

Analýza životní dráhy drogově závislých klientů

Bc. Petra Zatloukalová DiS.

Diplomová práce
2013

 **Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně**
Fakulta humanitních studií


INSTITUT
MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ BRNO

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Petra ZATLOUKALOVÁ, DiS.**
Osobní číslo: **C11107**
Studijní program: **N 7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor:

Téma práce: **Analýza životní dráhy drogově závislých klientů**

Zásady pro vypracování:

Zadané a zvolené téma bude zpracováno podle pokynů obsažených v materiálu **IMS Metodika psaní odborného textu a výzkum v sociálních vědách (IMS 2009)**. Případně podle dalších materiálů, z nichž některé jsou obsaženy v literatuře připojené k tomuto studijnímu textu. Zejména bude dbáno na dodržování zásad publikační etiky a pravidel společenskovedního výzkumu. Průběžné výsledky práce budou pravidelně konzultovány s vedoucím diplomové práce.

S vědomím těchto zásad a pravidel a po konzultaci s vedoucím bude práce zaměřena:

- na problematiku týkající se psychosociálních aspektů vzniku a rozvoje drogové závislosti
- zaměřím se na základní pojmy a terminologii z oblasti drog
- pokusím se přiblížit individuální případovou spolupráci uživatelů drog v kontaktu s terénním programem
- pokusím se zmapovat životní zkušenosti uživatelů drog

Součástí práce bude sociologický průzkum ve formě narativního (nestrukturovaného) rozhovoru s klienty terénního programu, kterým jsou poskytovány služby pro zlepšení jejich životní situace

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

1. KALINA, Kamil a kolektiv. Základy klinické adiktologie. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN 978-80-247-1411-0
2. MACHALOVÁ, Mária, Biodromálna psychológia. Brno: BonnyPress, 2010. ISBN 978-80-87182-10-9
3. MATOUŠEK, Oldřich a kolektiv. Specifika různých cílových skupin a práce s nimi. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-x.
4. MUHLPACHR, Pavel (ed.). Sociální práce jako životní pomoc. Brno: MSD, spol. s.r.o., ISBN 80-86633-62-4
5. NEŠPOR, Karel. Návykové chování a závislost. Praha: Portál 2007. ISBN 978-7367-267-6.
6. PANČOCHA, Karel. Speciálně pedagogická dimenze závislostního chování, Brno: MSD, spol. s.r.o., 2006. ISBN 80-86633-61-6
7. RHODES, Tim, Terénní práce s uživateli drog, zásady a praxe. Boskovice: Albert 1999. ISBN 80-85834-71-5

Další literatura bude obsažena v Projektu diplomové práce a průběžně doplňována během práce na tomto textu.

Vedoucí diplomové práce:

prof. PhDr. Pavel Mühlpachr, Ph.D.

Katedra sociální pedagogiky

Datum zadání diplomové práce:

30. listopadu 2011

Termín odevzdání diplomové práce:

31. března 2013

V Brně dne 30. listopadu 2011


prof. PhDr. Pavel Mühlpachr, Ph.D.
vedoucí ústavu




PhDr. Miloslav Jůzl, Ph.D.
vedoucí katedry

PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby¹⁾;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3²⁾;
- podle § 60³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

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

.....
Jméno, příjmení studenta

V Brně

.....
Podpis

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

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

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

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

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

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

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

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat náhrady a nepřímých škod, jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

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

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

ABSTRAKT

Práce se zabývá analýzou životní dráhy drogově závislých klientů. Snahou je provést analýzu životní dráhy a zjistit, jak klienti terénního programu na Blanensku subjektivně vnímají svoji životní cestu v kontextu vlastního životního příběhu. Abych měla možnost tuto analýzu provést, vytvořili jsme s klienty čáru života a pomocí narativního rozhovoru jsme rozvíjeli subjektivní pohled na jednotlivé významné události, které se přihodily v období, kdy klienti aktivně užívali omamné a psychotropní látky. Tento příběh dokresluje nejen události, ale zároveň jsme hledali vlastní pojetí definice závislosti a přínos nabízené možnosti konzultací pro reflexi svého životního příběhu a sdílení myšlenek, pocitů, vztahových kontextů a aktuální životní situace. Součástí zobrazení životního příběhu je zkoumání klientských případových studií, kdy se jedná o zachycení složitosti případu, popis jednotlivých událostí, vztahů a jejich celistvosti. Výsledkem analýzy narativních rozhovorů a rozboru případových studií je subjektivní pojetí životního příběhu klientů terénního programu Víceúčelové drogové služby na Blanensku.

Klíčová slova: klient, životní příběh, omamné a psychotropní látky, sociální vztahy, per-
vitin, konzultace.

ABSTRACT

This thesis deals with analysis of the way of life of the drug addictive clients. The aim is to find, how the clients subjectively perceive their way of life. For achieving this aim, we created a line of life and by the narrative interview we developed subjective point of view to partial main events that happened in time of active use of drugs. Also we tried to find their own definition of their addictiveness, and the consequences of our consulting for reflecting their life, for sharing their feelings, ideas, relationship contexts and actual life situation. The part of explaining the way of life is analyzing the differences of the case, description of partial events and relationships. The result of the analysis of the narrative interviews is the subjective point of view of the client's life story of the VDS na Blanensku.

Keywords: client, the way of life, drugs, relationships, pervitin, consultation.

„Lidé zapomněli na tuto pravdu,“ řekla liška. „Ale ty na ni nesmíš zapomenout. Stáváš se navždy zodpovědným za to, cos k sobě připoutal. Jsi zodpovědný za svou růži“.
„Jsem zodpovědný za svou růži“, opakoval malý princ, aby si to zapamatoval.

Chtěla bych tímto poděkovat všem, kteří mi radou pomohli při zpracování mé diplomové práce a především svému vedoucímu panu prof. PhDr. Pavlovi Mühlpachrovi, Ph.D. za odbornou pomoc, vstřícnost a metodické vedení. Ráda bych upřímně poděkovala svojí rodině, kolegům a blízkým přátelům za podporu, pochopení a trpělivost. V neposlední řadě děkuji svým respondentům za jejich otevřené sdílení vlastních životních příběhů.

OBSAH

| | |
|---|-----------|
| ÚVOD | 9 |
| I TEORETICKÁ ČÁST | 10 |
| 1 PSYCHOSOCIÁLNÍ DIMENZE ŽIVOTNÍ DRÁHY | 11 |
| 1.1 BIODROMÁLNÍ PSYCHOLOGIE | 11 |
| 1.2 NARATIVNÍ PŘÍSTUP | 14 |
| 1.3 SOCIÁLNÍ KONSTRUKCIONISMUS | 15 |
| 2 SPECIFIKA PRÁCE S UŽIVATELI DROG | 18 |
| 2.1 TERÉNNÍ SOCIÁLNÍ PRÁCE S UŽIVATELI DROG | 18 |
| 2.2 HARM REDUCTION | 23 |
| 2.3 PORADENSTVÍ UŽIVATELI DROG | 25 |
| 3 TERAPIE ZÁVISLOSTNÍHO CHOVÁNÍ | 27 |
| 3.1 PREVENCE RELAPSU | 28 |
| 3.2 NARATIVNÍ PSYCHOTERAPIE..... | 30 |
| 3.3 TERAPEUTICKÉ KOMUNITY | 32 |
| II PRAKTICKÁ ČÁST | 35 |
| 4 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ | 36 |
| 4.1 SDRUŽENÍ PODANÉ RUCE, O. S. | 36 |
| 4.2 VÍCEÚČELOVÁ DROGOVÁ SLUŽBA NA BLANENSKU | 37 |
| 5 EMPIRICKÁ ČÁST | 50 |
| 5.1 PREZENTACE PŘÍPADOVÝCH STUDIÍ | 51 |
| 5.2 NARATIVNÍ ROZHOVORY | 71 |
| 5.3 SHRNUÍ ZJIŠTĚNÍ ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ..... | 73 |
| 5.4 NÁVRHY A OPATŘENÍ | 78 |
| ZÁVĚR | 80 |
| SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY | 81 |
| SEZNAM GRAFŮ | 84 |
| SEZNAM PŘÍLOH | 85 |

ÚVOD

Tématem, kterým se budu v diplomové práci zabývat, je analýza životní dráhy drogově závislých klientů. Téma jsem si vybrala, protože sama pracuji jako terénní sociální pracovnice v občanském sdružení, které spolupracuje s uživateli omamných a psychotropních látek a jsem v každodenním kontaktu s klienty našeho programu, tudíž mohu ve své práci vycházet z profesních zkušeností. Ve Sdružení Podané ruce, o. s., se snažíme poskytovat kvalitní služby a pomáhat lidem v nepříznivé situaci jejich života. Projekt Víceúčelová drogová služba na Blanensku je terénním programem od roku 1998 (dříve pod občanským sdružením s názvem Ulita a od roku 2006 již pod označením VDS na Blanensku). Cílem služby je zlepšení situace uživatelů drog, prevence infekčních onemocnění a jejich šíření, prevence zhoršení zdravotní, duševní i fyzické a sociální situace apod. Základními metodami práce jsou aktivní vyhledávání klientů, nízký práh při vstupu do služby, motivace ke změně rizikového chování atd. Ochrana integrity klientů je zaručena anonymitou a všechny služby jsou poskytovány dobrovolně a bezplatně. Projekt VDS na Blanensku je realizován na základě přístupu „Harm Reduction“ – snižování rizik a „Public Health“ ochrana veřejného zdraví.

Pátým rokem pracuji v terénním programu a za nejzajímavější považuji poradenskou činnost zaměřenou na mapování drogového problému klientů, reflektování rozvoje jejich závislosti, co bylo podnětem k zneužívání drog, jaká je celková sociální a zdravotní situace klientů a pomocí dialogu se společně pokoušíme přijít na motivaci ke změně životního stylu, jak opustit zaběhlé koleje na drogové scéně. Těmito oblastmi se bude moje práce zabývat. Hlavním výzkumným cílem této diplomové práce je analýza životní dráhy drogově závislých klientů, kdy se pokusím zjistit subjektivní pojetí životní dráhy několika klientů terénního programu realizujícího své služby na Blanensku. Dílčími cíly této diplomové práce je zkoumat: Jaké životní události, které nastaly během drogové kariéry, jsou pro klienty subjektivně významné? Jak klienti subjektivně definují pojem závislosti? Jaký přínos měly pro klienty individuální konzultace v kontextu jejich životní cesty?

Ve většině případů jsme to my pracovníci z terénu, se kterými přichází drogově závislí do kontaktu poprvé, ideálně v něm po určitou dobu setrvají, využívají spektrum nabízených služeb a zároveň se pokusí využít programy návazné sítě – detoxifikaci, ambulantní psychoterapii, léčbu v terapeutické komunitě a podobně.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PSYCHOSOCIÁLNÍ DIMENZE ŽIVOTNÍ DRÁHY

Životní dráha a jednotlivé procesy vývoje člověka tvoří dynamickou složku životního příběhu každého z nás. Životní dráha je úzce propojený řetězec měnících se událostí v různých fázích života od narození až do smrti. Můžeme sledovat různé oblasti životních drah, rodinné, profesní, vztahové, dráhy životního stylu apod. Vzhledem ke zvolenému tématu diplomové práce se především zaměřuji na události, které nastaly v životě uživatelů nealkoholových návykových látek během jejich uživatelské kariéry na drogové scéně.

V první kapitole charakterizují koncepci biodromální psychologie a její pojetí životní dráhy. Následně vymezují narativní přístup a pohled na životní cesty člověka prostřednictvím vyprávění příběhů. Součástí první kapitoly je vymezení modelu sociálního konstrukcionismu a tohoto přístupu ke klientům v sociálních službách, který vychází z postmoderní filosofie a postmoderních sociálně konstrukcionistických teorií.

1.1 Biodromální psychologie

„Každý člověk má svou vlastní cestu a jen skrze ni rozumí cestám jiných lidí“.

(Říčan 2004, s. 382)

Biodromální psychologie se snaží popsat a vysvětlit, jakými mechanismy se výsledky vývoje, které proběhly v jednom stadiu, se dají uplatnit jako zkušenost v dalších životních etapách. Dalo by se říci, že biodromální psychologii můžeme pojmenovat jako „psychologii životní cesty“, cestu životního příběhu jedince. Biodromální psychologie se liší od psychologie vývojové právě z toho důvodu zaměřenosti na celoživotní příběh člověka a vzájemné propojenosti vývojových stadií lidského života. Tento přístup zkoumání, vidí člověka jako iniciátora a spoluvůdce seberealizace v sociálním kontaktu prostředí, ve kterém jedinec žije a vyrůstá. Hlavní představitelkou biodromální psychologie je americká psychologka rakouského původu Charlotte Bühlerová, která se jako jedna z prvních zabývala studiem celého lidského života. (Plhánková 2006) Zformovala biodromální psychologii do věty: „Lidský životní běh jako psychologický problém.“

Na Slovensku se andragogikou a biodromální psychologií zabývá Machalová, Ta biodromální psychologii definuje jako celoživotní vývojovou psychologii, která zkoumá a poznává duševní rozvoj jedince v příběhu jeho životní cesty. Kdy „bios“ rovná se život

a „dromos“ cesta. Machalová životní cestu ukotvuje do tzv. časové osy, která obsahuje jednotku času – minulosti, přítomnosti a budoucnosti, zároveň je indikátorem bytí a člověk vnímá z biologického, psychického a sociálního aspektu. Dle Machalové se dimenze bytí člověka stává realitou v přirozených podmínkách sociálního prostředí. Biodromální koncepce se vymezuje oproti tradiční ontogenezi lidské psychiky, jak je popsána například Václavem Příhodou, kdy je dětství a dospívání považováno za proces vývinu, dospělost jako fáze udržování, stability a stáří za období úpadku. V ontogenetické psychologii tyto období zkoumá vývojová psychologie a psychologie dospělých. Kdy právě psychologii dospělých bývá věnováno méně pozornosti oproti pedopsychologii.

