

**UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Institut mezioborových studií Brno**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Brno 2012

Kateřina Knotková, DiS.

**UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Institut mezioborových studií Brno**

**Drogová problematika na okrese Znojmo
BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**Vedoucí bakalářské práce:
Mgr. Olga Doňková**

**Vypracovala:
Kateřina Knotková, DiS.**

Brno 2012

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Drogová problematika na okrese Znojmo“ zpracovala samostatně a použila jsem literaturu uvedenou v seznamu použitých pramenů a literatury, který je součástí této bakalářské práce.

Elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné.

V Brně dne 25. 4. 2012

.....

Kateřina Knotková, DiS.

Poděkování

Děkuji paní Mgr. Olze Doňkové za velmi užitečnou metodickou pomoc, kterou mi poskytla při zpracování mé bakalářské práce.

Také bych chtěla poděkovat svému blízkému okolí, za morální podporu a pomoc, kterou mi poskytlo při zpracování mé bakalářské práce, a které si nesmírně vážím.

Kateřina Knotková, DiS.

OBSAH

Úvod	2
1. Drogy a drogová závislost	4
1.1 Nejčastěji užívané drogy.....	10
2. Drogová prevence	15
3. Služby a zařízení orientované na drogovou problematiku v ČR.....	18
3.1 Terénní programy.....	19
3.2 Nízkoprahová kontaktní centra.....	21
3.3 Detoxifikační jednotky či centra.....	22
3.4 Substituční léčba.....	23
3.5 Ambulantní léčba.....	24
3.6 Denní stacionáře.....	24
3.7 Ústavní léčba.....	25
3.8 Terapeutické komunity.....	26
3.9 Doléčovací centra (následná péče).....	28
3.10 Služby ve věznicích.....	29
4. Instituce zabývající se prevencí a léčbou závislostí na omamných a psychotropních látkách na okrese Znojmo	31
4.1 Pedagogicko-psychologická poradna.....	32
4.2 KLUB COOLNA Znojmo a Moravský Krumlov.....	33
4.3 Kontaktní centrum Netopeer – Víceúčelová služba Znojmo.....	34
4.4. AT ambulance a psychiatrické oddělení při nemocnici Znojmo.....	36
4.5 Terapeutické komunity.....	37
4.6 Vězeňská služba ČR, Věznice Znojmo.....	39
4.7 Probační a mediační služba ČR, středisko Znojmo.....	40
5. Empirická část.....	43
5.1 Cíle výzkumu.....	43
5.2 Použité metody a průběh výzkumu.....	43
5.3 Charakteristika výzkumného vzorku.....	45
5.4 Výsledky výzkumu.....	48
5.5 Závěr výzkumu.....	52

Závěr	54
Resumé	56
Anotace	57
Literatura a prameny (informační zdroje)	58
Příloha č. 1.....	61
Příloha č. 2.....	62

Úvod

Téma bakalářské práce je zaměřeno na drogovou problematiku, respektive na seznámení s institucemi a službami pro drogově závislé v České republice. Cílem práce je zmapování těchto institucí na okrese Znojmo, neboť se domnívám, že samostatné zpracování tohoto problému v určitém kraji není uceleno pro laickou veřejnost. Dále je toto podmíněno mým zaměstnáním na okrese Znojmo, kde jsem donedávna působila jako asistentka Probační a mediační služby ČR. Záměr sepsání této práce spočíval v získání přehledu služeb pro drogově závislé, s kterými pracovníci Probační a mediační služby se dostávají do kontaktu. Je zde snaha rozšířit si znalosti v této problematice a snaha o lepší práci s uživateli návykových látek jako klienty Probační a mediační služby. Domnívám, se že tento písemný materiál může být nápomocen i pro ostatní kolegy, především ze střediska Znojmo.

Kromě zmapování těchto institucí je zda snaha o přiblížení tohoto sociálně patologického jevu, kterým užívání omamných a psychotropních látek bezesporu je a v naší společnosti, ať chceme nebo nechceme, se vyskytuje. Užívání drog způsobuje fyzické, psychické, sociální i materiální problémy uživatelům těchto návykových látek, jejich blízkému okolí a potažmo celé společnosti. Proto je velice důležité hovořit o tomto tématu a podporovat práci institucí, které jsou zaměřeny na práci s drogově závislými lidmi, jakož i na prevenci v této oblasti.

Pro sociální pedagogiku může být práce zajímavá z hlediska prevence užívání drog a seznámení, respektive přiblížení práce s uživateli návykových látek. Vztah drogové problematiky a sociální pedagogiky je velice úzký, neboť, jak již bylo uvedeno, užívání návykových látek je jedním z patologických jevů. V tomto směru sociální pedagogika výchovně působí zejména na poli prevence, kterou se snaží zmírnit negativní dopady užívání drog na společnost. Nejedná se pouze o aktivity pro „zdravou“ společnost, ale sociální pedagogika rovněž výchovně působí i na uživatele drog za účelem změny jejich způsobu života, který může vést až k abstinenci.

Tato práce je rozdělena na dvě části, a to na část teoretickou a část praktickou. Teoretická část je zaměřena na přiblížení drogové problematiky, jako je přehled dostupných drog, závislost na drogách, prevence v oblasti drog a v neposlední řadě i seznámení s institucemi zabývající se touto problematikou.

Praktická část již odkrývá příběhy a zkušenosti uživatelů drog, kteří v současné době abstinují. Vzhledem k tomu, že tato práce je zaměřena na drogové služby, tak i cíl výzkumu spočívá ve zjištění spolupráce mezi uživateli a těmito institucemi. Tato spolupráce může být ovlivněna určitými faktory, jako je míra motivace uživatele k abstinenci, vnímání postoje pracovníků drogových služeb uživatelem, aj. Praktická část byla zaměřena pouze na vnímání uživatelů drog a ne na postoj pracovníků v institucích pro drogově závislé k jejich klientům.

1 Drogy a drogová závislost

Původ slova DROGA pochází z nizozemského slova *droog*, které znamená suchý, někdy překládané jako žízeň.

Termín DROGA má několik významů. Z pohledu farmakologie se jedná o látku rostlinného nebo živočišného původu, k výrobě léčiv. „*Dle E. Urbana je to látka, která je požívána a zneužívána pro změnu nálady, vědomí, povzbuzení či tlumení somatopsychických funkcí, ovlivňuje biochemické pochody v mozku, příp. v centrální a periferní nervové soustavě, při opakovaném užívání možnost závislosti...*“¹

Návykové látky doprovázejí člověka již odedávna. Archeologické nálezy dokazují jejich užívání až do doby před deseti tisíci lety. V minulosti byly tyto látky hojně užívány k léčebným a náboženským účelům, popřípadě k rekreaci.

Nejdříve se užívaly psychoaktivní látky přírodního charakteru, později se přešlo na syntetické drogy, které uživatelům drog příjemné pocity poskytovaly a poskytují. Od roku 1971 jsou drogy označovány jako omamné a psychotropní látky, tedy jakékoli přírodní nebo syntetické látky, které po vpravení do živého organismu mění jednu nebo více psychických či tělesných funkcí, a zároveň mohou vyvolávat jak psychickou, tak fyzickou závislost. Se závislostí se již objevují nejen zdravotní problémy, ale i sociální, jako je např. ztráta svých hodnot, priorit, ztráta zaměstnání, a jiných, a to jen kvůli ukojení touhy po droze.

Pod pojmem droga si lze představit především nezákonné omamné a psychotropní látky, jako je marihuana, pervitin, heroin aj. Přitom pod tento název se řadí i látky jako je kofein, tabák, alkohol a další, které jsou běžně užívány pro svůj psychoaktivní efekt. Co se týče způsobu aplikace, bývají drogy nejčastěji užívány inhalací, šňupáním, perorálně a injekčně do svalu, nitrožilně, či do podkoží.

¹ Hartl, P., Hartová, H. Psychologický slovník, Portál, 2. vyd. Praha: Portál, 2000, ISBN 978-80-7367-569-1, s. 122

Klasifikace drog

Návykové látky lze rozdělit do následujících skupin.

Dle účinku drogy na organismus mohou být tyto látky rozděleny na tlumivé, stimulační a halucinogeny.²

Tlumivé drogy jsou ty, které potlačují nebo snižují aktivitu centrálního nervového systému; navozují uvolnění. Např. heroin, metadon, benzodiazepiny, barbituráty, alkohol, a další.

Stimulační drogy jsou ty látky, které naopak povzbudí, zvyšují nervovou činnost, zvyšují aktivitu a energii, přináší slast a euforii. Stimulancia mají řadu fyziologických účinků, např. změna srdečního tepu, rozšíření cév, zvýšení krevního tlaku, třes, pocení, nevolnost, zvracení.³ Např. kokain, pervitin, nikotin, kofein.

Halucinogeny jsou látky, které vyvolávají halucinace, mění vnímání vnitřního a vnějšího světa. Halucinace mohou být sluchové, vizuální i hmatové. Užíváním se zhoršuje schopnost rozhodování, uživatel je zmatený, propadá panice, dezorientovaný. Např. LSD, extáze, marihuana, hašiš, lysohlávky.

Tab. č. 1 Drogy dle účinku

Tlumivé látky	Stimulační látky	Halucinogeny
Opium, heroin, braun, kodein, morfin, diazepam, nitrazepam, toluen, alkohol	pervitin, kokain, efedrin, amfetamin atd.	lysohlávky, LSD, marihuana, hašiš, extáze, muchomůrka červená, atd.

Z hlediska rizikovosti vzniku závislosti a zdravotních komplikací rozlišujeme 3 základní skupiny míry rizika (vysoká, střední, malá) či tzv. drogy měkké a tvrdé.

Měkké drogy – za měkké drogy se považují ty návykové látky, které jsou společností tolerovány, a to z důvodu předpokladu, že jsou pro zdraví méně škodlivé a méně návykové. Např. marihuana, hašiš.

² Popov, P. Adiktologie – aktuální problematika pro trestní soudce a státní zástupce, Drogová problematika, Kroměříž, 3. 2. 2012.

³ Kalina, K. a kol. Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí, 1. vyd. Praha: FILIA NOVA, 2001, ISBN 80-238-8014-4, s. 103

Tvrde drogy – do této skupiny patří všechny drogy, u kterých je vysoký potenciál závislosti. Např. heroin, alkohol, opium, kokain, extáze.

Tab. č. 2 Drogy dle rizikosti

Míra rizika	„Tvrdość“	Zástupci
Vysoká	„tvrdá“	toluen, aceton, heroin, morfin
Vysoká až střední	„tvrdá“	LSD, lysohlávky, kokain, pervitin
Střední	„tvrdá“	alkohol, extáze, efedrin, kodein
Relativně malá	„měkká“	marihuana, hašiř, kokový čaj
prakticky bez rizika ve srovnání s ostatními	„měkká“	káva, čaj

(zdroj: <http://www.drogovaporadna.cz/o-drogach-obecne.html>)

Další členění drog spočívá z **hlediska dostupnosti**, a to na legální a nelegální drogy.

Nelegální drogy, jsou v našem právním řádu uvedeny v zákoně o návykových látkách (zák. č. 167/1998 Sb.). Veškerá drogová politika českého státu vychází z úmluv Organizace spojených národů, a to především z Jednotné úmluvy o omamných látkách z r. 1961, Úmluvy o psychotropních látkách z r. 1971 a Úmluvy proti nezákonnému obchodu s omamnými a psychotropními látkami z r. 1988. Mezi nezákonné drogy patří např. pervitin, opium, kokain, LSD, konopí, a další.

Na druhé straně jsou *drogy legální*, ty jsou sice státem tolerované, ale představují pro společnost neméně velké riziko než drogy ilegální. Nejčastěji užívanými legálními drogami jsou alkohol, tabák, kofein. Do skupiny legálních drog jsou řazena i některá léčiva (např. analgetika, sedativa, hypnotika) či organická rozpouštědla (např. toluen, lepidla, benzín, náplně do zapalovačů, různé barvy, laky, spreje).

Příčiny užívání psychoaktivních látek a vzniku závislosti

Motivací k užívání psychoaktivních látek je různá. Někdo tímto způsobem řeší problémy, snaží se uniknout od stresových situací, chce uvolnit zábrany. Jiný má potřebu dosáhnout uspokojení, slasti, kterou mu droga zpočátku dává. Dalším důvodem bývá nuda, získání inspirace, rozšíření obzorů či začlenění se do společnosti, v níž je užívání drog bráno jako standard či uchování si sociálních vztahů.

Již odedávna si lidé snažili najít nějakou tu možnost uniknout od aktuální situace a navodit si pocit štěstí, síly, spokojenosti, skvělých zážitků, nalézt inspiraci a jiných dalších příjemných pocitů.

Dělením příčin užívání a vzniku závislosti se mimo jinými zabýval např. Kudrle, jež uvádí následující faktory, tzv. bio-psycho-socio-spirituální model závislosti:⁴

- **biologické** - např. genetické dispozice ke vzniku závislosti, vliv užívání drog v době těhotenství na plod, farmakoterapie v průběhu porodu, traumata či onemocnění
- **psychologické** - např. raný disharmonický vývoj, nízké sebevědomí, chybějící zážitky kompetence v náročných životních situacích, emoční nestabilita, potřeba extrémních zážitků
- **sociální** – např. snaha začlenit se do určité sociální skupiny, problematické rodinné vztahy, konfrontace s drogou coby normou
- **spirituální** – touha po sebe-přesažení a nalezení vyššího principu či řádu, snaha o obohacení se o nové spirituální zážitky.

Drogová závislost

„Syndrom závislosti lze definovat jako soubor psychických (emočních, kognitivních a behaviorálních) a somatických změn, které se vytvoří jako důsledek opakovaného užívání psychoaktivní látky. Závislost (návyk) představuje životní styl zaměřený na drogu.“⁵

Dle mezinárodní klasifikace nemocí je syndrom závislosti definován jako soubor fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky má u daného člověka větší význam, než předchozí aktivity, jednání, kterých si dříve více cenil.

Závislost na drogách je celkový stav, který zahrnuje sociální, psychologické a biologické složky. Uživatelé drog tvoří homogenní skupinu, neboť existuje mnoho forem drogové závislosti, která se liší dle typu užívaných drog a míry závislosti.

Zda je jedinec závislý nebo ne, pomáhá zjistit krátký dotazník, který byl vytvořen Světovou zdravotnickou organizací. Jedná se o šest otázek. Odpovídající má na mysli, že se má jednat o období 12 měsíců. V případě, že jedinec odpoví na 3 otázky, které obsahují níže uvedené okruhy, kladně, je považován za uživatele návykových látek, který je již na nich závislý.⁶

⁴ Kudrle, S. Bio-psycho-sociálně-spirituální model závislosti jako východisko k primární, sekundární a terciární prevenci. In Kalina, K. a kol. Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003, s. 145 - 149. ISBN 80-86734-05-6 s, 146n

⁵ Vágnerová M. Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky, 2. vyd. Praha: Portál, 2000, ISBN 80-7178-496-6, s. 289

⁶ Nešpor, K., Müllerová, M. Jak přestat brát (drogy), Svěpomocná příručka, 2. vyd., Praha: Sportprobag, 1999, s. 13

Zaměření otázek:

1. Puzení (craving) - opakovaná potřeba užít drogu, touha. K subjektivním příznakům patří vzpomínky na pocity pod vlivem drogy, touha po získaných pocitech po požití návykové látky nebo až silná touha po požití z důvodu nástupu abstinčních příznaků, jako jsou úzkost, únava, neklid, podrážděnost, pocení, svírání na hrudi, žaludku, třesy, bolesti.
2. Potíže s kontrolou – problém se sebeovládáním při užívání návykové látky. Člověk se nedokáže ve vztahu k droze ovládat, např. požije ji tehdy, kdy je to nejméně vhodné, nebo si vzal větší množství, než původně zamýšlel.
3. Somatický odvykací stav – abstinční příznaky (abstinční syndrom); objevuje se po vysazení či snížení dávek drogy, která byla dlouhodobě a pravidelně užívána. Projevy abstinčních stavů jsou závislé na druhu dříve užívané látky a na intenzitě a délce jejího užívání. Patří sem např. svalové křeče, bolesti svalů, kloubů, hlavy, třes, nevolnost, nutkání na zvracení, pocení, podrážděnost, zmatenost, agresivita, a další.
4. Narůstání tolerance – zvyšování dávky drogy za účelem získání účinku, který byl původně vyvolán nižší dávkou. Tzn., že při delším užívání návykové látky klesá její účinek, neboť organismus si na ni zvyká a uživatel je nucen, aby dosáhl požadovaného účinku, dávku zvyšovat. Např. závislí na heroinu často přesahují množství dané dávky, která by byla smrtelná pro člověka bez závislosti.
5. Zanedbávání jiných potěšení - uživatel dělá vše pro to, aby drogu získal. Zanedbává své dřívější záliby.
6. Pokračování v užívání i přes informovanost o škodlivosti.

Dříve se v souvislosti s drogovou závislostí užívalo pojmu narkomanie, toxikomanie.

Dle užívání určité drogy, jejími účinky vzniká buď **biologická (somatická)** či **psychická závislost**⁷, zmiňovány jsou také závislosti **sociální** a **duchovní**.

⁷ Vágnerová M. Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky, 2. vyd. Praha: Portál, 2000, ISBN 80-7178-496-6, s. 289

Somatická závislost vzniká přizpůsobením organismu na drogu, které je doprovázeno zvyšováním tolerance, tzn. za účelem dosažení stejného účinku drogy, člověk stále zvyšuje svoji dávku. Při vysazení drogy se dostavují abstinenční příznaky. Návyková látka se stává součástí organismu, běžné např. u opiátů.

Psychická závislost se vyznačuje potřebou opakovaně užít drogu za účelem navození příjemného prožitku a k odstranění negativních abstinenčních příznaků.

Tyto dva typy závislosti se navzájem prolínají, jejich striktní rozlišení je obtížné.

Sociální závislost je závislost na drogovém společenském prostředí. V tomto prostředí se jedinec cítí dobře, je zde akceptován, navazuje vztahy. Pro tohoto uživatele návykových látek je velice obtížná abstinence, neboť k ní potřebuje „čisté“ prostředí, prostředí bez drog, V podstatě se má zařadit do běžného způsobu života, který je pro něj neznámý.

Duchovní závislost se projevuje silným poutem uživatele k osobám, které poznal při užívání drog. Jedinec rezignuje na svou osobní hodnotu a výjimečnost. Do drogy projektuje svá lidská a duchovní očekávání a jejich uspokojení váže na její aplikaci. Dělá mu obtíže navazovat kontakty s osobami mimo drogové prostředí. Návyková látka pro něj představuje pouto k ostatním uživatelům drog, dává mu pocit síly, je pro ni ochoten cokoli obětovat, např. zdraví, vzdělání, rodinu a další.⁸

„Dle K. Kaliny a kol. (2003) lze míru drogové závislosti vyjádřit podle frekvence, intenzity a následků užívání jedním z pěti stupňů“⁹

- **Experimentální** – užívání drogy není časté, nepravidelné a její užívání nemusí mít žádné následky.
- **Příležitostné** – užívání drogy především ve volném čase, ne častěji jak jednou týdně. Je součástí životního stylu. Většinou ji jedinec užívá z nudy či v situaci nouze. Následky užívání se projeví bezprostředně po aplikaci. Uživatel nemusí mít problémy po psychické i sociální stránce.

