, na dva měsíce mi vypadl prostě“*.

I přestože vůbec nevěděl, co od léčby očekávat, byl plně odhodlán vkročit do neznáma. Ví, že si musí najít něco, co ho bude naplňovat, aby ho opět drogy nesvedly na špatnou cestu.

Chce plnohodnotně trávit čas svými koníčky, jež jsou četba a jízda na kole. Potřebuje mít pevně stanovené hranice „*Já vím, že si to budu muset nějak poskládat a udělat si nějaký tvrdý harmonogram. No prostě pondělí tak, tak, tak, a úterý tak, tak, tak*“.

### Participantka 3

Pád zpět k drogám u ní zapříčinilo spoustu skutečností. Spadá sem návrat zpět k rizikovým přátelům, návrat do rizikového prostředí „*to prostě je o vůli a o tom, s kým se stýkáš a tak vůbec. Proto já se nevrátím domů už, jakože k nám na Vysočinu*“, omlouvání si špatných rozhodnutí prací, porušení svých hranic, návrat k lehkým drogám, chuť na drogy „*A jakože taková ta. V sobě máš prostě prázdno po těch drogách. Víš co. V sobě máš jak když díru po granátu a tu musíš vyplnit. To prostě...*“ nebo rizikový partner.

Rozhodně se nevzdává a celý život bojuje. Doufá, že do třetice se jí všechno podaří. Má hodně užitečných zkušeností z předešlého léčení a hodlá je zužitkovat. Do budoucna více zaplní svůj volný čas, najde si nové přátele, nebude nic tajit, za nic se nehodlá stydět, postaví se všemu čelem, nebude se litovat, bude vytrvalá, soustavná, uchová si v paměti špatné věci spojené s drogovou minulostí, stanoví si pevná pravidla, nastaví si malé cíle, za kterými si půjde a nevzdá to „*A musím mít prostě jasně nastavený malý věci, víš, jakoby který chci dosáhnout a jít si za nima. No a nevzdávat se. Když se mi to nepodaří třeba, tak se nevzdát. A nevykašlat se na to, ale jít si za tím prostě*“. Ví, že bude muset sebrat všechnu svoji odvalu a umět si říct v nejtěžších chvílích o pomoc, aby se vyvarovala návratu k drogám.

### Participant 4

Důvody jeho klopýtání na cestě k úspěšné léčbě jsou návrat do rizikového prostředí, obnovení vztahů s rizikovými přáteli, láska k drogám, zbožňování stavu na drogách „*je to asi tím, že jsem miloval ten stav na drogách*“, zábava na drogách, užívání si „*prostě si užívat, žijem jenom jednou*“, ztráta sebekontroly a porušení vlastních hranic „*jsem vždycky nevěděl, kolik prostě to, že se mi to vymklo, to jsem spadl*“.

Zkusí se aktuálně zaměřit na pokračování v doléčovacím centru, už se nevrátí zpět do prostředí, kde užíval drogy „*Změnit to město, protože v té době jsem nevěděl, že když se vrátím, tak že budu brát drogy. Myslím si, že je to 4. léčba a pokaždé jsem se vracel domů a vždycky sem shořel. Takže určitě je to tím místem, že se člověk vrací tam, kde bral drogy*“, bude hlídat svoje chutě, nepoleví ve svých pravidlech a půjde si za svými cíli. Ví, že není v pořádku celý život takto chodit po léčbách, a je si vědom toho, že nedokáže žít na drogách, jelikož nemá brzdu.

### Participant 5

Příčinami selhávání v případě tohoto participanta byla riziková partnerka, rizikový přítel *„potkáte tam prostě borca, kterýho jste 5 let neviděli, a jak tam stojí takhle s desítkama v kapsách tak jéééééééééé. Ted' ještě do toho 3 piva jsem měl, takže jsem byl jako takovej vláčnej. A pic a bylo“*, povolení si uzdy, únik od reality a společnosti, potřeba vrátit se zpět k uživatelům, podcenění alkoholu, neefektivní nakládání s volným časem, chybějící sebenaplnění či absence začlenění do určité sociální skupiny *„já prostě potřebuju kolem sebe dostat nějakou skupinku normálních lidí. Jako normálních, nefetujících. Prostě zařadit se něčím, někam“*.

Do budoucna se hodlá polepšit ve svém trávení volného času *„nějak začít víc sportovat a tohle chcu prostě zkoušet“*, *„Jo takže v tomhle tom být aktivní. Kurník, bydlím u parku v Olomouci, takže tam můžu běhat“*. Rozhodně si chce najít něco, co ho bude naplňovat. Má v plánu se zařadit do správné sociální skupinky lidí. Chce žít život naplno a bez drog *„To je prostě pro mě těžký. Já neumím bez těch drog žít normálně. To je prostě pro mě gro úplně všeho. Já neumím bez drog žít obyčejnej život. Paradoxně ho chcu, ale neumím ho žít“*. Pomoc ze strany léčebných institucí hodnotí velmi kladně, ale zároveň říká, že se všechno odvíjí od konkrétního člověka.

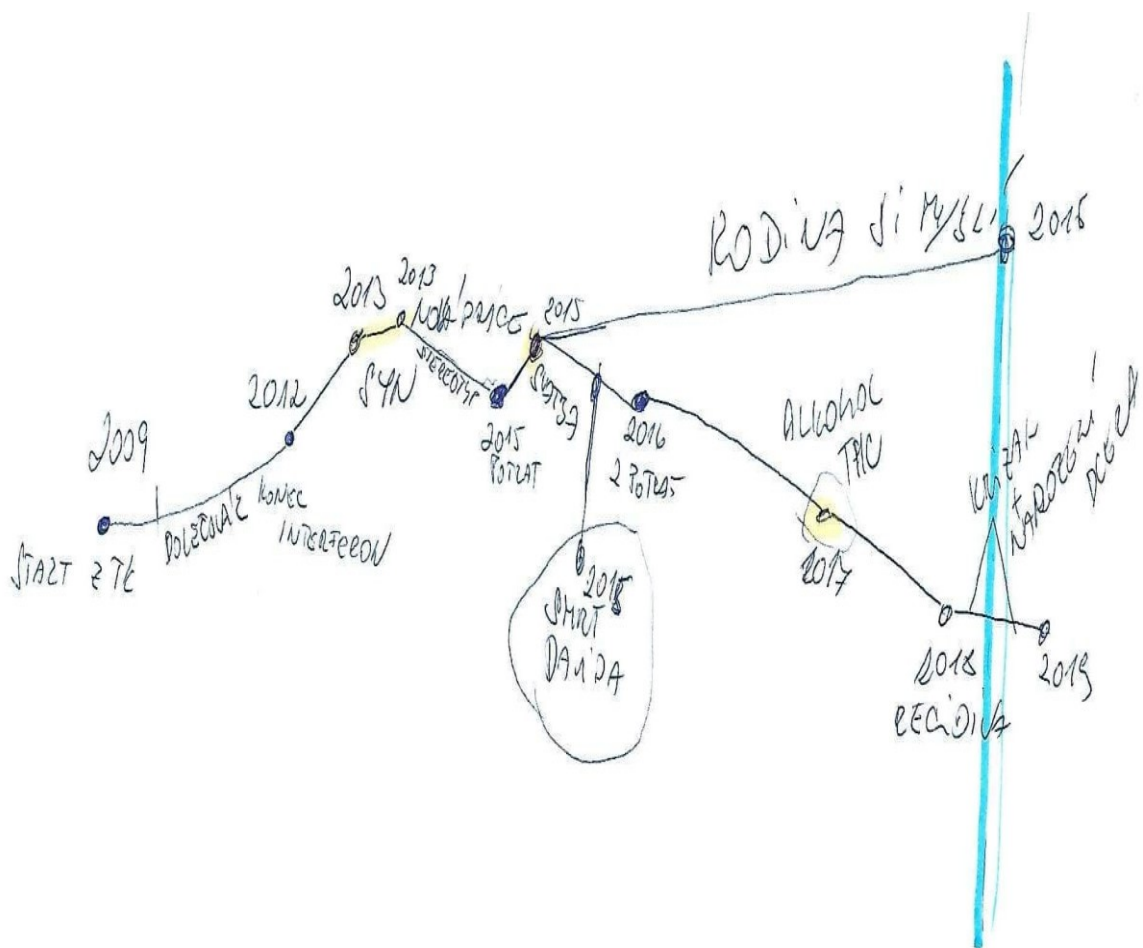


## 5.6 Životní křivka

Na základě inquiry spolu s obrazovým materiálem životní křivky prezentujeme analytický příběh, který se dotýká důležitých událostí jednotlivých respondentů v procesu jejich resocializace. Uvádíme ještě popisek, který se vztahuje k podobě křivky.

### Participant 1

Obrázek 1 Životní křivka participanta 1



8. září 2009 úspěšně absolvoval léčbu v terapeutické komunitě, ze které navázal na doléčovací centrum, kde se ještě půl roku doléčoval. Po tomto období si našel lásku svého života Jáju, díky které jeho život začíná být šťastný. Rok 2013 považuje za vrchol veškerého blaha ve svém životě, jelikož se mu narodil syn a našel si novou práci. Poté dochází k menšímu propadu, kdy po dobu dvou let pociťuje nudu a stereotyp. V roce 2015 přišel první potrat dítěte, což bylo hodně bolestivé. Snažil se toto období překonat a aby jeho žena a ani on nemysleli na tuto špatnou událost, tak ji požádal o ruku. Svatba nebyla jenom účelová, opravdu o ni stál a cítil, že je vhodná doba a že by to v tuto chvíli mohlo jeho ženě

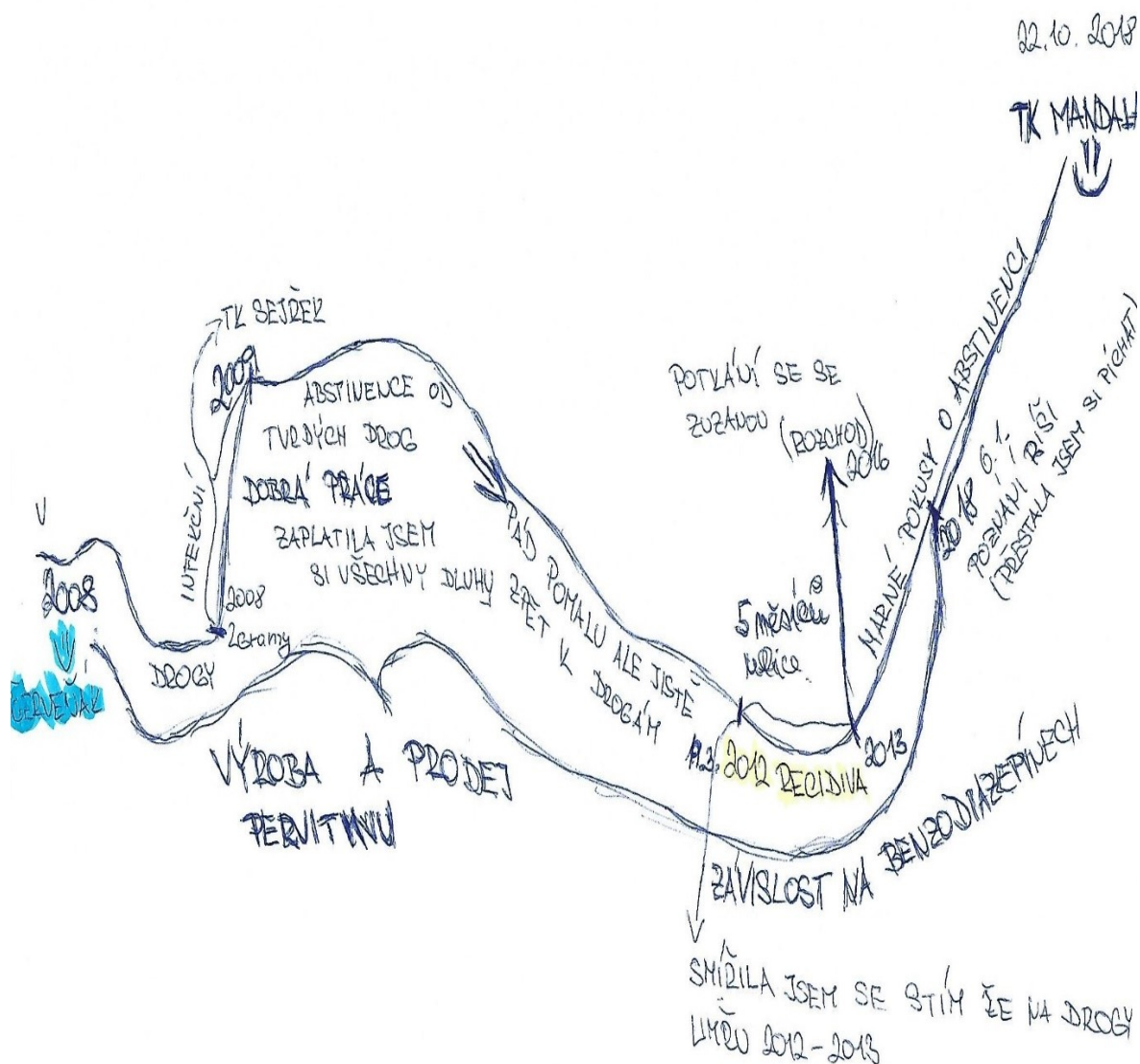


V dubnu roku 2017 nastoupil na první léčbu do komunity Bílá voda. Odtud ho v květnu vyhodili, přičemž hned nato navazuje nástupem na Mandalu do Kroměříže. Z Mandaly odchází v srpnu 2017. Po odchodu z Mandaly abstinuje, ale 9. září užije drogu prostřednictvím žilní aplikace. Nastupuje do výkonu trestu odnětí svobody, kde prodělal léčbu hepatitidy, částečně si nechal opravit veškeré dentální potíže a snažil se abstinovat. Bohužel to nevydržel a došlo na relaps. V lednu 2019 je podmíněčně propuštěn a hned nato v únoru nastupuje opět do léčby na Mandalu, kde se současně léčí.

Popsání životní křivky bylo velmi ploché, odměřené, jednoduché a stručné. Křivka sama o sobě je ztvárněná prostým způsobem jako přímka v rovině. Zaměřuje se především na momenty týkající se léčby.