(Machalová 2006) Biodromální psychologie zaujímá celistvý postoj k duševnímu vývoji jedince a k jeho subjektivnímu vnímání vlastní životní cesty.

Charlotte Bühlerová utvořila teorii, ve které pojednává o existenci čtyř základních motivací směřujících k naplnění života. Podle Bühlerové mají tyto tendence v jednotlivých etapách života rozdílný význam:

Uspokojování potřeb – dominuje v dětství

Sebevymezující adaptace – dominuje v adolescenci

Tvořivý vývoj – dominuje v dospělosti (20 – 50 let)

Uchovávaní vnitřního řádu – je důležité v období mezi 50. – 65. rokem života

Uspokojování potřeb a udržování řádu fungují na principu stability, zatímco sebevymezující adaptace a tvůrčí růst obsahují principy změny. K uchování vnitřního řádu přispívají stabilní morální hodnoty, politické a náboženské vyznání a úspěšnost. (Plhánková 2006)

V České republice se biodromální psychologii věnuje především Pavel Říčan, který je jejím hlavním představitelem. Ve své knize „Cesta životem“ rozsáhle popisuje jednotlivá stadia vývoje, životní cesty, která se snaží vytyčit. Nahlíží na ně jako na celek se vzájemným propojením souvislostí, s tématy, která člověka provází průběžně do narození až do smrti. Říčan (2004) se v první části své knihy zabývá otázkou vývoje, kde se nepatrně dotýká jednotlivých teorií vývoje od biologické Darwinovy teorie až po vývoj, který se věnuje duševním proměnám člověka. Právě o duševním vývoji člověka pojednává jeho kniha. Říčan (2004) definuje vývoj jako řadu zákonitých změn, které mají své neměnné pořadí. Míjí tím přirozený vývoj člověka, nikoliv narušený nějakou násilnou událostí, jako

je například traumatizující odloučení dítěte od matky apod. Vývojový proces tím sice neskončí, ale je takovou událostí nepříznivě poznamenán. Vývoj je proces, který má své vzestupné i sestupné stadium. „Vývojový vzestup stejně jako sestup jsou nezvratné procesy. I když v duševním vývoji pozorujeme někdy náznaky návratu, regrese na nižší úroveň, není to nikdy skutečný návrat ke stejné kvalitě a také žádná omlazovací procedura nevede zatím ke skutečnému celkovému omlazení. Vývojový vzestup znamená zdokonalování a obohacování.“ (Říčan, 2004, s. 22) Obvykle se tyto dvě proměnné, tedy vzestup a sestup v duševním vývoji se vzájemně překrývají v čase, kdy každý sestupný proces nemusí být za každou cenu vnímán jako úpadek. Říčan (2004) tento fakt vykresluje na příkladech přirozené ztráty bezprostřednosti a spontaneity u malého dítěte ve prospěch rozvoje větší zodpovědnosti a reflexe svých povinností.

Následně se Říčan (2004) ve své knize věnuje problematice hybných sil. „Biologické, psychologické a sociální hybné síly duševního vývoje se různě kombinují a proplétají.“ (Říčan, 2004, s. 34) Pokud se pozastavíme u vlivu prostředí, měli bychom vzpomenout význam mezilidských vztahů, které se utváří primárně v rodině, následně ve skupině, ty se podílí na formátu společnosti, v níž žijeme. Velmi důležitou součástí vrůstání do společnosti pomocí sociálních vztahů je socializace, díky níž se člověk připravuje na svoje životní role. Socializačním procesům a následně sociálním vztahům se budu věnovat v následujících kapitolách.

Machalová (2006) ve své knize „Psychológia vo vzdelávaní dospelých“ uvádí v souladu s předchozím autorem, že biodromální psychologie zkoumá jednotlivá vývojová období nikoliv izolovaně, ale jako proces a životní cestu člověka s hledáním vlastní identity, osobním rozvojem, konstruováním vlastních snů a vizí. Uvažuje nad dalšími pojmy jako je individualizace, růst, zralost, celoživotní vývin, rozvoj, mezilidské vztahy, komunikace a věnuje se jejich významům. „V biodromálním přístupu k psychickému vývinu je důležitý kontext životní cesty jednotlivce.“ (Machalová, 2006, s. 42) Biodromální psychologie právě výjimečná tím, že exaktně nezkoumá jednotlivé úseky jako je například rané dětství, puberta atd., ale věnuje se zkoumání duševního vývoje jako celku, protože celek je častokrát daleko důležitější než souhrn jeho jednotlivých částí. (Říčan, 2004)

1.2 Narativní přístup

Nyní blíže popíši pojem „životní cesta“ z pohledu narativní psychoterapie. Sarbin (1986) in (Vybíral, Roubal, eds., 2010) Narativní přístup pojednává o cestě příběhu jako možnosti pro porozumění sebe a druhých lidí. Sdílením vlastních příběhů můžeme zachytit vlastní zkušenost, dojít k sebepoznání což může mít pro jedince léčivý efekt. Narativní psychoterapie se věnuje životní cestě příběhem s tím, že poznání nemusí být nikterak vědecké a zároveň byl výzkumnými projekty prokázán jeho pozitivní účinek na duševní i tělesnou kondici jedince. Podobá se životu, zhmotňuje a vyjadřuje to, co člověk zažívá, což rezonuje s vlastní zkušeností. Pro sdílení vlastních prožitků v příbězích jsou potřeba jisté dovednosti, například utvořit příběh do kontextu, dát mu určitou strukturu a především významovost pro vlastní život. Vyprávění příběhů je součástí interpersonálních procesů reflektující významy již od raného dětství, jedná se například o rozvoj empatie, důvěry, vztahování se k druhým, učit se být v kontaktu s vlastními emocemi, komunikovat s druhými apod. Pokud se nám tyto interpersonální strategie daří bezpečně rozvíjet, obvykle za podpory nejbližšího okolí, můžeme tím předejít rozvoji psychopatologických jevů a naopak se máme příležitost lépe orientovat ve svém vnitřním světě i s druhými. Negativní vliv na rozvoj utváření a sdílení příběhů mají traumatické události v životě, které obvykle působí na utváření vlastní identity. Zároveň všechny tyto aspekty nás mohou přivést do terapie, tedy do kontaktu s vlastním prožíváním. (Vybíral, Roubal, eds., 2010)

Terapii rozumíme, jako léčebné činnosti a příležitosti k rekonstrukci negativních stereotypů, odstranění bariér, strachů, úzkostí, traumat a dalších psychopatologií. Psychoterapie je aktivita, při níž dochází ke kvalitativní změně v prožívání, chování ve vztazích a sociálnímu začlenění. „Psychoterapii lze charakterizovat také jako zvláštní formu lidského setkávání psychoterapeuta s druhým člověkem, který o pomoc žádá, zatímco terapeut ji nabízí.“ (Vybíral, Roubal, eds., 2010, s. 30) V současnosti existuje mnoho terapeutických směrů a možností terapeutických postupů ve vztahu a spolupráci s klientem. Vyprávění příběhů v psychoterapii je jedním z těchto směrů a zároveň se narativní přístup využívá v dalších terapeutických směrech, například rodinné terapii, v existenciálně zaměřené terapii apod.

„Narativita je neoddelitelnou součástí psychoterapeutického procesu, neboť ten spočívá ve vyprávění, převyprávění či spoluutváření příběhů. Příběhem se chápe sled událostí, který má začátek, prostředek a konec a který vyjadřuje informaci o sekvenci událostí,

jež zahrnovala jednání člověka nebo skupiny. Obvykle toto jednání souvisí s úmysly a cíli a také něco vyjadřuje o vypravěči či jeho vztazích s okolním světem.“ (Vybíral, Roubal, eds., 2010, s. 564) Narativní přístup také využívá popis příběhů druhých lidí, případně se dotazuje tímto způsobem: „Co myslíte, že by teď řekla Vaše matka, kdyby tu měla možnost s námi sedět?“ Nebo se dají klientovi zpřístupnit reflexe dalších odborníků, kdy klient jen poslouchá zpětnou vazbu někoho, kdo jeho příběh poslouchal a má možnost některé podněty využít a dát jim vlastní význam či naopak klidně všechny slova reflektujícího odmítnout a nedat jim žádnou důležitost. Narativní přístup je také spjat s psaním dopisů, které mohou pomoci zvědomit ztracené aspekty nás samotných, a mohou klientům pomoci vytvořit si „členství v systémech lásky a opory“. (Vybíral, Roubal, eds., 2010)

Sociální interakce s druhými je možností společného konstruování nových realit. „Úkolem terapeuta je podporovat vynoření a rozvíjení preferovaného či bohatšího příběhu a jeho „žítí“ za hranicemi terapeutické místnosti.“ (Vybíral, Roubal, eds., 2010, s. 574) Vše se odehrává v kontextu mezilidských vztahů. Lidský vztah je součástí životního zrání a může být podstatou terapeutické změny v poradenském procesu i v oblasti, jako je terénní sociální práce.

U klientů s problémovým užíváním drog jsem se setkala s využitím narativní terapie inspirované sociálním konstrukcionismem. O tomto konceptu bych ráda pojednala v následující kapitole.

1.3 Sociální konstrukcionismus

Sociální konstrukcionismus vychází z postmoderního konceptu. Sociální konstrukcionismus odkazuje k metodologii a gnoseologii, tedy k tomu jak vzniká lidské poznání. K postmodernímu hnutí se hlásí odborníci z řad sociálních psychologů a komunikačních teoretiků, kteří jsou však namísto teorií diskurzů více zaujati koncepty dialogičnosti formulovanými Gadamerem či Bachtinem, vývojem řeči a jazyka, jak jej popsali například Vološinov a Vygotskij a jazykovými hrami Ludwiga Wittgensteina. Autoři, kteří z těchto konceptů začali utvářet zcela nové směry nazývané například „vztahová verze sociálního konstrukcionismu“ (Shotter, 1993) nebo „vztahové reality“ (Gergen, 2000) měli přímý vliv na praxi pomáhajících profesí – především na oblast rodinné a systemické terapie, která byla už delší dobu kritická vůči individualizujícímu diskurzu moderny. Právě zde je také

místo tzv. kolaborativní terapie (Anderson, 2008; 2009), která se bezprostředně začala přirozeně rozvíjet za hranice toho, co je běžně myšleno psychoterapií a ovlivňovat mnoho dalších oblastí práce s lidmi. (Nepustil, Případové vedení / case management ve světle postmoderního kolaborativního přístupu)

Kolaborativní terapie se sice v určitém smyslu vrátila k jednotlivci, ale ze zcela odlišného úhlu pohledu než tomu bylo v moderní psychoterapii navazující na psychoanalýzu. Člověk přestal být představován jako samostatně stojící individuum s niterným jádrem osobnosti a začal být nahlížen jako osoba ve vztazích, které mají dialogickou povahu. Jinak řečeno, vztahy a vztahové systémy se utvářejí a přetvářejí prostřednictvím jazyka, v jazyce se také konstruují významy, podobně jako v něm vznikají problémy. To, čemu říkáme problém, tedy není něco objektivně zformovaného – v psychice člověka, v dynamice rodiny či jiného systému. Problém se formuje v jazyce, v konverzaci, a tím, jak se tato konverzace rozšiřuje dál a zahrnuje další lidi, se utváří systém, kterému zakladatelé tohoto přístupu Anderson a Goolishian začali říkat problémový (Anderson, 2009).

„Tato perspektiva má vliv na utváření terapeutického systému, který podněcuje kolaborativní vztah mezi terapeutem a klientem, který je méně hierarchický, autoritářský a dualistický a více horizontální, demokratický a rovnocenný. Takový kolaborativní terapeutický systém je podobný partnerství v konverzaci, kde terapeut i klient společně rozhodují, kdo bude jeho členem, společně stanovují hranice a vybírají předmět léčby.“ (Anderson, 2009, s.70)

Tímto způsobem zdůvodňují zastánci kolaborativního přístupu svoji „ne-vědoucí“ pozici, z hlediska které se stává klient expertem na svůj život i na nalezení nejlepších řešení své situace. Terapeut je expert na proces. Jinými slovy, terapeutova odbornost spočívá ve facilitaci dialogického prostoru – v navazování takových vztahů s klienty a vedení rozhovoru takovým způsobem, aby v daném systému mohlo vznikat co nejvíce nových možností pro jednání a aby vzrůstal pocit síly k vlastnímu jednání a k realizaci nových možností. Terapeut/sociální pracovník se tedy snaží o usnadnění dialogické konverzace s transformativním potenciálem, přičemž obsah případné transformace už není jeho hlavní odpovědností – tuto odpovědnost sdílí se všemi účastníky konverzace. Přístup k dialogu spočívající na postmoderních sociálně konstrukcionistických teoriích se rychle začal šířit za hranice terapeutických místností a v současnosti slaví velké úspěchy při využití

v každodenní praxi psychiatrických léčeb (Seikkula, 2008), ve vzdělávání (McNamee, 2007), při politických jednáních (Gergen, Namee, Barrett, 2001) a jinde.

Pro sociální práci není zaměření na širší sociální kontext klienta ničím novým, je to spíše základní charakteristický rys tohoto oboru. Někteří sociální pracovníci se také nepovažují za experty na životní situaci klienta a vnímají se spíše jako jeho průvodci, přičemž v klientovi spatřují především lidskou bytost a snaží se vidět spíše jeho úspěchy než selhání. Nicméně kolaborativní přístup je nabídkou, jak tyto tendence zaštitit srozumitelnou a přiléhavou filozofickou perspektivou a zároveň jak najít společnou řeč s podobně smýšlejícími terapeuty, psychiatry, sociálními pracovníky a dalšími odborníky v kontaktu s klienty. Přímé spolupráci s klienty terénního programu a nabídkou služeb pro uživatele omamných a psychotropních látek se budu zabývat v následující kapitole. V určitém smyslu může také umožnit podívat se z jiného pohledu na dilemata, se kterými se některé oblasti sociální práce dlouhodobě potýkají. (Nepustil, Případové vedení / case management ve světle postmoderního kolaborativního přístupu)

Terapeutické činnosti v oblasti závislostního chování se budu věnovat v další části této práce.