⁸ is.jabok.cz/el/JA10/zima2011/.../PTSP-11-08_uzivatele_drog.pptx

⁹ Müllerová, P. a kol. Sociální práce s uživateli drog. In Matoušek, O., a kol. Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. 1. vyd. Praha: Portál, 2005, s. 211 – 226. ISBN 80-7367-002-X, s. 212

- **Pravidelné** – pravidelné užívání drogy, které se již projevuje s jistými škodlivými účinky.
- **Problémové užívání** – jedná se o pravidelné užívání, které má již vliv na soukromý, popřípadě i pracovní život člověka. Existují zde již známky zdravotních problémů v souvislosti s aplikací drogy.
- **Závislost na droze** – uživatel je již nucen dávku zvyšovat k dosažení uspokojivého účinku. Postupně droze podřizuje svůj život. V důsledku toho, má již zřetelné zdravotní, psychické a sociální problémy.

1.1 Nejčastěji užívané drogy

V této části je uveden stručný popis nejčastěji užívaných návykových látek nealkoholového typu, se kterými se uživatelé drog setkávají či setkali v rámci České republiky.

Marihuana, hašiš

Slangové názvy: špek, ganja, tráva, brko, rostlina, joint, hulení, zelí, marijánka, skunk, skéro, maruška, marihuana a další.

Jedná se o vysušené květy, semena a listy indického konopí, které se nejčastěji požívá kouřením. Někteří ji přidávají do potravin. Toto se však zdá nebezpečnější, neboť člověk neodhadne množství požití látky. Hašiš je jinou formou marihuany, získává se z prskyřice vrchních květů konopí. Nazývá se i haš, šit.

Marihuana a hašiš patří mezi halucinogenní látky.

Intoxikace navozuje pocity euforie, lehkosti a i zvýšenou společenskost. Narušuje krátkodobou paměť, soustředěnost, schopnost učení, hloubku vnímání, periferní vidění a vnímání času, náhlé stavy úzkosti. Při pravidelném kouření způsobuje respirační problémy.

Cannabinoidy jsou rozpustné v tucích, a z toho důvodu se organismus od této látky čistí dosti pomalu. Tetrahydrocannabinol (THC) je možné detekovat v těle ještě po několik týdnů po užití.¹⁰

Užíváním marihuany či hašiše vzniká psychická závislost.

¹⁰ Kalina, K. a kol. Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí, 1. vyd. Praha: FILIA NOVA, 2001, ISBN 80-238-8014-4, s. 23

Pervitin (metamfetamin)

Slangové názvy: piko, péčko, peří, perník, psaníčko, lajna, meth, koks chudých, spíd, krystal, střepy, ice a jiné.

N-methyl amfetamin, látka ze skupiny amfetaminů. Jedná se o stimulační drogu. Metamfetamin je obvykle k dostání v podobě bílého prášku nebo krystalů, hořké chuti, bez zápachu a snadno se rozpouští ve vodě nebo alkoholu. Droga může být slisována do formy tablet. Pervitin může mít i hnědou barvu, žlutou, oranžovou či růžovou.

Aplikace pervitinu se provádí nejčastěji šňupáním, kouřením, perorálně, injekčně. Krystalický metamfetamin se nejčastěji užívá kouřením.

Požítí navozuje pocity psychické a fyzické pohody, euforii, zvyšuje energii, snižuje pocit hladu a únavy, snižuje potřebu spánku, zvyšuje výkonnost při fyzické a psychické práci. Na druhou stranu přináší zdravotní potíže, jako je ztráta paměti, agresivita, psychotické chování a poškození srdce, jater a zubní skloviny. Hlavním psychickým rizikem je plíživě rostoucí paranoia, deprese, úzkost a halucinace. Velice rychle se na něm získá závislost, především silná psychická.¹¹

Kokain, crack

Slangové názvy: koks, kokos, kokeš, bělouš, sníh, koka, cukr, pudr, bílý prášek, sněhová vločka, a jiné.

Kokain je získáván z listů rostliny koka. Původně byl vyroben jako lék proti bolesti, užíval se v zubním lékařství, očním, uším, v nosní a krční chirurgii.

K dostání je v podobě prášku či průhledné krystalické vločky. V krystalické formě je označován jako crack.

Kokain se obvykle aplikuje šňupáním, kouřením či injekčně. Kokain vyvolává psychickou závislost, jedná se o stimulační drogu. Jeho užití navozuje euforii, pocit bdělosti, přehnaný pocit sebevědomí, je narušen úsudek. Při skončení slastného prožitku, který trvá cca až 7 minut, se rychle dostavuje intenzivní deprese, podrážděnost, touha po nové dávce drogy, stavy podobající se panice, vysoký krevní tlak, srdeční záchvat a arytmie, svalové a jiné křeče. U uživatele se mohou rozvinout psychotické poruchy a může zažívat halucinace. Kokain způsobuje poškození srdce, ledvin, mozku a plic. Jeho užívání může skončit i smrtí.¹²

¹¹ <http://www.drogy.cz/pervitin/kap-co-je-krystalicky-metamfetamin.html>

¹² <http://cs.wikipedia.org/wiki/Kokain>

Heroin

Slangové názvy: háčko, ejč, herák, herodes, čoko, hero, král, kámen.

Heroin je vyroben z pryskyřice rostlin máku, stejně tak jako opium a morfium. Získané opium z tobolky máku je pročištěno na morfium a dále pak do různých forem heroinu. Heroin byl původně vyroben pro léčbu závislosti na morfiu, jako lék proti tuberkulóze i jako dětský lék proti kašli.

Aplikuje se šňupáním, kouřením, nejčastěji však injekčně. U heroinu vzniká rychle silná biologická i psychická závislost.

Po užití vyvolává silnou euforii. Uživatel snadno komunikuje s ostatními, zažívá pocit zvýšeného sexuálního výkonu, avšak ne nadlouho. Počáteční účinek je často provázen pocitem tepla na kůži a suchem v ústech. Dále může dojít k zvracení nebo silnému svědění. Po pominutí prvotních účinků se zpomalí dýchání nebo tep. Po odeznění účinků drogy, nastupuje silné nutkání užít další dávku. Heroin je vysoce návykový a odvykání je velmi bolestivé (těžké fyzické a psychické potíže - neklid, bolesti v kostech, průjem, zvracení a těžká nevolnost). Důsledek užívání heroinu je rozložení imunitního systému, které vede k nemocím, extrémní pohublost a na konec smrt.¹³

Fentanyl

Slangové názvy: china white, syntetický heroin, drop dead, Apač, čínská dívka, taneční horečka, aj.

V současné době se na český trh dostává droga zvaná fentanyl, jedná se o chemický heroin. Je až o 80% účinnější než heroin. K dostání je v podobě bílého nebo hnědého prášku. Dále může být v podobě průhledné náplasti či lízátko. Aplikace přes kůži, do úst, intravenózně.

Předávkování vede k zástavě dechu a srdce, dýchacím a oběhovým potížím. Fentanyl nelze detekovat standardními toxikologickými testy na opiáty. Jedná se o látku, která je používána v medicíně pro léčbu akutní i chronické bolesti, pro anestezii při chirurgických operacích.¹⁴

¹³ <http://www.drogy.cz/heroin/kap-heroin-co-je-to.html>

¹⁴ Jíříčka, V., Koňák, T. Zastoupení uživatelů drog ve vězeňské populaci a rizika s tím související, Drogová problematika, Kroměříž, 2. 2. 2012.

LSD (diethylamid kyseliny lysergové)

Slangové názvy: kyselina, esid (acid), trip, Buddha, mikráč, papírek, tripík, čtverec, smajlík, zen, aj.

LSD je vyráběno z kyseliny lysergové, která je obsažena v námelu (útvár vytvořený na obilném klasu parazitující houbou). Jedná se o silný halucinogen, na které, vnika především psychická závislost.

Nejčastěji se požívá perorálně, ale i injekčně. Podává se ve formě papírků napuštěných LSD či formě želatiny, tablet, krystalků, ale i jako tekutina. Po užití dochází ke změně myšlení, nálady, smyslovému vnímání, empatie, usnadnění komunikace. Barvy, zvuky a hmatové vjemy jsou zesíleny. Uživatel nerozpoznává realitu od pocitů vytvářených drogou, především po užití dostatečného množství LSD, kdy dochází k vytváření iluzí a vizuálních halucinací. Tyto stavy mohou vyvolat paniku. U lidí užívajících LSD se mohou projevit dlouhotrvající psychózy nebo těžké deprese. Může vyvolat somatické účinky, jako jsou rozšířené zorničky, snížená tělesná teplota, pocity na zvracení, zvracení, silné pocení a zrychlení srdečního tepu. Uživatelé nepocítují chuť k jídlu, trpí nespavostí, suchem v ústech a třesem.¹⁵

Extáze

Slangové názvy: extoška, éčko, bobule, koláč, boule, e, tableta, pilule, kolčo, kolečko, koule, pilulka lásky, eden, smajlík, aj.

Methylen-dioxy-methamfetamin (MDMA, extáze) je syntetický derivát amfetaminu. Jedná se o stimulant, který má mírný halucinogenní účinek. Vzniká psychická závislost.

K dostání je především v podobě tablet. Zvyšuje fyzickou energii. Navozuje pocit větší blízkosti s druhými, usnadňuje komunikaci, navazování vztahů, a z toho důvodu se jí říká droga lásky. Zesiluje smyslové vnímání a projasněnou náladu. Dalšími účinky jsou neklid, úzkost, zvýšení krevního tlaku, pocity na zvracení nebo zvracení, dehydratace. Po vyšších dávkách sluchové a zrakové halucinace. Při dlouhodobém užívání může vést k poškození mozku a jater.¹⁶

¹⁵ Kalina, K. a kol. Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí, 1. vyd. Praha: FILIA NOVA, 2001, ISBN 80-238-8014-4, s. 61

¹⁶ <http://www.drogy.cz/extaze/kap-tanec-se-smrti.html>

Lysohlávky

Slangový název: houbičky, kouzelné či magické houby.

Na území ČR jsou tři druhy lysohlávek s psychoaktivními látkami. Jedná se o lysohlávku kopinatou, lysohlávku tajemnou a lysohlávku českou. Lysohlávky jsou u nás nejrozšířenější přírodní halucinogenní drogou. Nejčastěji se podává v sušeném stavu, ale může být podávána čerstvá, vařená, mražená a dokonce i jako prášek či v kapslích. Vzhledem ke kolísavému obsahu aktivních látek (psilocybinu a psylocinu) je těžké odhadnout optimální dávku, a tak často u uživatelů dochází k nekontrolovatelné intoxikaci.

Aplikuje se perorálně, podávají se buď samotné nebo v čaji či jiných potravinách.

V nízkých dávkách dochází k narušení vnímání (ostřejší barvy, poruchy vidění – vnímání pohybů, povrchů, vln), změny myšlení, změny nálady, euforie, změny vnímání reálného obrazu skutečnosti, poruchy úsudku vzdálenosti či času, pocity úzkosti. Po fyziologické stránce mohou nastat závratě, nevolnost, slabost, bolest svalů, třes, bolest břicha, zvracení, zvýšení teploty, dechu a krevního tlaku.¹⁷

Benzodiazepiny (BZD)

Jedná se o skupinu látek používaných především jako sedativa (způsobují zklidnění až útlum), hypnotika (navozují spánek), antiepileptika (tlumí centrální nervovou soustavu při epileptických záchvatech), anxiolytika (tlumí strach a úzkost), spasmolytika (léky proti křečím) a snižující svalové napětí.

V medicíně jsou nejčastěji užívány diazepam (Valium), nitrazepam, flunitrazepam (Rohypnol), clonazepam (Rivotril), bromazepam (Lexaurin), alprazolam (Neuro), a jiné.

Zneužívání BZD je časté u uživatelů opioidů, především při zvládání odvykacích příznaků. Nejvíce nebezpečné je užití těchto látek v kombinaci s jinou drogou, např. alkoholem, heroinem, nebo jinou látkou ovlivňující svým tlumícím účinkem centrální nervovou soustavu, neboť mohou způsobit smrt. BZD mají nepříznivý účinek na psychomotorické funkce, neboť prodlužují reakční dobu, např. při řízení motorových vozidel. Dále mohou způsobit zmatečnost, únavu, ospalost, slabost, bolest hlavy, narušit

¹⁷ <http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/mushrooms>

krátkodobou paměť, zvracení a průjem. Při dlouhodobém užívání či při překročení stanovených dávek, se rozvíjí syndrom závislosti.¹⁸

2 Drogová prevence

Slovo prevence pochází s latinského slova *praevenire*, což znamená předcházet. Obecně prevenci rozumíme jako předcházení nežádoucím jevům, úrazům, nemocí aj. V současné době je často poukazováno na prevenci sociálních deviací např. kriminalitu, alkoholismus, drogovou závislost, a dalších společensky nežádoucích jevů, tedy z pohledu sociálního. Prevencí se zde rozumí jako zamezení vzniku nežádoucího jevu nebo zmírnění jeho nežádoucích následků, které mohou vyústit např. poškození zdraví, dostání se na okraj společnosti, páchání trestné činnosti, a v případě, že negativní dopad již nastal, tak zabránění jeho opakování, popřípadě zmírnění dopadu na společnost.¹⁹

Prevence se rozlišuje na primární, sekundární a terciární²⁰.

Primární prevencí se rozumí předcházení ohrožujícím situacím v celé sledované společnosti. Podporuje buď žádoucí formy chování obecně, anebo je zaměřena proti konkrétnímu riziku.

Sekundární prevence se zaměřuje na každou rizikovou skupinu zvlášť, která je ohrožena negativním jevem. Tím se rozumí, že prevence je zaměřena na jedince, popř. skupiny, kteří jsou riziková sami o sobě, anebo se v určitém rizikovém prostředí nachází.

Terciární prevence je zaměřena na jedince, u kterých se již negativní jev projevil a je zde snaha o zmírnění, popř. zamezení následků problémového chování.

Drogová prevence se snaží zamezit nebo snížit dostupnost návykových látek, popř. minimalizovat škodlivé důsledky, způsobené jejich užíváním. Dle Světové zdravotnické organizace (WHO) se rozlišuje²¹:

¹⁸ <http://www.drogovaporadna.cz/psychofarmaka/benzodiazepiny.html>

¹⁹ Kraus, B., Sýkora, P. Sociální pedagogika I, Brno: Institut mezioborových studií Brno, 2009, s. 56

²⁰ Kraus, B., Sýkora, P. Sociální pedagogika I, Brno: Institut mezioborových studií Brno, 2009, s. 57

- *primární prevence* - prevence užití drogy u populace, která s ní dosud není v kontaktu, nebo aspoň oddálení kontaktu s drogou,
- *sekundární prevence* - předcházení vzniku a rozvoje závislosti, včasná intervence, poradenství a léčení u osob, které již drogu užívají,
- *terciární prevence* – rehabilitace či resocializace, doléčování, podpora v abstinenci, a také snižování škod způsobených drogami – Harm Reduction.

Primární drogová prevence

Primární drogová prevence je zaměřena na celou společnost, snaží se předcházet, aby problém, patologické chování, nevznikl. Jedná se o aktivity, které jsou zaměřeny na předcházení užívání drog, popř. oddálení první zkušenosti s drogou, co do nejvyššího věku. Protidrogová politika České republiky se snaží o snížení nabídky a poptávky drog, čímž chce dosáhnout minimalizaci dostupnosti návykových látek, především u mladých lidí. Primární prevence klade důraz již od nejtělejšího věku jedince, který je zejména za strany rodiny, škol a dalších vzdělávacích institucí, informován o škodlivosti užívání drog a spjatými riziky s jejich užíváním.

Primární drogovou prevenci lze rozdělit na **specifickou** a **nespecifickou**. **Nespecifickou primární prevencí** se rozumí to, že není přímo zaměřená na drogovou problematiku, ale snaží se působit na harmonický vývoj jedince, na zdravý způsob života, na osvojení pozitivního sociálního chování a snaha o zachování integrity člověka.

„Nespecifickou primární prevencí, realizovanou především prostřednictvím bohaté sítě nevykonnostních/rekreačních, sportovních a kulturních volnočasových aktivit a programů, je třeba považovat za nosnou část celého systému preventivního působení.“²²

²¹ Kalina, K. Úvod do drogové problematiky: základní principy, pojmy, přístupy a problémy. In Kalina, K. a kol. Drogy a drogové závislosti 1, mezioborový přístup. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003, s. 15-24. ISBN 80-86734-05-6, s. 17

²² Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů primární prevence užívání návykových látek, závěrečná verze 1. Praha: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy České republiky, 2005, s. 4

Specifická primární prevence je již zaměřena na drogovou problematiku. Zde existují programy přímo zaměřené na snížení užívání návykových látek a s nimi i spojených rizik.

Primární prevencí se v první řadě zabývá Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. Dále je dle kraje a okresů k dispozici příslušný protidrogový koordinátor. Kromě těchto státních institucí, se primární prevencí zabývají i neziskové organizace, např. nízkoprahové kluby. Avšak nejdůležitější a neopomenutelnou složkou prevence je vždy rodina.²³

Sekundární drogová prevence

Sekundární drogová prevence je již zaměřena na uživatele návykových látek. Cílem je „*Předcházení vzniku, rozvoji a přetrvávání závislosti u osob, které již drogu užívají nebo se na ní stali závislými.*“²⁴ Svými aktivitami se snaží jedince začlenit do běžného způsobu života bez dalšího požívání drog, případně se snaží o zamezení vzniku rizik spjatých s užíváním drog jak pro uživatele samotného, tak pro společnost. V sekundární prevenci je zahrnuta jak pomoc, tak i léčba. Do této prevence můžeme zahrnout služby linek důvěry, pedagogicko-psychologických poraden, kontaktních center, alkoholicko-toxikologických poraden, detoxifikačních a ambulantních center aj.

Terciární drogová prevence

Terciární drogová prevence je zaměřena na uživatele návykových látek, kteří jsou již na nich závislí. Snaží se předejít vážnému nebo trvalému zdravotnímu a sociálnímu poškození, které vzniká následným dlouhodobým a intenzivním užíváním drog. Jedná se o resocializaci (znovu začlenění do společnosti) uživatelů drog, kteří prošli léčbou či se do ní zapojili a snaží se abstinovat. Dále se terciární prevence zajímá i o uživatele, kteří nechtějí abstinovat. Zde jsou služby zaměřené na minimalizování zdravotních rizik spojených s užíváním návykových látek, které se souborně nazývají Harm Reduction.