### Participantka 3

Obrázek 3 Životní křivka participantky 3

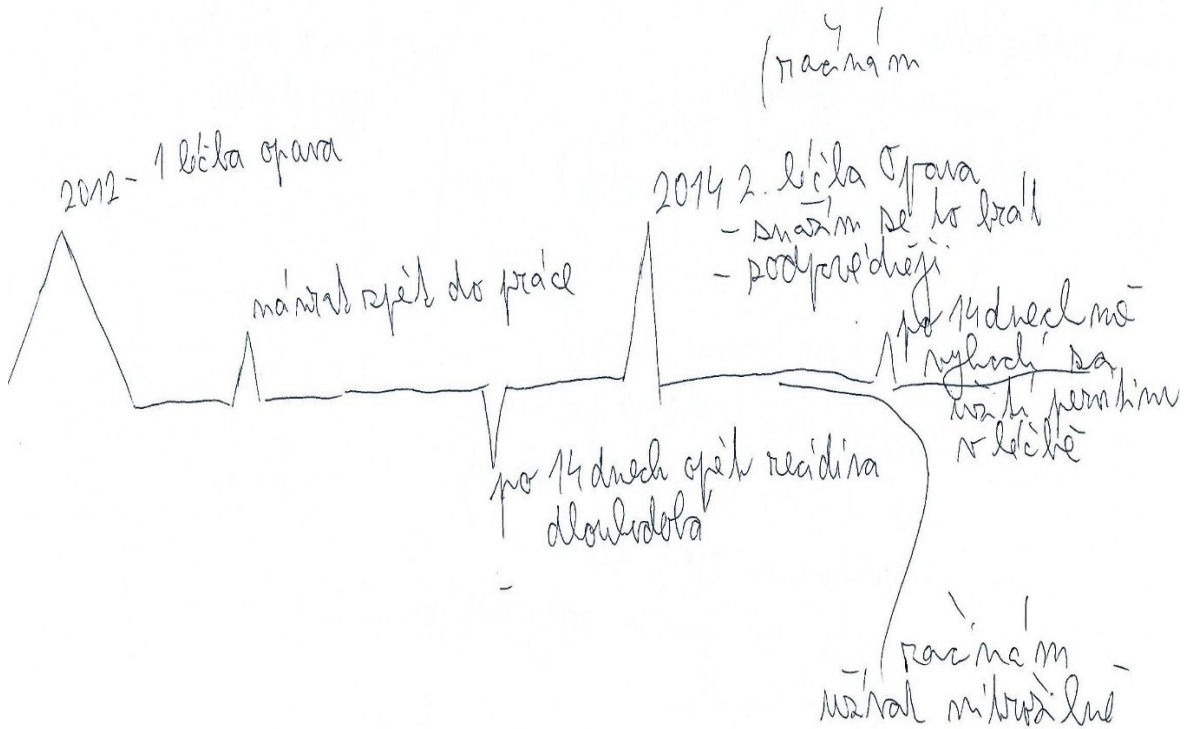


Svoji první léčbu v Červeném dvoře dokončila v roce 2008. Po první léčbě pokračovala v užívání drog. V tomto období brala 2 gramy denně, což vyvrcholilo v to, že skončila na infekčním. Doktoři jí řekli, že její zdravotní stav je ve vážném ohrožení, a pokud nepřestane brát drogy, tak do 14 dní umře. Toto už ji nakoplo a šla se v roce 2009 léčit do terapeutické komunity Sejřek. Po léčbě od roku 2009 do 2012 abstinovala od tvrdých drog. Našla si dobrou práci. Všechno jí vycházelo a měla se opravdu pohádkově. Díky penězům, které vydělala výrobou a prodejem drog navíc ke svému platu, si žila opravdu na vysoké noze. Dokázala zaplatit všechny svoje dluhy, což dělalo asi 380 000 korun. 19. března 2012 se opět vrátila k drogám. Nastalo pět nejhorších a nejkritičtějších měsíců v jejím životě, kdy přišla úplně o všechno. Vybudovala si závislost na benzodiazepinech, které užívala, aby jí nebylo špatně, utlumila fyzické projevy těla a mohla normálně fungovat. Mezi rokem 2012 a 2013 se smířila s tím, že na drogy umře, až tak na tom byla mizerně. Od roku 2013 do 2016 měla vztah se svojí přítelkyní Zuzanou. V tomto období drogy nebrala. Po rozchodu s ní do toho opět spadla. Myslela si, že další léčbu už absolvovat nebude. Neustále se pokoušela o abstinenci, ale marně. 6. ledna 2018 poznala svoji nynější lásku Richarda a to jí dalo nový důvod si přestat aplikovat drogy. Vydržela abstinovat zhruba půl roku, ale potom už to nezvládla. 22. října 2018 nastoupila na léčbu do Mandaly, kde setrvává do teď.

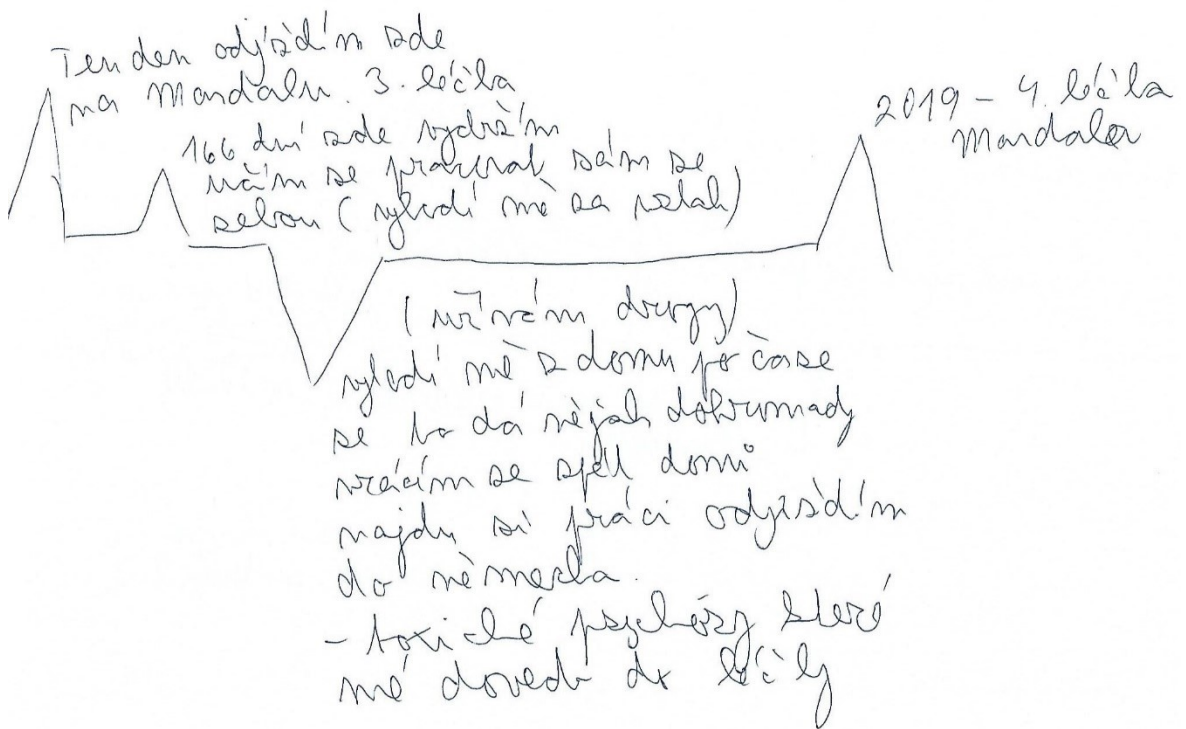
Křivka přirozeně stoupá a klesá podle pozitivních a negativních událostí, které se odehrávaly v životě participantky 3. Pod křivkou je dlouhé znázornění, které ukazuje na výrobu a prodej pervitinu od roku 2008 až po rok 2018. Celkový čas výroby a prodeje ale činí 13 let, jelikož se tomuto věnovala již před první léčbou. Při popisování křivky kladla důraz na to, že zpět k drogám jí vždycky dovedly těžké události, které se odehrály v jejím životě. Velkým plusem, který má, jsou všechny již splacené dluhy. Tím pádem jí nic nebude tížit a na svojí startovní čáře může být ve finanční pohodě. Do budoucna by chtěla ještě studovat a pracovat u policie na protidrogovém oddělení či u zásahové jednotky. Vrátila se zpět k malování, které vždy milovala. I přes všechny své výčitky se učí mít ráda sama sebe, ale je to pro ni těžké, protože nenávidí drogově závislé osoby.

Participant 4

Obrázek 4 Životní křivka participanta 4 - přední strana



Obrázek 5 Životní křivka participanta 4 - zadní strana



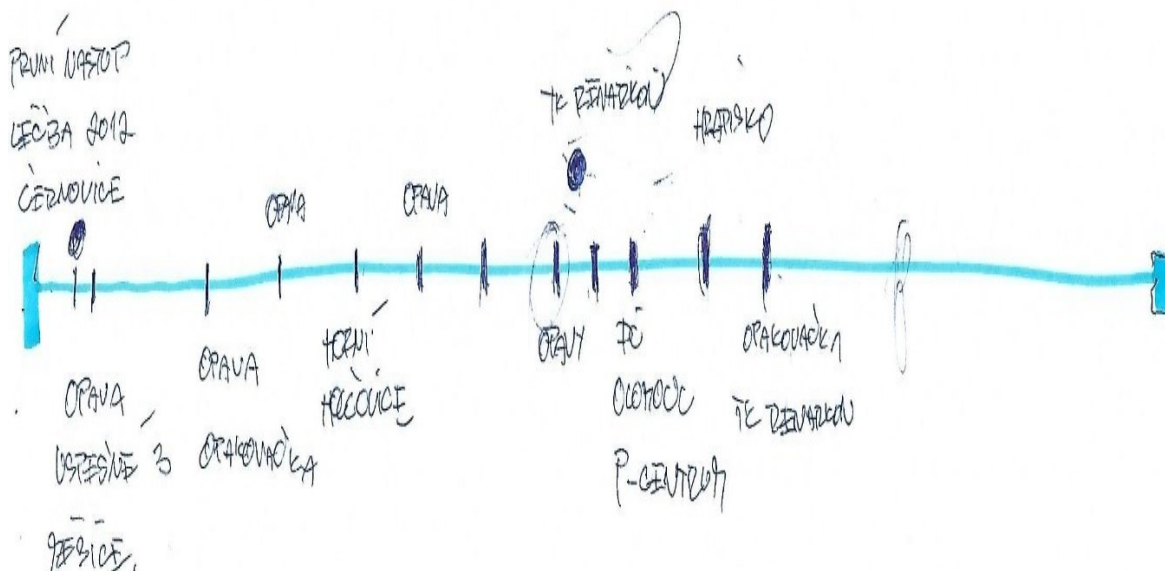
V roce 2012 nastoupil na první léčbu v Opavě na popud rodičů. Sám se léčit nechtěl. Po ukončení léčby se vrátil zpět do práce, ale po 14 dnech začal opět užívat drogy. Později začal mít problémy s tím, že nebyl schopný docházet do práce, tak jak měl, a vyhodili ho. V roce 2014 nastupuje na druhou léčbu do Opavy. Tuto léčbu podstupuje, protože nemá žádný domov a nemá kde být. Bere to mnohem zodpovědněji a taky si začíná uvědomovat, že se chce léčit hlavně sám kvůli sobě. Po 14 dnech užije pervitin a na základě tohoto je vyhozen. V den vyhození z Opavy okamžitě navazuje na léčbu v Kroměříži na Mandale. Třetí léčba trvala 166 dní, kdy se naučil pracovat sám se sebou, ovládat svoji agresi a začlenit se mezi lidi. Bohužel kvůli vztahu s klientkou byl vyhozen. Vrací se zpět domů do svého přirozeného prostředí a je přesvědčený o tom, že drogy brát nebude a že to zvládne. Našel si práci v Novém Jičíně, kde vydržel po dobu jednoho roku. Bohužel se opět vrací zpět k drogám. Začalo to nevině marihuanou a skončilo to pervitinem. Vyhodili ho z domu, ale po určitém čase se to urovnalo. Našel si práci v Německu, kde se osamostatnil. Naučil se starat sám o sebe, vařit, žehlit, prát a dalším důležitým věcem, které člověk potřebuje k životu, aby mohl běžně fungovat. Vydělal si tam opravdu pohádkové peníze. Po některých turnusech jezdil domů za rodiči. Na Vánoce se u něj objevily toxické psychózy, které nebyl schopen zvládat. Rozhodl se, že práci v Německu přeruší a nastoupí na Mandalu, kde se nyní léčí.

Křivka je členitá a jsou na ní zakresleny vzestupy a propady účastníka 4, které zachycují významné události. Pro namalování křivky bylo využito obou stran papíru, čímž křivka získává na velikosti a přehlednosti. V období od roku 2014 – 2019 užíval účastník 4 drogy nitrožilně. Tuto skutečnost zakreslil odlišně než ostatní (přidaná linka trčící ven z křivky). Jde vidět, že pro něj byl přechod na nitrožilní užívání závažnou událostí. O svoji práci se nemusí bát, jelikož mu v Německu drží místo.



## Participant 5

Obrázek 6 Životní křivka participanta 5



Do svojí první léčby v Černovicích nastoupil v roce 2012 po 4 letech braní tvrdých drog. Podstoupil tam čtrnáctidenní detoxifikaci. Doporučili mu pokračování na další léčbu v Opavě, kterou záhy poté úspěšně dokončil. Jednalo se o tříměsíční léčbu. Do půl roku od léčby se opět vrátil k výrobě a konzumaci drog. Následující léčby si sám pořádně nepamatuje, takže se snažil zhruba načrtnout, jak to asi vypadalo. Ale jednalo se o léčby, které přicházely v časových frekvencích zhruba po půl roce. Spadala sem několikrát opakovaná léčba v Opavě a také Horních Holčovicích. Příčinou, kvůli které se vracel na léčení, bylo neefektivní využívání volného času a nehlídaná konzumace alkoholu. Po několika nezdařených pokusech přichází nejpodstatnější léčba v terapeutické komunitě Renarkon. Roční léčbu úspěšně absolvoval a je pyšný, že dostal osvědčení o jejím zvládnutí. Byl to pro něj jeden z nejdrsnějších a nejkrásnějších roků v jeho životě. Neslo to spoustu vysokých nároků, ale zároveň krásných zážitků. Ostatní klienty chápal jako svoji rodinu, tak pevné a důvěrné vztahy tam panovaly. Rozhodl se zde, že se již nevrátí do svého rodného města. Vybral si doléčovací centrum v Olomouci, kde podstoupil dalších 8 měsíců doléčování. První 4 měsíce bydlel na bytě, který mu zprostředkovalo doléčovací centrum. Později si našel svůj byt a postavil se zcela na vlastní nohy. V pro něj úplně novém a neznámém městě si našel bydlení, super práci a plně se zařadil do společnosti. Po půl roce přichází recidiva zapříčiněná alkoholem. Další léčby v Hradisku a opakování léčby v Renarkonu. Poté po dobu dvou let abstinovat a seznámil se se svojí nynější přítelkyní

Andreou. Ve všem se mu dařilo. Získal výborně placenou práci jako seřizovač CNC strojů blízko bydliště. Koupil si krásný, obrovský byt v centru Olomouce. Založil rodinu a narodila se mu dcerka Natálka. Jenomže když si splnil veškeré cíle a dosáhl všeho, co chtěl, tak už nevěděl, co dělat dál. Porod jeho dcery pro něj byl jeden z nejkrásnějších okamžiků. U jeho přítelkyně nastaly poporodní deprese a on celou tuto náročnou situaci nezvládl. Po narození dcery to vyústilo ve dvouměsíční recidivu, kdy se opět zamotal do drog, ale zjistil, že takto to nejde a nastoupil na léčbu do Kroměříže, kde v současné době setrvává.