2 SPECIFIKA PRÁCE S UŽIVATELI DROG

V této kapitole mojí diplomové práce se věnuji specifikům spolupráce a konkrétním přístupům, které mohou být realizovány a nabízeny klientům organizací, poskytující služby a péči o uživatele omamných a psychotropních látek. S ohledem na moji profesi terénní sociální pracovnice se zaměřím na charakteristiku a způsob sociální práce, který jsou každodenně využíván klienty terénního programu.

2.1 Terénní sociální práce s uživateli drog

Tento typ realizované sociální práce se zaměřuje na uživatele omamných a psychotropních látek, kteří nejsou obvykle v kontaktu s žádným občanským sdružením, které nabízí vhodné spektrum služeb pro klienty užívající nealkoholové látky. Tito lidé často nevyužívají ani služby odborných zdravotnických zařízení, nebo jiných institucí, což má své konkrétní a především subjektivní důvody. Předpokládám, že se jedná například o absenci vhodné informovanosti nabízených služeb, uživatelé omamných a psychotropních látek často mývají obavy ze stigmatizace a s tím souvisejícího prozrazení drogového užívání, a zároveň se může jednat o předchozí negativní zkušenost s odbornou pomocí. Současně je pro uživatele zátěžovým momentem přiznat především sami sobě, že již své užívání nekontrolují a má negativní dopad na jejich psychickou i fyzickou integritu, což je jedním z aspektů proč odbornou pomoc nevyhledat.

Terénní sociální práce, zprostředkovaná terénními sociálními pracovníky, kteří jsou obvykle zaměstnáni v občanských sdruženích, si klade za cíl, vyjít vstříc potřebám cílové skupiny. Terénní sociální práce je tedy odborná činnost, které můžeme rozumět tak, že se nejedná o způsob poskytované intervence institucemi, kdy je předpoklad, že uživatelé vyhledají nějaký druh pomoci sami. Jedná se o aktivní vyhledávání uživatelů drog v jejich přirozeném prostředí nezávisle na jakékoliv státní instituci. (Rhodes, 1999) Chápejme terénní sociální práci jako soustavnou aktivní činnost, která neočekává, že uživatel začne sám hledat pomoc, z důvodu negativních subjektivních problémů s braním drog nebo pro své zdravotní komplikace, ale sama iniciativně tyto potenciální klienty vyhledává na drogové scéně, aby jim poskytla informace, poradenství i další dostupné služby. Terénní práce může být vnímána také jako příležitost ke změně drogových návyků v době, než uživatel začne žít a užívat rizikovým způsobem, například injekční aplikace drogy apod. (Rhodes, 1999) Služby nabízené prostřednictvím terénní práce jako je kontaktní práce,

informační servis, odborné poradenství aj., vycházející s nízkoprahového přístupu, umožňují péči o uživatele drog v jejich přirozeném prostředí, kdy pracovníci dávají klientům prostor možnosti samostatného řešení sociálních problémů a své klienty provázejí na jejich cestě k příležitosti na změnu. (Bednářová, Pelech, 2003).

Nízkoprahový přístup je nástrojem poskytování služeb umožňující klást minimální nároky na klienta a zároveň otevírá maximální možnou dostupnost poskytovaných služeb v čase a prostoru. Jedná se například o poskytování služeb bezplatně, anonymně, důvěrně, s respektem k aktuální situaci klienta apod. Terénní sociální práce vlastně představuje tzv. práci na ulici, z anglickém jazyce se realizace této činnosti pojmenovává a užívá pod jedním názvem „streetwork“. „Definujeme-li streetwork, míníme specifickou vyhledávací, mobilní terénní sociální práci, která zahrnuje aktuální nízkoprahovou nabídku sociální pomoci uživatelům drog.“ (Matoušek a kol., 2003, s. 169)

Terénní sociální práce s uživateli omamných a psychotropních látek má své konkrétní postupy, fáze, metody, rizika, strategie, techniky, odbornou metodiku, zakotvenou koncepci, legislativu apod. s ohledem na praxi a teoretická východiska. Zároveň v realizaci této činnosti jsou podstatné vztahy mezi klienty a pracovníky. Mám na mysli profesní a zároveň neformální, přátelské vztahy s ohledem na jisté hranice, které jsou s každým klientem při prvním kontaktu vydefinované. Nezanedbatelným aspektem je také snaha o vytváření dobré, tedy pohodové a důvěrné atmosféry, což vše obvykle přispívá k příležitosti pro změnu v jednotlivých životních fázích klienta. Do vztahu mezi klientem a pracovníkem se promítá mnoho skutečností například osobnost a zkušenosti pracovníka, přístup k vykonávané práci, snaha se dále rozvíjet a podobně. U vztahu klienta s pracovníkem je to obdobné, důležitá je snaha o otevřený dialog, vnitřní nastavení klienta, aktuální fyzická i duševní kondice aj.

Terénní sociální pracovník by měl splňovat jisté předpoklady pro výkon této práce, důraz je kladen na profesionální přístup, udržování bezpečných hranic, kreativní a koncepční přístup k realizaci nových myšlenek a zároveň by měl mít dostatečný prostor pro sebereflexi a vzdělávání, neméně důležitá je příležitost odborné individuální i týmové supervize jako prevence syndromu vyhoření a snaha o minimalizaci vysoké fluktuace pracovníků v daném projektu. V uplynulých letech nebylo zvláštností zaměstnávat v drogových programech tzv. „exusery“ což byli stabilizovaní a abstinující bývalí uživatelé drog, dnes se však od této zkušenosti pro bezpečnější vztah mezi pracovníkem a klientem

postupně upouští. Nyní je v praxi běžnější využívat tzv. sekundární výměnu prostřednictvím aktivních uživatelů, aby byl „Harm Reduction“ materiál dostupný i pro uživatele, kteří odmítají být s terénními pracovníky v jakémkoliv kontaktu, výrazně se tím snižuje riziko šíření infekčních onemocnění a dalších negativních dopadů na osobní integritu uživatelů drog. (Kalina, 2003b). Terénní pracovník přichází vybaven svými zkušenostmi, schopnostmi, terénním batohem obsahujícím materiál pro výměnu injekčního materiálu do přirozeného prostředí uživatelů drog na drogovou scénu, ve které platí pravidla, která musí brát pracovník na zřetel a do jisté míry jim přizpůsobit způsob výkonu své práce a formu komunikace, důležitá je forma monitoringu prostředí a fáze navazování prvního kontaktu, tzv. seznamování se. Nezbytné je umět se patřičně vymezit, získat statut pracovníka a předcházet zmatkům a nedopatřením ohledně své identity což znamená, že pracovník není v roli kontrolujícího, informátora pro represivní složky a zároveň ani kamaráda nasedajícího na zaběhlé vzorce chování na scéně, avšak je opět nezbytné, navázat pokud je to jen možné, citlivě a autenticky důvěrný vztah mezi klientem a pracovníkem. V rámci tzv. provkontaktování jsou klientům poskytnuty nezbytné informace o tom kdo pracovník je, jakou práci vykonává a co může nabídnout. Pokud se pracovníkovi podaří navázat důvěrný a respektující vztah s klientem dostává příležitost prostřednictvím kontaktní práce k přirozenému ovlivňování klienta a objevuje se možnost motivovat klienta ke změně, kdy pracovník dále provází klienta v řešení jeho situace a současně akceptuje klientovo vnitřní nastavení, kdy není rozhodnut pro pokus o abstinenci, nebo opakovaně zažívá „relaps“ či recidivu atp. Je tedy nezbytné zvažovat spolu s klientem jeho reálné možnosti.

(Kalina, 2003) „Streetworker může práci s klientem považovat za úspěšně skončenou, podaří-li se mu spolu s klientem vyřešit problém, který byl definován na začátku, nebo podaří-li se mu klienta z ulice doprovodit do pro něj vhodné instituce.“ (Hrdina, Korčišová, In Kalina, 2003b, s. 163) Málodky se však bohužel podaří pracovníkovi projít s klientem a dokončit všechny uvedené fáze. Proto si musí terénní pracovník uvědomit, že pracuje s klienty, u nichž je pravděpodobnost ideální dokončení práce malá. Měl by tedy vnímat každý dílčí výsledek, každé skončení jednotlivých fází jako úspěch. Nakonec hlavním úkolem streetworkera je kontaktování klienta na ulici, takže pokud se mu podaří předat klientům informace, je to důvod k pocitu z dobře odvedené práce. (Hrdina, Korčišová, In Kalina, 2003b)

Terénní sociální práce s uživateli drog reflektuje přístup „Harm Reduction“ což v českém jazyce znamená snižování rizik, vzdělávání o bezpečnějších praktikách při in-

jekčním užívání a přístup „Public Health“ tzv. ochrana veřejného zdraví. Tyto principy si kladou za cíl minimalizovat rizika ať už zdravotní nebo sociální, která jsou spojena s aktivním užíváním drog. Jedná se například o motivaci klientů k bezpečnější aplikaci drog, přerušování sdílení injekčního náčiní, testování na infekční onemocnění jako jsou hepatitidy typu B, C a HIV. Snahou je přecházet rizikům předávkování a dalším zdravotním komplikacím jako jsou infekce, záněty žil, zároveň také sociálním propadům, negativním společenským jevům jako je bezdomovectví, krádeže, předcházení dalšímu závislostnímu chování jako je často vyskytující se fenomén gamblingu a mezi další cíle patří i motivace k léčbě a abstinenci. Nákladovost na intervence a vyměněné injekční stříkačky je ve skutečnosti daleko menší a přijatelnější nežli samotná léčba klienta nakaženého pohlavní či infekční chorobou. Všechny tyto vydefinované cíle a spolupráce s klienty na jejich uskutečňování a mnohé další, jsou elementární činností programů vykonávající terénní sociální práci. Těmto přístupům bych se ráda věnovala v následující části kapitoly.

Nejčastější služby poskytované terénními programy zahrnují výměnu injekčního materiálu, informační servis, poradenský proces pro uživatele a osoby blízké, včasnou intervenci, krizovou intervenci, asistenci do služeb následné odborné péče, základní zdravotní ošetření, sociální práci, testování na infekční choroby, monitorování drogové scény apod. Nyní bych některé tyto složky konkrétněji popsala.

Výměnný program je jedním z nejčastějších výkonů, které probíhají s klientem. Předcházet by mu však vždy měla kontaktní práce – kontraktování – co zde a nyní klient očekává, co služba terénního programu nabízí, jestli jsme si v tom zajedno. Především u klientů, které neznáme, je potřeba se před výměnou injekčního materiálu ujistit, zda klient rozumí, o jakou službu se jedná. Pracovník nabízí klientovi „Harm Reduction“ materiál a informuje ho o účelu a správném použití, bezpečné aplikaci apod. Základní zdravotní tedy „Harm Redution“ materiálem ke snižování rizik při injekčním užívání jsou injekční stříkačky, desinfekční čtverečky, vatové tampóny, masti, filtry, injekční voda, aluminiové fólie, kondomy, vitamínový servis, kontejnery na infekční odpad apod. Čas, který spolu při výměně stráví, je prostorem pro komunikaci a tvoření vzájemného vztahu mezi pracovníkem a klientem. Pracovník tak může lépe získat informace o klientově sociální situaci, zdraví a rizikovém chování, a umožňuje pracovníkovi zmapovat klientovu zakázku. Mezi typické informace, které pracovník sděluje nebo získává od klienta při předávání „Harm Reduction“ materiálu spadají důvody, proč nesdílet a opakovaně nepoužívat injekční mate-

riál a naopak jak zdravotní materiál používat správně, je nezbytné zjistit, jaký materiál vlastně klient zná, jaký používá, informovat i rizicích injekční aplikace apod.

Informační servis je podáván na základě vyjádřeného zájmu klienta. Odpovídá povaze situace, stavu klienta a možnostem pracovníka. Je tematicky zaměřený na bezpečnější užívání drog, bezpečnější pohlavní styk, zdravotní a sociálně-právní poradenství apod. Pracovník může poskytnutí určité informace odmítnout, bude-li v rozporu s jeho přesvědčením o vhodnosti dané informace a její užitečnosti pro klienta. Pracovníci podávají klientům pouze objektivní, ověřené a komplexní informace, určené ke zvýšení standardů užívání a motivaci k abstinenci. Informace pracovník podává na žádost klienta nebo, ve vybraných situacích kdy to uzná za vhodné sám. Součástí poskytnutých informací je i pozitivní alternativa, jak s informacemi nakládat ku prospěchu klienta. Součástí poskytnutí všech typů informací je nabídka služeb terénního programu. Informační servis může mít několik forem jak jej uskutečnit. Jedná se například o osobní sdělení, pomocí literatury (informační letáky, brožury, knihy), odkazy na internetové stránky apod.

Základní zdravotní servis a základní zdravotní ošetření. Jedná se o zákrok prováděný v případě onemocnění nebo poranění bez závislosti na tom, jestli se jedná o ošetření onemocnění či poranění způsobené injekční aplikací drog, včetně neodkladné první pomoci. Dále se jedná o úkony nahrazující laickou domácí péčí (výdej volně dostupných vitamínů, aplikace mastí, obkladů apod.)

Cílem je ošetřit základní poranění a poskytnout nejnutnější pomoc v kombinaci se snahou přimět klienta, aby využil odbornou pomoc lékaře (odkaz na praktické lékaře, chirurgická ambulance).