²³ http://is.muni.cz/th/221757/pedf_b/bakalarka_B.M..txt

²⁴ Kalina, K. a kol. Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí, 1. vyd. Praha: FILIA NOVA, 2001, ISBN 80-238-8014-4, s. 97

Do tohoto typu prevence lze zahrnout služby kontaktních center, terénních pracovníků, detoxifikačních jednotek, ambulantních center, terapeutických komunit, substituční léčbu, aj.²⁵

3 Služby a zařízení orientované na drogovou problematiku v ČR

Vývoj systému péče u uživatelů drog se odvíjel od jejich aktuálních potřeb. Efektivní systém péče by měl splňovat určitá kritéria v oblasti struktury a provázanosti sítě (komplexnost, provázanost a efektivita) a dále pak v rozsahu a dostupnosti péče.

Výběr vhodného typu služeb pro uživatele drog závisí na následujících kritériích²⁶

- vztah k droze (experimentátoři, rekreační uživatelé, problémoví uživatelé, závislí na droze)
- zdravotní stav, popř. fyzické komplikace závislosti
- doprovodné psychologické a psychopatologické problémy
- míra motivace a potřeba podpory uživatele drog
- intenzita příznaků závislosti (relaps²⁷, abstinenční příznaky a schopnost jedince je zvládnout)
- vztahy s blízkým okolím (rodina, partner)
- sociální prostředí osoby uživatele návykových látek (vztah k přátelům, kolegům na pracovišti, zaměstnání, škola atd.)

Aby byla léčba úspěšná, vždy záleží na **motivaci** uživatele návykových látek zbavit se své závislosti.

V případě, že jedinec závislý na drogách se rozhodne změnit svůj způsob života, bude se chtít léčit ze závislosti, tak „pouze“ **abstinence** sama o sobě není dostačující, i když je velice důležitá. Jedinec by měl **změnit** kromě svého postoje k drogám, i své **sociální prostředí**, kontakty, vztahy, což u některých uživatelů není snadné,

²⁵ http://is.muni.cz/th/221757/pedf_b/bakalarka_B.M..txt

²⁶ Müllerová, P. a kol. Sociální práce s uživateli drog. In Matoušek, O., a kol. Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. 1. vyd. Praha: Portál, 2005, s. 211 – 226. ISBN 80-7367-002-X, s. 214

²⁷ Návrat k užívání návykových látek po období abstinence, často doprovázený návratem příznaků závislosti.

neboť jinou společnost, kromě drogově závislých neznají. Zde je potřeba navázat nové vztahy v „bezdrogové“ společnosti, **naučit se zdravému způsobu života** (rozvíjet tělesné, psychické a duchovní kultury osobnosti)²⁸ V případě, že drogy nadále užívá partner abstinujícího uživatele, tak tato situace je pro něj velice obtížná a vede k velkým rizikům relapsu.

Pro abstinující uživatele je velice vhodné nalezení zaměstnání, aby **získal pracovní návyky**. Avšak tato skutečnost je pro některé „bývalé“ uživatele obtížná, a to z důvodu, že velká většina uživatelů užívá drogy v mladém věku, kdy ještě studují. Kvůli vzniklé závislosti na drogách, často ani školu neukončí, nezískají dostatečné vzdělání. Tento fakt hodně abstinujících lidí demotivuje, ale v případě silné motivace a podpory z okolí, to lze zvládnout. Jedinci si mohou zvýšit kvalifikaci pomocí rekvalifikačních či různých vzdělávacích kurzů, popř. dokončit své dřívější studium. Co se týká podpory, jsou zde velice důležité **sociální vztahy**, zejména u mladistvých. V některých případech se může jednat o znovu obnovení vztahů s rodinou a svými blízkými.

Dalším faktorem úspěšné abstinence je **dokončení léčby**. Často se však stává, že uživatelé, kteří se podrobují léčbě, tzv. vypadnou z léčby (drop-out). Pod tímto názvem si lze představit spontánní odchody z léčby, či vyloučení z léčby pro porušení pravidel. Vypadnutí z léčby může být zapříčiněno jak klientem na jedné straně, tak na straně druhé nevyhovující formou léčebného programu nebo neodborností pracovníka, terapeuta. Např. pracovník nemusí mít dostatek zkušeností či dovedností k řešení individuálních problémů svých klientů. Tyto problémy zejména spočívají v nedostatečné motivaci klienta, nízkém sebevědomí, psychosociální nezralosti, silná touha po požití návykové látky, osobnostní a psychologické problémy.²⁹

3.1 Terénní programy

Služba je poskytována na ulicích a dalších veřejných místech, dále pak i v bytech, squatech, kde uživatelé drog přebývají. Je poskytována uživatelům drog, kteří nejsou v kontaktu s žádnou zdravotnickou, sociální či jinou pomáhající/výchovnou institucí. Služba je uživatelům drog poskytována prostřednictvím terénního pracovníka, někdy nazývaného jako streetworker. Terénní pracovník aktivně vyhledává a oslovuje

²⁸ Kraus, B. Základy sociální pedagogiky. 1. vyd. Praha: Portál, 2008, ISBN 978-80-7367-383-3, s. 170

²⁹ <http://old.lf3.cuni.cz/drogy/articles/lecba.html>

potenciální zájemce, kterým poskytuje informace o rizicích spojených s užíváním drog, umožňuje výměnu stříkaček a jehel, distribuuje kondomy, informuje o bezpečnějším užívání drog a poskytuje desinfekční prostředky a dále podává informace o dostupných programech péče a léčby. Služba je poskytována anonymně.

Terénní práce je postavena na dvou přístupech, a to public health (veřejné zdraví) a harm reduction. „*Oba tyto přístupy umožňují pracovat s klientem bez ohledu na fázi rozvoje závislosti, ve které se klient aktuálně nachází, a zároveň i bez ohledu na úroveň jeho motivace ke změně životního stylu směřujícího k úplné abstinenci.*“³⁰

Public health – přístup zaměřený na podporu zdraví ve společnosti. Zneužívání ilegálních drog vidí jako příčinu sociálních problémů a jako ohrožení veřejného zdraví. Z hlediska drogové problematiky se zaměřuje na prevenci šíření HIV a virů hepatitidy typu B a C, které jsou přenášeny nesterilním injekčním užíváním a nechráněným pohlavním stykem.

Harm reduction – minimalizace zdravotních a sociálních rizik spojených s užíváním drog. Zřejmě neznámější postup v harm reduction je výměna použitých jehel za sterilní, situační poradenství a informování o rizicích, a dále i distribuce kondomů pro bezpečný sex.

Hlavními cíly terénní práce je³¹:

- Minimalizovat negativní důsledky užívání drog, jak pro uživatele samotné, tak i pro okolí - udržet nízký výskyt HIV, hepatitidy typu B a C, snížit úmrtnost spojenou s užíváním návykových látek, předcházet dalším onemocněním spjatých s užíváním drog, učit o bezpečnější aplikaci drog, předcházet páchání trestné činnosti, sběr použitých stříkaček.
- Motivovat uživatele drog ke změně životního stylu směřující k abstinenci.
- Monitorovat drogovou scénu - mapuje se výskyt uživatelů drog v jednotlivých lokalitách a i vývoj rizikovosti spjatý s užíváním návykových látek a i mapování užívání druhů drog. Dle těchto informací se pak upravují programy a i nabídka aktuálních služeb.

³⁰ Richterová Těminová, M. Systém péče a jeho složky. In Kalina, K. a kol. Základy klinické adiktologie. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2008, s. 369 – 384. ISBN 978-80-247-1411-0, s 370

³¹ Richterová Těminová, M. Systém péče a jeho složky. In Kalina, K. a kol. Základy klinické adiktologie. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2008, s. 369 – 384. ISBN 978-80-247-1411-0, s 371

3.2 Nízkoprahová kontaktní centra

Nabízejí služby podobná terénním programům, rovněž vycházejí z přístupů public health a harm reduction. Kontaktní centra jsou dostupná místně i časově v daném regionu.

Cílovou populaci tvoří uživatelé drog s různou motivací ke změně, v různém stadiu závislosti, ale i blízcí uživatelů návykových látek, kteří potřebují podporu, informace a pomoc.

V centrech jsou podmínky pro dlouhodobou práci s klientem. Mohou se zabývat motivací klienta k léčbě a doporučit mu, na základě vyhodnocení jeho aktuálního stavu, vhodnou formu léčby, popř. mu i zprostředkovat nástup do léčby.

Kontaktní centra poskytují výměnný program a další aktivity harm reduction, poskytují informace o účincích drog a rizicích s jejich užíváním, informace o závislosti, o bezpečnějším užívání drog, o bezpečném sexu, infekčních chorobách, o léčbě, sociálních službách apod. Dále poskytují zdravotnický servis, který obnáší základní ošetření, popř. zkontaktování zdravotnických zařízení. Zajišťují testování na HIV/AIDS, hepatitidu C, graviditu. Pomáhají při hledání práce, vyřizování dokladů, evidence na úřadu práce, asistují při vyřizování úředních záležitostí, pomoc v řešení dluhů, v trestně právních věcech klientů apod. Centra dále poskytují potravinový a vitaminový servis, hygienický servis a praní prádla. Pro rodinné příslušníky a blízkým uživatelů drog podávají informace o drogách, závislosti a možné pomoci, léčbě.

Cíle kontaktních center jsou následující³²:

- Minimalizace zdravotních a sociálních rizik u uživatelů drog, s tím je spojena i ochrana společnosti.
- Motivace klientů k abstinenci, k léčbě, ke změně životního stylu.
- Navázání kontaktu se skrytou populací uživatelů návykových látek, získání důvěry, prohloubení vztahu mezi uživatelem drog a pracovníkem centra za účelem změny rizikových vzorců chování – sdílení prostředků na aplikaci drog, nechráněný pohlavní styk, atd.
- Minimalizace rizikového chování.

³² Richterová Těmínová, M. Systém péče a jeho složky. In Kalina, K. a kol. Základy klinické adiktologie. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008, s. 369 – 384. ISBN 978-80-247-1411-0, s. 373

- Příprava uživatelů návykových látek na spolupráci s institucemi zabývající se léčbou závislostí na drogách.
- Zajištění základního zdravotního, hygienického a potravinového servisu, pracovních programů.
- Pomoc rodinným příslušníkům a dalším blízkým uživatelů drog.
- Zvýšení informovanosti a vzdělání klientů a i zvýšení informovanosti veřejnosti.

Kontaktní centra v rámci primární prevence konají přednášky na školách, provádí terénní práci. Dále poskytují služby následné péče a doléčování, probační programy. V týmu kontaktního centra je zastoupen sociální pracovník, pedagog, zdravotní pracovník a psycholog.

3.3 Detoxifikační jednotky či centra

Péče v detoxifikačních jednotkách se zaměřuje na zvládnutí abstinčních příznaků a intoxikaci návykovou látkou. Při léčbě lze užít léky, např. u závislosti na heroinu, se předepisuje metadon či buprenorfin. Farmakoterapie je vždy na rozhodnutí lékaře. V rámci léčby je využívána podpurná psychoterapie, motivační trénink, relaxační techniky, rodinná terapie. Personál nejčastěji klientům pomáhá zajišťovat další léčbu, kontakt s rodinou či s úřady. Detoxifikace trvá cca 5 - 10 dní, v případě potřeby i déle. Detoxifikační jednotky jsou, buď součástí institucí pro léčbu závislosti, a nebo jsou součástí nemocnic. Avšak detoxifikaci lze uskutečnit i v neformálním prostředí, včetně klientova bydliště, pod dohledem lékaře.

Absolvování detoxifikačního programu bývá zpravidla požadováno po uživateli drog těsně před jeho nástupem na dlouhodobou pobytovou léčbu, např. terapeutické komunity.

Detoxifikaci dále podstupují klienti, kteří potřebují vzhledem k svému zdravotnímu stavu či sociální situaci snížit toleranci vůči droze, nebo klient je z důvodu intoxikace či abstinčních stavů nebezpečný sobě nebo svému okolí a dále i člověk, u kterého je zapotřebí poznat, zda je intoxikován nebo zda trpí duševní poruchou.

Cílem léčby je zvládnout abstinenci příznaky a zbavit tělo jedovatých látek. Detoxifikace je teprve počátek léčení závislosti na návykových látkách.³³

3.4 Substituční léčba

„Substituce je způsob léčby, kdy je užívání původní drogy nahrazeno (téměř vždy lékařsky předepsaným) užíváním látky s podobnými účinky a vlastnostmi, avšak s výrazně menšími riziky, než původní droga.“³⁴ Látka je užívána perorálně. U nás se nejčastěji podává metadon a buprenorfin a to při odvykání na opioidech. Léčba není časově omezena. Jedná se spíše o udržovací terapii, která oddaluje stav abstinence bez užití substituční látky, a to na dobu, kdy ho bude moci klient objektivně a subjektivně schopen podstoupit. Do té doby se léčba snaží udržet klientův somatický a psychický stav.

V rámci léčby je povinnost dodržovat substituční program, jinak klient může být z programu vyloučen (pravidelná docházka, neužívat nelegální návykové látky či pod jejich vlivem přijít na konzultaci, zákaz násilného chování, apod.). Klientovi je poskytnuta psychoterapie, která je zaměřena na vytváření náhledu motivace a prevenci relapsu. Dále je zde i práce s rodinou uživatele návykových látek, která směřuje k vytvoření podpůrného prostředí pro klienta a navázání zdravých vztahů s rodinou.

Cíle substituční léčby dle Popova³⁵:

„PRIMÁRNÍ

- redukce/ukončení užívání ilegálních opioidů,
- retence - dlouhodobé setrvání v léčbě (min. 1 rok)

SEKUNDÁRNÍ

- snížení rizik, spojených s užíváním návykových látek (zdravotní poškození, infekce)
- redukce/ukončení užívání ostatních návykových látek

³³ Müllerová, P. a kol. Sociální práce s uživateli drog. In Matoušek, O., a kol. Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. 1. vyd. Praha: Portál, 2005, s. 211 – 226. ISBN 80-7367-002-X, s. 215

³⁴ Kalina, K. a kol. Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí, 1. vyd. Praha: FILIA NOVA, 2001, ISBN 80-238-8014-4, s. 104-105

³⁵ Popov, P. Adiktologie – aktuální problematika pro trestní soudce a státní zástupce, Drogová problematika, Kroměříž, 3. 2. 2012.

- *snižování kriminality, resocializace*
- *příprava pro zahájení léčebného režimu, vedoucího k detoxifikaci a abstinenci bez užívání substitučních látek“*

3.5 Ambulantní léčba

Ambulantní léčba probíhá v různých zařízeních, od krizových center přes centra poradenská až po AT poradny (alkohol-toxikomanické poradny), patří sem i psychiatrické ambulance či psychologické poradny, které rovněž pracují s osobami se závislostí. Je prováděna bez vyčlenění klienta z původního prostředí, tedy nemusí přerušovat zaměstnání či školu. Na počátku léčby je sestaven individuální plán. Klient je vyšetřen, jsou provedeny laboratorní i somatická vyšetření. Při léčbě je používána farmakoterapie, psychoterapie, rodinná nebo párová terapie. Součástí léčby je i poradenství a motivační trénink, který vede ke změně životního stylu a zvládnání života bez drog. V široké nabídce ambulantní léčby je i sociální práce, klubové a volnočasové aktivity, pracovní i právní poradenství.³⁶

Léčbu postupují uživatelé návykových látek, kteří jsou motivovaní, chtějí se léčit a jejich zdravotní stav nevyžaduje hospitalizaci. Dále se léčbě podrobují i ti, co mají léčbu nařízenou soudně.

Cíle ambulantní léčby jsou různorodé, jsou individuální. Primární je však změna životního stylu klienta, jehož součástí je i zdržení se užívat návykové látky, stabilizace klienta.

3.6 Denní stacionáře

Denní stacionář je intenzivní ambulantní léčba, ve formě celodenního programu v rozsahu na dobu 2 - 3 měsíců. Klienti docházejí denně na 6 hodin, obvykle jen v pracovní dny. Léčba je určena pro uživatele drog, kteří jsou schopni abstinovat bez vyčlenění ze svého přirozeného prostředí. Průběh léčba se skládá z individuální, skupinové, rodinné terapie, skupinového setkání, pracovní terapie a dále

³⁶ Richterová Těmínová, M. Systém péče a jeho složky. In Kalina, K. a kol. Základy klinické adiktologie. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008, s. 369 – 384. ISBN 978-80-247-1411-0, s 378

i ze sportovních, zátěžových a volnočasových aktivit. Dále je zde zahrnuta i sociální práce jako např. stabilizace sociálních podmínek, bydlení, řešení trestněprávních věcí, atd.

V rámci léčby je stanoven tzv. strukturovaný program, ve kterém je uveden přesný časový rozvrh, jsou zde uvedena pravidla – žádoucí a nežádoucí chování klientů a také upraven program konání již uvedených terapií.

Cílem léčby v denních stacionářích je abstinence od návykových látek, zlepšení psychického a fyzického zdraví, získání a udržení sociálních dovedností, změna pohledu na sebe sama a sebepojetí ve vztazích.³⁷

3.7 Ústavní léčba

Tímto pojmem se rozumí léčba v psychiatrických léčebnách či odděleních pro léčbu závislostí. Doba léčba trvá 3 - 6 měsíců. Ústavní léčba bývá často uložena soudem, ale někteří uživatelé drog se jí podrobují i dobrovolně. Pro ústavní léčbu jsou často klienti s vysokou možností relapsu, nacházející se v rizikové společnosti a osoby s psychickými či fyzickými komplikacemi. Podmínkou léčby je vždy lékařské vedení a strukturovaný program. Léčba může být krátkodobá či střednědobá. Dlouhodobou léčbu zahrnují spíše terapeutické komunity, kdy se již hovoří o rezidenční léčbě.³⁸

V léčbě je nastaven režim a pravidla, které specifikují odměny a sankce. Často se používá bodový systém při hodnocení léčby. Léčba zahrnuje jak komunitní setkání, individuální, skupinovou psychoterapii, pracovní terapii, tak i rodinou terapii či partnerskou, které je zaměřena na úpravu vztahů a rodinného prostředí. Dále jsou zde i volnočasové aktivity a sport.

Základní cílem je, jak již bylo několikrát zmíněno, změna životního stylu klienta, jehož součástí je abstinence od drog. Dále pak stabilizace problémů, které přicházejí v souvislosti s abstinencí, získání náhledu na užívání návykových látek, působení na rozvinutí vnitřní motivace, rozpoznání rizik relapsu a pracování s nimi.

³⁷ Richterová Těmínová, M. Systém péče a jeho složky. In Kalina, K. a kol. Základy klinické adiktologie. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008, s. 369 – 384. ISBN 978-80-247-1411-0, s. 380

³⁸ Kalina, K. a kol. Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí, 1. vyd. Praha: FILIA NOVA, 2001, ISBN 80-238-8014-4, s. 114

3.8 Terapeutické komunity

U terapeutických komunit se spíše jedná o střední až dlouhodobou léčbu, nejdéle však až 18 měsíců. Jedná se strukturovanou, intenzivní léčbu, které je rozdělena na několik fází. Obvykle se hovoří o 4 stádiích. Důraz je kladen na intenzivní terapeutický proces a komunitní způsob života. Klienti komunity se podílejí na chodu komunity, mají rozhodovací povinnost, např. hlasují o znovu přijetí jedince či o přesunu z fáze do fáze, o sankcích atd. Lidé v komunitě v podstatě tvoří náhradní rodinu, která vzájemně dohlíží na chování mezi sebou, na své přístupy k léčbě, zda se zapojují do programu či neporušují stanovená pravidla apod.