Křivka je ztvárněná jednoduchou rovnou čarou, která není nijak členitá. Jsou na ní zaznačeny nejdůležitější události, které se vztahují k léčbě. Ostatní podstatné informace jsou obsaženy v inquiry. Participant 5 mnohokrát zdůraznil, že nejprínosnější léčbou mu byla terapeutická komunita Renarkon. Dosti obsáhle o ní hovořil a šlo vidět, že si k ní vybuchoval silný citový vztah. V současné době ho nejvíce trápí, jak ublížil svojí rodině a lituje toho, že nevidí, jak jeho dcera vyrůstá.

## 5.7 Shrnutí výsledků

Veškeré zkušenosti našich participantů jsou jedinečné stejně tak jako chápání výzkumnice, které je založené na jejich osobních zkušenostech. V této části se dostáváme do fáze, kdy hledáme společná témata, které konkrétní příběhy spojují. Pracujeme zde se všemi analyzovanými rozhovory a naším cílem je objevit znaky zkoumaného fenoménu, které jsou pro něj charakteristické. Nyní se zaměříme na vyličení odpovědí na výzkumné otázky v našem výzkumném šetření.

### **Jak vnímají osoby s diagnózou drogové závislosti proces jejich léčby?**

Výzkumnice se ve výsledcích ohledně toho, jak vnímají osoby s diagnózou drogové závislosti proces jejich léčby, dotýká jistým způsobem počátku, průběhu i konce léčby. Z našeho výzkumného šetření vyplynulo, že u participantů je hned několik podnětů, které je ženou k léčbě. Rodina a zdraví je nejdůležitějším a primárním podnětem k léčbě u všech participantů. Motivace k léčbě se v průběhu času a s přibývajícimi léčbami mění. Všichni došli u své několikáté léčby k sebeuvědomění, došlo jim, že se chtějí léčit především kvůli sobě a pro sebe. Spousta osob díky drogám přijde o své zázemí a získání bydlení je jim motivací k léčbě. U všech mužů našeho výzkumu tomu tak bylo, pouze participantka 3 se do této situace nikdy nedostala. U jednoho z participantů se objevují i další méně časté



motivory k léčbě jako sport či doplacení dluhů. Motivace nám ztvárňuje počátky léčby, tedy co je tou hnací silou v léčbě u drogově závislých osob.

Léčba je pro všechny účastníky výzkumu dřinou, ale zároveň i radostí. Můžeme vyjmenovat velké množství jak pozitiv, tak negativ. Mezi nejčastěji uváděné plusy patří abstinence od drog, navázání, obnovení a urovnání vztahů se svými nejbližšími, naučení a získání nových dovedností a zkušeností mezi něž patří například dokázat řešit své potíže nebo ovládat svoje pocity, návrat zpět ke svým zálibám, znovuobjevená chuť do života, plánování budoucnosti, rozvoj komunikačních dovedností, posilování vztahů s ostatními, vypracování a pozvednutí vlastní osoby. Obtížné pro klienty bylo přijmout systém a autority, získat pokoru, dokázat se naladit na léčebný režim, neporušovat stanovené hranice, plnit dané pokyny a sankce, vyrovnat se s přísným a nabitým programem, dokázat komunikovat s ostatními ať už zaměstnanci či jinými klienty, naučit se věřit druhým lidem, dokázat si říct o pomoc, vyrovnat se se vším v sobě, vypořádat se s vlastní osobou a vlastní minulostí, učinit zásadní rozhodnutí, uspořádat si své priority, získat si zpět svoji sebedůvěru a sebelásku, zvládnout zocelující prevenci relapsu a především vydržet až do konce. Co na počátku pro některé bylo obtížné se později stalo díky vypracování jejich radostí. Klady a zápory léčby se vzájemně vyvažují.

Dokončení léčby všechny participanty posunulo směrem kupředu. Dalo jim to odhodlání, novou naději a chuť do života. Získali spoustu nových zkušeností a dovedností, které zužitkovali ve svých dalších pokusech o abstinenci. Realizovali zásadní rozhodnutí a došli k sebeuvědomění ohledně svojí osoby a budoucnosti.

### **Jaká je zkušenost s materiálním zabezpečením v procesu resocializace u osob s diagnózou drogové závislosti?**

Námi zkoumaní participanti nikdy neměli problém se získáním zázemí. Vždy jim byla podaná pomocná ruka ať už se strany doléčovacího centra, nebo partnera a rodinných příslušníků. Rodina jim poskytla ubytování buď v začátcích, nebo v dalších náročných životních situacích, které v jejich životě přišly. Pomoc ze strany doléčovacího centra byla všemi velmi chválená a využili ji 3 participanti. Jeden z nich nikdy těchto služeb nevyužil, ale je již ve svojí čtvrté léčbě a je přesvědčen, že doléčovací centrum je správná cesta v jeho novém startu. Zajímavým případem je participant 2, který období svojí resocializace prodělal ve výkonu trestu odnětí svobody, tudíž získání zázemí je u něj striktně dané a zprostředkované. V krátkém meziobdobí při přechodu mu poskytla ubytování rodina.

Finanční zabezpečení taktéž nedělá nikomu z nich těžkou hlavu. Kromě participanta 5 měli všichni dluhy. Někteří byli schopní svoje dluhy pokrýt sami, jiným zase pomohla rodina. Pouze dva participanty si nesou na bedrech tíhu dluhů, které ještě budou splácet. K finanční situaci se nevyjádřila participantka 3, ale výzkumnice na základě zpozorované situace, kdy participantka pomohla materiálně jinému z klientů v zařízení, usoudila, že její finanční zabezpečení je obstojné. Peněžní zabezpečení participanta 2, který nastoupil do léčby z výkonu trestu odnětí svobody, jsme uchopili netradičně, spíše ze strany pohledu do budoucnosti. Participant 2 má strach z placení svých dluhů, ale i přesto si chce za pomoci doléčovacího centra sehnat bydlení a práci, vkládá do toho všechny své naděje.

### **Jaká je zkušenost se získáním zaměstnání v procesu resocializace u osob s diagnózou drogové závislosti?**

Nalezení zaměstnání nečiní nikomu z participantů sebemenší problém. Práci si vždy bez potíží našli. Všichni již mají bohaté pracovní zkušenosti a mohou potenciálnímu zaměstnavateli hodně nabídnout. Sami sebe hodnotí jako velmi pracovité, manuálně zručné, chytré, snaživé a šikovné lidi. Kromě participanta 1 se všichni ostatní živili výrobou nebo prodejem drog po různě dlouhá časová období. Participanty 2 a 3 prakticky po celý svůj život. Viditelnou odchylku můžeme spatřovat u participanta 2, který za celý svůj život nepoznal do nástupu k výkonu trestu odnětí svobody jinou práci než výrobu a prodej drog. Ve VTOS mu byla zprostředkována práce ve fabrice v třísměnném provozu, které se nebál a vzal ji. Bohužel jeho první zkušenost s pracovním procesem je špatná, jelikož podmínky práce byly zcela nevyhovující a v kolektivu pro něj rizikových jedinců. Do budoucna ho to ale neodradilo, chce si najít práci, která ho bude naplňovat a bavit.

Všichni kromě participanta 2 a 3 zaměstnání pozitivně přijímali a byli spokojeni. Dokázali se naučit novým věcem a vyšplhat se k pracovním úspěchům a povýšením. Na platové ohodnocení si nestěžovali, ba naopak si jej chválili. Participant 4 se nebál pustit do práce v zahraničí i přes jazykovou bariéru. Práce v Německu mu dala nové zkušenosti a jazykové dovednosti. Participantka 3 zaujímá k práci rozporuplný postoj, jelikož jí podnikání s drogami dokázalo vynést víc peněz než práce. Ale v současnosti si je vědoma, že se tohoto musí vzdát v rámci svojí úspěšné abstinence. V budoucnu by se chtěla ještě vzdělávat a jejím snem je pracovat u policie na protidrogovém oddělení nebo u zásahové jednotky. Toto spatřujeme jako pokrok v osobním rozvoji.

**Jaká je zkušenost s formováním sociálních vztahů v procesu resocializace u osob s diagnózou drogové závislosti?**

Všichni své rodiny milují a nedají na ně dopustit. Se svými rodiči jsou všichni v kontaktu, který byl navázán za pomoci léčebných institucí. Komunikace s rodinou byla podpořena realizací vztahových skupin nebo umožněnými návštěvami. Od rodičů se jim dostává jak psychické, tak i materiální podpory. Důležitější je pro účastníky citová opora, kdy ví, že za nimi jejich rodiče stojí a věří jim. Rodina jim opět otvírá možnost jistého zázemí a poskytuje jim jistotu, bezpečí a pomoc. Rodiče v léčbě spatřují jejich snahu na sobě pracovat, díky čemuž dochází ke značnému zlepšení vztahů. Kontakt s partnery už je mnohem složitější kromě případu účastnice 3, jejíž přítel ji od začátku plně podporuje v léčbě. Ještě je výjimkou účastník 4, jehož přítelkyně sama podstupuje soudně nařízenou léčbu. Sám neví, jak na tom jejich vztah momentálně je nebo bude. Manželka účastníka 1 s ním komunikuje, ale je velmi zklamaná, on ví, že ho má ráda, ale bojí se, že už nebudou schopni dát jejich rodinu dohromady. Přítelkyně účastníka 5 s ním ukončila veškerou komunikaci a momentálně s dítětem bydlí u jeho rodičů. Jediný kontakt, který může získat, je prostřednictvím zpráv od svých rodičů. Vyvíjení těchto vztahů je na nejisté cestě.

Co se týká problematiky přátel, tak zde nám vyplynulo, že i když člověk změní prostředí i přátele, tak pořád může náhodou bez vlastního přičinění narazit na rizikové jedince, kteří jsou uživateli ať už měkkých či tvrdých drog. Toto dokáže všechny opět přivést k drogám, záleží jenom na každém, jak zareaguje, když toto o svých nových přátelích zjistí. Všichni účastníci se přestěhovali nebo mají v plánu přestěhovat na úplně nové místo, kde si najdou nové přátele. Se starými známými z drogové minulosti už nechtějí mít nic společného, vědí, že jsou pro ně rizikovými. Akorát účastník 4 se od nich odchyluje, jelikož se po každé léčbě vrátil zpět do svého rizikového prostředí. Vždy se k užívání vrátil a nyní je přesvědčený, že problém bude zde. Myslíme si ale, že je dosti na pochybách a není úplně rozhodnutý. Svoje přátele má rád a je viditelné, že se jich nechce jenom tak vzdát.

**Jaké jsou příčiny selhávání v procesu resocializace pohledem osob s diagnózou drogové závislosti?**

Za pomoci poslední výzkumné otázky jsme se snažili odhalit příčiny selhávání v procesu resocializace u osob s diagnózou drogové závislosti. Na cestě zdárné resocializace se objevuje množství nášlapných min, které při výbuchu strhnou člověka do propasti drog. Mezi nejvíce podlou a zmiňovanou nášlapnou minu patří náročná a stresující životní situace,

kteřé jsou obtížněji zvladatelné. V okamžiku, kdy se do těchto náročných životních situací participanti dostanou, tak se z nich snaží vysvobodit a uniknout prostřednictvím návratu k měkkým drogám. Ve chvíli povolení si vlastní uzdy je jen otázkou času, kdy se jim situace vymkne z rukou. Porušení hranic zde nemá svoje místo, protože prokazatelně vede k velkému pádu zpět na dno. Rizikové prostředí, pracoviště, přátelé, kolegové či partneři vždy stáli za návratem zpět k drogám. Jakmile se participanti dostali ať už do rizikového prostředí či mezi rizikové lidi, vždy balancovali na tenkém laně a pokaždé spadli. Chut' na drogy je mocná zlá čarodějka, se kterou je obtížné bojovat. Smutné je, že nikdo z uvedených s ní ještě zcela nevyhrál a nebyl schopen ji porazit. Poslední trhlinou, která se vztahuje na dva participanty, je neefektivní využívání volného času, absence nebo vypuštění koníčků.

System léčebné a resocializační péče dle participantů šlape v našem státě jako švýcarské hodinky. Pomoc poskytovaná těmito institucemi je prokazatelná, viditelná a k nezaplacení. Za pomoci institucí a vlastního uvědomění jsou si participanti vědomi, že nesmí nikdy nic podcenit. Nic jako porušení svých nastavených hranic pro ně neexistuje. Neustále budou mít na paměti dovednosti, kterým se v institucích naučili. Mezi nejdůležitější z nich patří umění komunikace, dokázat si říct o pomoc a řešit svoji situaci ihned a zavčasu a držet se svých cílů. Důležitou roli hraje vyplnění volného času. Participanti vědí, že musí svůj čas efektivně využívat, aby neměli tendenci sáhnout zpět po drogách. Pro volnočasové aktivity projevují nadšení, soutěživost a těší je pocit seberealizace. Změna rizikového prostředí a přátel je nevyhnutelná. Člověk tím chrání sebe samotného a není v neustálém pokušení a přímém ohrožení. Participant 4 konečně ve svojí 4 léčbě dospěl k názoru, že navázání na následnou léčbu v doléčovacím centru mu chybělo. Je rozhodnutý ji absolvovat. Ostatní participanti důležitost doléčování nepodceňují a již dobře znají. I přes špičkovou a účinnou pomoc ze strany institucí dochází k opakované recidivě. Z výpovědí participantů vyplynulo, že i přes tuto pomoc je to právě konkrétní jedinec, který má v rukou svůj budoucí osud.

## 5.8 Doporučení pro praxi

Drogově závislé osoby jsou ohroženou sociální skupinou, které hrozí v nejhrošších situacích i sociální exkluze. Je žádoucí, abychom těm, kteří se rozhodli abstinovat, pomohli k zdařilé resocializaci a následnému začlenění do společnosti prostřednictvím systému léčebné a resocializační péče, která je jim oporou a navrácí jim sílu zpět do běžného života bez návykových látek.

Výsledky našeho výzkumu poukázaly na to, že v okamžiku, kdy se participant dostali do náročných a stresujících životních situací, došlo k selhání v procesu jejich resocializace. V důsledku toho, že nevěděli, jak se situací naložit, jak si říci o pomoc, jak adekvátně zpracovat své pocity nebo prostě jen chtěli rychle uniknout od svých problémů. Nejjednodušším řešením pro ně tedy bylo sáhnout po drogách. A právě na tomto ztroskotali.

V důsledku vyplynulých zjištění bych kladla důraz na posilování zvládání náročných životních situací. Bylo by na místě zlepšovat metody, které by zabránily a zocelily klienty pro budoucí stresové situace. Myslím, že je potřeba se v rámci léčebné a resocializační péče častěji věnovat tomuto zocelování. Možná není ani třeba metody zdokonalovat, ale věnovat jim důraznější pozornost v pravidelnějších časových intervalech.

Mně osobně by se líbilo použití inscenační metody neboli hraní rolí. Díky aktivnímu učení se při modelových situacích by mohli být klienti lépe připraveni na budoucí náročné situace. Jedná se o jednoduchá zadání zcela běžných denních situací od domácí hádky po náhodné setkání s uživatelem návykových látek. Důležitou součástí je zpětná vazba formou diskuze na závěr.