Individuální poradenství a sociální práce se obvykle zaměřují na řešení aktuálních problémů a zvyšování kompetence klienta tyto problémy řešit. Nejčastějšími tématy jsou motivační práce z hlediska abstinence nebo nástupu do léčby, hledání cest ke zlepšení duševní kondice, sociální práce, případová sociální práce, odkazování a předávání do návazné péče. Sociální práce je zaměřena jak na jednorázovou pomoc, tak i na dlouhodobou případovou práci (tzv. case-management). Zaměřuje se na zlepšení sociální situace klienta a jeho schopnosti řešit běžné sociální problémy. Jedná se zejména o pomoc v oblasti sociálně-právní (např. pomoc při vyřizování sociálních dávek, dokladů, přídavků na děti, pomoc při řešení problémům s bydlením, splátkové kalendáře, zdravotní pojištění apod.), zprostředkování služeb v jiných zařízeních (odkazy a reference), asistenční služba (doprovod

klienta). Hlavními cíli jsou minimalizace sociálních rizik souvisejících s užíváním drog, stabilizace sociálních podmínek klienta pro jeho následnou abstinenci (v ideálním případě) např. v oblasti bydlení, zaměstnání, rodinné zázemí, apod., podpora vlastní aktivity klienta k řešení jeho sociální situace. To podstatné, čím terénní práce disponuje, je její přesahující charakter, její aktivní a vyhledávající pomoc.

2.2 HARM REDUCTION

Neomlouvá užívání návykových látek, ale přiznává, že se to děje, reaguje na tuto skutečnost všemi dostupnými metodami, materiálem a opatřeními, kdy je nezbytné poskytovat informace a rady k minimalizování rizik. Cílem je snižování rizik spojených s bráním nealkoholových látek, kterými jsou ohroženi jak samotní uživatelé drog, tak i jejich blízcí, partneři, kamarádi a také široká veřejnost. Tento přístup se v posledních letech osvědčil jako jediná funkční alternativa a pro uživatele odmítající léčbu, abstinenci a ty, kteří nenavštěvují žádné zařízení. Zjistilo se, že se jedná o nejlépe dostupný a současně uživateli drog akceptovatelný způsob včasné pomoci. Důležitá je příležitost pro změnu, která vede od rizikových rituálů k bezpečnějším vzorcům chování. Hovoříme o pomoci překlenout nelehké období drogového úzu, tedy nesnadného období lidského života s pokud možno co nejmenším duševním, zdravotním a sociálním ohrožením, či devastujícími důsledky na jedince. (Staniček a Hrdina 2007)

Kalina (2003a) uvádí poškození, která se snaží tento přístup minimalizovat. Jsou to infekce, které se šíří sdílením materiálu pro nitrožilní aplikaci drog a nechráněným pohlavním stykem, dále tělesné komplikace spojené s dlouhodobým nitrožilním užíváním látek, často znečištěnými různými příměsemi. Soustavná odborná práce s uživateli drog dle přístupu „Harm Reduction“ se snaží předcházet také předávkování, sociálním propadům, vyloučení ze společnosti a ztrátě lidské důstojnosti.

Přístup „Harm Reduction“ je součástí lidské společnosti, v adiktologické oblasti, tedy v problematice závislostního chování, byl definován až v 80. letech 20. století a to v souvislosti s drogovou problematikou, přesněji s novým přístupem k uživatelům drog. Jedná se o pragmatický přístup k drogové situaci. Místo toho, aby se snažil o absolutní eliminaci drog a jejich zneužívání, snaží se s uživatelem spolupracovat tak, aby důsledky jeho chování byly co nejméně ohrožující. Zaměřuje se tedy především na stabilizaci životního stylu klienta, vede k zodpovědnosti k sobě samému a za své jednání. Klade důraz na

hledání možností včasných intervencí, terapie, léčby, před kriminalizací závislých. (Hrdina, In Kalina, 2003a)

V Evropě se přístup „Harm Reduction“ začal rozvíjet koncem 90. let 20. století, kdy byl přijat jako jeden z pilířů evropské protidrogové politiky. Mezi první země, které tento přístup začaly aplikovat a mají velmi dobře rozvinutý systém péče o drogově závislé, patří Velká Británie, Švýcarsko, Německo a Nizozemí. (Hrdina, In Kalina, 2003a)

Termín „Harm Reduction“ v doslovném překladu znamená „snižování poškození/škod“ a jeho využití odkazuje hlavně na vztah k přístupu a na specifickou oblast nejvíce spojovanou s programy výměny injekčních stříkaček a snahou zastavit šíření infekčních chorob, zejména HIV/AIDS. V dalším pojetí lze tento termín definovat jako soubor praktických strategií, které mají za cíl snižovat negativní dopady užívání drog jak pro jedince tak pro společnost. Strategie respektuje klienty, jejich rozhodnutí užívat drogy, pracuje metodou „tady a teď“ a zaměřuje se na okolnosti užívání. (Kalina a kol., 2008)

Jedním z principů „Harm Reduction“ je hledání alternativ jak snižovat škody napáchané užíváním drog, přijímá, to že lidé drogy užívají rizikově a proto jedním z nabízených zdrojů je výměnný injekční program, realizovaný terénními programy, s dostatečnou dostupností zdravotního materiálu pro bezpečnější aplikaci drog. Jak jsem již zmínila jedním z principů je pragmatičnost tedy akceptace drogového užívání a uvědomění si, že úplné odstranění drog a poptávka po nich není možné. Co se týče abstinence, jedná se často o velmi vzdálený cíl u nemotivovaných klientů a tudíž dalším principem je přijetí a spolupráce na jakékoliv příležitosti ke změně u aktivních uživatelů drog. Přístup „Harm Reduction“ shledává úplnou abstinenci jako jeden z možných výsledků spolupráce s klienty a zároveň přijímá braní drog, jako jistý způsob životního stylu pro který se jejich uživatelé rozhodli. Klade důraz na co nejnížší poškození a na ochranu těchto uživatelů, například před rozvojem závislosti, sociálním propadem i ochranu ostatních jedinců ve společnosti například sběrem pohozených použitých stříkaček na ulici v parcích, testováním uživatelů na infekční onemocnění apod. (Hrdina, In Kalina, 2003a) Dalším principy může být nízko-prahový přístup, princip humanistický, medicínský, politický apod. Přístup „Harm Reduction“ je součástí národní protidrogové politiky ČR, kdy odborovým orgánem je Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky. Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (dále jen „Rada“) je stálým poradním, iniciačním a koordinačním orgánem vlády České republiky v oblasti protidrogové politiky. (Vláda – protidrogová politika [online]).

Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky ve svém Seznamu a definici výkonů drogových služeb definuje individuální poradenství při práci s uživateli drog. Je zde rozlišováno jednak tzv. Obecné poradenství, ve kterém jsou intervence zaměřeny na řešení aktuálních problémů, zvyšování klientových kompetencí, které vedou k tomu, aby byl klient tyto problémy schopen sám řešit. Dalším druhem je tzv. strukturované poradenství s prvky psychoterapie, které probíhá na základě plánu, jež je průběžně monitorován. Cílem je zde pomoci klientovi „*efektivněji jednat a dosahovat svých cílů*“. (Seznam a definice výkonů drogových služeb, 2006, s.25; Vláda – protidrogová politika [online]).

2.3 Poradenství uživateli drog

Jedná se o profesionální poradenství, které je postaveno, nebo se odvíjí ze vztahu a především důvěry mezi pracovníkem a klientem. Čím větší je důvěra tím vyšší může mít hodnotu i schopnost přijetí sdělovaného obsahu. Poradenství často má široký záběr odbornosti od elementární kontaktní práce s motivačními a podporujícími prvky, přes konkrétnější témata zaměřená na oblasti zdravotní, právní, sociální, psychologické až odborné poradenství s terapeutickými prvky. Tato aktivita by obvykle měla vycházet ze zakázky klienta, nikoliv z ambice pracovníka/konzultanta, který může být odborníkem v otázkách drogové problematiky, není však expertem na klientův život. Z tohoto důvodu by měl být rozhovor veden či spíše uskutečňován, zkrátka měl by probíhat s respektem, značnou mírou tolerance k aktuálnímu nastavení klienta a především na partnerské úrovni. Oba účastníky takové dialogu lze považovat za konzultační a sobě rovné partnery. Poradenství s uživateli drog by mělo být nabídkou, pozvánkou ke konverzaci, kterou má klient svobodnou vůli bez podrobného vysvětlování co ho k tomu vede, odmítnout. Poradenství je proces, který otevírá možnosti různých témat, která sám klient do dialogu přináší. Mohou mu pomoci lépe se zorientovat sám v sobě, ve vztazích, situacích, v níž se aktuálně nachází. Mohlo by přispět ke zlepšení klientovi životní situace, upevnění jeho schopností, kompetencí, otevřít nové možnosti jak se na své problémy podívat z nových a úhlů pohledů a nacházet nové významy. Poradenství je nekonečné konstruování a rekonstruování myšlenek formovaných do slov, probíhající v neustálém procesu komunikace. Poradenství je pro klienta přínosné především tehdy pokud on sám najde možnosti jak svoji situaci, která ho trápí řešit s vlastní odpovědností za činy, které se rozhodne nebo naopak nerozhodne vykonat. Vždy je v tomto procesu nezbytné brát ohled na subjektivní prožívání klienta a zá-

roveň poradce by měl být sám se sebou v neustálém kontaktu a využívat svoji reflexi na to, co se v dané situaci odehrává. (Kalina a kol., 2008)

Na poradenský proces můžeme nahlížet či ho přijímat z několika možných perspektiv a čerpat z různých přístupů. Může se jednat o otevřený prostor pro dialog a spolupráci. Poradenství má svoji dialogickou perspektivu, která je inspirována myšlenkami postmoderních filosofů, psychologů a terapeutů. Tento přístup vznikl v severských zemích Evropy a je v praxi využíván při terapeutických konzultacích s klienty užívajícími návykové látky, využívá se v rodinné terapii i psychiatrické praxi s psychotickými pacienty. Postmoderní dialogické přístupy se liší, zaměřují pozornost na jazykové procesy v mezilidských interakcích a na způsoby utváření nového poznání. (Andersen, 1999)

„Poradenství je způsob, jak umožnit rozhodování nebo změnu nebo jak snížit deorientaci.“ (Dryden, 2008, s. 17) Dle Hartla bývá poradenství uskutečňováno nejčastěji prostřednictvím rozhovoru, za užití technik, které slouží ke zjišťování zájmů, schopností a nadání. Poradenství je pak definováno jako *“profesionální vedení jedince s využitím psychologických poznatků.”* (Hartl in Matoušek a kol. 2003b s.86)

Hartl pojmenovává poradenství jako proces utváření vztahu, kdy konzultant, spíše než navrhování samotné řešení klientovi situace, otevírá a nabízí prostor pro hledání klientových vlastních zdrojů a možností pro řešení problému. Tento přístup je v souladu s definicí Britské společnosti pro poradenství a psychoterapii, která poradenství definuje: „Poradce může klientovi pomoci podrobně prozkoumat chování nebo situace, které se ukazují jako problematické a najít oblast, kde by bylo možné pro začátek možné iniciovat změnu. Poradce může klientovi pomoci, aby se podíval na svoje možnosti a rozhodl se pro tu nejlepší z nich.“ (in Dryden, 2008, s. 17)

Poradenství je součástí poskytovaných sociálních služeb a má své právní zakotvení v Zákoně 108/2006 Sb. o sociálních službách, který stanovuje jako samostatný druh služby tzv. Sociální poradenství, do nějž spadá základní sociální poradenství a odborné sociální poradenství. Obě tyto činnosti jsou součástí základní nabídky poskytovaných služeb terénního programu Víceúčelové drogové služby na Blanensku pro klienty projektu. O tomto programu se rozepíši více v empirické části méj diplomové práce.

3 TERAPIE ZÁVISLOSTNÍHO CHOVÁNÍ

Kladu si otázku co je závislost a jaká jsou závislá chování? K závislosti můžeme přistupovat jako k výzvě růstu osobnosti člověka, překonání překážek a zároveň můžeme závislost chápat jako nemoc. Uvědomuji si, že každé chování člověka může vést k závislosti. Například mě bude v období adolescence provázet touha někam patřit, získat přátele, navázat vztahy s vrstevníky. Tím se mohu vystavit riziku trávení veškerého volného času u piva s přáteli, kdy jen těžko rozpoznám, že je ze mě po několika letech každodenní uživatelka alkoholu a jsem lapena do pevně sevřené pasti závislosti, z které je velmi obtížné najít cestu ven. Jen s velkými těžkostmi si budu schopna přiznat, že z nevinné touhy být s druhými je ze mě problémový piják alkoholu s devastujícími důsledky pro jedince samotného i jeho okolí. Dalším příkladem může být touha po kladném hodnocení okolí, být tzv. přijímán druhými, a tak budu kompulzivně utrácet za drahé značkové oblečení apod. Závislost jedince obvykle postihuje na sociální, mentální i fyzické úrovni, je riziková pro okolí a v každém případě je doprovázena ztrátou kontroly nad vlastním jednáním.

Prevence relapsu je jednou z možných strategií jak hledat cestu ke svobodě, od závislosti k nezávislosti. Přístup k problematice závislosti se díky rozvoji humanistických směrů tzv. více polidštil, přiblížil se více člověku. Nedá se již spoléhat jen na medicínský a biologický model léčby závislosti, je potřeba reflektovat propojení lékařských psychologických a sociálních světů v péči o závislého člověka. V následující podkapitole se pokusím nastínit narativní psychoterapii, díky níž dostává klient možnost otevřít své životní cesty pomocí sdělování příběhů. S touto formou konzultací mám možnost se ve své profesi potkat a s klienty zažívat setkání s druhým člověkem v prostoru důvěry, s respektem s příležitostí spoluvytváření vztahu pomocí dialogu a provázení klienta na jeho životní cestě. Zaujalo mne jak je tento přístup mnohotvárný, přizpůsobivý a ohleduplný vůči aktuálnímu nastavení klienta a k tomu jaký příběh ho na jeho cestě v jeho životě provází a jak prostřednictvím takového příběhu může měnit svoji realitu a případně závislostní chování. Terapeutické komunity patří do systému péče o závislé klienty na omamných a psychotropních látkách a představují alternativu léčebných služeb vůči zdravotnickému a psychiatrickému systému. Rozhodla jsem se popsat tento léčebný přístup a prostor pro klienty, protože respektuji tuto filosofii péče a shledávám ji spolu s ambulantní intenzivní psychoterapií za jednu z neefektivnějších.