Každá komunita si tvoří svá vlastní pravidla, ale některá mají společná: neužívat návykové látky, nepřinést do komunity drogu, nenavazovat mezi sebou intimní vztahy, nebyt agresivní vůči ostatním. Počet klientů bývá nanejvýš kolem 15 osob, které jsou pod odborným dohledem psychologů, terapeutů, sociálních pracovníků, výjimečně i bývalých uživatelů drog. Pracovníci terapeutického týmu se musí neustále vzdělávat.³⁹

Léčba nejčastěji zahrnuje skupinovou terapii, komunitní sezení a pracovní terapii.

„Účinné faktory terapeutické komunity jsou následující: bezpečné prostředí pro růst, jednotná filosofie, terapeutická struktura, rovnováha mezi demokracií, terapií a autonomií, sociální učení prostřednictvím sociální interakce, učení prostřednictvím krizí, terapeutický dopad všech aktivit na komunitu, zodpovědnost klientů za své chování, zvyšování sebehodnocení vlastní prací a zažitým úspěchem, zvnitřnění pozitivního žebříčku hodnot, konfrontace, pozitivní tlak ostatních klientů, učení porozumět sobě samému a vyjádřit emoce, změna negativních postojů k životu v postoje pozitivní, zlepšení vztahů s původní rodinou.“⁴⁰

³⁹ Richterová Těmínová, M. a kol. Terapeutická komunita a její aplikace. In Kalina, K. a kol. Základy klinické adiktologie. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2008, s. 199-214. ISBN 978-80-247-1411-0, s. 205n

⁴⁰ Kalina, K. a kol. Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí, 1. vyd. Praha: FILIA NOVA, 2001, ISBN 80-238-8014-4, s. 108

Fáze léčby v terapeutické komunitě (délky fází jsou orientační, zde jsou uvedeny při jednoročním pobytu)⁴¹

Nultá fáze (2 a více týdnů) – klient sice pobývá v komunitě, plní program, ale zatím není považován za člena komunity. O přijetí do komunity musí požádat, po schválení se uskuteční přijímací rituál a podepisuje se smlouva.

První fáze (3 měsíce) – odnaučení klienta od negativního a destruktivního chování, má dospět k náhledu nad závislostí, která zapříčinila jeho problémy, rozhodnout se o změně životního stylu, života bez drog, přizpůsobit se pravidlům komunity. Člověk se zde učí otevřenosti a sebevyjádření.

Druhá fáze (6 měsíců, obvykle bývá nejdelší) – dochází zde již k osvojení hodnot komunity. Klient již přebírá různé povinnosti ohledně spolusprávy. Konfrontuje své pocity, vztahy k ostatním klientů v souvislosti se zážitky a emocemi z minulosti. Klient má najít sebe sama a své vztahy k okolí. V této fázi již klient může navázat kontakt s rodinou a svými blízkými, jsou i povoleny krátké návštěvy mimo komunitu.

Třetí fáze (poslední 3 měsíce) – přibývá více kontaktů mimo komunitu, klienti mohou chodit do zaměstnání, shánět si bydlení či zajišťovat si doléčování. V této fázi je větší orientace na vztahy s rodiči, partnery a blízkým okolím. Třetí fáze končí ukončením léčby, v podstatě rituálem při odchodu.

V případě, že klient chce přestoupit do jakékoliv další fáze, musí s tímto souhlasit celá komunita.

Cílem terapeutické komunity je změna životního stylu klienta, aby abstinenci přijal jakou nedílnou součást svého života.

⁴¹ Richterová Těmínová, M. a kol. Terapeutická komunita a její aplikace. In Kalina, K. a kol. Základy klinické adiktologie. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2008, s. 199-214. ISBN 978-80-247-1411-0, s 209

3.9 Doléčovací centra (následná péče)

Instituce, které jsou specializována na následnou péči a prevenci relapsu. Délka programu trvá 6 - 12 měsíců.

Složky programu následné péče⁴²

Podpůrná psychoterapie – zaměřena na stabilizaci klientovi emotivity. Je zde velice důležité zvážit témata, s kterými klient přichází. Témata by měla být časově reálně zvládnutelná, spojena s podporou abstinence a sociální stabilizací.

Prevence relapsu – obava z možného selhání (relapsu), je nejčastější u klientů, kteří absolvovali rezidenční léčbu/program, neboť je pro ně těžké odolávat touze (cravingu) po droze v neizolovaném prostředí. Cílem prevence relapsu jako i celé následné péče je, aby si klient zvýšil schopnost sebekontroly, získal náhled a naučil se zvládnout rizikové situace a byla mu nabídnuta pomoc se začleněním do běžného způsobu života.

Sociální práce – nejčastější sociálně-právní problémy jsou dluhy u zdravotních pojišťoven a vůči jiným věřitelům, sociální dávky, trestní stíhání, rejstřík trestů, atd. Sociální pracovník je zde důležitým prvkem, neboť mnoho klientů neumí zvládat tyto problémy samostatně a potřebují zde někoho, kdo by jim s tím pomohl. Bez intenzivní sociální práce by byl pro klienty návrat do běžného života nedosažitelný.

Práce, chráněná pracovní mísa a rekvalifikace – zapojit se do trhu práce je pro klienty s drogou minulostí problematické, neboť užívání návykových látek bylo velice často spojeno s trestnou činností. Pro ty, kteří nejsou schopni sami najít zaměstnání, jsou zde pro ně chráněné dílny, které umožňují klientovi získat základní pracovní dovednosti, popř. rekvalifikaci.

Chráněné bydlení (dům na půl cesty) – jedná se o přechodné bydlení na dobu 6 měsíců, je zde snížený nájem. Klient po dobu chráněného bydlení si shání jiné, vlastní ubytování, dále si hledá zaměstnání a seznamuje se s novými přáteli. Další podmínkou je i podrobení se dalším doléčovacím aktivitám.

⁴² Kuda, A. Sociální rehabilitace a následná péče. In Kalina, K. a kol. Základy klinické adiktologie. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2008, s. 215-224. ISBN 978-80-247-1411-0, s. 217n

Lékařská péče – pomoc najít klientovi adekvátní lékařskou péči. Nejčastější onemocnění klientů je hepatitida B a C, HIV/AIDS, dále i gynekologické a zubní problémy.

Práce s rodinou – rodiče by měli přijmout fakt, že se spolupodílí na léčbě svého dítěte, jsou informováni o možnosti relapsu. V následné péči se mohou setkat s ostatními rodiči a vyměnit si své poznatky a zkušenosti, poznají, že problém se závislým dítětem nemají jenom oni.

Nabídka volnočasových aktivit – nabízení možností trávit svůj volný čas aktivitami, které klienta přiblíží vést běžný způsob života, života bez drog, což je v podstatě i cílem léčby.

Pracovníky doléčovacího centra jsou především sociální pracovníci, socioterapeuti, psychologové. Je zde úzká spolupráce s psychiatry, lékaři.

3.10 Služby ve věznicích

Drogové služby ve věznicích zajišťuje Vězeňská služba ČR v součinnosti s neziskovými organizacemi, nejčastěji se službami nízkoprahových center. Pracovníci těchto institucí docházejí za klienty do věznic. V současné době mají jen některé věznice v ČR vyhrazené sektory pro léčbu závislosti na návykových látkách.

System zacházení s uživateli návykových látek ve věznicích je rozdělen na 3 sektory⁴³.

- 1) Poradna drogové prevence – monitoruje situaci, získává přehled o uživatelích závislých na droze. V podstatě se jedná o informativní složku. Poradna poskytuje uživatelům drog odborné poradenství, individuální a skupinovou terapii, dále i zdravotní péči. Společně s odsouzenými se snaží řešit jejich problémy a motivují je ke změně způsobu života.
- 2) Bezdrogová zóna – tato zóna se ještě dělí na zónu se standardním zacházením a terapeutickým zacházením.

⁴³ Jiříčka, V., Koňák, T. Zastoupení uživatelů drog ve vězeňské populaci a rizika s tím související, Drogová problematika, Kroměříž, 2. 2. 2012.

- a. Terapeutická bezdrogová zóna je určena pro uživatele omamných a návykových látek, kteří se prostřednictvím dohody zaváží k tomu, že po dobu výkonu trestu odnětí svobody budou abstinovat.
 - b. Standardní bezdrogová zóna je již pro všechny vězně, kteří nechtějí přijít do kontaktu s drogou. To se týká jak uživatelů návykových látek tak i těch, kteří s drogou nemají zkušenost.
- 3) Specializované oddělení – ochranné léčení a dobrovolné léčení.

Oddělení protitoxikomanické léčby, někdy zvané jako „TOXI oddělení“, mají charakter léčebného zařízení pro léčbu závislosti na návykových látkách, kde léčba je spojena s aktivitami, jako je skupinová terapie s prvky terapeutické komunity. Odsouzení jsou do této léčby zařazeni na základě rozhodnutí soudu, kdy jim je nařízena ústavní protitoxikomanická léčba.

Ve věznicích, kde je umožněna léčba závislosti na drogách je mj. poskytována detoxifikace a substituční léčba.

Kromě skupinové terapie, komunitních setkání, je v léčbě zahrnut i zátěžový program, tzn. pravidelné rozcvičky a sportovní činnosti, např. v posilovně či v prostorách areálu věznice. Dle možností věznice, se vězni mohou zapojit do různých kroužků, např. keramické práce, truhlářské práce, práce na zahradě.

4 Instituce zabývající se prevencí a léčbou závislostí na omamných a psychotropních látkách na okrese Znojmo

Předchozí kapitola seznamovala se službami, se kterými se uživatelé drog mohou setkat v rámci České republiky. Co se týká samostatných okresů, tak obsáhlost této pomoci je různá. Všechny kraje nemají k dispozici celou škálu služeb pro drogově závislé, a z toho důvodu dochází k tomu, že mnoho uživatelů drog, kteří se chtějí léčit ze závislosti, musí za těmito službami jet do jiných měst, než je jejich současné bydliště či jejich okres. Avšak místně příslušné služby či instituce zabývající se drogovou problematikou mají dostatečný přehled o všech službách poskytovaných v jiných okresech a mohou klientovi dle jeho aktuálního stavu poradit, doporučit léčbu či službu, která by mu vyhovovala nejlépe.

Jak již bylo uvedeno, služby jsou v každém okrese různé, a vzhledem k tématu této práce bude nyní popsána činnost institucí zabývajících se drogovou problematikou na okrese Znojmo. Pořadí institucí bude dle členění prevence, i když řada institucí se nezabývá pouze jedním typem prevence.

Mezi instituce zabývající se primární prevencí, lze zařadit pedagogicko-psychologickou poradnu a nízkoprahový Klub COOLNA. Do sekundární prevence se někdy řadí již zmíněná pedagogicko-psychologická poradna, a to již z důvodu práce s jedinci, kteří mají počáteční zkušenosti s drogou či se zdržují v lokalitách, o kterých je známo, že se jedná o drogové prostředí. Dále se sem řadí činnost K-centra Netopeer, o kterém by se dalo říci, že se věnuje veškeré prevenci, nejčastěji však sekundární a terciární.

V terciární prevenci, se jedná o instituce, jako je terapeutická komunita, věznice, probační a mediační služba či psychiatrické ambulance.

V rámci prevence, by se dalo ještě hovořit o místních protidrogových koordinátorech, kteří působí jak na Znojmsku tak na Moravskokrumlovsku. Protidrogoví koordinátoři jsou pracovníci městského úřadu ve Znojmě a Moravském Krumlově, kteří mají na starost plánování a koordinování realizace protidrogové

politiky českého státu.⁴⁴ Vzhledem k tomu, že protidrogový koordinátor neprovádí individuální činnost s uživateli drog, popř. s potenciálními uživateli drog, není zde uveden jako subjekt služeb zabývající se prací s drogově závislými jedinci.

4.1 Pedagogicko-psychologická poradna

Adresa: Pedagogicko-psychologická poradna, Jana Palacha 6, Znojmo

Její činnost je vymezena zákonem č. 561/2001 Sb., o předškolním, základním, středním vyšším odborném a jiném vzdělávání, a vyhláškou č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských zařízeních. Primárně se pedagogicko-psychologická poradna zabývá poskytováním poradenských služeb, a to jak dětem ve věku od 3 do 19 let, tak i jejich rodičům, učitelům i vychovatelům a jiným pedagogickým pracovníkům škol a školských zařízení. V poradnách poskytují pomoc zkušení psychologové.

Jejich okruhy pomoci jsou následující:

- psychologická péče,
- sociálně pedagogická péče,
- prevence sociálně patologických jevů,
- konzultace a poradenství.

Co se týče prevence sociálně patologických jevů, tak zde se jedná o primární prevenci. Psychologové poradny činí sociometrická šetření za účelem odhalení negativních jevů a provádí aktivity zaměřené na prevenci těchto jevů, jako jsou semináře, porady, individuální konzultace, poskytování informací, jak dětem, tak i rodičům.

Primární prevence rizikového chování dětí je zaměřena na předcházení zejména záškoláctví, šikanu, rasismus, xenofobii, vandalismus, kriminalitu, užívání návykových látek a onemocnění spojených s užíváním drog (HIV/AIDS, hepatitida B a C), závislost

⁴⁴ Kalina, K. a kol. Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí, 1. vyd. Praha: FILIA NOVA, 2001, ISBN 80-238-8014-4, s. 108

na virtuální droze (netolismus), gamblingu či závislost na politickém a náboženském extremismu.⁴⁵

Dále je primární prevence zaměřena na rozpoznání a odborného zasáhnutí/vstoupení do problematiky ohledně domácího násilí, týrání a zneužívání dětí, ohrožování mravní výchovy dítěte a mladistvých, poruch příjmu potravy.

Vzhledem k tomu, že několik svých klientů mají společných s klientelou s Orgánem sociálně-právní ochrany dětí Městského úřadu ve Znojmě a Probační a mediační službou, středisko Znojmo, konají se společná setkání za účelem řešení rizikového chování určitého dítěte.

4.2 KLUB COOLNA Znojmo a Moravský Krumlov

Adresa: Masarykovo náměstí 21, Znojmo

Břízová 254, Moravský Krumlov

Klub COOLNA je nízkoprahový klub, neboli nízkoprahové zařízení pro děti a mládež, které tráví svůj volný čas touláním na ulici, v partě či jinak neorganizovaně. Zdejší COOLNU mohou navštěvovat a využívat její služeb všechna mládež ve věku od 15 do 26 let, bez rozdílu na dobrý či špatný prospěch ve škole, svůj životní styl, např. punk, emo. Klub se snaží pomáhat zlepšit kvalitu života mladistvých a mladých dospělých a předcházet rizikovému chování. Nabízí sociální služby, poskytují odbornou sociální poradenství, psychologické poradenství, poskytují informace, vzdělávací aktivity a mj. je zde i prostor na volnočasové aktivity, nemluvě o tom, že je zde zajištěn prostor bez drog, alkoholu a agrese. Tyto tři poslední faktory jsou i upraveny v pravidlech COOLNY. Pravidla klubu jsou v podstatě společně vytvářenou vzájemnou dohodou mezi klienty a pracovníky klubu a jsou vystavena na dobře viditelném místě, takže se s nimi může kdokoliv seznámit.

Využívání služeb klubu je bezplatné.⁴⁶

V poslední době, což je cca rok, se rozšířily služby COOLNY o terénní práce. Ty především spočívají v navazování kontaktů s potenciálními novými klienty,

⁴⁵ <http://ppp-znojmo.cz/prevence.html>

⁴⁶ http://www.streetwork.cz/index.php?option=com_content&task=view&id=183

informování o možnosti trávit svůj volný čas, popř. aby věděli, kam se mohou obrátit, kdyby potřebovali pomoc a řešit své problémy ve škole, doma, v partě, apod.

Co se týče rizikového sociálního chování z hlediska užívání návykových látek, tak to již je eliminováno v jejich pravidlech, tzn., že je zde zákaz vstupu pod vlivem návykové látky či ji vnášeli do prostorů klubu. Těmito pravidly je již zabezpečeno „čisté“ prostředí bez drog a jiných návykových látek.

V rámci primární prevence, kam služby klubu bezpochyby patří, se konají různé přednášky, semináře, zaměřené např. na rizika spojená s užíváním drog, promiskuitní chování, o pohlavních nemocích, šikana atd. Oba kluby na Znojemsku dávají kalendářnímu měsíci název dle aktuální tematiky, např. drogy. K určitému tématu se konají přednášky, výtvarné činnosti, pouští se poučné filmy. Mládež se může kdykoliv a to bez ohledu na dané téma na cokoliv zeptat. Dotazovat se lze i anonymně, a to prostřednictvím písemných dotazů, které jsou pak zodpovězeny při sezeních.

Ohledně volnočasových aktivit zde mají k dispozici spoustu společenských her, kulečnick, stolní fotbal i hokej, stolní tenis, prostor pro hudební skupiny, kde mládež může zkoušet, atd. Pracovníci pro klienty konají soutěže ve stolním fotbale, stolním tenise a jiné akce.

4.3 Kontaktní centrum Netopeer – Víceúčelová služba Znojmo

Adresa: Horní Česká 4, Znojmo

Víceúčelová drogová služba Znojmo je pro většinu lidí převážně známa pod názvem K-centrum Netopeer nebo slangově jako Káčko. Ve Znojmě působí od r. 2001. Tato služba je zřízena dle zákona o sociálních službách (zák. č. 108/2006 Sb.) a zároveň splňuje certifikaci⁴⁷ dle Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky. K-centrum Netopeer je jednou z kontaktních služeb Jihomoravského kraje Sdružení Podané ruce, o. s., které má sídlo v Brně.

Služby kontaktního centra jsou především určeny pro uživatele drog nealkoholového typu. Dále jsou určeny osobám, které experimentují s drogami či drogy škodlivě užívají, závislým jedincům na návykových látkách, ale i abstinujícím osobám. Jejich služby mohou využít i rodinní příslušníci a blízké osoby uživatelů návykových látek, odborná

⁴⁷ http://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/certifikace/Zaostreno_200401_certifikace_web.pdf

nebo laická veřejnost.⁴⁸ Služby jsou poskytovány přímo v K-centru, nebo v přirozeném prostředí uživatelů drog (terénní práce).

Programy centra se snaží dosáhnout kontaktu s uživateli návykových látek za účelem ovlivnění jejich rizikového chování, tzn. zmírnění rizik spojených s nebezpečným aplikováním drog a změna životního stylu, která by vedla k případné abstinenci.