Hraní rolí vede především ke zdokonalování mezilidských dovedností, dává osobám příležitost vyzkoušet své zkušenosti a dovednosti v edukačním prostředí, kde je možné je zdokonalovat a usměrňovat. Jednotlivci se mohou vcítit do dané situace či si vyzkoušet, jaké by to bylo, kdyby se v takto náročné situaci ocitli a především vyzkoušet, jak by je řešili. U zúčastněných tak dochází k osvojování si strategií, které jsou využitelné pro život. Na základě společných diskuzí na závěr zajisté padne několik vhodných variant, které by se daly v reálném životě použít. Klientům by se tak mohlo dostat jistého návodu, doporučení a nácviku jak z těchto, pro ně složitých situací, vyváznout bez většího poškození.

## ZÁVĚR

V diplomové práci jsme se zabývali zkušenostmi s resocializací u osob s diagnózou drogové závislosti. Konkrétněji jsme se orientovali na prozkoumání pěti stanovených oblastí, které považujeme za stěžejní v procesu resocializace. Oblasti se zaměřují na proces léčby, zkušenost s materiálním zabezpečením, zaměstnání, formování sociálních vztahů a příčiny selhávání v procesu resocializace u drogově závislých osob.

Problematika drogové závislosti je neustále na vzestupu. V boji proti ní hraje nepostradatelnou roli resocializační proces, který pomáhá osobám závislým na návykových látkách při začlenění do života v přirozeném sociálním prostředí a poskytuje jim dlouhodobou pomoc. Tento jev probouzí ve společnosti bezprostřední potřebu věnovat mu zvýšenou pozornost.

V teoretické části se věnujeme vymezení konceptuálního rámce, který se k práci vztahuje. Do hloubky popisujeme téma drog, drogové závislosti a resocializace spolu s následnou péčí. Teoretická část vytváří čtenáři ucelený obraz o problematice a poskytuje důležité informace.

Pro naši práci jsme zvolili kvalitativní výzkumné pojetí se záměrem prozkoumat zkušenosti s resocializací u osob s diagnózou drogové závislosti. Výzkumnice použila designu interpretativní fenomenologické analýzy. Výzkum jsme realizovali s pěti klienty toxikorehabilitačního oddělení 17B Mandala v Kroměříži. Za účelem zjištění cíle jsme použili metodu polostrukturovaného hloubkového rozhovoru spolu s projektivní metodou životní křivky, která podpořila validitu našeho výzkumu. Sběr dat probíhal v přirozeném prostředí participantů a byl nahráván na diktafon. Výsledky byly interpretovány na základě pěti nadřazených témat. Dále podle námi stanoveného interpretačního klíče. Na základě těchto kroků jsme vyhodnotili výsledky.

Výsledky výzkumu nelze zobecnit na celou populaci, ale můžeme si skrze ně vytvořit představu o problematice. Podařilo se nám zjistit, že počátky resocializace tkví v motivaci k léčbě. Zpravidla se osoby s diagnózou drogové závislosti léčí kvůli sobě a svým blízkým, na kterých jim obrovsky záleží. Léčebný proces je jim dřinou, ale zároveň i radostí. Co na počátku pro některé bylo obtížné, se později stalo díky vypracování jejich potěšením. Z léčebného procesu si odnesli spoustu zkušeností, posunuli se směrem kupředu a poučili se. Získání bydlení, zaměstnání a finanční zabezpečení nedělalo nikomu z námi zkoumaných participantů problémy. Vždy jim byla podaná pomocná ruka jak ze strany rodiny a blízkých, tak ze strany institucí léčebné a resocializační péče. V těchto oblastech lze spatřovat skutečně

rozsáhlou podporu ze strany doléčovacích center. Formování sociálních vztahů v procesu resocializace je obtížné. Zatímco rodinné vztahy se daří za podpory léčebných a resocializačních institucí úspěšně navazovat, zlepšovat a udržovat, tak partnerské vztahy jsou spíše napjaté. Ale i na jejich zlepšení se soustavně a pozvolna pracuje. Vztahy s rizikovými přáteli jsou striktně odsouzeny k zániku. I přes perfektně propracovaný systém léčebné a resocializační péče u nás dochází k selhávání v procesu resocializace u konkrétních jedinců. Nejčastějšími příčinami selhávání jsou náročné životní situace, které vedou člověka k úniku od problémů a porušení vlastních hranic. Rizikové prostředí, pracoviště, přátelé, kolegové či partneři vždy stáli za návratem zpět k drogám. Jakmile se participant dostali ať už do rizikového prostředí či mezi rizikové lidi, pokaždé spadli na dno k drogám.

Diplomová práce přináší detailní porozumění procesu resocializace u osob s diagnózou drogové závislosti. Zastává jeden z možných pohledů na daný problém. Myslíme si, že se nám podařilo dosáhnout stanovených cílů a zdařilo prozkoumat zkušenost s resocializací u osob s diagnózou drogové závislosti z hlediska stěžejních oblastí.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

1. ČERMÁK, Ivo a Irena ŠTĚPANÍKOVÁ, 1998. Kontrola validity dat v kvalitativním psychologickém výzkumu. *Československá psychologie : Časopis pro psychologickou teorii a praxi*. roč. 1998, č. 1, s. 50-62. ISSN 0009-062X.
2. ČESKO, 2006. Vyhláška č. 505/2006 Sb., k provedení zákona o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505>.
3. ČESKO, 2006. Zákon č. 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>.
4. DISMAN, Miroslav, 2011. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1966-8.
5. Drogová poradna, 2009. Praha: SANANIM z. ú. [online]. [cit. 2019-02-14]. Dostupné z: <http://www.drogovaporadna.cz/>
6. Drogy [online]. [cit. 2019-02-14]. Dostupné z: <https://drogy1.webnode.cz/>
7. Drogy-info, 2015. Praha [online]. [cit. 2019-02-14]. Dostupné z: <https://www.drogy-info.cz/>
8. FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA, 2014. *Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. Vyd. 2. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5046-0.
9. FIŠEROVÁ, Magdaléna, 2000. Historie, příčiny a léčení drogových závislostí. *Postgraduální medicína*. roč. 2, č. 3, s. 288-298.
10. GALANTER, Marc, Herbert KLEBER a Kathleen BRADY, 2015. *Textbook of Substance Abuse Treatment*. Vyd. 5. Washington, DC: The American Psychiatric Publishing. ISBN 978-1-58562-472-0.
11. GOODYER, Paula a Jiří PÁNEK, 2001. *Drogy + teenager*. Praha: Slovanský dům. ISBN 8086421449.
12. GRONSKÝ, Libor et al, 1997. *Racionální protidrogová politika: uživatelé drog do rukou policie nebo lékařů?* Olomouc: Votobia. ISBN 80-7198-250-4.
13. HÁJEK, Bedřich, Břetislav HOFBAUER a Jiřina PÁVKOVÁ, 2008. Pedagogické ovlivňování volného času: současné trendy. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-473-1.



14. HAJNÝ, Martin, 2001. *O rodičích, dětech a drogách: drogy a jejich účinky, rizika zvyšující užívání drog, léčba, problémové situace*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0135-9.
15. HAJNÝ, Martin, Evžen KLOUČEK a Robert STUHLÍK, 1999. *Akta Y: Drogový problém versus rodina*. Praha: Votobia. ISBN 80-7220-022-4.
16. HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ, 2010. *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-686-5.
17. HOFBAUER, Břetislav, 2004. *Děti, mládež a volný čas*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-927-5.
18. HRONCOVÁ, Jolana, 1996. *Sociológia výchovy*. Banská Bystrica: Univerzita Mateja Bela. ISBN 8088825377.
19. ILLES, Tom, 2002. *Děti a drogy: fakta, informace, prevence*. Vyd. 2. Praha: ISV. ISBN 80-86642-12-7.
20. JANDOUREK, Jan, 2012. *Slovník sociologických pojmů: 610 hesel*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3679-2.
21. KALINA, Kamil et al, 2001. *Glosář z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: FILIA NOVA. ISBN 80-238-8014-4.
22. KALINA, Kamil et al, 2003a. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 8086734056.
23. KALINA, Kamil et al, 2003b. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 2. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 8086734056.
24. KALINA, Kamil et al, 2008. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1411-0.
25. KALINA, Kamil et al, 2015. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4331-8.
26. KALINA, Kamil, 2008. *Terapeutická komunita: obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2449-2.
27. *Klinika adiktologie*, 2011. Praha [online]. [cit. 2018-10-16]. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/cz/>
28. KOLÁŘ, Zdeněk et al, 2012. *Výkladový slovník z pedagogiky: 583 vybraných hesel*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3710-2.

29. Kolektiv autorů sdružení SANANIM, 2007. *Drogy: otázky a odpovědi: [příručka pro rodinné příslušníky a pomáhající profese]*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-223-2.
30. KRAUS, Blahoslav a Jolana HRONCOVÁ, 2010. *Sociální patologie*. Vyd. 2. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7435-080-1.
31. KRYSTOŇ, Miroslav, 2006. Teoretické východiská andragogického skúmania voľného času dospelých. *Vzdelávanie dospelých: časopis pre teóriu a prax výchovy a vzdelávania dospelých*. 11(3), 7 – 11. ISSN 1335-2350.
32. KUBIČKA, Luděk a Ladislav CSÉMY, 1998. Validita české verze EuropASI. *Alkoholizmus a drogové závislosti: (protialkoholický obzor)*[online]. 33(5), 307 – 315 [cit. 2019-02-14]. ISSN 0862-0350. Dostupné z: <http://www.adzpo.sk/sk/>
33. LIBA, Jozef, 2001. *Zdravie, drogy a drogová závislosť: Terminologické a výkladové minimum*. Prešov: Rokos. ISBN 9788096845262
34. LINDESMITH, Alfred Ray, 2008. *Addiction & opiates*. London: AldineTransaction. ISBN 978-0-202-36223-6.
35. MAHDALÍČKOVÁ, Jana, 2014. *Víme o drogách všechno?* Praha: Wolters Kluwer. ISBN 978-80-7478-589-4.
36. MATOUŠEK, Oldřich, 2011. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0041-3.
37. MATOUŠEK, Oldřich, 2016. *Slovník sociální práce*. Vyd. 3. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1154-9.
38. MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, 2005. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-002-X.
39. MIOVSKÝ, Michal, 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. Psyché. ISBN 80-247-1362-4.
40. NEŠPOR, Karel a Ladislav CSÉMY, 1997. *Alkohol, drogy a vaše děti: jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat a jak je zvládat*. Vyd. 4. Praha: BESIP.
41. NEŠPOR, Karel, 1995. *Středoškoláci o drogách, alkoholu, kouření a lepších věcech*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-086-3.
42. NEŠPOR, Karel, 2001. *Vaše děti a návykové látky*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-515-6.

43. NEŠPOR, Karel, 2018. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Vyd. 5. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1357-4.
44. NEŠPOR, Karel, Ladislav CSÉMY a Hana PERNICOVÁ, 1999. *Zásady efektivní primární prevence*. Praha: Sportpropag.
45. NEVŠÍMAL, Petr, 2007. *Terapeutická komunita pro drogově závislé II.: česká praxe*. Praha: Středočeský kraj. ISBN 978-80-7106-937-9.
46. OLÁH, Michal et al, 2016. *Sociálna práca v praxi: (najčastejšie problémy praktickej sociálnej práce)*. Bratislava: Iris. ISBN 978-80-89726-58-5.
47. ONDREJKOVIČ, Peter et al, 1999. *Protidrogová výchova*. Bratislava: Veda, vydavateľstvo Slovenskej akadémie vied. ISBN 80-224-0553-1.
48. ONDREJKOVIČ, Peter et al, 2009. *Sociálna patológia*. Vyd. 3. Bratislava: Veda. ISBN 978-80-224-1074-8.
49. PAVÚK, Andrej, 1998. *Primárna prevencia drogových závislostí na základných a stredných školách*. Prešov: Prešovská univerzita. ISBN 9788088885474.
50. P-centrum, 2008. Olomouc [online]. [cit. 2018-10-16]. Dostupné z: <http://www.p-centrum.cz/>
51. POLIAKOVÁ, Eva a Peter ONDREJKOVIČ, 1999. *Protidrogová výchova*. Bratislava: Veda. ISBN 80-224-0553-1.
52. PRŮCHA, Jan a Jaroslav VETEŠKA, 2014. *Andragogický slovník*. Vyd. 2. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4748-4.
53. PRŮCHA, Jan, Eliška WALTEROVÁ a Jiří MAREŠ, 2013. *Pedagogický slovník*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0403-9.
54. RADIMECKÝ, Josef, Barbara JANÍKOVÁ a Tereza DANĚČKOVÁ, 2007. *Prevence a adiktologie pro odborníky pracující v ústavní výchově a preventivně výchovné péči: učební podklady ke kurzu*. Praha: Centrum adiktologie PK 1. lékařské fakulty a VFN, Univerzita Karlova. ISBN 978-80-239-9961-7.
55. REICHEL, Jiří, 2004. *Kapitoly systematické sociologie*. Praha: Eurolex Bohemia. ISBN 8086432807.
56. RIESEL, Petr, 1999. *Lesk a bída drog: praktická příručka pro mládež, rodiče a pedagogy*. Olomouc: Votobia. ISBN 80-7198-348-9.
57. ŘIHÁČEK, Tomáš, Ivo ČERMÁK a Roman HYTYCH, 2013. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-6382-2.

58. Sananim - Drogová poradna, 2009. SANANIM z.u. [online]. [cit. 2018-10-12].  
Dostupné z: <http://www.drogovaporadna.cz/>
59. SHAPIRO, Harry, 2005. *Drogy: obrazový průvodce*. Praha: Svojtka & Co. ISBN 8073522950.
60. SIROVÁTKA, Tomáš, 2004. *Sociální exkluze a sociální inkluze menšin a marginalizovaných skupin*. Brno: Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií. ISBN 8086251195.
61. SMITH, Jonathan A, Paul FLOWERS a Michael LARKIN, 2009. *Interpretative phenomenological analysis: theory, method and research*. Thousand Oaks: Sage. ISBN 978-1-4129-0834-4.
62. SMITH, Jonathan, 2011. Evaluating the contribution of interpretative phenomenological analysis. *Health Psychology Review* [online]. 5(1), 9–27 [cit. 2019-03-15]. ISSN 1743-7202.
63. ŠÁNDOROVÁ, Zdenka, 2015. *(Re)socializace v rané péči*. Pardubice: Univerzita Pardubice. ISBN 978-80-7395-961-6.
64. ŠERÁK, Michal, 2009. *Zájmové vzdělávání dospělých*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-551-6.
65. ŠOTOLOVÁ, Eva, 2015. Resocializace osob závislých na návykových látkách. *Speciální pedagogika* [online]. [cit. 2018-04-02]. ISSN 1211-2720.
66. ŠPANKOVÁ, Jana, 2013. *Resocializácia odsúdených*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk. ISBN 978-80-7380-484-8.
67. ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ, 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.
68. TYLER, Andrew, 2000. *Drogy v ulicích: mýty, fakta, rady*. Praha: Ivo Železný. ISBN 80-237-3606-X.
69. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2010. [online]. [cit. 2018-11-09].  
Dostupné z: <https://www.uzis.cz/>
70. VÁGNEROVÁ, Marie, 2007. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1318-5.
71. VARMUŽA, Ján, 2001. *Metodická príručka pre koordinátorov prevencie drogových závislostí na základných školách, stredných školách a v školských zariadeniach v SR*. Bratislava: OZ Prevencia. ISBN 80-968701-0-6.