3.1 Prevence relapsu

Prevence relapsu vychází z kognitivně – behaviorálního přístupu v terapii a tudíž techniky, které můžeme využít, nabídnout klientovi, pro zvládnání a změnu závislostního chování řadíme mezi terapeutické postupy. Nejedná se o léčebnou proceduru, kdy lékař stanovuje diagnózu, doporučí plán léčby a napíše medikaci, ale v prevenci relapsu je důležitá spoluúčast a vztah mezi klientem, v našem případě uživatelem omamných a psychotropních látek a pracovníkem, který má určité předpoklady pro pomoc klientovi měnit své závislostní zvyky a chování. Prevence relapsu se zaměřuje na proces změny, který prožívají klienti snažící se o změnu životního stylu, zabývá se edukací klienta apod., nevytváří jen nárok na úplnou a okamžitou abstinenci. (Kalina 2008)

Termín prevence relapsu definoval profesor psychologie Gordon Alan Marlatt, který se věnoval problematice závislostí a návykového chování. Vedl výzkum v oblastech „Harm Reduction“, krátkých intervencí a prevenci relapsu. Jde o širokou škálu terapeutických strategií přecházení relapsu v léčbě návykového chování.

Kalina (2008) relaps popisuje jako opětovné užití drogy. Kuda (2003) pro termín relaps užívá termín uklouznutí, kdy se nejedná o recidivu. Recidivou rozumíme návrat k opakovanému a dlouhodobému užívání. Relaps je obvykle reakce na tzv. carving neboli bažení, obvykle neuvědomované puzení po opětovném užití drogy během období abstinence. Relaps neboli užití drogy je úzce spjato s nevyváženým životním stylem abstinujícího klienta, s jeho vnitřním nastavením a s rizikovými situacemi, kterým je jedinec vystaven.

Důvody pro relaps mohou mít sociální charakter týkající se konfliktů v rodině, na pracovišti, partnerské neshody, neočekávané rodinné události atd., zároveň to mohou být vnitřní tzv. intrapersonální příčiny jako je neklid, nejistota, frustrace, úzkost, vztek. Mezi časté příčiny porušení abstinence můžeme zařadit riziková setkání s prodejci drog, kteří nám je nabízí, známá místa kde si uživatel drogu aplikoval, změny počastí, roční období, nebo společenské události, kde se drogy užívají. Jestliže u abstinujícího klienta nastanou výše zmíněné situace a on nemá zažitý ochranný scénář, podpůrné mechanismy vlastní pomoci, neví jak těmto rizikovým situacím předcházet, jak se ochránit a vyhnout se relapsu, obvykle se dostaví selhání a klient drogu užije. V tomto případě hovoříme o syndromu porušení abstinence, což se projevuje negativními pocity, výčitkami, stresem ze selhání, zmaření úsilí a v této chvíli je nezbytné, aby uživatel získal náhled na svoji situaci a užívání zastavil. „*Kognitivně behaviorální model relapsu nahlíží na jednorázové užití drogy*

jako na křižovatku mezi dvěma směry: jeden je přímou cestou k původnímu závislému chování, ale druhý míří k pozitivním změnám. Spíše než jako indikátor selhání můžeme užití drogy po období abstinence brát více optimisticky, jako „vyzývající omyl“, jako příležitost k novému učení“ (Kalina, 2008, s. 213) Pomocí nácviku prevence relapsu má klient příležitost naučit se rozpoznat rizikové situace, uvědomovat si léčebný proces zvládnutí, učení se odmítnutí a zažít si strategii, jak se vyhnout ohrožujícím situacím. Velmi důležité je si craving přiznat a rozpoznat ho.

Craving jak jsem již uvedla, představuje zásadní riziko vedoucí k porušení abstinence, k relapsu. Craving bývá spouštěčem relapsu, jedná se o silné puzení, nebo touhu, chuť aplikovat si drogu a znovu zažít ten pocit být pod vlivem návykové látky. Mezi subjektivní pocity bažení po droze uživatelé uvádějí vzpomínky na intoxikaci, vzrušení, neklid, chvění, svírání žaludku a podobně. „Craving je obvykle součástí každého procesu abstinence. Kuda (2003a) pokládá carving za „hybnou sílu“ procesu relapsu, upozorňuje však, že carving v různé intenzitě zažívá, naprostá většina závislých, a přesto u nich k relapsu nemusí vždy dojít.“ (Kalina, 2008, s. 211) Pro zvládnutí carvingu je důležité, aby se klient naučil porozumět vlastním emocím, rozpoznávat co potřebuje, uvědomoval si své chování a prožívání, jednoduše řečeno aby si všiml co se s ním děje a jaké situace bažení po droze vyvolávají. Během terapie a zodpovědné abstinence klient získává na tyto situace náhled a učí se psychologickým strategiím zvládnutí carvingu. (Kalina 2008)

Jak tedy úspěšně využívat techniky a strategie pro udržování změny zvyků a co prevence relapsu znamená pro klienta? Předně je nezbytné získat výbavu dovedností, naučit se předcházet uklouznutí, nastavit si konkrétní, uskutečnitelné cíle a mít snahu vyhnout se rizikovým situacím, aby klient předešel opětovnému užívání drog. Jak jsem již výše zmínila klíčovým prvkem je změna životního stylu. Model změny životního stylu implementuje dva aspekty: uvědomění a zvládnutí rizikových situací, neméně důležité jsou i další postupy, které může klient se svým terapeutem zkoušet, jedná se o zvýšení vhledu, nácvik dovedností sebekontroly, zvažování krátkodobých a dlouhodobých pozitivních důsledků rozhodnutí, reflexe spouštěčů chutí, nácvik relapsu a odmítnutí apod. Prevenci relapsu tvoří rozmanité spektrum metod jak podpořit klienta v abstinenci, jednou z nich může být například zvědomování psychologických pastí zahrnující tzv. zdánlivě irelevantních rozhodnutí. Klienti mohou pravidelně psát deníky chutí, trénovat reakce na vysoce rizikové situace, pracovat s emocemi, imaginacemi, docházet na skupinová setkávání s ostatními absti-

nujícími uživateli, absolvovat individuální psychotherapeutická sezení, při kterých se model prevence relapsu využívá. (Wanigaratne, a kol., 2000)

Relaps je neúspěch při abstinenci a udržení změny, kdy klient nezvládne rizikovou situaci, nereflkuje vlastní pocity a co se aktuálně v jeho životě děje. Užije drogu opakovaně a poté opět hledá cestu k udržení změny, současně však získal zkušenost s životem bez drog a co ho doprovází. Často již zažil relapsovou epizodu, a zároveň má příležitost opakovaně nacházet upevnění a rovnováhu životního stylu. Vyrovnaný životní styl, jak je popisován v prevenci relapsu hledá rovnováhu mezi stresovými faktory se kterými se každý jedinec ve svém životě setkává a prostředky pro vyhýbání se stresu a jeho zvládnání. Zařazuje do vhodných strategií pro změnu stanovování dosažitelných cílů, hodnotový systém a takové činnosti, které budou příjemné a umožní klientovi šanci na změnu. V prvotní fázi je nejdůležitější pomoci klientovi se sociálně stabilizovat, vyřídit si elementární životní potřeby, znovuobnovit vztahy, které pro něj nebudou ohrožující a zařadit se do společnosti. *„Pozitivní změny životního stylu často zahrnují i překonání počátečních potíží, jako jsou nuda nebo fyzické nepohodlí kvůli dosažení dlouhodobějšího užitku. Kvůli aspektu zpožděného potěšení je důležité pomoci klientům, aby byli schopni překonat úvodní rezistenci, dokud chování nezačne přinášet výsledky.“* (Wanigaratne, a kol., 2000, s. 98) Předpokládám, že způsob životního stylu drogově závislých klientů bude součástí narativního rozhovoru výzkumné části této diplomové práce.

3.2 Narativní psychoterapie

Narativní terapie vychází ze sociálního konstrukcionismu, což je jeden s postmoderních přístupů o kterém jsem pojednávala v první kapitole. Jen pro připomenutí, sociální konstrukcionismus se zabývá komunikačním jazykem, tím jak lidé mezi sebou vedou dialogy, jak hovoří sami k sobě, jak spolu konstruují a vytváří realitu během sdílení v komunikaci prostřednictvím jazyka, tím spoluutváří vztahy, subjektivní porozumění světu, rozvíjí vlastní identity a hledání životních cest. Tyto cesty se také otevírají pomocí sdělování si příběhů. Narativní terapie se začala rozvíjet koncem 80. let minulého století a zároveň reflektuje historii vývoje člověka, který měl vždy potřebu hledat odpovědi na otázky o tom, jaký život žije, kým je, jaké je jeho životní poslání atd. Porozumění těmto existenciálním otázkám bylo možné hledat v příbězích jejich vyprávěním, nasloucháním a znovu převyprávěním někomu jinému. Dobře si vzpomínám na vlastní dětství, kdy mi můj dědeček vyprávěl příběhy o broučcích z knihy Jana Karafiáta a jaké porozumění jsem díky

jeho slovům získávala k přírodě, ročním obdobím a jak hluboce se do mne tyto sdělené příběhy vyryly. Pomáhaly mi utvářet vlastní realitu a identitu, cítím, jaké emoce moje vzpomínky vyvolávají, a především, jak tyto příběhy dokázaly upevnit ryzí vztah a blízkost mezi námi, dvěma lidmi. „*Emoční zkušenost neovlivňuje jen aktuální konstrukce, proměňuje také konstrukce vlastní minulosti.*“ (Gjuričová, Kubička, 2009, s. 31)

„*Ve vztazích si neustále konstruuje jeden druhého, případně vytváříme si o sobě navzájem představy, podle kterých jednáme.*“ (Gjuričová, Kubička, 2009, s. 31) Tento přístup v terapeutických konzultacích zde zmiňuji a nabízím z prostého důvodu. Často v rozhovorech s klienty dostávám příležitost nahlédnout do jejich soukromí, jejich intimity a snažím se pochopit jejich životní styl, co právě zažívají, jak se jejich rozhodnutí a volby mění. Bylo pro mne nezbytné hledat možnosti jak s klienty jejich slova sdílet, a proto jsem i já hledala svoji profesní cestu, jak načerpat background zkušeností. Snažím se klientům naslouchat a být s nimi v kontaktu. Čas od času mám možnost opatrně nabízet klientům vlastní porozumění jejich příběhům a otevírat nové možnosti náhledu pro realitu, ve které se aktuálně nacházejí.

Díky narativní terapii jsem poznala možnost reflektujícího přístupu, který popisuje norský terapeut Tom Andersen a zároveň mne zaujala neexpertní pozice tzv. „sladké nevědění“. Tím, že se pracovník nestaví do role experta na klientův život, ale vše nechává plně v kompetenci svého konzultačního partnera, se zabývají ve svých publikacích postmoderní autoři Harlene Andersonová a Harryh Goolishian. Rozhodla jsem se jít cestou těchto kolaborativních a postmoderních myšlenek, souzním s nimi. Chtěla bych zde uvést rozdíl v narativní terapii a kolaborativním přístupem. Jedná se o odlišný vztah a aktivitu mezi klientem a terapeutem, kdy v narativním přístupu jsou terapeuti daleko aktivnější a klienta příběhem provází. Společné však mají mnoho, co se v praxi vzájemně propojuje. Ráda bych také zmínila, že aby se příběh mohl rozvíjet a vytvářet, je potřeba, aby se terapeut naučil pokládat vhodné tzv. nevědoucí otázky, které vnáší pro klienta nové příležitosti k vlastnímu porozumění. Tím, že se bude terapeut klienta doptávat na nová hlediska příběhu, nabízí se klientovi prostor pro otevírání nových neobjevených realit a klient jejich aspekty může prozkoumávat jinak, než tomu bylo doposud.