Jak již bylo uvedeno v kapitole 3.1 a 3.2, činnost K-centra vychází z přístupu Harm reduction a Public health.

Oblasti činnosti Kontaktního centra Netopeer:⁴⁹

Poradenství v drogové, zdravotní a sociálně právní oblasti:

- individuální konzultace s klienty, rodiči či blízkým okolí uživatele drog, popř. laickou veřejností,
- případová sociální práce,
- pomoc v krizových životních situacích,
- výměnný program injekčních setů,
- testování infekčních chorob,
- zprostředkování detoxifikace a léčby,
- následná podpora bývalých uživatelů po léčbě,
- základní hygienický a potravinářský servis,
- exkurze do zařízení pro střední školy,
- stáže pro studenty VŠ a VOŠ, popř. i další odborníky,
- dobrovolnictví.

Dle náplně činnosti se K-centrum zabývá všemi typy prevence (primární, sekundární a terciární).

Do cílové skupiny problémových uživatelů drog na Znojemsku patří příležitostní injekční uživatelé pervitinu, jedinci užívající pervitin v extrémně uzavřených samozásobitelských skupinách, které se soustředí kolem tzv. vaříčských bytů. Převážná většina těchto „vaříčských“ míst, je v okolních obcích města Znojma, ale není to pravidlem. Dále do problémových uživatelů drog na tomto okrese patří sezónní

⁴⁸ <http://www.podaneruce.cz/programy-a-pece/kontaktni-centra/kontaktni-centrum-netopeer-viceucelova-drogova-sluzba-znojmo/>

⁴⁹ Osobní rozhovor s vedoucí K-centra Mgr. Zuzanou Protivínskou, Znojmo, 3. 10. 2011

uživatelé opiátů, kteří sklízí surové opium na makových polích. U těchto sezónních uživatelů je rovněž vysoké riziko předávkování. Byly i případy, které skočily smrtí uživatele této látky.

V poslední době, tj. cca rok, se pracovníci K-centra zapojují do činnosti Komise pro prevenci kriminality města Znojma. Rozvíjí se spolupráce s ostatními státními i neziskovými organizacemi, jako je např. Probační a mediační služba ČR, středisko Znojmo, Terapeutická komunita Salebra, aj.

Vzhledem k malému počtu pracovníků K – centra Znojmo, tj. 3 kontaktní a zároveň terénní pracovníci, kteří se převážně soustředí na lokalitu města Znojma, je pro Moravský Krumlov a jeho blízké okolí, domluvena spolupráce s K-centrem Noe Třebíč, Oblastní charita Třebíč. Tato spolupráce na základě dohody Města Moravský Krumlov a Oblastní charity Třebíč trvá od roku 2011. Pracovník z K-centra Noe vykonává terénní práci vždy každý čtvrtek od 16:00 hod. na smluveném místě s uživateli drog. Toto místo je neměnné, ale z důvodu zachování důvěry a anonymity uživatelů není toto místo kontaktu uvedeno.

4.4 AT ambulance a psychiatrické oddělení při nemocnici Znojmo

Adresa: Vídeňská 8, Znojmo

AT (alkohol-toxikomanická) ambulance a psychiatrické oddělení se řadí mezi zdravotnická zařízení, která se zabývají léčbou závislosti na návykových látkách. Tyto instituce navštěvují klienti, kteří mají soudem nařízenou ochranou léčbu ve formě ambulantní, či jenom povinnost léčit se ze závislosti na drogách. Dále se léčbě podrobují i bývalý uživatelé, kteří sem dochází z vlastní vůle a potřebují pomoc při léčení jejich psychických nemocí, které propukly ve spojitosti s užíváním drog. Dle klientů znojmské probační a mediační služby, kteří tuto formu léčby využívají, se nejčastěji léčí se schizofrenií a depresemi. Léčba probíhá formou individuálních sezení, která mohou být buď terapeutická či poradenská. Dále je léčba prováděna hospitalizací klienta na lůžkové části psychiatrického oddělení. Co se týká frekvence návštěv, toto rozhodnutí záleží vždy na psychiatrovi dle psychického stavu klienta. Ke zmírnění abstinčních příznaků předepisují abstinujícím jedincům psychofarmaka.

4.5 Terapeutické komunity

Adresa: Terapeutická komunita, Škola života u sv. Metoděje o.p.s., Lechovice 64,
Lechovice

Terapeutická komunita, Salebra o.s., Travní Dvůr 311, Hrabětice.

V současné době působí na okrese Znojmo terapeutická komunita Salebra v Hraběticích, a to od dubna 2011. Předtím na Znojemsku fungovala terapeutická komunita Škola života u sv. Metoděje v Lechovicích. Tato komunita sídlila v areálu Lechovického zámku v době od r. 2007 do 31. 3. 2011, kdy ukončila svoji činnost z důvodu nedostatku finančních prostředků.

Terapeutická komunita v Lechovicích měla k dispozici velký areál zámeckého parku, který klienti komunity udržovali. V rámci pracovních terapií se dále starali o domácí zvířata, jako byly slepice, kozy a prasata. Terapeutický program byl od jiných komunit rozfázován do tzv. pěti kroků, které v podstatě odpovídaly standardním 4 fázím, viz kapitola 3.8.

Terapeutická komunita v Lechovicích kromě standardního resocializačního pobytu pro závislé na drogách či alkoholu umožňovala svým klientům ve spolupráci s Probační a mediační službou ve Znojmě i výkon trestu obecně prospěšných prací.

Maximální počet klientů komunity byl 15 osob. Nejmladší klient byl ve věku 16 let. Před přijetím všichni klienti podstoupili detoxifikaci. Škola života u sv. Metoděje upřednostňovala klienty ze vzdálenějších měst a obcí České republiky před jedinci ze Znojma. Údajně se jednalo o opatření proti brzkému ukončení léčebného programu Znojemských klientů, neboť okolí komunity dobře znají a nebyl by pro ně velký problém sehnat si drogu a ukojit tak touhu po droze.

Na ukončení činnosti terapeutické komunity Škola života v sv. Metoděje, plynule navázala druhá komunita pod názvem Salebra. Tato komunita převzala klienty z předchozí terapeutické komunity, kteří svůj léčebný program neukončili. Komunita v Hraběticích se nachází na odlehlém místě od obce Hrabětice nazvaném Travní dvůr. Terapeutická komunita Salebra patří mezi registrované sociální služby dle zákona o sociálních službách.

Oproti Lechovické komunitě přijímají i klienty ze Znojma, ale především ty, kteří mohou svůj léčebný pobyt uhradit. Terapeutická komunita Salebra přijímá klienty

od věku 18 let, rovněž po předchozím pobytu na detoxifikační jednotce. Nicméně vždy před přijetím probíhá osobní prohlídka, která je opatřením před přinesením drog do komunity a dále je i prováděn test na omamné a psychotropní látky. V případě, že test vyjde pozitivní, je ze strany komunity spolupráce ukončena. Testy jsou prováděny namátkově, kdykoliv v průběhu léčebného programu.

„Základní prostředky péče jsou skupinové a individuální terapie, pracovní a režimová terapie, výchovná činnost a poradenství.“⁵⁰

Průběh léčby je zde rozdělen do čtyř fází⁵¹:

Nultá fáze (přípravná fáze) trvá 1 měsíc. Je to doba, po kterou se může klient rozmyslet, zda bude pokračovat v léčebném režimu, nebo komunitu opustí. Pro klienta to znamená ujasnění si motivace k léčbě, přijetí pravidel komunity, dbání o osobní hygienu a svůj zdravotní stav.

První fáze (motivační fáze) trvá další 3 měsíce. V této fázi jde o porozumění klientů své závislosti a posilování jejich motivace k léčbě, abstinenci. Program dále spočívá v přijetí autority, respektování ostatních klientů, učení toleranci a spolupráci, nemluvit o drogách a o svých zážitcích na nich.

Druhá fáze (individuální) je na dobu 7 měsíců. V této nejdelší léčebné fázi se klienti připravují na budoucnost, předávají si hodnoty komunity. Program je zde zaměřen na pomoc druhým, zodpovědnost, nevyhýbání se konfrontaci, práci na zlepšení sociálních vztahů, jak s rodinou tak s ostatními blízkými a dále i na abstinenci mimo komunitu.

Třetí fáze (odpoutání), trvá cca 1 měsíc. Tato závěrečná fáze je zaměřena na odpoutání od komunity, klienti si nalézají práci mimo komunitu a začleňují se do běžného způsobu života. Při posledním sezení se skupinou hodnotí klient průběh léčby a komunitu opouští.

⁵⁰ <http://www.salebra-znojmo.cz/terapeuticka-komunita-salebra/>

⁵¹ <http://www.salebra-znojmo.cz/sluzby/prubeh-lecby/>

4.6 Vězeňská služba ČR, Věznice Znojmo

Adresa: Dyjská 4, Znojmo

Znojemská věznice je jedna z mála věznic ČR, která má oddělený sektor pro práci s drogově závislými odsouzenými. Specializované oddělení je zaměřeno pro odsouzené muže, kterým byla soudem nařízena ústavní nebo ambulantní léčba. Maximální kapacita je 22 míst. TOXI oddělení je odděleno od prostoru, kde se nachází ostatní vězni, a to z důvodu, aby spolu nepřišli do kontaktu. Součástí oddělení je terapeutická místnost a místnost pro vychovatele.

Doba pobytu je jeden rok. Tým pracovníků se skládá z psychologů, vychovatelů - terapeutů a sociálních pracovníků. Jednou týdně do věznice přijíždí psychiatr.

Léčebný pobyt je rozdělen do čtyř fází, podobně jako u terapeutické komunity⁵²:

První fáze (adaptační) je zaměřena na získání náhledu a na důvody užívání drog a co je odsouzený schopen udělat pro to, aby se po propuštění z výkonu trestu odnětí svobody zapojil do běžného způsobu života, života bez drog.

Druhá fáze (sebepoznávací) je nazvána sebepoznáním. Odsouzený má poznat sebe sama, své přednosti.

Ve **třetí fázi (léčebná)** je příprava na odmítnutí drogy a na takové chování na svobodě, které bude předcházet relapsu.

Poslední fáze je v podstatě příprava odsouzeného na návrat domů.

Délka pobytu v jednotlivých fázích je na rozhodnutí pracovní-terapeutického týmu.

V případě, že pobyt ve věznici je kratší než jeden rok, je léčba rozvrhnutá tak, aby odsouzený prošel všemi fázemi.

Terapeutický program na TOXI oddělení se skládá z psychoterapie, fyzického zátěžového programu, pracovní terapie, výchovně vzdělávacího programu a sociálně právního poradenství.⁵³ Často se využívá skupinová psychoterapie a různé psychoterapeutické techniky, např. psychodrama, hierarchie potřeb, arteterapie. V případě závažného porušení programu jsou odsouzení sankcionováni, a to formou

⁵² <http://www.vscr.cz/veznice-znojmo-98/o-nas-1638/specializovane-oddeleni-toxi-907/10-let-oddeleni-toxi-z-pohledu-psycholozky>

⁵³ <http://www.vscr.cz/veznice-znojmo-98/o-nas-1638/specializovane-oddeleni-toxi-907/10-let-oddeleni-toxi-z-pohledu-psycholozky>

kázeňských trestů. Za vážné porušení je mj. považováno užití návykové látky. Tato skutečnost je ověřována prováděním pravidelných i namátkových odběrů moči u všech odsouzených na specializovaném oddělení.

Pod vedením sociálních pracovníků jsou v rámci prevence konány besedy na školách a v domovech pro mládež, kde odsouzení sdělují své zkušenosti s drogou. TOXI oddělení spolupracuje se sdružením Podané ruce, kdy zástupci této organizace spolu s vězeňským personálem konají besedy, při kterých se řeší např. chráněné bydlení, získání práce, následná ústavní či ambulantní léčba po propuštění v místě bydliště a prevence relapsu.

4.7 Probační a mediační služba ČR, středisko Znojmo

Adresa: Rudoleckého 14, Znojmo

Probační a mediační služba (dále již PMS) se podílí na prevenci trestné činnosti, která především spočívá v práci s lidmi, kteří již měli co do činění s protiprávním jednáním.

PMS vznikla v roce 2001, a to na základě zák. č. 257/2000 Sb., o Probační a mediační službě ČR. Tato organizační složka spadá pod ministerstvo spravedlnosti ČR. Svoji činnost vykonává se spoluprací s orgány činnými v trestním řízení, resp. na pokyn soudu nebo státního zastupitelství. Dále spolupracuje i s Vězeňskou službou ČR, a to při možném podmíněném propuštění odsouzeného z výkonu trestu odnětí svobody.

PMS se zabývá alternativními tresty, resp. zajišťuje kontrolu výkonu trestů nespojených s odnětím svobody, připravuje podklady pro jejich ukládání a nabízí možnost zprostředkování jednání mezi pachatelem a obětí, které spočívá v urovnání následků trestného činu.

Název instituce se skládá ze dvou slov, probace a mediace.

Probace je organizace a výkon alternativních trestů a opatření. Jedná se o dohled probačního úředníka, zejména u podmíněného odsouzení či podmíněného propuštění s dohledem, obecně prospěšné práce, zákaz vstupu na sportovní, kulturní a jiné společenské akce a trest domácího vězení.

Mediace je mimosoudní urovnání sporu mezi obviněným a obětí, jehož cílem je najít řešení konfliktu spojeného se spáchaným trestným činem. Mediaci lze uskutečnit jedině se souhlasem pachatele a poškozeného. Jednání zvyšuje pravděpodobnost dosažení náhrady škody. Účast na mediaci umožňuje pachateli vyjádřit omluvu, podat své vysvětlení a hledat reálné možnosti zmírnění dopadu trestného činu na oběť.

Tři pilíře PMS ČR⁵⁴:

1. Integrace pachatele – začlenění pachatele do společnosti
2. Participace poškozeného – zapojení oběti do procesu řešení následků trestného činu. PMS poskytuje obětem trestných činů důležité informace o průběhu trestního řízení. Zprostředkování odborné pomoci v případě potřeby a zájmu oběti.
3. Prevence kriminality a ochrana společnosti – efektivní kontrola výkonu trestů a opatření předcházení nebezpečí recidivy.

Jak již bylo uvedeno, Probační a mediační služba pracuje s pachateli trestných činů. Dostává se tak do kontaktu i s klienty, kteří spáchali trestnou činnost pod vlivem návykové látky, či za účelem ji získat. Kromě těchto případů se setkává s jedinci, kteří jsou závislí na návykových látkách a spáchali trestnou činnost jiného charakteru, tzn. ne ve spojitosti s drogou.

Poslední dobou se PMS zaměřila na práci s odsouzenými uživateli drog a na prostředky kontrolovat jejich soudem uložené povinnosti či omezení. Pro ověření možnosti využívat určitých drogových testů v rámci zajištění výkonu probační činnosti, se uskutečnil pilotní projekt. Tento projekt trval od srpna 2007 do května 2010. Pilotní projekt byl rozdělen na dva běhy. V první běhu bylo zapojeno pouze středisko PMS Praha, a to od srpna 2007. Do druhého běhu již byla zapojena i ostatní střediska: Teplice, Chomutov, Český Krumlov, České Budějovice, Jihlava, Znojmo a Jeseník, a to od ledna 2009. Po vyhodnocení tohoto projektu byly drogové testy rozšířeny na ostatní střediska PMS v rámci celé České republiky.

⁵⁴ <https://www.pmscr.cz/o-pms/>

V současné době mají střediska PMS k dispozici slinné a močové testy na zjištění přítomnosti návykových látek nealkoholového typu. Testy detekují opiáty, kanabinoidy, amfetaminy, metamfetaminy, kokain a benzodiazepiny. V případě, že by klient výsledek testu zpochybňoval, mohou probační pracovníci zaslat použitý test (vzorek tekutiny) pro ověření do laboratoře. Pro tyto případy má celá Morava uzavřenou smlouvu s Ústavem soudního lékařství, Fakultní nemocnicí u sv. Anny v Brně.

Probační a mediační služba tímto prostředkem ověřuje soudem uložené povinnosti či omezení klientů, která spočívají ve zdržení se užívání omamných a psychotropních látek, jakož i povinnost podrobit se na výzvu probačního úředníka testu na zjištění přítomnosti těchto látek v těle.

Činnost probačních úředníků nebo asistentů nespočívá pouze ve striktním testování, které jim velice pomáhá při objektivizování posuzování uložených povinností soudem, ale i to otvírá další téma v následné práci s klientem. I když probační úředník či asistent nejsou zpravidla terapeuti, mohou klienta motivovat ke změně jeho způsobu života a odkázat na příslušné odborné instituce.

Díky testování, mohou klienti sami dokázat svoji abstinenci. Pro některé klienty může být samotné testování a vůle řádně splnit podmínky dohledu motivací k abstinování. Především u mladistvých se někdy může jednat i o pomoc rodičům.

Z pohledu dělení prevence lze činnost PMS začlenit do terciární prevence.

V rámci výkonu probačních činností spjatou s uživateli návykových látek, nyní středisko Znojmo spolupracuje s K-centrem Netopeer, Terapeutickou komunitou Salebra, AT Ambulancí a psychiatrickým oddělením při Nemocnici Znojmo. Co se týče výkonu dohledu nad nezletilými či mladistvými delikventy, je zde velice dobrá spolupráce s Městským úřadem, Orgánem sociálně-právní ochrany dětí, a pedagogicko-psychologickou poradnou.

5 Empirická část

5.1 Cíle výzkumu

Výzkum byl zaměřen na zmapování využívání služeb institucí, zabývajících se drogovou problematikou na okrese Znojmo.

Cílem výzkumu, bylo zjištění postojů uživatelů drog k těmto institucím, ale i posouzení celého průběhu spolupráce, zda se jejich představy o činnosti těchto organizací lišily od reality a co si klienti odnesli z jejich spolupráce. Dále pak výzkum spočíval ve zjištění impulzů k léčbě či relapsu.

K naplnění zmíněných cílů výzkumu byly stanoveny následující výzkumné otázky:

1. Jaká byla/je motivace klientů v léčbě?
2. Jak probíhala/probíhá spolupráce s institucí?
3. Jak se klienti o instituci dozvěděli?
4. Co klientům léčba dala?
5. Jak se realita kontaktu s léčbou lišila od jejich představ o léčbě?
6. Jaký byl/je důvod selhání abstinence?

5.2 Použité metody a průběh výzkumu

V empirické části bakalářské práce byla použita metoda kvalitativního výzkumu. Šetření proběhlo formou polostrukturovaného rozhovoru, který byl zaměřen na zjištění využívání služeb institucí, zabývajících se drogovou problematikou, a to především na okrese Znojmo. Rozhovory byly vedeny s uživateli omamných a psychotropních látek, kteří jsou nebo byli klienty zmíněných institucí.