72. WHO Expert Committee on Drug Dependence, 1998. *Technical Report Series*. Geneva: WHO. ISBN 9241208732
73. WILLIG, Carla, 2001. *Introducing qualitative research in psychology: Adventures in theory and methods*. Philadelphia, PA: Open University Press. ISBN 0335205356.
74. ZÁBRANSKÝ, Tomáš et al, 1997. *Racionální protidrogová politika: uživatelé drog do rukou policie nebo lékařů?* Olomouc: Votobia. ISBN 80-7198-250-4.

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

AT	Alkoholicko-toxická
atd.	A tak dále
atp.	A tak podobně
CNS	Centrální nervová soustava
č.	Číslo
DMT	Dimethyltryptamin/halucinogen
EU	Evropská unie
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IPA	Interpretativní fenomenologická analýza
LSD	Diethylamid kyseliny lysergové
MDMA	Methylendioxyamfetamin/extáze
mg	Miligram
např.	Na příklad
NSA	Nesteroidní antiflogistika
P	Participant
PCP	Fencyklidin/andělský prach
popř.	Po případě
Sb.	Sbírký
tzv.	Tak zvaně
USA	United States of America
VTOS	Výkon trestu odnětí svobody
WHO	World Health Organization

**SEZNAM OBRÁZKŮ**

Obrázek 1 Životní křivka participanta 1 .....	89
Obrázek 2 Životní křivka participanta 2 .....	90
Obrázek 3 Životní křivka participantky 3 .....	91
Obrázek 4 Životní křivka participanta 4 - přední strana .....	93
Obrázek 5 Životní křivka participanta 4 - zadní strana .....	93
Obrázek 6 Životní křivka participanta 5 .....	95

**SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1 Hlavní údaje o participantech .....	63
Tabulka 2 Ukázka ze seznamu rodičích se témat .....	71
Tabulka 3 Ukázka vynořujícího se seznamu nadřazených témat a podtémat.....	72
Tabulka 4 Nadřazená témata, která vznikla z jednotlivých analýz.....	73



## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha P I: Informovaný souhlas

Příloha P II: Otázky k rozhovoru

Příloha P III: Rozhovor č. 1

# **PŘÍLOHA P I: INFORMOVANÝ SOUHLAS**

## **Informovaný souhlas**

Vážený respondente/Vážená respondentko.

Byl/a jste osloven/a k realizaci rozhovoru za účelem získání dat a informací pro kvalitativní výzkum k diplomové práci. Výzkum probíhá v rámci studia na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. Tématem diplomové práce je Resocializace osob s diagnózou drogové závislosti.

Kvůli citlivosti zkoumané problematiky je důležité věnovat pozornost etickým otázkám. Je podstatné vědět:

1. Vaše účast na výzkumu je dobrovolná.
2. Máte právo kdykoli od výzkumu odstoupit.
3. Výzkum je anonymní – vaše identita zůstane v plné anonymitě.
4. Výzkumnice se zavazuje mlčenlivostí ve vztahu k osobním údajům o účastnících výzkumu.

Chtěla bych vás požádat o souhlas k rozhovoru, který bude zaznamenán na diktafon a zároveň přepsán do textové podoby. Vaše anonymita bude zachována změnou jmen a po kontrole výzkumu bude nahraný záznam vymazán.

Předem děkuji za projevenou důvěru a spolupráci.

Nikola Novosadová.

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

ANO/NE

Podpis respondenta/respondentky

.....

Podpis autora výzkumu

.....

## PŘÍLOHA P II: OTÁZKY K ROZHOVORU

1. Mě by zajímalo, proč jste se rozhodl léčit?
2. Mohl byste mi prosím popsat, jak probíhala vaše léčba?
  - a. Počátky léčby?
  - b. Co pro vás bylo obtížné?
  - c. Co jste viděl na léčbě jako pozitivní?
3. Jak byste vašim pohledem shrnul závěr léčby?
  - a. Co jste dokázal?
  - b. Co pro vás bylo obtížné?
  - c. Kam vás to posunulo?
4. Co vám pomohlo se postavit na vlastní nohy?
5. Jakým způsobem jste byl zabezpečený, abyste se mohl odrazit správným směrem?
6. Jak jste na tom byl s penězi po ukončení léčby?
7. Co bydlení? Kam jste šel bydlet?
8. Jaké pro vás bylo hledání zaměstnání po ukončení léčby?
9. Měl jste nějaké problémy při hledání práce, pokud ano jaké?
10. Jaké byly počátky v novém zaměstnání?
11. Po léčbě člověk znovu přichází do svého přirozeného prostředí a znovu obnovuje nebo navazuje vztahy s kamarády, rodinou a okolím. Můžete mi prosím říct, jak jste se k tomuto stavěl vy? Zajímá mě, jestli jste si našel nové kamarády nebo navázal kontakt opět s těmi předchozími, kteří jsou spojení s užíváním drog?
12. Co vaše rodina? Jak se k tomu stavěla a staví?
13. Teď trochu osobní otázka, co váš partner?
14. Teď s odstupem času můžete zpětně zhodnotit, co byste udělal jinak?
15. Co bylo tou hlavní příčinou, že jste do toho spadl znova?
16. Co by mělo být lepší, aby se k tomu člověk nevracel?

## **PŘÍLOHA P III:**

### **Rozhovor č. 1 Participant 1**

Datum rozhovoru: 15. 2. 2019

Délka rozhovoru: 1 h 13 min 55 s

#### **Na začátek by mě zajímalo, proč ses rozhodl léčit?**

Protože mám doma dvě děti, manželku a udělal jsem hrozně velkou chybu, protože mám roční recidivu za sebou. Předtím jsem 8 let abstinoval. Předtím mám za sebou dlouhou komunitu. A předtím jsem byl prostě zvíře.

#### **Takže ta motivace byla hlavně rodina?**

Rodina.

#### **Mohl bys mi popsat, jak probíhala tvoje léčba?**

Myslíš tu léčbu dlouhou jo? Komunitu. Já jsem v roce 2008 prodělal jaterní koliku. Prostě mi přestali fungovat játra, protože jsem užíval hodně drogy. A potom pomocí terapeutky z K centra jsem si vyběhal nástup do Červeného dvora do psychiatrické léčebny. Jenomže v psychiatrické léčebně Červený dvůr bylo 120 klientů a ti lidi byli na něco naučený a já jsem nebyl schopný s těma lidma komunikovat, bylo to moc veliký na mě. Takže jsem asi zhruba po dvou měsících, co jsem tam byl, se nechal převést sanitkou do Bílé vody, kde jsem absolvoval 11 měsíců v komunitě. Tam jsem se naučil prostě těm základům klasickým jako je ráno vstanu, vyčistím si zuby. Začal jsem prostě dbát o to, abych měl hygienu a čistotu, oblečení a tak a vlastně když jsem skončil komunitu, tak jsem si připadal jako nový člověk. Jak kdybych se znovu narodil prostě. To mi bylo 29.

#### **Co pro tebe bylo obtížné v léčbě na jejím počátku?**

Koordinovat své pohyby, protože jsem byl hodně vykroucenej. Vůbec začít mluvit s lidma. Vůbec se svěřit s tím, co mám za problémy v hlavě, úzkosti, paranoie prostě všelijaký různý psychózy a že jich nebylo málo. A strašně moc mi dlouho trvalo, než jsem začal akceptovat systém, sociální, pracák a prostě takovýhle věci. Já jsem to prostě neakceptoval a prostě jsem to nebral. Prostě jsem nebyl smířený s tím, že v tom systému budu fungovat.

### **A co jsi viděl na té léčbě jako pozitivní?**

Že mě to drželo od drog daleko. Že jsem si začal konečně uvědomovat, že venku svítí slunce a takové věci že jsem byl..... *(Přerušeni z vnějšího okolí)*

Ještě jednou tu otázku?

### **Co bylo pozitivní na té léčbě?**

Naučil jsem se spoustu věcí, třeba zehlit. Naučil jsem se fungovat pro druhé. Začal jsem s nimi mluvit. Začal jsem komunikovat a řešit svoje problémy. Vyřešil jsem si občanku, vyřešil jsem si peníze, takové věci, prostě ten základ na začátku.

### **Jak bys shrnul svým pohledem závěr léčby?**

Závěr léčby před těma 8 rokama to bylo, že jsem vyrovnaný a odhodlaný, že prostě drogy brát nebudu a ani nechci. Když jsem odcházel z tama, tak jsem šel na doléčovací centrum do cizího města a jako že prostě jsem to vzal tak, že začínám od začátku s tím, že jsem měl 700000 mínus, s tím, že jsem prostě věděl, že to nebude lehká cesta.

### **Co jsi dokázal na závěr léčby, o čem sis řekl, že tě to posílilo?**

Tak hlavně jsem přibral 30 kg z mých 52 na 82. A hlavně jsem se vrátil tam... já to, to je strašně těžký jako, ale je to tak vlastně. Vrátil jsem se zpátky do puberty do 15 let, kde jsem prostě přestal fungovat a dospěl jsem. Jako kdyby jak to mám, no správně je to, dospěl jsem. Ano správně, dospěl jsem. Prostě jsem si uvědomil, že to dětství je pryč. A že prostě chcu jít do práce a že si chcu žít ten život po svém. Bez drog tak.

### **A co ti potom pomohlo se postavit na vlastní nohy?**

Doléčovák. V Brně na Jamtaně, to ještě dřív byla Jamtana. Teď už je to Podané ruce, ale lidi jsou tam pořád stejný, když to vezmu. Oni mně ukázali nebo spíš mně pomohli. Ten přestup z toho uzavřeného komunitního života do toho normálního života. Že už jezdíš po městě sám, nepotřebuješ žádný dozory, nepotřebuješ nějaký kontrolování. Sem tam byly nějaký moče, ale prostě už to bylo jako tak míň. Měl jsem ty skupiny, že jsem jako mohl probrat, co mě v tom městě ovlivňuje. Že vidím alkáče u Prioru a toxiky na nádraží a takový. Že jsem to furt jako viděl, furt jsem to vnímal živě. A potom půl roku nebo 5 měsíců, co jsem byl na doléčováku, jsem to jako přestal vnímat. Že jsem si prostě dělal svoje. Že jsem si prostě našel svůj systém.

### **Takže sis dal klapky na oči....?**

Ne klapky na očích tak jsem šel do parku, kde jsem věděl, že ti toxici nejsou, nešel jsem do parku, kde jsem věděl, že ti toxici jsou. Když jsem měl být na nádraží, tak jsem si na nádraží šel koupit burger, a když mě někdo otravoval, že chce drobný, tak jsem mu prostě dal pětikorunu a řekl, ať už mě prostě nikdy neotravuje. Že si ho budu pamatovat a prostě hotovo.

### **Můžu se zeptat, odkud jsi?**

Já jsem z Litvínova. Severní Čechy. V 90. letech prostě feťácký doupě. Litvínov. Teplice. Most. Hodně moc Vietnamců, hodně moc černochů a tak, Arabů apod.

### **Mě by zajímalo, když jsi dokončil léčbu, jak jsi na tom byl s penězi? Jak jsi byl zabezpečený?**

Tak jo, když jsem odcházel z komunity, tak jsem měl 2200 Kč.

### **To je životní nebo existenční minimum ne?**

Ne, ne neměl jsem celý. To bylo tenkrát 3140,-, ale něco stojí cesta do Brna, něco stálo jídlo a nějaký hygienický věci. Takže mi zbylo 2200,-, od děcek z komunity jsem dostal krabici tatranečků, 50 kousků, nějaké čínské polívky, abych prostě ze začátku měl aspoň něco. A když jsem přijel na doléčovák, tak jsem musel 1500,- hned odevzdat, takže mi zbylo 700,-. A se 700 stovkama jsem jel do Litvínova, z Brna za 250 Kč jsem jel do Prahy a za 140 do Litvínova, kde jsem musel jít na trvalé bydliště zažádat si o 1000 Kč, jako když pouštijou lidi z vězení. Takže jsem dostal 1000 Kč a zase jsem těch 350 utratil, abych se vrátil. Takže jsem měl 700 plus těch 700, co mi zbylo předtím nějakých 400. Takže jsem měl 1100 a s tím jsem prostě musel vydržet, než si vydělám první peníze.

### **Takže celý měsíc jsi musel vydržet.....**

Nebylo to celý měsíc, bylo to.... Já jsem odešel na své narozeniny 2009, 8. září z komunity a 19. září už jsem měl zaměstnání. A hned o týden později už jsem měl zálohu. A to jsem si vydělal nějaké 3300 nebo tak. Takže jsem si hnedka zaplatil další měsíc na doléčováku. Zbylo mi, já nevím, 2500 nebo 2300 plus těch 700, co jsem utratil fakt jenom za jídlo, protože holení a hygienické věci jsem měl, takže jsem fakt jenom prostě utrácel za jídlo. Protože jsem měl bydlení zaplacený a cigarety, protože hodně kouřím. A tak jsem se z toho nic vlastně úplně vypracoval, až jsem dostával ty výplaty kolem 15 000 a když jsem odcházel z doléčováku, tak jsem nastupoval o měsíc dřív, než jsem končil v doléčováku. V doléčováku

jsem končil, to já už si nepamatuji přesně ten den, ale vím, že to bylo na začátku ledna a já jsem v listopadu nastoupil do papíren, kde se vyráběl sterilizační papír a listopad, prosinec a já jsem prostě už v lednu měl velkou výplatu. 22 – 23 000 tisíc jako. Na to, že nemám střední školu, mám jenom výučňák, tak si myslím, že dobrý peníze. A tím se to vlastně dalo, protože jsem už měl peníze a bylo to dobré. Jenomže leden, únor a někdy v březnu mi začaly chodit exekuce, takže mi zamrzl účet, protože mi na to hodili exukuci a hodili mi i exekuci i na mzdu. Takže jsem musel každý měsíc vypsát papír, že žádám o vyplacení toho zbytku, což je dvojnásobek nebo dvou a půl násobek životního minima. A ať mi to vyplatí hotově. Šéf firmy jediný věděl, proč to všechno je, protože jsem se mu s tím svěřil a vzal to jakože docela s nadhledem, takže jsem měl štěstí na dobrýho šéfa. Takže jsem dostával 7800,- každý měsíc s tím, že jsem prostě v té době se potkal s mojí nynější manželkou a my jsme spolu byly tak jakože... *(Přerušeni z vnější)*

Byl jsem na tom tak před těmi 20 dňama, že jsem měl 100 chutí spáchat sebevraždu. Mám velkou pojistku, takže by ty děcka byly zaopatřeny a tak. Tak jsem si to všechno jako odůvodnil a chybělo málo popravdě. Tak jako já jsem sežral 90 tisíc za 20 dní.