„*Narativní terapie pomáhá objevovat trhliny v optice beznaděje, vybavovat vzpomínky, které se této optice přičí, zapomenuté minulé vyjímky, kdy neúspěch nebyl dokonalý, narativní terapie umožňuje setkat se s nimi už tím, že si je představíme. V každém případě*

si lze takové „zářivé okamžiky“ (M. White) představit a touto představou se s nimi setkat. Tím, že začínáme vlastními slovy vyjadřovat jinou možnou podobu svého života, kterému dáváme přednost, jej svým způsobem začínáme uskutečňovat, dáváme mu narativní realitu“ (Gjuričová, Kubička, 2009, s. 33)

Důležitým poznatkem je, že pomocí vyprávění příběhů se vzpomínky utvářejí, nevybavují se a nezbytné je pochopit jak je příběh důležitý pro klienta který ho vypráví. Klient, jež svůj příběh vypráví má možnost se vymanit z negativních diskursů a osvobodit se z jejich vlivů. Jako příklad bych uvedla, že i závislost je jen nálepka, kterou můžeme pojmenovávat to, jak klient aktuálně jedná a že užívá návykové látky, ale za tímto obrazem je životní cesta a příběh, který někde začal ať je to odmítnutím vlastních rodičů, vrstevníků, touhou někam patřit, duševními zraněními, traumaty apod., důvody mohou být různé, díky konstrukci příběhů má klient možnost těmto důvodům porozumět, vymezit se z nich a osvobodit se od jejich doposud rigidních dopadů. (Gjuričová, Kubička, 2009)

3.3 Terapeutické komunity

V souvislosti s problematikou terapeutických komunit mě napadají otázky typu pro jakého klienta je tento systém péče vhodný? Co vlastně klient očekává, co zažívá, když stojí před vstupem do dlouhodobého léčebného a intenzivně terapeutického procesu s druhými lidmi? Jaká životní událost ho přiměla rozhodnout se pro tento typ léčby? Zda je komunita schopna klientovi péči poskytnout, naplnit jeho očekávání a doprovodit jej, na pevný břeh životního příběhu, kam dle mého názoru závislost, drogy, rizikové vztahy, duševní zranění, život na ulici, trestná činnost, zdravotní komplikace atd. nepatří. „Podle Kratochvíla (1979, in Kalina, 2008) je terapeutická komunita (dále TK) zvláštní formou intenzivní skupinové psychoterapie, kde klienti, většinou různého věku, pohlaví a vzdělání, spolu určitou dobu žijí a kromě skupinových sezení sdílejí další společný program s pracovní a jinou různorodou činností, což umožňuje, aby do tohoto malého modelu společnosti promítali problémy ze svého vlastního života, zejména své vztahy k lidem.“ (Kalina, 2008, s. 17)

První terapeutická komunita pro uživatele omamných a psychotropních látek v České republice byla založena v roce 1991 občanských sdružením SANANIM. V současnosti je těchto zařízení na území ČR několik a některé z nich jsou zaměřené na specifickou cílovou skupinu např. mladistvé uživatele návykových látek, klienty s duálními

diagnózami, pro matky uživatelky aj. Terapeutická komunita a její klienti jsou společenským poměrně uzavřeným skupinám, s jasným terapeutickým konceptem, strukturou a pravidly fungování. Zájemci o léčbu v komunitě musí absolvovat léčbu na detoxifikačním oddělení psychiatrické kliniky, a zaslat žádost s osobním životopisem zaměřeným na drogovou kariéru. Podmínky pro vstup do komunity jsou minimální. (Kalina, 2008)

Nejčastější metody léčby v terapeutické komunitě jsou skupinová sezení, modelové situace umožňující změnu maladaptivních stereotypů chování, vztahování se k druhým, prožívání a zároveň jsou součástí léčebného procesu pracovní terapie, kdy se klienti podílejí na společném chodu komunity, pracují v kuchyni, dílnách, starají se o zvířata apod. Základním materiálem terapie je jiný způsob bytí s druhými, kdy se klienti a personál denně setkávají, řeší společně nastavení, řízení, spolupodílí se na organizování a chodu komunity a získávají nové zkušenosti osobní odpovědnosti. Procesy v komunitě se neustále reflektují což má vliv na změnu vztahů v komunitě, vztahování se k sobě samému i k okolnímu světu. Reflektování pocitů, prožitků a toho co se s klientem během léčby děje přispívá k otevřenosti, zvyšování vlastních kompetencí, sblížování se s druhými, pěstování důvěry, bezpečných vztahů mezi lidmi a korektivní zkušenosti. (Kalina, 2008)

Mezi základní principy fungování terapeutické komunity patří, vzájemná neformální komunikace na všech úrovních tzn. mezi personálem a klienty. Důležitá je otevřená a důvěrná atmosféra, která otevírá prostor pro sdílení pocitů, nejistot apod. Následujícími principy jsou: spolurozhodování, společné vedení a odpovědnost za každodenní fungování komunity což je efektivní v rovině sociální rehabilitace a podpory kdy klienti posilují svoji samostatnost, péči a zájem o druhé, experimentování s novými vzorci chování apod. Podstatným faktorem je sociální učení. „*V Jonesově pojetí je sociální učení jádrovým procesem, který navozuje pozitivní změnu, sociální učení v situaci „tady a teď“, nikoliv průzkum minulosti, protože problémy, které si člověk do komunity přináší z předchozího života, se v sociálních interakcích stávají zjevné a přístupné porozumění ke změně. Vše co se v komunitě děje, je pojímáno jako příležitost k učení.*“ (Kalina, 2008, s. 29)

Nyní pojednám o aspektech, jako jsou okolnosti léčby, motivace, připravenost a vhodnost vstupu do terapeutické komunity. K rozhodnutí uživatele drog pro léčbu v terapeutické komunitě vedou okolnosti, které uživateli znepříjemňují životní situaci. Jedná se o problémy s trestnou činností, zdravím, rodinou apod. Může se jednat o vnitřní motivy, jako jsou úzkosti, panické stavy, stres, výčitky, pocity viny, beznaděje a také zklamání

z nepodařených vztahů. Na základě těchto subjektivních prožitků obvykle dochází ke změně v motivaci a klienti začínají uvažovat nad abstinencí. Zde je důležitá časná intervence terénního programu, a nebo překonání vlastního studu klienta a ten se rozhodne sám vyhledat organizaci poskytující péči a drogově závislé. Základním aspektem je přijmout, že závislý nedokáže změnit své okolí, ale má šanci pro změnu vlastního chování. Vhodnost léčby v terapeutické komunitě může klient posoudit na základě vyhodnocení svých potřeb a připravenosti pro tento typ léčebného procesu. Léčba v terapeutické komunitě je dlouhodobý závazek trvající obvykle 9 měsíců. Jakmile klient tento typ léčby absolvuje, je vhodné využít možnosti následné péče, a to v doléčovacím centru anebo v individuální terapii, poradenství. (Kalina, 2008)

Terapeutické komunity se odlišují od ústavní psychiatrické léčby úplnou participací všech členů komunity, což znamená vzájemnou komunikaci na všech úrovních. Terapeutická komunita potlačuje medicínský model hierarchie a tradiční rigidní systémy a role personálu, kdy klient je staven do pozice pacienta, který je neschopný se na své léčbě spolupodílet, bezmocný, pasivní a vyjadřující pomoc. Oproti tomu personál je vyobrazen v rovině pomáhajícího, aktivního a zdravého experta. Komunita je alternativní a významnou složkou terapie klientů potýkajících se s drogovou závislostí a mají možnost aktivně se podílet na procesu změny k nezávislému životu.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

Ve Sdružení Podané ruce, o. s., pracuji jako terénní sociální pracovnice již pátým rokem. Rozhodla jsem se v této části popsat spektrum nabízených služeb projektu Víceúčelová drogová služba na Blanensku, která poskytuje pomoc a péči především problémovým uživatelům návykových nealkoholových látek. Jedná se specifickou cílovou skupinu osob ohrožených sociálním vyloučením. Součástí výzkumného šetření je podrobná charakteristika terénního programu Víceúčelová drogová služba na Blanensku. Projekt Víceúčelová drogová služba na Blanensku je jedním z mnoha programů, který je součástí nestátní, neziskové organizace Sdružení Podané ruce o. s. Na výzkumné šetření navazuje kapitola analytické části. Obě tyto kapitoly jsou vzájemně provázané a souvisí spolu především tím, že analýza byla prováděna v terénním programu s jeho stálými klienty.

4.1 Sdružení Podané ruce, o. s.

Sdružení Podané ruce, o. s., je nestátní nezisková organizace, občanské sdružení, věnující se prevenci a léčbě závislostí především na nealkoholových návykových látkách. Organizace se snaží šířit humanistické myšlenky, přispívat k rozvoji občanské společnosti a chránit lidská práva. Klade důraz na otevřený dialog mezi lidmi ve společnosti, podílí se na vytváření prostoru pro respekt a toleranci, hledání vlastních identit hodnot apod. Posláním Sdružení Podané ruce, o. s., je pomoc a péče o lidi nacházející se v obtížné životní situaci, tvorbou preventivních, podpůrných a intervenčních služeb. Například projekty primární prevence se věnují vzdělávání pedagogů v oblasti specifických primárně preventivních programů a dále realizují zážitkové programy na školách, výjezdních volnočasových aktivitách apod. Součástí primární prevence je nabídka poradenství a práci s výrazně rizikovou mládeží, experimentátory s drogami, tyto služby se uskutečňují mimo jiné i v nízkoprahových zařízeních pro děti a mládež. Sdružení poskytuje v síti zařízení typu nízkoprahových K-center sociální a zdravotnické služby v rámci přístupu Harm Reduction, včetně aktivního vyhledávání cílové skupiny formami streetworku a terénní práce. V rámci samotné léčby směřující k abstinenci provozuje vlastní psychiatrickou ambulanci, denní stacionář, terapeutickou komunitu a doléčovací zařízení. Organizace se podílí na výzkumných projektech, zprostředkovává chráněné zaměstnávání i bydlení, spolupracuje s klienty ve výkonu trestu, a poskytuje velmi kvalitní vzdělávací semináře pro odbornou i laickou

veřejnost, včetně studentů, dobrovolníků, stážistů i vlastních zaměstnanců. (Výroční zpráva Sdružení Podané ruce, o. s., za rok 2010)

Důležitá je podpora k růstu klienta, příležitost k vytváření cest k sociální, osobní a zdravotní stabilizaci klienta. Cílem organizace je poskytovat široké spektrum kvalitní péče a služeb v oblasti prevence a léčby závislostního chování. Mezi základní hodnoty neodmyslitelně patří lidský život, tolerance, respekt a rovnocennost, důvěra, otevřenost, transparentnost, profesionalita, etika, týmový duch, odvaha a vytrvalost. (Výroční zpráva Sdružení Podané ruce, o. s., za rok 2010)

4.2 Víceúčelová drogová služba na Blanensku

Jedná se o jedinou službu daného druhu na Blanensku, definovanou v Síti minimální péče Strategie protidrogové politiky Jihomoravského kraje. Je definována jako prioritní v Komunitním plánu sociálních služeb města Blanska v oblasti práce s osobami ohroženými sociálním vyloučením. Při realizaci služby se snažíme naplnit priority dle bodu č. 8 Akčního plánu realizace Národní strategie protidrogové politiky ČR na období 2010 až 2012. Akční plán obsahuje intervenční oblasti definované v Národní strategii 2010–2018. Služba má certifikát kvality poskytované péče dle standardů RVKPP. Certifikace kvality odborné způsobilosti služby dle standardů Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky proběhla 2. 2. 2012, při kterém certifikační tým důkladně hodnotil 128 položek ve 13 standardech. Toto místní šetření proběhlo už poněkolikáté, ale tentokrát služba VDS na Blanensku neztratila ani jediný bod z 955 možných. Místnímu šetření byli přítomni pracovníci projektu, vedoucí oddělení, odborný ředitel Sdružení Podané ruce, o.s. a zároveň odborný certifikační tým. Prověřované oblasti se týkaly naplňování obecných a speciálních standardů věnujících se například hodnocení vnitřních předpisů, metodickým činnostem, poskytování služeb, veřejnému závazku, právům klientů, klientské dokumentaci, terénní práci, poradenské činnosti a mimo jiné byli přizváni k certifikacím i klienti programu. (Závěrečná zpráva projektu VDS na Blanensku za rok 2012)

Projekt VDS na Blanensku je registrovanou sociální službou dle zákona č. 108/2006 Sb., v platném znění.

Popis jednotlivých aktivit projektu

Terénní program a jeho provozní doba je uživatelům OPL dostupná pět pracovních dnů v týdnu, pondělí – pátek 12 - 18h. Výjezdy do okolních měst, nejčastěji Boskovice a Adamov realizujeme obvykle v úterý. Pravidelné jsou kontaktní časy v sídle programu a to každý pracovní den od 12:00 do 14:00. V čase od 14:00 do 18:00 provádějí pracovníci standardní terénní práci. Služba je také dostupná na mobilním telefonu - 5 dní v týdnu od 12.00 – 18.00 hod (klient může zavolat pracovníkovi na mobil a domluvit si schůzku).

Realizace projektu má charakter víceúčelové lokální drogové agentury, která obsahuje tyto samostatné programy:

Program terénní sociální práce zaměřený na minimalizaci škod způsobených užíváním návykových látek. Tento program je prioritní v rámci projektu a je prováděn přístupem „Harm Reduction“ **v uzavřené drogové scéně**, především v Blansku, Boskovicích a Adamově.

Program poradenství + práce s informacemi – zaměřený na rodiče a blízké uživatele drog, uživatelům drog kteří se dostali do konfliktu se zákonem, dále pedagogy a veřejnost, prováděný zejména formou individuálního poradenství a práce s médii, účasti v komisi prevence kriminality včetně aktivní účasti na komunitním plánování v Blansku. Specifickým poradenstvím s terapeutickými prvky jsou konzultace pro abstinující uživatele. (Závěrečná zpráva projektu VDS na Blanensku za rok 2012)

Program pracuje v rámci přístupu „Harm Reduction“ jenž charakterizuje jedna z nejpoužívanějších definic (dle Backes 1997) takto:

- HR prosazuje, že některé způsoby užívání drog jsou bezpečnější než jiné
- HR prosazuje, že abstinence není vždy nejvhodnějším, nebo nejdůležitějším cílem
- HR pracuje s lidmi v situaci, ve které se zrovna nacházejí
- HR prosazuje, že uživatelé drog jsou schopni řídit své životy a změny chování
- HR angažuje uživatele drog do plánování a poskytování služeb a tvorby strategií pomoci
- HR bere v úvahu prostředí uživatelů, cílem je efektivita intervence (Staníček a Hrdina 2007)

Konkrétnímu klientovi, který je v kontaktu s terénním programem, jsou v rámci přístupu Harm Reduction nabízeny tyto možné cíle, na kterých s ním chceme primárně spolupracovat (řazeno hierarchicky). Jde o základní zjednodušující osnovu pro kontraktování s klientem a tvorbu individuálních plánů (přičemž jsou samozřejmě reflektovány i jiné cíle, o které má klient zájem usilovat):

ukončení sdílení injekčního materiálu

ukončení sdílení dalšího nádobí pro užívání drog

ukončení opakovaného používání náčiní k aplikaci drog

používání méně rizikových způsobů aplikace drog

odstranění dalšího rizikového chování (dodržování pravidel bezpečného sexu apod.)

redukce trestné činnosti

navázání nebo udržení vazeb a vztahů – s rodinou, partnerem, dětmi apod.

stabilizace zdravotní situace, léčba (odstranění) somatických poškození

stabilizace sociální a finanční situace (bydlení, práce)

stabilizace psychické situace (především v případě duálních diagnóz – léčba apod.)

upevnění či znovuvytvoření základních hygienických návyků (Staniček a Hrdina 2007)

Program „Práce s informacemi- Cílem je dosáhnout větší a objektivnější informovanosti veřejnosti o drogové problematice a závislostech, podporovat životní styl bez drog, posilování přirozených sociálních sítí podporujících pozitivní vývoj komunit. Významným cílem je předcházet sociálnímu vyloučení uživatelů drog. Základním nástrojem je podávání pravdivých a nezkreslených informací o drogách a důsledcích spjatých s braním drog, stejně jako informování o lokální drogové situaci

Mapování drogového prostředí - mapování a monitoring je základní a trvalou součástí terénní sociální práce. Součástí mapování je jednání o spolupráci a návaznosti služeb s dalšími institucemi. (Závěrečná zpráva projektu VDS na Blanensku za rok 2012)

Kontaktování uživatelů drog - je výsledkem aktivního vyhledávání uživatelů drog v jejich přirozeném prostředí, jedná se o nízko-prahovou službu, která v prvotní fázi nekla-de žádné nároky na klienta a změnu jeho situace. Služby jsou poskytovány anonymně a

bývají obvykle vůbec prvním typem kontaktu uživatelů drog s pomáhajícími institucemi. Jako taková je terénní sociální práce vhodná pro položení základů budoucí institucionalizované formy služeb pro uživatele drog.