Metoda polostrukturovaného rozhovoru se mi jevila nejvhodnější, a to jak z hlediska specifčnosti výzkumného souboru, tak sledovaného jevu. Vzhledem k tomu, že se šetření týkalo uživatelů návykových látek, a to v oblasti Znojma, bylo sestavování výzkumného souboru poměrně složité, čemuž v konečném důsledku odpovídá i počet respondentů (6 osob). Předpoklad menšího souboru byl zohledněn při přípravě

výzkumu, respektive výběru výzkumné metody (z toho důvodu např. nebyl užit dotazník).

Co se týká dat, jakými jsou názory, postoje, záměry či motivace, je právě rozhovor jednou z nejlépe hodnocených metod. Umožňuje totiž poměrně vysokou interakci mezi tazatelem a dotazovaným, flexibilitu při kladení otázek, umožňuje dovysvětlit kladené otázky a také požadovat dovysvětlení ze strany dotazovaného, a co je pro účely tohoto výzkumu nejpodstatnější, interview umožňuje hlubší pochopení, porozumění prožité zkušenosti.

Před zahájením rozhovoru byli všichni respondenti seznámeni s cílem prováděného výzkumu a ujištěni o anonymitě svých výpovědí. Všechny rozhovory byly se souhlasem respondentů nahrány na diktafon a posléze pro účely analýzy dat přepsány. Místo konání rozhovorů bylo buď středisko Probační a mediační služby ve Znojmě nebo Terapeutická komunita Salebra. Rozhovory probíhaly v období od konce listopadu 2011 do poloviny února 2012, většinou v dopoledních hodinách.

Všichni dotazovaní byli při rozhovorech velice otevření a sdílní. Rozhovor vždy probíhal individuálně a byla snaha, aby nebyl rušen.

Otázky rozhovorů se týkaly dvou oblastí. První část otázek zjišťovala drogovou kariéru klienta, druhá část byla zaměřena na jeho spolupráci s institucemi a motivaci k léčbě, popř. k abstinenci. Počet otázek se lišil dle zkušeností respondentů s léčbou. Základní počet otázek, od kterých se průběh rozhovoru vyvíjel, byl 19. Pro ilustraci jsou tyto otázky uvedeny v příloze této práce (příloha č. 1). Při rozhovoru byly pokládány otevřené otázky, z kterých mohly být vytvořeny otázky nové, z důvodu porozumění sdělení či rozvinutí získaných informací. Délka rozhovorů činila v průměru 30 – 40 minut. Po provedení všech rozhovorů, které byly nahrány na diktafon, následovalo přepsání získaných informací. Rozhovory byly přepisovány celé, přesně tak, jak respondenti odpovídali, včetně jejich slangového vyjadřování. Rozhovory nebyly upravovány do spisovné češtiny. Na ukázkou je v příloze (příloha č. 2) uveden jeden z uskutečněných rozhovorů.

Při analýze přepsaných rozhovorů, byly výpovědi rozděleny do kategorií (témat) odpovídající výzkumným otázkám. Stanoveny tedy byly následující témata: motivace, průběh spolupráce, prvotní informace o instituci, přínos léčby, skutečnost versus představa léčby, relaps. V rámci těchto oblastí pak byly sledovány a analyzovány

ty úseky výpovědí, které se jeví jako významné vzhledem k cíli výzkumu, zohledňovány byly jak prvky společné, tak rozdílné.

5.3 Charakteristika výzkumného vzorku

Do výzkumu se zapojilo šest respondentů, kteří mají společnou jednu věc, a to, že jsou klienty Probační a mediační služby, střediska Znojmo. Tito lidé mají buď soudem nařízenou povinnost či omezení zdržet se užívání omamných a psychotropních látek, anebo jsou bez tohoto omezení, ale je o nich známo, že mají zkušenost s drogou.

Co se týče způsobu výběru výzkumného vzorku, jednalo se o výběr dostupný. Celkový počet respondentů byl ovlivněn především skutečností, že v době konání rozhovorů několik klientů, kteří byli vhodnými adepty do výzkumu, ukončilo spolupráci s Probační a mediační službou. A to jak z důvodu skončení alternativního trestu, nebo vlastním rozhodnutím s Probační a mediační službou již nespolupracovat.

Vzhledem k tomu, že s oslovenými uživateli drog jsem spolupracovala delší dobu, byli všichni svolní k tomuto rozhovoru a velice vstřícní a ochotní na domluvě termínu uskutečnění. Při konání rozhovorů byli více otevření a sdělili i některé informace, o kterých se domnívám, že by je nesdělili neznámému člověku.

V případě výzkumného vzorku se jednalo o spolupráci s terapeutickými komunitami, K-centrem, věznicí a psychiatrickou léčebnou.

Do rozhovoru se zapojili čtyři muži a dvě ženy.

Leona, věk 37 let, 15 let užívala drogy. Zpočátku brala LSD, pak po čtyřech letech přešla na pervitin. Ze začátku užívala pervitin nosem, později nitrožilně. Leona pochází z bohaté rodiny, otec podnikatel. Drogy začala brát z nudy. Rodiče na ni neměli čas a ona měla vždy dostatek peněz. V současné době již 4. rokem abstinuje. Byla závislá jak na pervitinu, tak na alkoholu. Leona má dceru, nyní ve věku 8 let. Před 3 až 4 lety byla dcera soudně svěřena do péče Leoniných rodičů. Nyní spolu bydlí všichni společně v rodinném domě. Leona bude chtít časem zažádat o vrácení rodičovských práv a svěřením své dcery do vlastní péče. V období, kdy užívala návykové látky, se dopustila a byla odsouzena za jízdu motorového vozidla pod vlivem alkoholu, marihuany

a pervitinu, úvěrový podvod, za výrobu a distribuci drog. Leona však sama nikdy drogu nevyrobila.

Erika, věk 42 let, 19 let užívala pervitin nitrožilně. První „lajnu“ pervitinu ji nabídl kolega v práci. Líbilo se jí, jak on vše zvládá přes jeho veškeré pracovní vytížení. V té době pracovala v baru. Poprvé pervitin užívala šňupáním, ale pak hned přešla na injekční aplikaci, to jí bylo 23 let. Naposledy požila drogu v červnu 2011, od té doby do současnosti abstinguje. Léčí se v terapeutické komunitě Salebra. Erika má tři děti, které se od června 2011 nachází v dětském domově, tj. od okamžiku, kdy Eriku zatkl policie za výrobu a distribuci pervitinu. Dále byla v minulosti souzena pro krádež, kterou rovněž spáchala pod vlivem drogy. Návykové látky užívala společně s přítelem, otcem jejích dětí.

Aleš, věk 32 let, 12 let užíval nealkoholové drogy. Poprvé přišel do kontaktu s marihuanou, to mu bylo asi 16 let. Marihuanu kouřil dva roky a pak přestal z vlastního rozhodnutí. S pervitinem začal ve svých 18 letech. Z počátku jej užíval šňupáním, později přešel k nitrožilní aplikaci. K pervitinu se poprvé dostal na diskotéce, kdy byl hodně opilý a někdo mu drogu nabídl za účelem vystřízlivění. Aleše to „nakoplo“ takovým způsobem, že chtěl stále novou dávku. V rámci užívání drog pil v hojné míře i alkohol. Ze závislosti na drogách se léčil asi čtyřikrát až pětkrát. Od roku 2007 do současnosti abstinguje. Aleš se vzhledem k drogám nevyučil, nemá ukončené středoškolské vzdělání, což jej v současné době mrzí. Pod vlivem drog vyhledával konflikty, byl stíhán pro výtržnictví, ublížení na zdraví a dvakrát za loupežné přepadení. Aleš je bezdětný, bez závazku.

Marek, věk 25 let, drogy užíval cca pět let. V 15 letech začal s marihuanou a od svých 18 nebo 19 lety požíval pervitin. Pervitin užíval pouze šňupáním. Poprvé drogu užil před diskotékou na popud kamarádů. Zpočátku byl víkendový uživatel a po roce již pervitin užíval denně. Pervitin kombinoval s marihuanou. Občas tyto drogy zkombinoval s lysohlávkami a alkoholem. Nyní abstinguje pět let. Byl trestně stíhán pro pěstování marihuany a loupežné přepadení, které spáchal pod vlivem drog.

Richard, věk 28 let, 12 let užíval drogy (osm let marihuanu a osm let pervitin). Marihuanu vyzkoušel už na základní škole, to mu bylo 14 let. S pervitinem začal v 16 nebo 17 letech, již první dávka byla aplikována nitrožilně. Richard se s uživateli drog stýkal již od počátku jejich užívání. Má velice málo přátel z prostředí, kde drogy nejsou standardem. V současné době abstínuje dva roky. Richard si těžce shání práci kvůli svému nedostatečnému vzdělání a praxi. Absolvoval pouze rekvalifikační kurz kuchaře. Dalším důvodem nemožnosti sehnat práci byl jeho psychický stav způsobený užíváním drog. Richard nezvládá společnost lidí, má své období depresí, ale přes toto všechno nechce vyhledat odbornou pomoc, údajně to zvládne sám. V souvislosti s užíváním drog byl souzen pro výrobu a distribuci pervitinu.

Vojta, věk 29 let, drogy užíval deset let. S marihuanou, hašišem a lysohlávkami začal na střední škole, kdy mu bylo 16 – 17 let. Od svých 18 let užíval extázi a pak pervitin. Nitrožilně pervitin užíval až v 25 letech, předtím vždy jen šňupáním. Vojta užíval vícero drog, kombinoval marihuanu, lysohlávky, extázi, tripy (LSD), pervitin a alkohol. I když drogy užíval již od střední školy, zvládl vystudovat i vyšší odbornou školu. Důvodem užití drogy byla touha po poznání, získání vlastní zkušenosti s drogou. Se vzniklou závislostí na drogách se Vojta ocitl na ulici, kradl a jednou byl i odsouzen pro loupežné přepadení. Tato poslední věc se stala pod vlivem návykové látky, především pod vlivem alkoholu. Byla to jeho první zkušenost s justicí. V současné době abstínuje tři roky, úspěšně absolvoval terapeutickou komunitu.

5.4 Výsledky výzkumu

Jaká byla/je motivace klientů v léčbě?

U většiny respondentů byla/je největší motivací rodina, u žen to jsou na prvním místě děti.

Leona: „...kdybych to nedodělala, tak naši mě zatratí úplně a dceru v životě nevidím, nikdy. A to se nesmělo stát. To byla taková síla, ta rodina a dcera, to mě hnalo. ... Ta holka je na druhé straně té dlouhé cesty. Pak bude tvoje.“ V podstatě všichni věděli, popř. ví svůj důvod abstinence, ale u Aleše, který měl léčbu nařízenou soudem a podroboval se jí ve výkonu trestu odnětí svobody, se motivace postupně vyvíjela. „Změnila se z té vychcanosti k přemejšlení, kdy opravdu jsem začal si uvědomovat ten problém v hlavě, že kde je, co je a kterou cestou se musím vydat. Takže ze začátku to bylo o tom, dostat se odsad', pak to bylo o tom, co nejlíp si to tam zpříjemnit, takže dělat tam to, co po mě chtějí, a ve finále to bylo o tom, ujasnění, že opravdu mi to dalo víc, než myslím. ...Momentálně je motivace dopracovat se k rejstříku trestu, kterej bude čistej.“

Zajímavé zjištění bylo u Vojty, kde prvotní motivace zpočátku léčby se nevztahovala na rodinu, ale na matku jeho kamaráda. Až později, v průběhu léčby se stala motivací rodina. Při rozhovoru uvedl: „...že na tom detoxu jsem vydržel ani ne kvůli sobě ani rodině nebo kvůli někomu jinému, ale víceméně kvůli té mamince od toho kamaráda. Protože, když jsem tam šel, tak mamka mi říkala, že prostě jestli jí něco provedu nebo uteču, tak neudělám nikomu jinými ostudu než jí...“ V rámci léčby již Vojta motivaci popisoval takto: „Do budoucna rodina. ...vyřešit nějakou tu svoji situaci...začal jsem chápat, že můžu ještě žít, že se dá všechno napravit, že se dá všechno vyřešit. Taký zdravotní stav, když mi kvůli tomu odešly klouby apod. ono celkově, nějaký ten příslib toho zaměstnání u toho bráchy, jo, prostě všechno nahrávalo na to, abych tu léčbu nějakým způsobem dokončil a začal zase normálně žít.“

Podíl na abstinenci má bezpochyby i odsouzení soudem, kdy všichni respondenti měli zkušenost s výkonem trestu či výkonem vazby. Richard uvedl, že jej taky motivuje odsouzení soudem a rodina. V podstatě nezávisle na sobě se Richard a Marek shodovali v tom, že to, co zažili pod vlivem drog, již nechtějí znovu zažít. Např. Marek si nechal

udělat tetování, které mu vždy připomene minulost, a považuje je za výstražné znamení, aby nedělal v životě hlouposti.

Jak probíhala/probíhá spolupráce s institucí?

I když respondenti měli zkušenosti s různými institucemi, tak i přesto se téměř většina shodovala a hodnotila přístup pracovníků kladně. Pouze jeden respondent měl špatnou zkušenost s průběhem léčby, což nese i své následky, které spočívají v rezignaci na pomoc od odborníka, ztráta důvěry i k ostatní institucím či službám pro drogově závislé. Richardova zkušenost s psychiatrickou léčebnou: „Tam byla nepříjemná psychiatrička, která by mi asi nebyla k nápomoci. Spíš mi chtěla předepsat prášky, které jsem samozřejmě odmítl. Já říkám, že to už mi stačí, měl jsem v sobě dost chemie a ještě, aby do mě cpali nějaké léky. ..Byl jsem tam na pár návštěv, paní byla na mě velice nepříjemná, asi ve mně viděla nějakýho feťáka..“

Nejvíce klientům prospěla rezidenční léčba, ať už v terapeutické komunitě či ve vězení. Zde u nich léčba probíhala dle daného denního popř. týdenního programu. Dále byl průběh léčby rozdělen do fází, o kterých již je zmínka v teoretické části.

Nicméně byl zajímavý pohled uživatelů na léčbu na psychiatrickém oddělení. Aleš ji vnímal takhle: „to byla spíš taková zašivárna... vyčistit se, ujasnit si myšlenky, co chci a co nechci.“

Pro Leonu to mělo podobný charakter, který byl ovlivněn jejím partnerským vztahem „Já jsem tam chodila si odpočinout, protože mě mlátil přítel a já jsem neměla jaksi mozek na to, abych odešla. On měl tu drogu, že. Bylo mi jedno, co mi udělá, ale hlavně že mám tu drogu. A tak jsem bydlela u něj. Bylo mi všechno jedno. Do ambulantní jsem chodila se uklidnit a odpočinout. Před bránou jsme si ještě dala (drogu), abych tam vydržela.“

Jak se klienti o instituci dozvěděli?

Většina respondentů se prvotně o odborné pomoci dozvěděla od svých známých, popř. od rodiny. U Eriky spolupráce začala takto „...nechtěla do toho K-centra chodit, ale streeta pro ně dělal můj kamarád, takže k nám chodil na výměnu. Pak jsem tam

jednou přišla a tam mi řekli, že je to anonymní, že to co bude tam se nedostane ven, tak jsem tam zašla chodit.“

Jakmile již zahájili spolupráci s odborníky, ať už s K-centrem či psychiatrickou ambulancí, tak příslušní pracovníci je informovali a dále i pomohli sehnat místo v dalším léčebném zařízení. Většinou se pak jednalo o rezidenční léčbu.

Alešovo sdělení o konci pobytu na psychiatrickém oddělení: „rozhod jsem se pro něco tvrdšího,“ měl na mysli Psychiatrickou léčebnu v Opavě, „Někdo mi to tam zařizoval na té psychiatrii ve Staré Nemocnici.“

Pouze v jednom případě byla konkrétní odborná pomoc hledána pomocí internetu.

Období, kdy klienti odbornou pomoc vyhledali, bylo pro ně velice tíživé. Chtěli přestat s užíváním drogy, ale to pouze tehdy, kdy droga doznívala či byli odříznuti od drogy, např. ve vazbě. V tu danou chvíli si uvědomovali realitu.

Např. Vojta: „...od kamaráda maminka pracovala na detoxu a když jsem šel za ní si třeba půjčit peníze nebo něco, tak mi vykládala, že mi to na tom detoxu domluví a jak to tam probíhá apod. Dokud jsem byl střízlivej, tak ty myšlenky na tu léčbu tam byly, i když jsem si nedokázal představit, jak co budu prožívat, jak ta léčba probíhá a jakmile jsem se opil něco užil, tak prostě nic.“

Richard: „...to mi bylo nějak někým nabídnuto ... to bylo kdy jsem spáchal poslední trestný čin v roce 2009, byl jsem z toho jako dost úplně na dně.“

Co klientům léčba dala?

Až na jednoho, který měl negativní zkušenost s institucí pro drogově závislé, tak ostatní byli spokojeni a často se v jejich odpovědích nacházelo získání náhledu na užívání drogy, jejich život s drogou a nynější bez drog. Léčbou si ujasnili, co od života očekávají, co očekávají od sebe sama. Úspěšně dokončenou léčbou si uvědomili „ztracených“ vztahů s rodinou a blízkými známými.

Tuto skutečnost potvrzuje sdělení Vojty: „Víc si vážím věcí, rodiny, lidí, co fakt za něco stojí. ... Dalo mě to zase možnost teďka žít, kvalitní život s tím, že prostě nějakým způsobem jít nahoru, zlepšovat,... poznat lidi, kteří opravdu nepijou nebo neberou drogy. Nebo takovou jako by odolnost vůči tomu, že když se dostanu do nějaké špatné situace, tak jsem schopen ji řešit, no, relativně v klidu. ...teďka se dívám na věci jinak.“

Aleš: „Dneska vím, že abych prostě žil opravdu tak jak chcu, abych žil, tak prostě jiná možnost není, jo.“ Zde hovoří o abstinenci. „... za to můžu vděčit sezením s lékařem. Já jsem si ujasnil v životě jinou věc, ne nesmíš, já můžu, já můžu všechno co chci, jen si musím ujasnit následky. A takhle to musí být stavěno. Nesmí to být stavěno na tom nesmíš. Když je to stavěný na nesmíš, nikdy to neklapne. Ale pokud je to můžu, co chci, a záleží na mně, čím půjdu dál, tak zase je to úplně o něčem jiným. Člověk se k tomu musí postavit. Člověk musí v léčbě bejt sobec.“

Ne dlouho abstinující Erika vnímá postupné získání náhledu jako semínko abstinence. „zaseli semínko tý abstinence... Protože jak se začnete stýkat s normálníma lidma, který neberou, tak prostě vidíte, co je špatně. Vidíte, .. i když je to podvědomě, tak to semínko tam je a pak každý tam přileje, tam přileje a ono jednou prostě vyroste.“

Ještě zde zmíním úryvek výpovědi od Richarda, který s průběhem léčby nebyl spokojen. „Léčebna nic, ta mě spíš odradila, než pomohla. A myslím si, že ten výkon trestu je pro mě spíš ..., i když jsem tam kus sebe ztratil, protože ten chlad a ta temnota, která tam je, na člověka působí. Ale na druhou stranu jsem si uvědomil, že ty drogy nadále užívat nemám.“

Jak se realita kontaktu s léčbou lišila od jejich představ o léčbě?