### **V tom se točí velké peníze....**

Já jsem neprodával nebo nedealoval nic, já jsem si prostě nakoupil a prostě jsem fetoval. Já jsem měl takový modřiny na rukách prostě 10 dní, teď už je to dobrý, teď už jsem zdravěj docela. Prostě jsem, prostě jsem, splasil se kvůli 3 těžkejm věcem, který jsem zažil a nebyl jsem schopnej je řešit. Protože mezi Samíkem a Viktorou byly dva potraty, a protože v té době prostě umřel. Umřel bratráněk. 25 letej kluk se zabil v autě 3 dny po Vánocích. Celá jeho rodina u nás byla tři týdny navexlovaná. My jsme je živili a prostě chránili před tím stresem, protože se nemohli ani vrátit domů, aby otevřeli skříň od Davida. A když jsem se pak dozvěděl, že nám chybí 19 tisíc, který jsme prostě měli daný bokem, že nás prostě okradli. Taky jsme to řešili, ale prostě ve mně něco zůstalo a já jsem to prostě neuměl vyřešit. Neuměl jsem to prostě s ženou probrat, neuměl jsem si s ní pobřečet, když potratila podruhé, protože to bylo těžký. Poprvé to bylo takové... měla prostě 6 týdnů v sobě plod a odešlo to prostě samovolně jo, tak to se dalo nějak prostě v uvozovkách přežít. Ale když jsme šli po druhé po půl roce na to, Samik měl 2 roky a 8 měsíců, teda 5 měsíců. A my jsme šli na ten screaning na tu genetiku. A oni mě se Samíkem z tama vyhodili, z té ordinace a musel tam přijít nějaký primář a teď to tam prostě proměřovali. Já budu za mě říkat ten plod, protože byla to živá bytost, ale prostě ten plod. 95 % na prvním screaningu, jenom z těch ultrazvuků byl potvrzený Downův syndrom a nějaké genetické vady na srdci. A pak jí teda



ještě dělali oděry z plodové vody a to potvrdili na 97 %. Takže tam musela zůstat. Rozhodnutí bylo jasné, že prostě půjde na iterupci. Tenkrát, když prostě vylezla z té ordinace, tak to byl prostě asi nejtěžší okamžik. Asi jsem s ní měl prostě brečet, povídat si s ní o tom, co jí trápí, a já jsem se zavřel do sebe. Začal jsem hodně chlastat, ještě jsem furt nebral drogy v té době prostě. Chlastal a začal jsem hulit trávu. A vždycky, když měl být nějaký konflikt, ať to byla sebemenší prkotina od vynesení smetí, nebo pozdě vyzvednutýho syna ze školky, protože jsem byl trošku dýl v práci, tak prostě jsem se sbalil a odešel jsem do garáže, kde jsem jako měl práci. Já jsem měl práci druhou, ale prostě samozřejmě jsem se na ni vymlouval. Samozřejmě jsem tam do sebe bouchl půl litra rumu a ubalil jsem si jointa a snažil jsem se to nevnímat. A tím jsem se se svojí ženou prostě odcizil a to jak to narůstalo, narůstalo, narůstalo, tak to prostě vygradovalo tak, že prostě v loni v únoru jsem si prostě plesknul. S tím, že prostě to vzdám a takový a prostě už to nebylo. Nebylo to, jakože jo, prostě, užijem si drogu, ale prostě abych to zazdil, ty emoce. Tak to bylo. Po tom prvním, co jsem si dal v tom únoru, tak jsem vydržel měsíc si prostě nedat, ani jsem nepil. Jsem si říkal, že to prostě byla chyba a že se to pokusím nějak narovnat. Ale moje žena v životě drogy neměla a ta informovanost, kterou má, je prostě slabá. A já nejsem schopnej jí to říct, protože mi to jak kdyby „sváže“ ruce. Protože když na sebe vykecám, jak umím kličkovat, obcházet a jak umím říct věci popravdě a ve skutečnosti je to o malinko jinak. Že prostě lžu, tak prostě jsem jí to neřek. Přestal jsem s ní prostě o těch věcech mluvit, přestali jsme spolu spát a 26. června jsem za ní přišel, že prostě potřebuju pomoc, že to nezvládám, že jsem si domluvil krizovej pobyt v Bílý vodě. Po 8 a půl letech jsem se vrátil zpátky na tu komunitu, kde jsem začínal. Kde se mnou naložili „Pepo, co blázníš, vždyť máš krásnou rodinu“ a když jsem se jim snažil to vysvětlit, že prostě to neumím přijmout, zvládnout, že prostě můžu mít v životě štěstí. Když jsem tam, já nevím, od 15 do 28 byl sám bez ničeho. A já jsem si za tím šel, že budu mít rodinu a že to budu mít prostě bezva a tak. A šel jsem si za tím prostě v pohodě, dobrý a prostě najednou přišly nějaký slabosti a já jsem po tom prostě zase šáh. Ne hned. Pěkně to ve mně vyrostlo a je to téměř nezvladatelný. Když mám teďkom jako ty stavy a vzpomínky, výčitky a toto, tak fakt mě to táhlo k tomu, abych umřel. Já jsem nechtěl umřít, tak jsem se prostě zastavil tady. A ani jsem nevěděl, že půjdu na nějakou Mandalu. Tady mě strčili na 8. oddělení mezi alkáče, protože já hodně vypiju, mně to jako nedělá problémy vypít litr slivovice. Takže jsem si jako myslel, že problém je primárně v tom alkoholu, ale primární problém je v tom, že jsem závislý. A že systematicky prostě ničím svůj život. A nevím, proč to dělám. Přitom já ty děcka miluju, ženu miluju, prostě mám rád to prostředí, ve kterým teďka su, anebo jako teď ne,

ale ve kterým žiju těch 8 let. No tak jsem prostě na pokraji. Snažím se prostě dostat z toho dna navrch. A doufám, že mi prostě žena odpustí a budeme moct pokračovat.

### **Je to lepší tady aspoň?**

No řeknu ti to takhle první týden tady. Já jsem každý večer tady brečel. Věci jsem měl pořád sbalený v tašce, že prostě odejdu. Že to vzdám, že je to jednodušší, než vyřešit celej ten problém, který tam je. To, že žena neví, že jsem jí ublížil, jakože velkým stylem jsem jí ublížil. Slíbil jsem, že si prostě v životě nedám doma a já jsem se napálil na záchodě. Jsem si tam dal půl gramu naráz. A pak jsem tam 6 – 7 hodin raboval ve sklepě ve 3 ráno. Doma to nepochopili. Nebyl jsem na ni nikdy zlej, nebo že bych byl agresivní, to ne. Ale prostě dostala pecku, pořádnou ránu dostala. Myslím si, že už ji teď drží jenom děcka, jinak už by to bylo dávno ukončený všechno. Tak v krátkosti, v lehkosti. Možná bez emocí, ale to je tady tím, že když popustím emoce, tak budu jenom rvát. Tak se omlouvám, že neřvu, ale prostě potřebuješ informace tak ti je dávám.

### **Ted' nevím, kde jsme přesně skončili.**

U bodu 3.

### **Tak pokud tomu chceš říkat takto, tak přejdeme na bod 8. Jaké pro tebe bylo hledání zaměstnání po ukončení léčby?**

Jednoduché. Já totiž mám vystudovaný obor truhlář, nábytkář a jsem velmi, jak to mám správně říct, zručný, co se týče práce. Já prostě nemám strach z ničeho. Můžu dělat na stavbách, stavěl jsem lešení, dělal jsem natěrače, umím svářet s autogenem, pálit autogenem, umím svářet cočkem, umím jezdit s jeřábama a veškerýma jeřábama, protože jsem měl papíry na 80 tunu na velký jeřáb, a takže jsem si našel práci v takové. Jestli když jdeš do drogérie, třeba do Tety, tak tam jsou vystavené šmínky v těch plastových jo. Tak ty plastový držáky, což se ohýbalo na takových ohýbačkách ty plasty, vyřezávalo se to na laserovým CNCččku, takže v takové malé fabričce. Já nevím, kde bylo takových 20 zaměstnanců. Dostal jsem práci na dohodu s tím, že teda to na doléčováku tenkrát stačilo. A dostal jsem 75 Kč na hodinu, tak jsem byl jako šťastnej, že mám tolik peněz a pak jsem přestoupil volně do toho na ty výroby sterilizačního papíru, kde jsem se k tomu dostal úplně náhodou. Prostě na netu jsem najížděl, hledal práci ve fabrikách v ctpěčku v Brně v Modřicích a že nabírají 5 lidí, no tak jsem tam zavolal a oni jako že jo. A vlastně jsem rok dělal na krabicách, že jsem prostě všechno co tam. Jsme byli jako v 5 lidech na lince. Byl jako vedoucí směny, ženská, která dělala na gilotině. Ženská, která dělala na zatahovacím,

a tam se to zatahovalo do igelitu. Člověk, který to dával do krabice, tam byl většinou brigádník, protože to jenom házel do krabic a strkal to do dolepovacího stroje a já jsem to skládal na palety s tím, že jsem ty krabice označoval. To jsem dělal asi rok. Po roce mě dali na ovládání toho kola, na kterým se namotával ten papír a tam jsem byl asi dva měsíce a šel jsem na vedoucího směny. Prostě jsem si to jakoby odmakal až na vedoucího směny. S tím, že teda jsem měl dobrou partu a já jsem pro ně udělal první poslední a furt jsem to jako bral, že jdu dopředu, že dobrý, dobrý, dobrý, no až do doby, kdy mi Jája řekla, že je těhotná. Jsme bydleli v Černých polích a platili 9500, teď, kdybychom do toho měli mít děti. Říkám „no neblázní“ a my jsme měli obyvák takový ještě menší, než je tento pokoj jo. A z toho byly schody do druhého patra, kde byla ložnice, jenom postel a jeden stolec, jinak se tam nic nevešlo. Takže jsme plánovali, co budeme dělat. Jestli si vezmeme hypotéku. Samozřejmě mně hypotéku jakoby nedali, protože jsem měl hafo dluhů, a takže její mamka s jejím tatškou, sice jsou manželé, ale už jsou od sebe 17 let. Takže její mamka žila sama kousek v Kokorách od Olomouce v řadovce, která má 300 metrů čtverečních. 100 m ve sklepě, 100 m v prvním patře a 100 m v druhém patře. Takže jsme se domluvili s její mamkou, že se nastěhujeme dohromady, že budeme bydlet dohromady a od roku 2013 bydlíme v Kokorách v rodinném domku, který jsme nějakým způsobem zrekonstruovali a dali do pořádku. Je tam nová voda, nové odpady, nová elektrika a jo, prostě hodně věcí zaplatilo spoření od mojí ženy. S tím, že teda prostě nějaký práce jsem tam teda udělal já.

**No a ty jsi zmiňoval, že máš nějaký dluh, jestli jsem to správně pochopila?**

Měl jsem své dluhy no...

**A ty už máš splacený?**

Teďkom v lednu jsem si vzal 50 000 půjčku u banky. Už mi konečně dali půjčku po 10 letech a chybělo mi 24 tisíc zaplatit, tak jsem to zaplatil hned, takže mám zaplacených 700 tisíc.

**Tak to je dobrý...**

Ale mám 90 tisíc dluh. Za 1600 měsíčně, což není 5500, co jsem dával předtím každý měsíc. Tak jsem chtěl jako ulehčit výplatě, nebo jak to mám správně nazvat. Jája je na mateřské jo, má 7400,- a do toho jí teďkom posílám, nebo jsem jí nechal kartu, aby měla z pracáku, protože jsem posledního prosince skončil v zaměstnání. Protože jsem věděl, že už jdu dolů, protože já jsem potom krizáku vylezl 31. 8. sedmého se narodila málá a 27. jsem zrecidivoval. Jako na víkend jsem prostě šel a zřetoval jsem se a ožral jsem se a zhulil jsem se. Úplně jsem šel prostě zase až na kašu. Když jsem se vrátil, tak jsem se s Jájou domluvil,

že to byl jen zkrat, že to bylo kvůli tomu, že se narodila malá a že prostě jsem to potřeboval oslavit, jenomže to už byla lež prostě. Už jsem věděl, že jsem zamotaný a že mě to táhne k tomu. Vydržel jsem měsíc, zase jsem zrecidivoval, takže v říjnu jsem měl jednu recidivu, v listopadu taky jednu, v prosinci týden před Vánoci jsem se z toho vyspal s tím, že prostě přes ty Vánoce vydržím, a že když se to nepovede, tak jsem slíbil, že prostě nastoupím do léčení. A tím, že jsem to slíbil, tím jsem si zavřel ty dveře k těm drogám. A ty drogy mě furt táhly. Já jsem 4. ledna zrecidivoval, 5. ledna to prasklo, protože jsem se napálil doma a 5. ráno jsem dal pusu Samíkovi, Viktorce, Janku jsem obejmul, omluvil jsem se a odešel jsem. S tím, že prostě jsem šel pořešit co nejvíc drog a že prostě se ufetuju. Že prostě už si nezasloužím to, abych s nima mohl žít. Jestli mi rozumíš. Nevím, jak to mám jako vysvětlit.

### **Rozumím.**

Prostě ta psychika už byla tak rozbitá po těch recidivách, i když to bylo jako po měsíci. Chodil jsem na doléčování, chodil jsem na P-centrum k panu Růžičkovi a pan Růžička mi říká, vždyť už jsi na to starej, běž běhat. Po tom běhání si skoč na dvě piva, ale nedělej víc. Musíš si to udržet, nastavit si hranice. Já jsem to zkusil že, jenomže já jsem šel běhat. Uběhl jsem 6 km, asi 50 x jsem to odběhal od toho září. Prostě mám jako naběhaný a já jsem prostě šel do té hospody a já jsem si dal 12 piv, půl litr rumu, prostě jsem to bral jako adekvátní odměnu. Jenomže, jak jsem se vylil, tak se mi zase otevřelo „Aji to bych si mohl zase dát, tak si dám“. Dobrý, tak jsem zavolaal, musíš přijet, tak jsem přišel dom, dobrý potichu, sebral jsem klíče od auta a jel jsem si prostě pořešit do Olomouce. Po 12 pivech jo. Já jsem měl jediný štěstí, že mě prostě ty bengy nechytily. Takový jsem prostě úplně kretén. Tata od rodiny. A já se musím smát, ale řvu vevnitř jo.