Výměnný program i.v. (včetně základního drogového poradenství) – cílem je zamezit šíření infekčních onemocnění v populaci i.v. uživatelů a jejich průniku k většinové populaci, rozvoj zodpovědného chování vůči sobě a okolí u klienta.

Poradenskou činnost v oblasti drogových závislostí - týdně, obvykle v úterý v prostoru kanceláře VDS Blansko probíhá i odborné individuální/rodinné poradenství s terapeutickými prvky podporující uživatele v abstinenci, změně životního stylu apod. Obvykle se jedná o klienty, kteří jsou ochotni docházet pravidelně jednou týdně na hodinové konzultace. Poradenství je také zaměřeno na dluhovou problematiku pro klienty po výstupu z výkonu trestu, nebo těm, kteří nedokončili standardní alternativní léčbu např. v terapeutické komunitě a zároveň stojí o to nevrátit se zpět k pravidelnému užívání OPL., poradenství a poradna pro veřejnost a osoby blízké. (Závěrečná zpráva projektu VDS na Blanensku za rok 2012)

Případová sociální práce – práce s klientem na řešení jeho aktuální situace, potřebné intervence přímo v přirozeném prostředí, případně intenzivní motivační práce s cílem předání klienta do zařízení návazné péče. Zakázku k účelné intervenci v terénu přijímají terénní pracovníci i od jiných služeb a aktivně s nimi spolupracují. Pracovníci spolu s klienty, pro které je tento systém spolupráce vhodný rozvíjí formu koordinované péče tzv. Case management. Úkolem case managementu je spárovat nabízené služby s identifikovanými potřebami klienta a vydefinovat cílový stav, který by měl nastat po uspokojení klientových potřeb. Jednou z forem aplikované v praxi v návaznosti na individuální plánování s klienty je například realizace trojstranné dohody s Probační a mediační službou v Blansku. (Závěrečná zpráva projektu VDS na Blanensku za rok 2012)

V tomto roce bylo klientům poskytnuto 198 individuálních poradenství, což je o 44 výkonů více oproti roku 2011, ve kterém jsme se zabývali zejména těmito tématy:

- motivace k omezení užívání drog, případně abstinenci nebo nastoupení do léčby,
- práce na změně rizikového chování,
- práce s počítačem a internetem – vyhledávání informací a pracovních příležitostí, bydlení, psaní životopisů a žádostí,

- kontakt s dalšími institucemi (probační a mediační služba, úřad práce, sociální odbor, kurátoři)
- odborné poradenství pro klienty v konfliktu se zákonem
- odborné poradenství pro rodiče a osoby blízké uživatelů drog

Základní zdravotní ošetření a testování - základní diagnostika, poradenství, základní ošetření, první pomoc, doprovod a zprostředkování odborné péče. Testování na infekční nemoci z kapilární krve (HVB, HVC, HIV), v případě pozitivního výsledku zprostředkování kontaktu s odborným zařízením. Distribuce dávek vitamínů a minerálů. Zdravotní sestra byla klientům pravidelně k dispozici ve čtvrtek 5 hodin týdně avšak z důvodu nedostatku financování projektu, bylo nutné v první polovině roku vzájemnou spolupráci ukončit. Díky podhodnocenému rozpočtu služba nyní nemá možnost na DPP zaměstnávat zdravotní sestru, která se podílela na doprovodech klientů do zdravotnických zařízení a vykonávala základní zdravotní výkony (ošetření hnisavých ran a zánětů, ošetření drobných tržných a řezných ran, poskytovala zdravotní informační servis a poradenství), ve prospěch klientů je záměr tuto službu opět zpřístupnit.

Reference do dalších zařízení – zprostředkování kontaktu a předání klienta do péče dalších odborných zařízení, usnadnění využívání služeb dalšími institucemi s cílem co nejrychlejší kvalitativní změny v životě klienta. (Závěrečná zpráva projektu VDS na Blanensku za rok 2012)

Vývoj a případné změny cílové populace

Služba je určena především problémovým uživatelům drog (dle definice EMCDDA), osobám závislým na návykových látkách nebo lidem, kteří s těmito látkami experimentují. Dále pak uživatelům drog kteří se dostali do konfliktu se zákonem, abstinujícím bývalým uživatelům, jejich rodičům a blízkým. Pracujeme na skryté uzavřené drogové scéně (věk klientů je v rozmezí 16 – 55 let), která je aktuálně za poslední rok poměrně nestabilní a to především díky rozsáhlým policejním zásahům což přispělo ke změně drogové scény, její větší uzavřenosti a snížení dostupnosti pervitinu na Blanensku. Tento jev má však pozitivní efekt na přístupu stávajících i nových klientů a jejich motivaci ke změně vlastní životní situace což se odráží v intenzivnější případové spolupráci, tzv. individuálního plánu péče zaměřeného na řešení konkrétních potřeb klienta. Drogová scéna je plošně rozšířena v rámci celého okresu s centry v Blansku, Boskovicích a Adamově. Zcela dominantní drogou je pervitin, běžná je ale také konzumace některých dalších drog (lysohlávky,

hašiš, opium, marihuana apod.). U polyvalentních uživatelů drog nejčastěji pozorujeme kombinaci užívání pervitinu, alkoholu, THC. V některých případech můžeme hovořit o duální závislosti jak na nealkoholových drogách, tak i na výherních automatech. Registrujeme u stálých i nových klientů zvýšené užívání alkoholu především na ulici.

Skupinou, se kterou jsme v pravidelném dlouhodobém kontaktu, jsou problémoví uživatelé drog (dle definice EMCDDA) ve věku kolem 22 až 55 let. Intervence aktuálně užívajících klientů jsou a budou zaměřeny na snížení zdravotních rizik. U injekčních uživatelů se jedná o riziko přenosu infekčních onemocnění, záněty žil, celkové zhoršení tělesné i duševní integrity. Jsou jim poskytovány standardní služby terénního programu (výměna injekčního materiálu, sociálně právní a zdravotní poradenství, testování na infekční choroby, informační servis, vitamínový servis, zprostředkování následné péče a spolupráce s jinými organizacemi). U některých klientů mají pravidelné kontakty charakter dlouhodobého individuálního poradenství zaměřeného na komplexní řešení jejich životní situace.

Nezanedbatelnou skupinu tvoří mladí problémoví uživatelé ve věkovém rozmezí 16 až 22 let. Tato skupina se vyznačuje opakovaným užíváním pervitinu nosem (šňupáním) a příležitostným injekčním užíváním, které považujeme právě pro svou nepředvídatelnost za vysoce rizikové. Tato skupina je v současnosti více skrytá (uzavřenější), a nedaří se nám ji v Blansku a Boskovicích dostatečně zachytit. I díky komplikovanější uchopitelnosti mladých klientů a také jejich rizikovosti – nejsou v kontaktu s programem, tudíž nemají dostatečné znalosti o rizicích užívání drog, jsme započali vyjednávání s programem Primární prevence Brno, Sdružení Podané ruce, o.s. a NZDM PVC Blansko, kdy hledáme vhodnou strategii, jak oslovit mladé experimentátory a příležitostné uživatele. Pokoušíme se nastavit námi poskytované služby tak, aby byly co nejvíce otevřeny i této cílové skupině. Těmto mladým uživatelům nabízíme tematické letáky, informační servis, distribuce želatinyových kapslí (jako alternativa užívání pervitinu nosem). (Závěrečná zpráva projektu VDS na Blansku za rok 2012)

Specifickou službou je podpora a péče o klienty v konfliktu se zákonem. Tuto službu – odborné konzultace, jsme se rozhodli poskytovat v návaznosti na zvýšený počet klientů v konfliktu se zákonem. Během prvního pololetí 2012 jsme vyjednali užší spolupráci s kurátory a soudci činnými v trestním řízení v Blansku. Službu většinou využívají uživatelé drog páchající (v minulosti) trestnou činností, kteří byli pravomocným rozhodnutím odsouzeni k podmíněným trestům. Tito klienti mají soudem stanovený probační dohled a

musí pravidelně docházet na Probační a mediační službu v Blansku. Na základě intenzivního vyjednávání mezi pracovníky VDS na Blanensku, PMS Blansko a soudci je klientům programu doporučena (stanovena) tzv. přiměřená léčba v našem programu, (přiměřené omezení spočívající v povinnosti podrobit se léčení závislosti na návykových látkách, které není ochranným léčením podle trestního zákoníku.) Přiměřenou léčbou se v našich podmínkách rozumí vyjednání trojstranné dohody mezi PMS Blansko, pracovníkem našeho programu a klientem, kdy klient by měl pravidelně docházet na individuální konzultace, nejčastěji zaměřené na prevenci relapsu, motivaci ke změně životního stylu vedoucího k úplné abstinenci, řešení trestně právní, rodinné, dluhové a sociální situace. Tyto konzultace poskytuje na dohodu o provedení práce externí pracovnice Mgr. Petra Kuchařová DiS., s psychoterapeutickým výcvikem v systému SUR, zaměřeném na hlubinnou psychotherapii. (Závěrečná zpráva projektu VDS na Blanensku za rok 2012)

Daší skupinou, která je s naší službou v kontaktu, jsou osoby blízké, nejčastěji partneři nebo rodiče uživatelů drog, kteří se na nás obracejí zejména s dotazy ohledně možností léčby nebo doléčovacích programů, pro jejich rodinného příslušníka, který drogy užívá nebo užíval.

Popis spolupráce se zařízeními v síti péče o uživatele drog

- Odbor sociálních věcí Blansko, Oddělení sociálních služeb a Odbor hmotné nouze
- Odbor sociálních věcí Blansko, kurátor pro děti a mládež Mgr. Zdeňka Hlaváčková
- Odbor sociálních věcí a zdravotnictví, MÚ Boskovice
- Poradenské centrum Pasáž, Sdružení Podané ruce, o.s.
- Denní psychoterapeutické sanatorium Elysium Brno, Sdružení Podané ruce, o.s.
- Terapeutická komunita o.s. Krok
- Doléčovací centrum Jamtana Brno, Sdružení Podané ruce, o.s.
- Drogové služby ve vězení a následná péče Brno
- Terénní programy Laxus, o.s.
- Terénní programy Brno, Sdružení Podané ruce, o.s.
- Terénní programy Olomouc, Sdružení Podané ruce, o.s.
- Drogová služba Vyškov, Sdružení Podané ruce, o.s.

- K-centrum Netopeer Znojmo, Sdružení Podané ruce, o.s.
- Krajská hygienická stanice Brno, MUDr. Vaverková
- Ambulance pro přenosné nemoci, cestovní medicínu, jaterní poradna, MUDr. Strakrle
- Psychiatrická léčebna Černovice, detoxikační stanice a oddělení pro léčbu návykových poruch, MUDr. Pernicová, MUDr. Pokora
- Krizové centrum pro děti, dospívající a rodinu, Intervenční centrum pro oběti domácího násilí Spondea, o.p.s., Brno
- Právní poradenství Mgr. Filip Fuchs Brno, Sdružení Podané ruce, o.s.
- Triadlog občanská poradna, Triada poradenské centrum o.s., Brno
- Pokračování ve spolupráci s Policií ČR a Městskou policií Blansko ve sběru pohozeného injekčního materiálu.
- Probační a mediační služba České republiky v Blansku, týkající se problematiky přiměřené léčby
- Terapeutická komunita a psychiatrická léčebna Bílá Voda
- Psychiatrická léčebna Jemnice
- Psychiatrická léčebna Červený dvůr
- Psychiatrická ambulance MUDr. Novosadová

Pravidelně vyplňujeme registr žádostí o léčbu KHS, konkrétní situace týkající se VHB a VHC konzultujeme s MUDr. Vaverkovou a MUDr. Strakrlem. Od dubna roku 2010 nadále provádíme orientační testy na hepatitidy B a C a na HIV.