Dá se říci, že žádný z probantů neměl představu o průběhu léčby, která by odpovídala realitě.

Téměř většina dotazujících neměla žádnou představu, jak bude spolupráce s institucí probíhat. Pouze jim bylo jasné, že s nimi budou pracovat odborníci, jako jsou sociální pracovníci, terapeuti či lékaři.

Richard: „Nějaké představy jsem asi neměl, spíš jsem čekal, že mi nabídnou něco, ... že prvotní impuls bude jako od nich, že to jsou lidi kvalifikovaní na tuhle problematiku. Neměl jsem nějaký obrázek ani informace o tom, jakým způsobem by mi mohli pomoci, nebo jakým způsobem by to mělo probíhat.“

Na druhou stranu měli tři uživatelé z výzkumu zkreslené představy. Aleš si průběh léčby představoval jako ve filmu „Dobří holuby se vracejí“. Erika to brala spíš jako kontrolu státu „...je to beztak jenom proto, aby nás mapovali“. Leona: „Že tam přijdu a oni mě všechno sami nějak... že já nemusím nic.“

Jaký byl/je důvod selhání abstinence?

Z dotazovaných dva dosud nezrelapsovali. U ostatních byl relaps zapříčiněn opětovným kontaktem s uživateli drog. Bylo zajímavé, že se jednak jednalo o znovu navázaný kontakt drogové společnosti, ale i nudy. Abstinující jedinci sáhli po droze v momentu, kdy si již mysleli, že mají svůj život relativně dobře zařízen, uspořádán. A ve chvíli, kdy se jim naskytlo trávení volného času dle jejich uvážení, opět navázali kontakty se starými známými, uživateli drog, kde již bylo velice těžké odmítnout drogu. Tato skutečnost je především zapříčiněna dlouhodobým užíváním drogy, kdy již uživatelé zapomínají na možnosti trávit svůj volný čas jiným způsobem než užíváním drogy a rovněž i tím, že nemají vztahy lidmi z bezdrogové společnosti.

Aleš: „...jsem odvezl známého a ten to přede mne položil a nakonec jsem si dal. A pak jsem v tom valil až do výkonu trestu“.

Ženy se ve svých výpovědích shodovali, a to jak ve znovu užití drogy z nudy, tak ocitnutím se v „drogové“ společnosti. Erika: „Já už jsem taky nevěděla, co s časem. Pevnou pracovní dobu, peněz docela dost. Najednou nebylo až tak čím se zabývat. Najednou jsem měla všechno tak vybudovaný. Ta kamarádka u mě... takže k tomu byl už jenom krok dát si drogu.“

Leona: „Nuda. Já jsem společenský člověk, nemůžu být sama. A právě jsem byla s lidmi, kteří si krátili čas drogou.“

5.5 Závěr výzkumu

Z výzkumu vyplývá, že spolupráce uživatelů drog s institucemi zabývající se drogovou problematikou, závisí jak na motivaci klientů, tak na přístupu pracovníků těchto institucí.

Ze strany uživatelů, zde byl, respektive musel být, motiv k léčbě a vůle s určitou institucí spolupracovat. Pokud tyto aspekty byly splněny, tak spolupráce naplnila svá očekávání a uživatelům drog pomohla získat náhled na svoji závislost. Dle první výzkumné otázky si lze všimnout, že motivace pro abstinující uživatele měla negativní charakter. Např. nechci přijít o děti, nechci ztratit rodinu či nechci jít do vězení.

Bylo zajímavé, že všichni dotazující měli kolem sebe okolí, které jim pomáhalo. Ať už to byla jejich rodina, známý či sociální pracovníci. V podstatě na léčbu a nalezení motivu abstinence nebyli nikdy sami. Nicméně odhodlání začít se léčit bylo pouze jejich. Respondenti si velice dobře uvědomují, že prvně své abstinenci musí věřit a teprve pak tomu bude věřit i jejich okolí. Byla zde zmínka o podpoře okolí. Ta se především vázala k okolí, které se nachází v tzv. bezdrogové společnosti, a tudíž je zde pro abstinujícího jedince sníženo riziko relapsu. V teoretické části bylo uvedeno, že největší riziko relapsu je pro ty jedince, kteří znají pouze lidi z drogového prostředí, neumí navázat kontakt s lidmi z „čistého“ prostředí. Toto tvrzení se výzkumem potvrdilo, a to i přesto, že respondenti mají kontakty jak s lidmi bez drog (převažovala rodina), tak a i s uživateli drog (kamarádi). Právě kontakt s uživateli drog byl hlavní příčinou znovu požití drogy po určité době abstinence.

V průběhu šetření došlo ke zjištění, že rozhovory nešlo zaměřit pouze na zjištění spolupráce s institucemi zabývající se drogovou problematikou na okrese Znojmo. Tato skutečnost byla zapříčiněna jednak tím, že hodně uživatelů drog se léčí mimo okres svého bydliště, což je způsobeno jak absencí určité instituce či služby pro drogově závislé na okrese Znojmo, nebo i z důvodu, že klienti se při léčbě chtějí naleznout v jiném, pro ně neznámém prostředí, v tzv. čistém prostředí bez drog. Dále bylo zjištěno, že nelze vždy předpokládat, že každý uživatel návykových látek, který se momentálně zdržuje užívání těchto látek, ke své abstinenci využije odbornou pomoc, ať už institucí či služeb pro drogově závislé. Sice o těchto službách mají povědomí, ale nechťejí se na ně obrátit s žádostí o pomoc, někteří v tom nevidí smysl. Častým důvodem bývá jejich přesvědčení, že to zvládnou sami.

Přestože respondenty byli klienti Probační a mediační služby, bylo šetření a následné provedení analýzy dat zaměřeno na instituce, které se primárně zabývají či poskytují služby uživatelům drog, resp. které jsou zaměřeny na léčbu drogově závislých osob.

Ve výzkumném vzorku se však objevili i jedinci, pro které je důvodem pro neužívání návykové látky odsouzení a následně stanovený dohled. Toto jejich rozhodnutí je zapříčiněno obavou ocitnout se opět ve vězení. Lze říci, že některým, kteří měli zkušenost s vězením, tato skutečnost zachránila život.

Tímto výzkumem bylo mj. i nahlédnuto do života několika jedinců užívající drogy, kteří v současné době abstinují.

Závěr

Drogovou problematikou se zabývají různé instituce v oblasti primární, sekundární či terciární oblasti. Jejich náplň práce je buď zcela zaměřena na práci se závislými lidmi, anebo okrajově, kde tato práce je jednou z mnoha náplní jejich činnosti. Nicméně mezi těmito institucemi existuje návaznost a funguje zde vzájemná spolupráce. Pracovníci těchto institucí se setkávají s jedinci, kteří jsou aktuálně závislí na návykových látkách nebo s těmi, kteří se snaží abstinovat. Tito uživatelé pomoc či služby pracovníků pro drogově závislé vyhledají až v době, kdy chtějí docílit nějaké změny v životě, či jsou informováni o možnosti snížení rizik spojených s užíváním návykových látek. Při tomto kontaktu s těmito klienty si málo lidí, kteří se nesetkávají s touto komunitou, uvědomuje, do jakého rizika se pracovníci drogových služeb dostávají, např. je zde zvýšené riziko přenosu žloutenky B, C či viru HIV/AIDS. Někdy laická veřejnost zapomíná na to, že náplní činnosti těchto institucí je rovněž na prvním místě ochrana společnosti. Co se týče klientely institucí zabývajících se drogovou problematikou, tak jsou to jak jedinci páchající trestnou činností dříve či později, nebo ti, na kterých byla páchána trestná činnost, a tuto skutečnost se snaží řešit prostřednictvím užívání drog.

V první části této práce byla snaha zmapovat činnost těchto služeb pro drogově závislé, a to především na okrese Znojmo. V teoretické části byla použita metoda analýza dokumentů, kde byla snaha představit všechny faktory spojené s drogovou problematikou. Dále tak i seznámení s prací určitých institucí jak v rámci České republiky, tak na okrese Znojmo.

V druhé části, empirické, byla použita metoda rozhovoru a její vyhodnocení. Zde jsem oslovila klienty Probační a mediační služby ČR, střediska Znojmo, kteří měli zkušenost s drogou a byli na ni závislí. Počet klientů se odvíjel od aktuálního počtu spolupracujících klientů s touto problematikou. Původní záměr byl oslovit více takových osob. Ten však byl ovlivněn dvěma skutečnostmi. První spočíval v tom, že někteří jedinci v té době přestali spolupracovat s probačním úředníkem, což vedlo k následné „přeměně“ trestu. Druhý vliv spočíval zase v tom, že někteří jedinci v době uskutečnění rozhovorů již přestali být klienty probační služby, a to z důvodu úspěšného ukončení alternativního trestu. Jsem si vědoma, že výzkumný vzorek nelze považovat za všeobecný vzorek, který by představoval všechny uživatele návykových látek, kteří měli zkušenost s institucí pro drogově závislé. Ale na druhou stranu si na základě

zjištěných skutečností lze představit aspoň část jejich života pod vlivem drog, důsledek užívání návykových látek a v neposlední řadě i spolupráci s institucemi pro drogově závislé z pohledu jejich klientů.

Domnívám se, že tato práce může být přínosná pro laickou veřejnost, ale i pro odborníky, které zajímá činnost institucí pro drogově závislé, především na okrese Znojmo. Dále také může seznámit s pohledem dnes již abstinujícího uživatele návykových látek na spolupráci s těmito institucemi.

Resumé

Tato bakalářská práce je zaměřena na drogovou problematiku, především na činnost služeb a institucí pro drogově závislé jedince. Práce je rozdělena do pěti základních kapitol, které se dále člení na jednotlivé podkapitoly. Práce se dělí na část teoretickou a praktickou. Do první části patří první čtyři kapitoly. Poslední kapitola se zabývá empirickým výzkumem, tedy spadá do části praktické. Cílem práce je zmapování institucí zabývajících se drogovou problematikou na okrese Znojmo a dále i zjištění spolupráce a vlivy na ni, z pohledu uživatelů drog.

První dvě kapitoly jsou zaměřeny na základní pojmy v oblasti drogové problematiky. První kapitola objasňuje pojem droga a získání závislosti na ní. Druhá kapitola se již zabývá prevencí, která je spjata s prací institucí zabývajících se touto problematikou.

V dalších dvou kapitolách jsou uvedeny instituce a služby pro drogově závislé jedince. Třetí kapitola seznamuje s těmito institucemi v rámci České republiky, které v současné době působí na poli drogové problematiky. Čtvrtá část se již zaměřuje pouze na seznámení činnosti organizací zabývajících se touto tématikou na okrese Znojmo.

Na poslední dvě kapitoly navazuje praktická část, která je obsažena v páté kapitole. Zde je pomocí metody rozhovorů zjišťován vztah uživatelů návykových látek k institucím pro drogově závislé a ostatní faktory, s tím spojené.

Výsledkem výzkumu bylo zjištěno, že u dotazovaných respondentů je spolupráce ovlivněna jejich motivací k léčbě a přístupem odborných pracovníků. Vliv na spolupráci či léčbu mělo prostředí jedince, a tím i spojené riziko relapsu.

Anotace

V teoretické části je práce zaměřena na seznámení pojmů spjatých s drogovou problematikou, a seznámení služeb pro drogově závislé. Cílem práce je zmapování institucí pro uživatele drog na okrese Znojmo.

Součástí práce je i praktická část, která pomocí metody rozhovorů s uživateli drog, zjišťovala postoj těchto jedinců k institucím zabývajících se drogovou problematikou. Dále pak i motivaci k abstinenci, k léčbě či zjištění důvodu relapsu.

Klíčová slova

Drogy, závislost, abstinence, léčba, prevence, uživatel návykových látek, instituce zabývajících se drogovou problematikou.

Annotation

In the theoretical part, I am introducing the key terminology connected with the drug problematics and also organisations that addicts might use and contact when they need. The main aim of this thesis is to monitor the institutions that help the drug addicts in the Znojmo region.

In the practical part, you can study the dialogues with drug users and their attitude to the institutions that help them. I also deal with their motivation to undergo medical treatment, their motivation to abstinence or with the problematics of relapse.

Key words

Drugs, addiction, abstinence, cure/therapy, prevention, drug addict (user), institutions (organisations) that help drug addicts and deal with the drug problematics.

Literatura a prameny (informační zdroje):

- 1) Zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách, ve znění pozdějších předpisů
- 2) Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů
- 3) Zákon č. 257/2000 Sb., o Probační a mediační službě, ve znění pozdějších předpisů
- 4) HARTL, P., HARTOVÁ, H. *Psychologický slovník*, 2. vyd. Praha: Portál, 2009, ISBN 978-80-7367-569-1
- 5) KALINA, K. A KOL. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. 1. vyd. Praha: FILIA NOVA, 2001, ISBN 80-238-8014-4
- 6) KALINA, K. A KOL. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003, ISBN 80-86734-05-6
- 7) KALINA, K. A KOL. *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003, ISBN 80-86734-05-6
- 8) KALINA, K. A KOL. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008, ISBN 978-80-247-1411-0
- 9) KRAUS, B. *Základy sociální pedagogiky*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008, ISBN 978-80-7367-383-3
- 10) KRAUS, B., SÝKORA, P. *Sociální pedagogika I*, Brno: Institut mezioborových studií Brno, 2009
- 11) MATOUŠEK, O., A KOL. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005, ISBN 80-7367-002-X
- 12) NEVŠÍMAL, P. A KOL. *Terapeutická komunita pro drogově závislé II. - Česká praxe*. 1. vyd. Praha: Cover a typó, 2007, ISBN 978-80-7106-937-9
- 13) NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Alkohol, drogy a vaše děti, Jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat a jak je zvládat*, 4. rozšířené vydání, Praha: BESIP, 1997
- 14) NEŠPOR, K., MÜLLEROVÁ, M. *Jak přestat brát (drogy), Svěpomocná příručka*, 2. vyd. Praha: Sportpropag, 1999
- 15) SOTOLÁŘ, A. A KOL. *Trestná činnost spojená se zneužíváním drog a formy jejího řešení: právní aspekty trestního postihu drogové kriminality, lékařský přístup ke zneužívání drog a možnosti resocializace uživatelů drog*. svazek 65, Praha: Institut vzdělávání ministerstva spravedlnosti České republiky, 2002

- 16) VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*, 2. vyd. Praha: Portál, 2000, ISBN 80-7178-496-6
- 17) *Éthum, Buletin pro sociální prevenci, pomoc a intervenci, Terénní programy pro uživatele drog*, 2002, č. 32.
- 18) *Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 – 2018*, 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2011, ISBN 978-80-7440-045-2.
- 19) *Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů primární prevence užívání návykových látek*, závěrečná verze č. 1. Praha: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy České republiky, 2005.
- 20) *Zaostřeno na drogy, Drogové služby ve vězení: možnosti drogových intervencí a spolupráce neziskových organizací a věznic*, č. 4 (červenec – září 2006) Praha: Úřad vlády České republiky, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2006, ISSN 1214-1089.
- 21) *Zaostřeno na drogy, Taneční drogy: aktuální informace o drogách na taneční scéně*, č. 4 (červenec – srpen 2010) Praha: Úřad vlády České republiky, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2010, ISSN 1214-1089.
- 22) <http://www.drogovaporadna.cz/o-drogach-obecne.html> (19.2.2012)
- 23) <http://www.drogy.cz/pervitin/kap-co-je-krystalicky-metamfetamin.html> (2.12.2011)
- 24) <http://cs.wikipedia.org/wiki/Kokain> (21.2.2012)
- 25) <http://www.drogy.cz/heroin/kap-heroin-co-je-to.html> (2.12.2011)
- 26) <http://www.dropin.cz/o-drogach/152-fentanylcr> (26.2.2012)
- 27) <http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/fentanyl> (26.2.2012)
- 28) <http://www.drogy.cz/extaze/kap-tanec-se-smrti.html> (2.12.2011)
- 29) <http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/mushrooms> (27.2.2012)
- 30) <http://www.drogovaporadna.cz/psychofarmaka/benzodiazepiny.html> (27.2.2012)
- 31) http://www.drogy-info.cz/index.php/pomoc_a_podpora/justice/drogove_sluzby_ve_vezeni (6.3.2012)
- 32) <http://ppp-znojmo.cz/sluzby.html> (11.3.2012)
- 33) <http://ppp-znojmo.cz/prevence.html> (11.3.2012)
- 34) <http://znojmo.charita.cz/charitni-sluzby/klub-coolna> (12.3.2012)
- 35) http://www.streetwork.cz/index.php?option=com_content&task=view&id=183 (12.3.2012)
- 36) http://is.muni.cz/th/221757/pedf_b/bakalarka_B.M..txt (25.3.2012)
- 37) <http://old.lf3.cuni.cz/drogy/articles/lecba.html> (26.3.2012)

- 38) is.jabok.cz/el/JA10/zima2011/.../PTSP-11-08_uzivatele_drog.pptx (29.3.2012)
- 39) http://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/certifikace/Zaostreno_200401_certifikace_web.pdf (30.3.2012)
- 40) <http://www.podaneruce.cz/programy-a-pece/kontakti-centra/kontakti-centrum-netopeer-viceucelova-drogova-sluzba-znojmo/> (30.3.2012)
- 41) <http://www.salebra-znojmo.cz/terapeuticka-komunita-salebra/> (1.4.2012)
- 42) <http://www.salebra-znojmo.cz/sluzby/prubeh-lecby/> (1.4.2012)
- 43) <https://www.pmscr.cz/o-pms/> (1.4.2012)
- 44) <http://www.vscr.cz/veznice-znojmo-98/o-nas-1638/specializovane-oddeleni-toxi-907/10-let-oddeleni-toxi-z-pohledu-psycholozky> (1.4.2012)

Příloha č. 1

Otázky 1 – 6 byla zaměřeny na zmapování drogové „kariéry“ respondenta.

Následující otázky, pod č. 7 – 19, se již orientovaly na spolupráci s institucemi, pohled respondenta na tyto instituce.

Uvedené otázky jsou pouze orientační.