### **Alkohol odbourává hranice...**

No tak proto si myslím, že mám ten primární problém s alkoholem, protože já z něj nemám strach. Já jsem třeba od 1995 do roku 2000 bral opiáty a jakože 5 let. Dobře, první rok je nějaký takový zkoušení a co vydržím a tak. A když jsem v 99 roce zjistil, že mi prostě gram a půl na den nestačí. V té době gram stál 1000 Kč. A já jsem prostě utratil 2000 až 2500 každé den. Krádeže, vloupačky. Paní stála na semaforu na červené, dvě igelitky s nákupem a takhle jí koukala ta šrajtofle, tak jsem ji čapl. Prostě uprostřed města za bílýho dne jo, vůbec jsem nehleděl napravo, nalevo. Přišel jsem do obchodu „jé to se mi líbí, čau beru“ hotovo. Peníze jsem si na to prostě vždycky nějak udělal. A dopadlo to tak, že jsem se prostě třepal a bylo mi hrozně zle a já jsem byl tehdy prostě už na ulici. V 99 roce jsem byl na ulici. A vím, že tenkrát jsem nějak potkal mámu ve městě, protože jsem zrovna nějak byl u pošty

a čekal jsem na sociálku, jakože mi dají peníze. A mě sebrali policajti před tou poštou, odvezli mě normálně na soud, že jsem jako hledanej, že si nepřebírám poštu, jenomže já jsem měl trvalý bydliště nahlášený na městě a takže jsem neměl jak. Takže jsem chodil na tu poštu vždycky jednou za týden, nebo když jsem si vzpomněl, že prostě tam bych mohl mít poštu. Oni mě sebrali ti policajti, strčili mě normálně na vazbu jako na kobku a že jako teda asi mě dají do vazby a že jako asi si to odsedím. No ale já jsem nevěděl, co si mám odsedět no a když mě dali tomu státnímu zástupcovi, tak ten státní zástupce, že mi maj sundat želíska, že tady mám jenom nepřebíranou poštu. Tu poštu mi takhle dal, já jsem podepsal papír a odešel jsem. Přesně v ten jeden den. A vrátil jsem se do Litvínova k té poště a tam jsem mámu potkal a máma mi říká, jestli nechcu jít dom. A já jsem jí řek jako že jo, že bych šel. Tak jako jo, tak jsme jeli do toho Janova, prostě leh jsem si tam do postele a ze tři, čtyři dny mi bylo hrozně zle a prostě jsem utek si zase dát. Prostě ten opiát je něco úplně jinýho než perník. A když jsem se vrátil zase zpátky domů s tím, že už jsem měl nějaký drogy nabraný, abych vydržel třeba týden, tak jsem mámě prostě slíbil, že nepůjdu pryč, že to zkusím prostě odabstínovat. Ale že prostě potřebuju prádlo vyměnit a že ani nechcu jít mezi sourozence, protože mám tři sourozence. A že prostě budu zavřenej v pokoju. Já jsem zvracel, úplně mi bylo fakt zle. Máma mi donesla od doktorky neurolii. Samozřejmě si myslela, že si dám dva a bude to dobrý, ale já jsem zežral celý plato a nic mi to nedělalo. Ještě mi byla zima, ještě mi bylo vedro, ještě jsem měl křeče, bylo to zlý. No a přišel mi povolávák na vojnu v tu dobu, kdy jsem to prostě chtěl odabstínovat. Tak já jsem byl úplně v pasti. Říkám na tu vojnu musím jít, protože to si jinak odsedí člověk, protože to bylo povinný. Takže jsem se hodně najedl, hodně jsem se napil, stávil jsem se u kámoše, nabral jsem si nějaký fety, na sekeru za 8 tisíc jsem si vzal 8 gramů a prostě jsem jel na tu vojnu. Samozřejmě hnedka u přijímačů mi to sebrali. Tam jde člověk do naha. Nějak jsem to propašoval, prostě jsem to měl schovaný v tabáku a tak. Jenomže na to právě přišel ten kapitán. Dekádi se jmenuje, v životě na něj nezapomenu. A on říká „Tak víš co, na ošetřovnu 9 dní, 10 dní a budeš dobrej, uvidíš“. A já jsem na tu ošetřovnu přišel a tam to ten doktor prostě věděl. Nevím, jak se jmenuje ten doktor. A on mi prostě začal píchat apaurin do zadku. A ten apaurin mi jako zklidňoval ty fyzický projevy toho abst'áku z toho opiátu. A já jsem fakt za 9 dní byl dobrej, že jsem normálně mohl jít s klukama běhat, dupat na buzerák a takový věci prostě. Takže jako jsem tomu kapitánovi hrozně vděčnej. Samozřejmě mě tam mezi těma chlapama nechtěl nechat, protože se to tam začlo jako povídat. Tak mě převeleli do Dašic u Pardubic na hasičskou školu. Prostě vojenská hasičská škola. Takže jsem byl vedenej jako velitel požárního družstva. Já jsem dostal hodnost, dostal jsem jako velitelský

kameny a tam mě po tom výcviku... já jsem byl 3 měsíce v přijímači, dva a půl měsíce. Pak jsem byl 3 měsíce na tom výcviku jako na toho hasiča. To byl ceres jako ve 4 ráno budíčky a 15 km běh a takový. A jako mně to aj pomohlo. Já jsem šel na vojnu a měl jsem 52 kg, když jsem šel z vojny, měl jsem 80 kg, prostě chlap. Už normálně že. Hrozně jako to zesílilo. A tak to byl ten důvod, proč jsem jako přestal ty opiáty brát. Že jsem se dokázal z toho vymanit sám, ale perníky mi tam prostě zůstaly. Jako né na vojně, že bych perníkoval, ale prostě jsem vylezl z vojny a zase byly perníky prostě. Říkám opiáty už ne, prostě už ne. Ten perník mi jel jako že se „tssss tsss“ prostě fofr, všechno umím, všechno zvládnou. Víš co, ten mozek byl takovej natěšenej. No a teď už to tak nebylo. Teď už to bylo prostě, že jsem si dal, tak jsem 4 hodiny lánoval a pak jsem 2 hodiny hledal v takovýmhle šuplíčku se šroubkama, hledal jeden atypickej šroubek, který tam prostě nebyl. Prostě vím, že byl úplně někde jinde. Teď už to vím, ale předtím jsem to nevěděl. Takže prostě jako takovýhle nesmysly, že ten mozek už prostě vypínal. A tím pádem jsem necítil žádný emoce. Takže jsem zabíjel emoce a zároveň jsem prostě dělal úplný nesmysly. Je to zmatený?

**Je to v pohodě. Je to dobrý. Můžu se teda vrátit k tomu zaměstnání, jak jsme se bavili předtím? Říkal jsi, že po ukončení léčby jsi získal práci, říkal jsi, že práci sis našel sám. Relativně asi hned podle toho, co jsem tak pochopila.**

Jojo, já jsem byl na doléčováku možná tak týden a už jsem práci měl.

**Zmiňoval jsi, že jsi tam měl dobrý kolektiv. Teď by mě zajímalo, jestli ti nedělalo problém třeba ranní vstávání, nebo celkově zařadit se do toho pracovního režimu?**

Neměl jsem problém, protože jsem byl z komunity zvyklý vstávat brzo a chodit spát pozdě. A někdy v komunitě bylo, protože tam se svolávaly mimořádky pravidelně v noci, když někdo měl toxisny protože tam se to řešilo hned, ne jak tady. Že se to mluví na ranní komunitě, já jsem měl toxisen a 20 minut zabyde a dalších 20 lidí nemůže mluvit, protože on má toxisen. Ale to je jedno. Takže tam se prostě vstávalo třeba o půl 3 ráno. A řešilo se hodinu, že má chutě, že má toxisny a tak. A normálně byl budíček v 6, 6:15 už byla rozcvička a tak. Já jsem se naučil, prostě když jsem jezdil do těch Modřic. Tak já jsem to měl hodinu a čtvrt, takže já jsem vstával 4:40 a 4:45 jsem odcházel z domu s tím, že jsem si jenom vyčistil zuby a takhle jsem si opláchnul obličej, oblíkl jsem se a šel jsem. Já jsem ráno nemohl snídat, takže jsem snídal až v práci třeba v 8 nebo o půl 9. Takže jsem si na to zvyk a hlavně to byl týden a týden, protože jsem měl dvousměnný provoz. Týden ranní, týden odpolední. Na těch odpoledních to bylo takové lepší, se člověk ráno vyspal. Jako jo, dobrý to bylo. A když jsme se stěhovali z Brna, tak jako když budu pokračovat v tom

zaměstnání, tak jsem byl takovej roztržitej jako, že tu práci na dědině prostě seženu hůř. Ale našel jsem si práci ve stolařině, kterou mám rád jako moje řemeslo. A nastoupil jsem u Vladimíra Chaloupky do firmy Stolex. Bývalý Kazetof v Přerově na Osmeku. Dílna, která byla zřízena někdy v 50. letech. Prostě starý lidi, nový stoly. Prostě tak, jak jsem to měl na škole, prostě úplně na strojích, kterých jsem se vyučil, tak prostě jsem dělal. Vláďa byl spokojenej s tím, jak makám, protože já mám i ty zkušenosti s těma autama a umím jezdit s dodávkama a není pro mě problém zvednout 120 kg. A takový prostě jako si poradím. Když jsme dělali vestavěný skříně, tak ty, já dneska s tebou nemůžu jet na montáž, můžeš jet sám. Tak jsem to namontoval a takovýhle věci. Dal mi 120 Kč na hodinu, a když se narodil můj syn. Protože my jsme se přestěhovali v červnu. V červnu jsem k němu nastoupil, takže jsem ukončil smlouvu v papírnách na dohodu s tím, že nechtěli, abych odešel, což se mi stalo poprvé v životě, jinak jsem vždycky jako z práce utek. Jo, prostě špatně s tím, že se tam můžu kdykoliv vrátit. Jako takové příslibení jsem měl od toho šéfa. Já jsem poděkoval a do výplaty mi dokonce dal aji nějaké odměny navíc a z toho jsem byl překvapený. Nastoupil jsem v tom Stolexu. Červen, červenec, srpen a v září se narodil syn a v září mi nedal výplatu, že nemá peníze. V říjnu mi nedal výplatu, že nemá peníze a třináctýho, takže desátýho jsem u něj ukončil s tím, že mi podepsal papír a směnku na peníze, že mi to prostě zaplatí. Já jsem to pak dlouho z něj dostával, ale stejně jsem to z něj nedostal všechno. A třináctého listopadu jsem nastoupil ve slévárně, která byla 6 km od místa, kde bydlím. A nastoupil jsem tam jako slévárenský dělník s tím, že budu dělat formy. Sypat písek, který je napuštěný chemií. Takže hrozný bordel, ale dobrý, říkal jsem si fajn. A třísměnný provoz, týden noční, týden odpolední a týden ranní. Bral jsem to tak, že prostě je to pro rodinu to nejlepší. Moje první výplata 21 tisíc. Moje druhá výplata 17 a já říkám, proč mám tak málo, že a tam to bylo, kolik bylo pracovních dní, tolik výplaty. Když bylo 19 dní v měsíci, tak byla malá výplata a tak. No vypracoval jsem se tam po těch necelých 5 letech na taviče kovů, kdy jsem začal dělat u indukční pece a začal jsem tavit oceli. Takže různé slitiny oceli jo, takže prostě jsem se vypracoval. Udělal jsem si osvědčení, takže mám jako kdyby druhý výuční list. Ale jako kdyby vystudovanou školu se záštitou profesora, kterej prostě učí v Brně na univerzitě, ale je zároveň zaměstnaněj v té firmě. Takže jsem prostě normálně dostal certifikát, že prostě jsem spolehlivej tavič. A zvedla se mi výplata, dostal jsem nějakých 150 – 155 Kč na hodinu s tím, že změnili mi pracovní dobu jako že né třísměnný, ale dvousměnný provoz, protože jsme jako taviči uměli makat... ty tři směny, co byly, všechno okolo nás jsme dvouma směnama úplně pokryli. Nalili, stihli jsme to nalít. A tak jako mně se tam líbilo, ale tam prostě byli ti lidi. Oni o mně nevěděli, já jsem prostě

žil v anonymitě. Jo já jsem si šel s klukama na pivo. Neříkám, že ne. Ale já jsem nehulil, já jsem nefetoval. Já k tomu mám odpor. A já feťáky nemám rád a tak. A prostě měl jsem tam toho jednoho kámoša, který prostě vypadal, že nebere, ale bral. Bral sice tak, že kouřil žárovky, z těch sklíček na trávu a to. A prostě se to nějak nepovedlo, doma byly nějaké rozepře. A jo, tam to vzniklo, že na začátku roku nabírali nové lidi a těm novým lidem dali stejný peníze jako nám, co jsme tam dělali 5 a více let. A my jsme tam tenkrát seděli s tím Vaškem Kopečným, který tam dělá 15 let, a hrozně jsme se dušovali, protože on už blbě snášel ten Vašek to, že musel zaučovat mě a neměl za to nic. Já jsem to jako chápal, já jsem se snažil. On seděl celý šichty a odmakal jsem to já sám. On mi vždycky poradil, kde co jako ty detaily, protože jako já jsem si to hodně naštudoval, protože jsem tam furt koukal do té pece. Mě to baví jako. Ale to je jedno, prostě jsme šli za personálním, že prostě chceme o těch 5 korun víc než majou ti kluci, kteří nastupují, protože ti kluci byli 20letý, 22letý, kteří za nic, co umí a berou 150 Kč. Jak můžou brát 150 Kč? Já jsem tam nastupoval za 85 Kč a musel jsem si to vymakat, takže prostě dejte jim 100, 120 beru, ale nedávejte jim stejný peníze, jako máme my. Vždyť to prostě degradujete úplně naši práci a prostě je to špatně. No a tam vznikl ten rozpor. Ten personální to dal ředitelovi. Ředitel si mě zavolal, že jako dělám rozbroje a takovýhle. Já říkám, že rozbroje nedělám, že si prostě jenom hájím svoje. Že mám doma rodinu a že prostě jako jestli mi nedají těch 10 korun, tak že prostě jdu a končím. A ať si prostě najdou za mě někoho jiného, jestli teda si sou jistí, že si najdou za mě tak dobrýho taviče, jako jsem já nebo jako jsou jiní. Protože já jsem neodešel jedinej, odešlo nás asi 5. Jo no a on teda, že si někoho najdou. Tak jo, tak na shledanou. Bylo to tak, že já jsem prostě vydržel únor. To bylo právě v tom únoru, to bylo toto. V únoru jsem se pohádal s tchýní a ještě s manželkou. Že prostě to byly nějaké maličkosti, které si prostě už nepamatují. A v tom únoru jsme právě věděli, že se narodí Viktorka. A to bylo to stresové období, protože byly dva potraty předtím. Do toho problémy v práci, do toho problémy jako že jsme nebyli schopní se dohodnout. Takže toho na mě bylo hodně. A teď ten kámoš, kterej bere. A že prostě jedeme za Leoškem, který si otvíral hospodu novou. On s náma pracoval a prostě mu došla trpělivost, a že si otevře hospodu. Že tam prostě je v té jeho dědině, kde bydlí se sokolovnou a to si prostě vzal do podnájmu. A že mu tam jdeme pomoci, protože stolařskej potřeboval zedníka a to zase dělal ten kamoš. No a tak jsme čekali před tou hospodou, než on se vyspí, protože měl nějakou oslavu a toto. A v jednu hodinu tam měl být a já jsem se zrovna kolem oběda pohádal s mojou a říkal jsem, že tam v jednu musím být, že jsem to slíbil. Tak jsem si vzal vercajk a jel jsem tam. No a seděli jsme v autech. Takhle byly auta. Já jsem seděl jako v zadním autě, sedl jsem si k tomu kámošovi



do auta a on mi tam prostě nasypal na telefon čáru. Tak jsem si dal, protože jsem si říkal jo, já tady dneska budu celý den, bůh ví do kolika že, a to byl ten průser.

### **Takže ten kamarád tě k tomu ...**

Stáhl. Já to nebudu na něj házet. Já jsem si šnupnul. Po třetí v životě jsem si šnupnul po těch, já nevím, 15 letech, 20 letech. A my jsme tam právě pak dělali. Já jsem se tam ještě jako hodně opil, takže jsem tam zůstal do rána. Ráno, když jsem přijel dom, tak byl konflikt ještě s manželkou. Takže prostě jsem jí to už vůbec nemohl říct, že se tohle stalo. To už prostě nešlo to říct. To už by bylo definitivní konec, i když třeba ne, já si myslím, že to nešlo. A tak jako jsem si to v sobě zpracoval, že to bylo jednorázový a že to prostě ustojím a takový. No jo ale už jsem prostě koukal, jak v pátek půjdu na pivo jo a prostě v garáži jsem měl sklizenou ganžu, kterou jsem si vypěstoval. Měl jsem tam, já nevím, půl kila trávy, tak jsem to jako měl nachystané. Že budu dělat mastičky, ubalím si jointa a už jsem to nebral jako problém. Ale už to byl problém.

### **Takže po léčbě si se snažil vyhýbat těmto lidem, ale našel sis nového kámoše, o kterém jsi nevěděl, že bere a ten tě potom stáhl.**

Jo, jo, jo. Já jsem si říkal, pro jednou se nic nestane. Takovou dobu jsem vydržel, tak to vydržím i dál jako. Jenomže už to bylo. No, ono jako to první mě nesežralo, ale až to druhý. Prostě už jsem si dal pak jehlou prostě tak, jak jsem to dělal vždycky. A hlavně jsem měl zdravý žíly po 8 letech, takže to šlo kamkoliv jsem chtěl. A samozřejmě netroškařím, nějaký 0,1 mi nic neudělá prostě.

### **A manželka nebo rodina....**

Až toho června 26. loni, tři dny předtím, toho 23. nebo tak...

### **Takže do té doby nic netušila?**

Ne, ona věděla, že se něco děje, protože ty mikro hádky vyústily v to, že jsem přestal chodit spát do ložnice. Začal jsem spát v obyváku. Samozřejmě to bylo úplně z jinýho důvodu, než prostě si ona myslela. Bylo to z toho důvodu, že prostě jsem byl vyfetovanej a nedokázal jsem mít zavřené oči a ležet vedle ní a dělat, že spím. Já nebudu dělat, že spím. Tak jsem prostě šel do obyváku, zavřel jsem si dveře, pustil si televizi a sledoval jsem porna a dělal jsem prostě úplné nesmysly. Kretén. Na ten krizák jsem to bral jako zodpovědně. Ale prostě já nevím, jak to mám říct. Ještě, než jsem si dal, tak já jsem Jáju přesvědčoval o tom, že prostě všechno bude v pořádku. Že se malá, to jsme nevěděli, že to bude malá, narodí

a bude to všechno fajn. Ale vevnitř jsem úplně měl strach. Ale úplně. Já nevím, jestli se to dá přirovnat k něčemu. Klaustrofobika zavřít prostě do rakve. Tak takovej jako sevřenej jsem byl. Samozřejmě jsem nebyl ovlivněnej nějakou těžkou drogou, ale hodně mi udělala ta marihuana, protože ta otvírá takový podvědomí, který prostě když máš happy náladu tak seš hodně happy a když máš depku, tak tu depku máš brutální depku. Víš, to ta ganža dělá.

### **Mně přijde, že na každého to působí jinak...**

U mě to tak dělá... tím, jak jsem byl v tom stresu a té úzkosti z toho, že by se mohlo něco pokazit při tom těhotenství. Tak já jsem si říkal, že to tou trávou jako utlumím a že se napiju a to a ono to nefungovalo. To bylo úplně obráceně. Ono mi to prostě ještě přidalo. Jako kdybych nalil benzín do ohně. Jo. A čím víc to bylo, tím víc jsem to jako potřeboval udusit. Já nevím, jak to mám jako...zadupat to, ať to necítím, ať to nebolí. A furt jsem jako moju přesvědčoval, že to bude fajn a navenek jsem musel být jako prostě furt ten chlap, který to drží jako že všechno, ale já jsem tam vlastně takhle jako bejt neměl. Dneska to vím. Já jsem tam měl bejt jako ten kluk, kterej prostě vezme, obejmě a řekne „Mám z toho úplně strach“. A přiznat, že mě to tíží. A třeba by to fakt dopadlo úplně jinak. Dneska to vím. Ale i na tom krizáku jsem to prostě Janě řekl, že jsem to nezvládal, když se malá narodila... (přerušeni zvenčí). To furt nahrává, že....

### **Jo, jo, mělo by...běží to už 45 minut...**

Už mám přestat

### **Né, né pokračuj, v pohodě. Jako já vás tady do ničeho nechci nutit, takže...**

Hele, já jsem řek, že ti pomůžu a zároveň to pomáhá aj mně, protože se z toho vypovídám. Jsem to řekl tady akorát té psychologce, co tam za náma byla a to jenom protože.....Tobě to říct třeba můžu, protože vím, že ti to neublíží a hlavně tě už nevidím třeba. Už nikdy tě třeba nevidím. Ale té psychologce, než jsem jí to řekl nebo než jsem byl schopnej jí něco říct, tak ona mi prostě řekla, že byla psychologkou mých komunitních bratrů, se kterýma jsem byl 11 měsíců v komunitě. A tím si u mě získala důvěru, protože ti kluci prostě fungují a jsou v pořádku. Víš. Dneska už se o nich nemůžu ani bavit. Protože jsou v sociálních službách a dělají pro toxiky jako práce a když by to ti toxici věděli, že to jsou bývalí narkomani, tak by to na ně možná jako tak blbě působilo. Nebo tak, víš.

**Já nevím, jestli by to blbě působilo. Já si myslím, že právě když si to člověk sám prožije, že dokáže přenést nejvíc zkušeností....**

Jo, ale musí k tomu mít aji vzdělání. Nejde to prostě jenom tak. Já jako stolař a nábytkář prostě nemůžu pomáhat narkomanům.

**To je taky pravda, no. A ty jsi na komunitě zmiňoval, že ti manželka napsala dopis, takže jsi s manželkou v kontaktu?**

Snažím se s ní být v kontaktu. Prosím jí na kolenou, aby mi odpustila a pokusila se v sobě najít tu sílu, abychom to mohli udržet, jako rodinu, protože to je věc asi ta nejdůležitější u mě v životě. Já jsem si za tím šel jako za svým snem. Jako někdo chce vylézt na Mont Everest, tak pro mě můj Mont Everest jsou moje děti a moje manželka. Ale samozřejmě vím, že z komunit a z terapií a od psychologů, že není dobré stavět svoji abstinenci na vztah. Já jsem to ale na vztah nepostavil. Já jsem to postavil na sen. Jo. Tak mi to vysvětlovali, že židle ti prostě na dvou nohách, na tu si nesedneš jo, ale když už máš tři nožky, tak už to prostě drží. A já jsem si ty pilířky nebo pilíře prostě postavil sport, nějaký sen, to že doplatím dluhy a že budu mít prostě čistej život. Já nevím, jak to mám jako vysvětlit. Prostě tak já mám 4 berle nebo 4 nohy. Sport v roce 2013, když se narodil Samuel. Utrhl se mi přední křížovej vaz na pravým koleni, protože jsem hrál národní házenou a prostě mi to prasklo 3. dubna, pak se narodil Samuel a pak jsem v listopadu, jsem šel jako do té nové práce do té slévárny a v prosinci jsem šel na operaci. Jako s vazama. A během prosince, oni říkají 6 týdnů, takže bych měl být jako měsíc a půl. A já jsem byl 8. prosince na operaci a 4. ledna jsem šel do práce. Takže jsem nebyl ani měsíc doma a prostě jsem tu nohu zase rozchodil a začal jsem fungovat. Ale už jsem nemohl běhat. Rok trvalo, než se ta noha úplně spravila, protože v práci, když byl 80 kg kus a musel se hodit do pece, tak to jeřábem nešlo nabrat že, a tak jsem to musel vzít do ruky a hodit to tam. Jestli mi rozumíš.

**Ty jsi bral ručně 80 kg kus?**

Aji těžší věci. Jsme ve dvojku prostě byli schopní převrátit bednu, která měla 300 kg. Prostě úplně jako v pohodě. Prostě já tu sílu mám v těch rukách. Bojím se té síly.

**Říkal jsi, že jsi nebyl nějak agresivní.....**

Já nemám agresi, nemám vzteky. Ne, ne, ne.

**Asi se není čeho bát, pokud víš, že jsi klidný člověk.**

Já jsem nervák, ale nejsem agresor. Je to špatná vlastnost, ale já zároveň říkám, že je to fajn, že to umím prostě tak. Kurva, ty už mě sereš, piče už bych se na to vysral, bouchnu do stolu a je klid. A už mě to dál nezajímá a za 30 vteřin „Jé promiň, já se omluvám“. Fakt mě to

sere, protože si to uvědomím, protože umím prostě s těma pocitama pracovat, protože mě to naučili v komunitě. Průser byl ten, že prostě jsem se přestal hlídat. Alkohol jsem prostě nebral, jako že je problém, a trávu, že si prostě jednou za týden vyhulím palici. Jsem to nějak neakceptoval, lehká droga, která je normálně dostupná. Když to vezmu, normálně dostupná.

**A na tvém předchozím léčení ti nezmiňovali, že tímto by se to mohlo spustit znovu....**

Ano, ano, ano zmiňovali, ale čím díl seš jako čistej, tím víc si seš jistej. Já nevím, jak to mám vysvětlit.

**Jo, jo, chápu.**

Jo, rok po léčbě jsem si dával dohromady játra, protože jsem měl hepatitidu. Céčkovou. Vždycky jsem do sebe šupal interferon tři čtvrtě roku, protože jsem měl nějaké agresivní označení F, F, F označení F. To si pamatuju, to bylo céčko, jako hepatitida typu C, ale ten podvir byl označen F vysoce agresivní. Já jsem měl 63% jater mrtvých. Mrtvých, prostě ty buňky nefungovaly a nedělaly, to co měly. Zežloutly mi prsty, zežloutly mi oči a já jsem prostě běžel na autobus 50 metrů, ani jsem ten autobus nedoběhl a ještě jsem tam musel ještě tak tři čtvrtě hodiny sedět, než jsem prostě to rozdýchal, protože jsem prostě byl úplně vyřízenej. Tak jsem byl úplně na tom špatně jo. Takže jsem to tím interferonem spravil a tím pádem jsem měl nad sebou aji bič a to byla 5. berla, protože pan doktor, tenkrát pan docent, teď už je to pan profesor mi říká: „Já ti každý měsíc vezmu krev, najdu tam chlast, najdu tam fety, najdu tam trávu, je mi to jedno, napíšu ti to a všechno si to zaplatíš“. A ta moje léčba stála 400 tisíc. Přes 400 tisíc, ten interferon, ty odběry a všechno to, co kolem toho je, ten ancábl, tak to prostě stálo 400 tisíc.

**To hradí zdravotní pojišťovna?**

Ano. Hradila mi to zdravotní pojišťovna. S tím, že teda jsem nesměl porušit abstinenci. A že jsem si nedal ani birela a když už teda došlo jako na to, že bych měl něco pít, tak jsem prostě pil prostě limonádu. Když jsme si šli sednout na zahrádku v létě, tak prostě jsem si dal limču. Všichni to tak brali, jakože dobrý, hele on nepije, jo v pohodě. Měl jsem ten bič. To taky vidím, že to bylo hodně. A do roku 2012 jsem prostě vůbec nepil. No, takže jsem prostě 3 roky byl úplně čistej. Úplně. Dal jsem si dohromady zdraví, nabral jsem sílu, fyzičku a všechno se mi vrátilo tak nějak do normálu. No a stabilizoval jsem prostě ten finanční cyklus. A v roce 2013 se to všechno začalo zase jako kdyby měnit. A zvládl jsem se přizpůsobit. Sice jsem šel na třisměnný provoz do slévárny do provozu. Z papíren jo, když to srovnám. V papírnách bílý oblečení, sítku na vlasy, po každých toaletách dezinfekci

na ruce jo a to. Když jsem měl tričko od kolomazi, protože jsem ovládal tu mašinu, tak jsem ho musel hnedka vyměnit. Nesměl jsem tam chodit po té hale jako s tím. A takový a teď jsem přišel do slévárny. Takhle prachu všude, bordel. Když ses nadechla nosem, tak tě normálně pálilo, až ti tekly oči jo, jakej to byl smrad. Síra siričitá. Každý den sem chrchlal bordely a já říkám, co neblázni. Prostě divočina, no. A dělal jsem to prostě s tím. Za prvé mě ta práce bavila a něco nového. A tím pádem, že je to nové, tak mám jak kdyby proč fungovat, že se naučím. Jsem se naučil veškerý technický provoz. Na té slévárně. Od výroby formy po zakládání jader. Výroby jader. Broušení odlitek až po samotnou metalurgii oceli. Tak. Kluk bez vyučení.

**Na závěr, co teda podle tebe bylo tou hlavní příčinou, že jsi do toho znovu spadl?**

Nedostatečné zpracování nějakých neúspěchů. A podceňování chutí a podceňování, jak to správně mám říct, měl jsem nějaké bariéry nebo mám nějaké bariéry v mozku nebo v myšlení, přes které se prostě nedostávám normálně. A tím, že jsem byl nějakým způsobem oslaben alkoholem, marihuanou, že jsem to podcenil, třeba ten alkohol a marihuanu. Tím, že jsem si to prostě pustil do života. Přestal jsem se kontrolovat. Já jsem měl vždycky hladinu 5 piv za ten týden nebo strop a dobře, toho jointa jednou za 2, 3 měsíce, jo. Ale do roku 2015 jsem tu trávu jako vůbec ne, to až v roce 2015, kdy prostě bylo po tom druhým potratu, tak to byl takovej jako únik. Takže jako nezvládnutí těžké životní situace. Útěk zpět k drogám. Ale furt jsem to jako zastavil u trávy, nešel jsem nikam dál, nešel jsem po perníku, nešel jsem po opiátech, nešel jsem po ničem. Vylil jsem si hlavu jednou za týden a jednou za 3 měsíce jsem se prostě zkouřil. Neříkám, že to bylo vždycky tak. Jel jsem s bandou lidí na oslavu. Zapíjel jsem svobodu v roce 2015. Je to tak. Je to tak v roce 2015, no. Víím, že jsme jeli do Věstonic a tam jsme se prostě opili, narazili jsme bečku a šli jsme do vinotěky. To tam bylo 50 m do vinných sklípků, teda né vinotěky. Nebral jsem to, jako že by to byl nějaký problém. Ale prostě ve výsledku to problém je.

**Co by podle tebe mělo být lepší, aby se k tomu člověk nevracel? Myslíš, že to jde nějak ovlivnit...**

Jde to ovlivnit. A nezanevřít na ty léčebný instituce, který mi pomohly navrch. Co mi pomohly se prostě vykopat z té jámy. A já jsem prostě přestal jezdit do komunity na srazy, přestal jsem navštěvovat kamarády, se kterýma jsme abstinovali, přestal jsem, jsem to jako uzavřel jako knihu. A to nesmím udělat. Takže nesmím podcenit toto. V těžkejch situacích si neumím říct o pomoc, protože jsem hrdej chlap, kterej to zvládne. A víím, že to je špatně. Musím si umět říct o pomoc, což se taky potřebuju naučit. V letech abych se zas učil něco

novýho. Ale je to tak. Prostě potřebuji si umět říkat o pomoc. A komunikovat s lidma, který mám rád. Tak abych jim neubližoval, ale abych jim zároveň říkal pravdu. Přestat lhát aji sám sobě, protože některým těm lžím jsem dokonce aji uvěřil. Asi takhle.