- 1) Kdy jste začal(a) s užíváním drogy?
- 2) Jak dlouho jste užíval(a) či užíváte drogy?
- 3) Jaký byl impuls vzít si poprvé drogu?
- 4) Jakou drogu užíváte či jste užíval(a)?
- 5) Spáchal(a) jste někdy přestupek či trestný čin za účelem získání drogy či pod jejím vlivem? Pokud ano, jaký to mělo dopad, průběh, důsledky.
- 6) Měl(a) či máte zkušenost s nějakou institucí zabývající se drogovou problematikou? Pokud ano, tak jakou?
- 7) Jak jste se dozvěděl(a) o možnostech odborné pomoci?
- 8) Pokusil jste se někdy o dlouhodobou abstinenci (léčbu)?
- 9) Jaká je/byla Vaše motivace abstinovat?
- 10) Jaký byl důvod selhání abstinence, přerušení léčby či jiný důvod ukončení spolupráce?
- 11) Jaký byl impulz k tomu, že jste kontaktoval(a) odbornou pomoc?
- 12) Jak probíhala spolupráce s různými odborníky směřující k léčbě?
- 13) Jak dlouho léčba probíhala a v jakém zařízení?
- 14) Jaké služby těchto institucí jste využíval(a) či využíváte?
- 15) Jaké byly Vaše představy ohledně léčby či služeb institucí?
- 16) Co Vám spolupráce s institucí / institucemi zabývající se drogovou problematikou dala?
- 17) Jak byla ukončena spolupráce?
- 18) Kolikrát jste se léčili ze závislosti?
- 19) V případě, že byste se chtěl(a) léčit, koho byste nejprve kontaktoval(a)?

Příloha č. 2

Rozhovor s Leonou, věk 37 let.

Jak jste dlouho užívala drogy a jaké?

15 let. Brala jsme pervitin, napřed každý týden, o víkendech jako teenager, nosem. Pak nitrožilně.

Jaký byl impuls vzít si poprvé drogu?

Nuda, já mám docela bohaté rodiče, podnikatele. Mamka ani ne, spíš tatka. A neměli na mě čas. A já měla hodně peněz. V tu dobu jsem dělala ve výpočetní technice. Což jsem měla tenkrát, když mi bylo 18 let, 15.000,- Kč. Takže jsme vždy měla dost peněz. A tímto způsobem to začlo.

Spáchala jste někdy přestupek či trestný čin za účelem získání drogy či pod jejím vlivem? Pokud ano, jaký to mělo dopad, průběh, důsledky.

Až čtyři roky pozpátku, až potom. Jinak jsme neměla, nikdy jsem do toho neviděla.

Co se stalo před těmi čtyřmi lety?

To už jsem byla moc závislá a to mi už bylo všechno jedno. Tak jsem řídila auto. Jela jsem pod vlivem, pod vším možným vlivem, alkohol, tráva, pervitin a nabourala jsem. A poškodila jsem majetek, majetek města. Jaký důsledek, to je vlastně ta podmínka (poznámka - podmíněné odsouzení bez dohledu).

Ted' mám podmínku s dohledem, a to bylo pod vlivem drogy. To jsem tenkrát byla pod vlivem, ale moc. A hráli jsme takovou hru, že půjdem do AAA a že si pod cizí identitou, falešnou občanku. ...To byla paní úplně jiná, silnější, černovlasá, já blondýna, úplně chudá, že jsme to já a že chci auto. Ježíš, jak to mohlo projít,...ale neprošlo, to nemohlo. Měla jsem ten dojem. Paní říkala, ano ano sepíšeme to a odešla. Já jsem měla 40 kg, já jsem byla moc tenkrát. Já jsem nepřemýšlela. Přišli dva policajti, „á pojd'te slečno“. Já jsem se začala smát. „Jé to je sranda jenom.“ No, člověk to v té poslední chvíli chce zachránit, ale i tak, když je pod vlivem. Ale stejně mi to bylo jedno.

Byla jste ve vazbě, popř. jak dlouho?

Byla. Já jsem byla ve vazbě hodněkrát. Vlastně jsem měla trestný čin, kdy jsem 2 roky seděla, to je už devět let. To bylo za drogy, za výrobu a za držení. ... Já na to chci zapomenout, to vytěšňuji... Byla jsem 14 dní ve vazbě za výrobu drog a pak jsem šla rovnou do výkonu na dva roky, to bylo před devíti lety.

Měla jste či máte zkušenost s nějakou institucí zabývající se drogovou problematikou? Pokud ano, tak jakou?

Od začátku. Mě to vlastně napadlo, abych přestala, že opravdu potřebuji pomoc. To jsem věděla, že potřebuji pomoc, že sama si nepomůžu. A ani rodina, protože už mě nechtěli vidět. To jsou čtyři roky zpět a něco. No, to jsem si vzala poslední drogu a s tím, že jsme to opravdu sama ukončila, ale zase jsem začala pít. Takže jako v katastrofální míře. Takže jsem asi byla furt na drogách. Na to jsem se odstěhovala do Brna, že tady nemůžu žít, všichni mě tady znali. Jak člověk vystřízliví z té drogy, i když je na tom alkoholu, tak přece jenom něco vidí. Tak jsem se odstěhovala do toho Brna a tam jsem s vědomím stran, že nebudu ani pít, tak jsem tam šla do práce, kterou jsem zase ztratila. Furt jsem pila. Furt jsem pila a to už jsem věděla, že tu pomoc potřebuji. Volala jsem našim, matce, řekla jsem jim, že potřebuji pomoc. Ale ti, že jako neé, ale že mám soud o dceru, že mi ji berou. A v tom je ten impulz. Když jsem na ten soud přijela. Už jsem nebyla pod vlivem té drogy, a mě už to nebylo jedno a tak jsem prostě nesouhlasila s tím odebráním rodičovských práv. Nakonec jsem souhlasila, protože mamka mi to v klidu na chodbě vysvětlila, co to znamená. Že můžu kdykoliv požádat zpátky, ale je to samozřejmě pro ochranu mé dcery. No a odpoledne, po soudu, jsme šly na kafe a tam jsem řekla, jak žiju popravdě. Dřív jsem lhala, vždycky to bylo jako jo, dobrý. Tak jsem to řekla popravdě a mamka řekla: „Pojď, běž k nám, najdeme ti komunitu“. Najdeš si komunitu, ona mi nepomáhala, nikdy mi nepomáhala. Když něco chceš, udělej to sama. „Když něco chceš, tak za tím jdi“, to říkala.

Kolik bylo dceří? Dceří bylo pět – šest. Byl to rok 2009.

Tak mě vzala, což bylo to nejlepší, neboť já jsme žila po squatech a po takových bytech bez elektriky. A být doma to bylo úplně úžasné. Takže jsem se do všeho hrnula.

Bylo takové štěstí, že měli zrovna volno, ta Němčická (poznámka - terapeutická komunita). Oni mají 3 – 4 měsíce čekací dobu a možná i dýl, ale v tu dobu to bylo volný. Tak říkali, že jestli chci, tak mi tam podrží to místo. ... a musíte jít na detox

do Brna. Tak jsem jela. A za deset dnů mě přijala komunita, že tam měli volno.jako kdybych byla v ráji, i když jsem věděla, že to bude hrozné.

Jak to probíhalo v terapeutické komunitě?

Hrůza, příšerný. Nikdy mě nenapadlo odejít, to je pravda. Někteří odcházeli, ale mě to nenapadlo, protože jsem věděla, já jsem vždycky věděla, já jsem z toho chtěla ven, ale nešlo mi to samotné. Tak jsem si říkal, zatni zuby a musíš. Ta holka je na druhé straně té dlouhé cesty. Pak bude tvoje. Byla to důslednost, byly tam sankce za všechna porušení. Za odmlouvání, za nechování se žensky.

Jaká tam byla pravidla?

Co se nesměly porušit, byly tři. Agresivita, ublížení fyzické či psychické. Jako pravidla nebyly žádný. Ráno se vstalo, byla komunita, sezení - co se nám zdálo, jestli má problém někdo. Projednávaly se problémy, atd. terapie.... to bylo dopoledne. Pak byl oběd. Pak byla skupinová terapie. Bylo to úžasné v tom, že tam nemusel psycholog nebo terapeut být, přišlo mi to takové zvláštní, jenom tam prostě seděli. Až v momentě, kdy jsme to potřebovali, tak nás zastavili, ale my jsme se jakoby vychovávali sami. Bylo to dost hustý. Člověk jako z té ulice, mluvil, jak mu huba narostla a navíc jsem se bránila všemi různými způsoby, jenom ne těma ženskýma. To jsem byla jako chlap, hrozný. No každý.

Vy jste byla tak agresivní?

No, byla jsem agresivní, namyšlená jak sviňa, trvalo mi to dva měsíce. Já jsem byla furt někdo, no hrůza. Dodneška s tím mám malý problém, ale chytám to. ...Maminčin vliv teďka, co s nima žiju. ...Řekli, co si myslí. Byli tam chlapy jak hory a holky a prostě všichni mi řekli hned, co si o mně myslí. A bylo těch názorů deset a všechny byly stejné, ale jenom já jsem byla proti. Bylo to tak se mnou celý život. Musela jsem mít svou hlavu a jak jsem dopadla, že. Nikoho jsem neposlouchala nikdy. Tak to bylo takový hustý. Měla jsem tam emoční stres, jeden. Kdy mně bylo hrozně. „Dáme prášky, to dáte. to ses zbláznila, to ani v žádném případě, hezky si to odžij.“ To byl takový impuls se začít chovat jinak. Takový milník v mém životě. I když mi bylo špatně ty tři dny, hlava mě bolela, břicho, no hrozný. Už bych to nechtěla zažít. Tak pak to bylo už dobrý. Já jsem se otevřela. Dlouho jsem se neotvírala, a taky jsem ani nedošla

do druhé fáze. Ano byly tam fáze první, druhá a třetí fáze. Do druhé fáze jsem se nedostala díky tomu, že jsem byla bez chyby. Nešlo mi to. A celá skupina, jsme měli hodně problémy. V naší skupině se málo otvírali, protože když vidíte na těch lidech, že se nechcous otevřít, tak neuděláte taky, samozřejmě, že jo. Když si někdo pusu otevřel, tak potom to byli všichni. Ale s tím se člověk nerad vytahuje, i když to byla komunita. Věděli jsme, že nám pomůžou, že to k tomu patří. Ale říct jim to, že jsem nechávala dceru doma a chodila jsem na pivo a takové bolestivé věci, že jsem ji neměla ráda, že jsem k ní nikdy nic necítila. Až teď když jsem z toho venku, ne teď, ale před tím rokem, tak už je to dobré. Byla jsem emočně vyprahlá, úplně. Nic jsem necítila a ani nechtěla. Taky tam bylo domácí násilí a to jsem se strašně bála. Do dneška, je mi to nepříjemné. Neříkám to. ... no, a když jsem tedy vybuchla a došla řada na mě, ..že byl na mě obrovský nátlak, že už budu muset odejít, že nepřináší nic těm lidem a ani sobě, je to prostě marný. Že se s nimi rozloučím a půjdu, bylo to rozhodnutí terapeutů. Já jsem se bála. Protože kdybych to nedodělala, tak naši mě zatratí úplně a dceru v životě nevidím, nikdy. A to se nesmělo stát. To byla taková síla, ta rodina a dcera, to mě hnalo. ..Já jsem se tam příšerně rozbrečela ...že je to hrozný, zklamala jsem po všech stránkách jako žena, jako matka, jako dcera, jako člověk. Nejradši bych se neviděla. Kdyby tam ty drogy byly v tu chvíli, tak si je dám. Nechcu se vidět... no a už jsem začala. Najednou to bylo úžasný, lidi mě objímali a bylo to takové zvláštní, ... jsem doma jako v ráji. No, pak jsem mluvila furt. Měla jsem i zákaz mluvit (smích) ...a to mi zůstalo. Už mluvím furt. Pomáhá to.

S jakou další institucí jste spolupracovala?

Spolupracuji dodnes, se sdružením Podané ruce. Jsem s nimi v kontaktu. Pojedu za nimi jako bývalý klient. Oni dělají dobrovolnou skupinu, lidi co už neberou a taky, co mají k tomu co říci, co jsme na facebooku. Pojedu do Brna. S komunitou jsem nadále v kontaktu, e-mailem, a přes facebook. Komunitu jsem si našla přes internet.

Kolikrát jste se pokusila o dlouhodobou abstinenci?

Jen jednou a já jsem nechtěla. To jsem odjela do Ameriky s přítelem, to bylo v roce 1998. Rok abstinence a pak jsem zase začala. V té době byly drogy v pohodě. Současné době abstinence trvá čtvrtý. rok.

Je to Vaše nejdelší abstinence? V podstatě druhá abstinence.

Poslední. Nikdy znovu bych nechtěla prožít emoční stres, to je vám špatně samotné ze sebe.

Jaký byl důvod selhání abstinence?

Nuda. Já jsem společenský člověk, nemůžu být sama. A právě jsem byla s lidmi, kteří si krátili čas drogou. Já jsem začala na LSD, pak jsem přešla na pervitin. Čtyři roky LSD.

Jak jste přestoupila z LSD na pervitin?

Já jsem měla hodně peněz. Přišel ke mně ten můj přítel, s kterým jsme byla v Americe, ať mu půjčím peníze, že má dobrou kšeft. Že je potřeby na drogy. Že deset je mojich a že dalších deset vydělám (poznámka: 10.000,- Kč). Tak jsme mu je půjčila. A měla jsem hromadu doma (poznámka - drogy). Bylo to hezký. Že když už jsem na drogách, tak nač to změnit ... jinak už to nešlo, měla jsem drogy neustále doma.

Přerušila jste někdy léčbu?

Jednou. To jsem byla Podcestným Mlýně, ale to mi naši našli, mamka. To byla moje první komunita. Vydržela jsem tam půl dne. Já jsem nechtěla. To bylo z donucení. Bylo to v době, kdy mně vzala malou, ale až po těch dvou letech byl soud o dceru.

Proč jste utekla?

Práce. Když mi řekli, co budu dělat, jak se budu chovat... Ne.... To já nebudu.

Proč jste šla do té druhé komunity, když jste již věděla, jak to bude probíhat?

Byla jsem na tom špatně, že jsme se bála, že umřu.

Jaký byl impulz k tomu, že jste kontaktoval(a) odbornou pomoc?

Dcera a moje rodina.

Nebyl důvod, že jste byla trestně stíhaná?

Ne ne, nikdy na světě..

S jakou institucí jste kromě terapeutické komunity ještě spolupracovala?

Johana Ginterová, Sananim. Je takový prostředník, když feťák zavolá a bude chtít pomoc a tak ona je ta, co.... Ona s vámi mluví v tom telefonu hezky, kdyby nebylo jí a jejího hlasu, to zabarvení. A mluvila se mnou jako s kámoškou. Tak to mě úplně dostalo, řekla jsem si, že tam musím. Ta holka mi chce opravdu pomoc. Musela jsem... sehnat nějaké papíry, to bylo pro mě nad moje síly, trvalo mi to týden. Pak jam napsala životopis na čtyři stránky. To bylo pro mě něco hroznýho. A tak jsem to všechno poslala. Ona mi volala, že tam nemám co dělat, že piju alkohol. V té době jsem drogy nebrala skoro rok. A já říkám, že ne, to já nemůžu, to je prostě závislost jako taková. Já buď' ...(Poznámka: něco v tom smyslu, že se musí vyléčit ze závislosti, ať je jakákoliv, klientka ji měla jak na drogy, tak i na alkohol. Nelegální drogy požila naposledy před čtyřmi lety. V současné době si alkohol – pivo – někdy dá.)

Jak dlouho probíhala léčba a v jakém zařízení?

První komunita trvala půl dne a druhá 14 měsíců.

Jo, předtím jsem měla ambulantní na psychině, na detoxu a tam jsem byla 14krát. Paní primářka mě na poslední návštěvě vyhodila, že to není holubník.

Já jsem tam chodila si odpočinout, protože mě mlátil přítel a já jsem neměla jaksi mozek na to, abych odešla. On měl tu drogu, že. Bylo mi jedno, co mi udělá, ale hlavně že mám tu drogu. A tak jsem bydlela u něj. Bylo mi všechno jedno.

Do ambulantní jsem chodila se uklidnit a odpočinout. Před bránou jsme si ještě dala (poznámka - drogu), abych tam vydržela.

Kde byla ta ambulantní léčba?

Ve Znojmě ve Staré nemocnici. Tam mě znali.

Jak dlouho jste tam byla?

14 dní jsem tam pobyla a 14 dní jsem byla venku. To bylo před tou komunitou a bylo to asi půl roku. Jak mě primářka vyhodila, tak to bylo taky dobrý, protože všichni mi podávali pomocnou ruku a jsem toho využívala. Až pak ty pokusy i moje rodina přestala.

Jak to pobíhalo na té psychiatrické ambulanci ve Znojmě?

Tam jsem jenom ležela, žádný program tam nebyl. Dostala jsem prášky na spaní.

Jaké služby těchto institucí jste využívala či využíváte?

Do komunity jezdím každý rok v létě. Letos jsem tam nebyla, ale příští rok tam rozhodně pojedu, protože si půjdu pro stříbro. Pak je tam i zlato... Všichni tam jezdíjou.

Je to nějaké ocenění?

No spíš je to taková akce. Venku, na trávě. Jsou tam ti stávající, kteří sedí v kruhu a ... já jsem tam taky seděla v tom kruhu a měla jsem pusku otevřenou a viděla jsem ty lidi, co jsou v pořádku, co mají podnikání, bydlí, mají rodiny. A to bylo neuvěřitelné, pro mě. Dostat se tak daleko, kdy ten čas byl prostě nekonečný. ...dneska tam taky tak pojedu a dám těm lidem tu možnost, doufám. Takže se těším. Ale jinak tam můžu kdykoliv přijet.

Jaké jste měla představy ohledně léčby?

To byla častá otázka v komunitě... Že tam přijdu a oni mě všechno sami nějak... že já nemusím nic. Přitom je to úplný opak. Tam člověk musí, musí on... to je prostě úplný opak. To není jak na psychině, kde si lehnete. Tam to z vás spadne trošku, dáte prášek na spaní a nevíte nic. Kdepak, tam je to úplně naopak. Tam musíte do sebe nahlédnout...

Co Vám spolupráce s institucí / institucemi zabývající se drogovou problematikou dala?

Věznice mi nic nedala. V komunitě to bylo úplně něco jiného. Komunita je pro mě jako moje druhá rodina. Jak můžou, že mají tolik sil, jak můžou vydržet s těma feťákama. Ty feťáci, to se nedá, ty byste nejradši zastřelila. Nám se dělalo zle, z nás ze všech. A oni tam s námi byli 24 hodin denně. Tolerovali nás. Byli ticho, měli hrozně moc sil a výdrže a ... to já obdivuju.

Jak byla ukončena spolupráce?

Rituálem. Že něco končí a něco začíná. Začíná od toho rozhodnutím se, a pak přijetím do komunity. To je to nejdůležitější. A další, rozhodnutí je opustit tu komunitu a zde se

dělá ten rituál, obrovský. Zapálí se svícen, je tam takových šest panáčků – je to abstinence, dohoda, důvěra, pokora... Jsou tam i ti, co nekončí, ti sedí dokola. Hraje při tom muzika. Ti co mají rituál, tak ti mají ruce na těch postavách (panáčcích) a mají zavřené oči.. a celý ten průběh.. uvědomění si, co se nám stalo.. všichni mají zavřené oči... a když to končí, tak oni odchází a já odjíždím. To už musíte odjet.

Kolikrát jste se léčila ze závislosti?

Dvakrát.

V případě, že byste se chtěl(a) léčit, koho byste nejprve kontaktoval(a)?

Sananim.