Nadále pokračujeme v průběžném mapování a aktualizaci návazné sítě. Navázali jsme kontakt s kurátorkou pro děti a mládež v Blansku, MÚ – Odborem sociálních věcí v Blansku, Diagnostickým ústavem pro mládež v Brně, MÚ – Boskovice, programem Drogových služeb ve vězení a následné péče v Brně aj. (Závěrečná zpráva projektu VDS na Blanensku za rok 2012)

Do nízkoprahového zařízení NZDM Zlatá zastávka Adamov pracovníci terénního programu pravidelně dochází, kdy aktivně kontaktují potenciální cílovou skupinu – především experimentátory, probíhá nabídka služeb poskytovaných terénním sociálním programem, sdílení zkušeností práce na drogové scéně, předávání informací o problematice návykových a psychotropních látek, informací o spolupracujících programech, organizacích i

dalších sociálních službách na Blanensku. V nezbytných případech spolupracujeme na předávání klientů mezi NZDM PVC Blansko a terénním programem na Blanensku.

Personální obsazení projektu

Funkci odborného ředitele služby zastává MUDr. Jiří Dolák.

Službu odborně a personálně řídí Dr. Jiří Valnoha, DSW, DiS., (0,2 úvazku), vedoucí Oddělení kontaktních služeb v Jihomoravském kraji. Zajišťuje také odbornou informační činnost pro veřejnost.

Profesní tým tvoří terénní sociální pracovníci:

Bc. Petra Zatloukalová DiS., vedoucí služby na 1,0 úvazku je absolventkou Vyšší odborné školy MILLS, s.r.o. Brandýs nad Labem, obor Sociální práce, Fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně – Institut mezioborových studií Brno, obor Sociální pedagogika, nyní studuje navazující magisterské studium. Má šestiletou praxi v oboru. Absolvovala Multidisciplinární kurz v oblasti drogových závislostí (100 hod, I.E.S. Sdružení Podané ruce), výcvik „Motivační rozhovory I., II., III.“ (60 hod, I.E.S. Sdružení Podané ruce), seminář „Infekční hepatitidy, HIV a jejich orientační testování“ (8 hod., I.E.S.) a kurz „Krizové intervence“ (20 hod., I.E.S.), účastnila se „Konference terénní a nízkoprahové programy 2010“ (16 hod, Česká asociace streetwork, o.s.), a „Konference ve věcech alkoholu, tabáku a psychotropních léků v ČR“ (27 hod., Česká asociace adiktologů, Česká asociace sester, Asociace klinických psychologů a Česká lékařská komora), vzdělávací seminář „Nový trestní zákoník“ (8 hod., I.E.S.), vzdělávací akce „Letní škola Harm reduction“ (23 hod., Sananin o.s.), akreditovaný kurz „Zvládání agrese – možnosti a limity práce s různými druhy agrese klienta“ (15 hod I.E.S.), akreditovaný kurz „Prevence relapsu“ (16 hod I.E.S.), akreditovaný kurz „Case management“ (16 hod I.E.S.), akreditovaný kurz „Úvod do řízení a supervize“ (24 hod. Remedium Praha), akreditovaný kurz „Vyber si svůj psychoterapeutický výcvik“ (64 hod. Fokus Praha o.s.), akreditovaný kurz „Úvod do managementu“ (8 hod. I.E.S.), odborná stáž tematicky zaměřená na „Testování HIV, VH a syfilis v terénu“ (8 hod. Národní referenční laboratoř pro AIDS Praha), aktivně se účastní workshopů a setkání skupiny Narativ Brno a pravidelně se účastní setkávání na Fóru terénní práce, nyní je frekventantkou vzdělávacího programu v kolaborativním přístupu „Možnosti dialogu“ (jedná se o program vycházející s myšlenek postmoderní filosofie, narativní psychoterapie, utváření reflektujících týmů, účast na workshopech se zahraničními lektory apod.). Vzdělávací program je akreditován u MPSV

a Asociace klinických psychologů. (Závěrečná zpráva projektu VDS na Blanensku za rok 2012)

Gabriela Vejrostová, DiS. absolventka Obchodní akademie, Střední odborné školy knihovnické a Vyšší odborné školy knihovnických, informačních a sociálních služeb Brno. Má dvouletou zkušenost jako dobrovolnice v Terénních programech Brno a tříměsíční zkušenost jako terénní a kontaktní sociální pracovnice na 0,6 úvazku v Kontaktním centru Netopeer ve Znojmě. Ve službě VDS Blansko pracovala jako terénní pracovnice na 0,6 úvazku, od 1.10.2011 byl její úvazek navýšen na 0,8. Studuje Fakultu humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně – Institut mezioborových studií Brno, obor Sociální pedagogika. Absolvovala akreditovaný kurz „Krizová intervence“ (20 hod. I.E.S.), akreditovaný kurz „Žena a drogová závislost, problematika gender“ (15 hod. I.E.S.), akreditovaný kurz „Motivační rozhovory I., II., III.“ (60 hod., I.E.S. Sdružení Podané ruce), Multidisciplinární kurz v oblasti drogových závislostí (100 hod., I.E.S. Sdružení Podané ruce), Multidisciplinární kurz v oblasti drogových závislostí (100 hod., I.E.S. Sdružení Podané ruce).

V rámci naší služby pracovala leden – březen 2012 na dohodu o provedení práce (5 hodin/týden) zdravotní sestra Eliška Klimešová, která má dvanáctiletou praxi v oboru. Studuje Ostravskou univerzitu v Ostravě, lékařskou fakultu, obor ošetrovatelství.

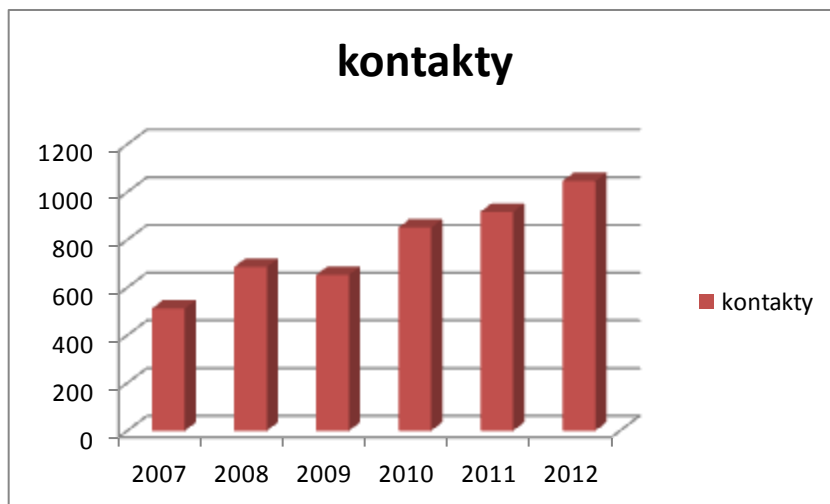
V rámci naší služby pracoval na DPP Lukáš Kudláček, na pozici pracovník v sociálních službách. Student Masarykovy univerzity/fakulty sociálních studií, obor sociální práce a mediální studia, doplnil tým především v realizaci terénní práce v období září – prosinec 2012, s prací v projektu VDS na Blanensku má z předchozích let zkušenosti, mimo jiné jako stážista.

Jako externistka na základě předchozí domluvy službu odborného poradenství zajišťuje na pozici terapeut/ka Mgr. Petra Kuchařová DiS., s ukončeným psychoterapeutickým výcvikem v systému SUR, zaměřeným na dynamickou a hlubinnou psychoterapii, jedná se o poradenství individuální/rodinné s terapeutickými prvky, poradenství pro klienty v konfliktu se zákonem, po výstupu z výkonu trestu apod.

Na ekonomické, mzdové, účetní a projektové agendě se podílí pracovníci ekonomicko-správního oddělení Sdružení Podané ruce, o.s. v Brně. Týmovým i individuálním supervizorem je Mgr. Michal Horák. (Závěrečná zpráva projektu VDS na Blanensku za rok 2012)

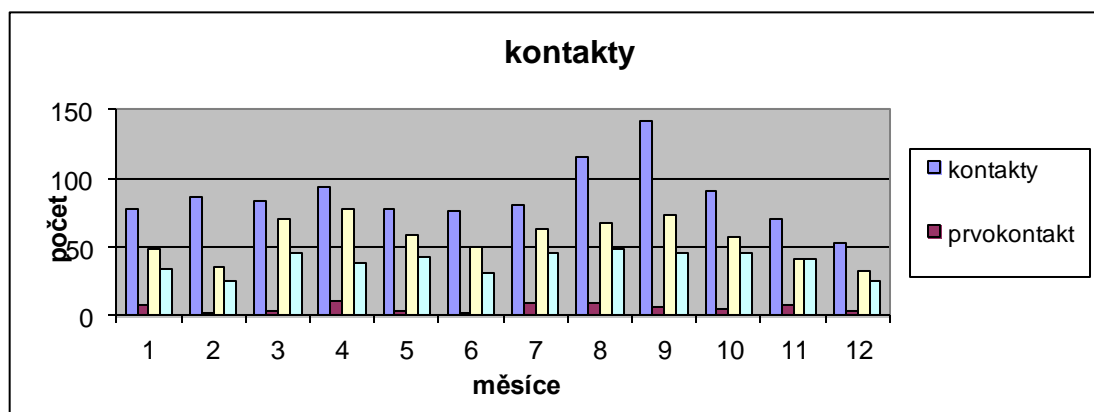
Údaje o projektu zachycené graficky

GRAF Č. 1 VÝVOJ POČTU KONTAKTŮ S UŽIVATELI PROGRAMU VDS NA BLANENSKU ZA ROK 2007 – 2012

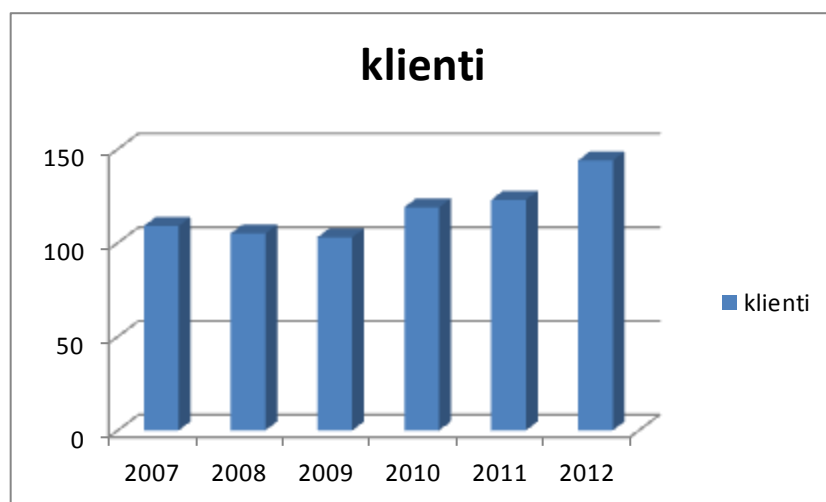


Kontakty s uživateli drog na blanensku postupně narůstají, zájem je především o výměnu injekčního materiálu.

GRAF Č. 2. VÝVOJ POČTU KONTAKTŮ S UŽIVATELI PROGRAMU VDS NA BLANENSKU ZA ROK 2012

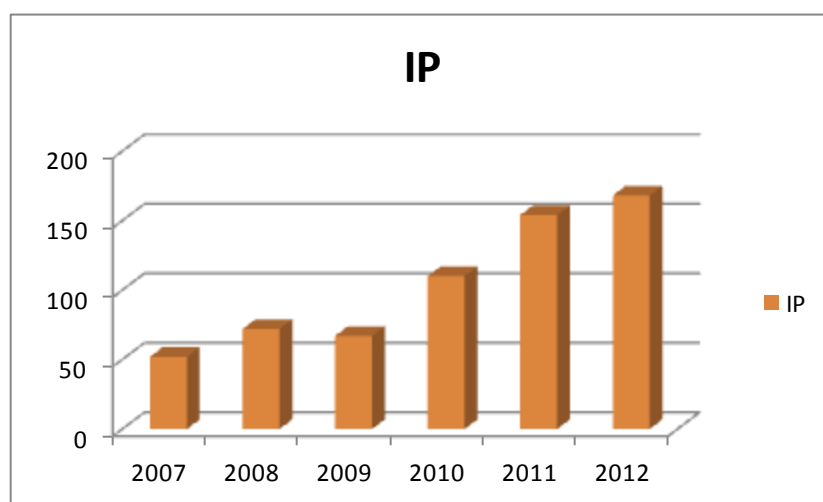


Graf Č. 3. VÝVOJ POČTU KLIENTŮ PROGRAMU VDS NA BLANENSKU ZA ROK 2007 – 2012



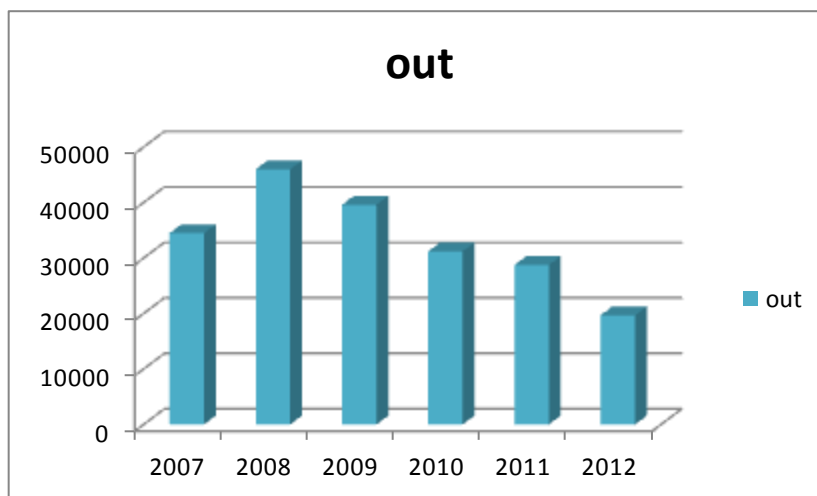
Počet klientů terénního programu na Blanensku se nijak výrazně nemění, zaznamenáváme drobný nárůst uživatelů, věkový průměr klientů je 25 let.

GRAF Č. 4. VÝVOJ POČTU REALIZOVANÝCH INDIVIDUÁLNÍCH PORADENSTVÍ ZA ROK 2007 – 2012



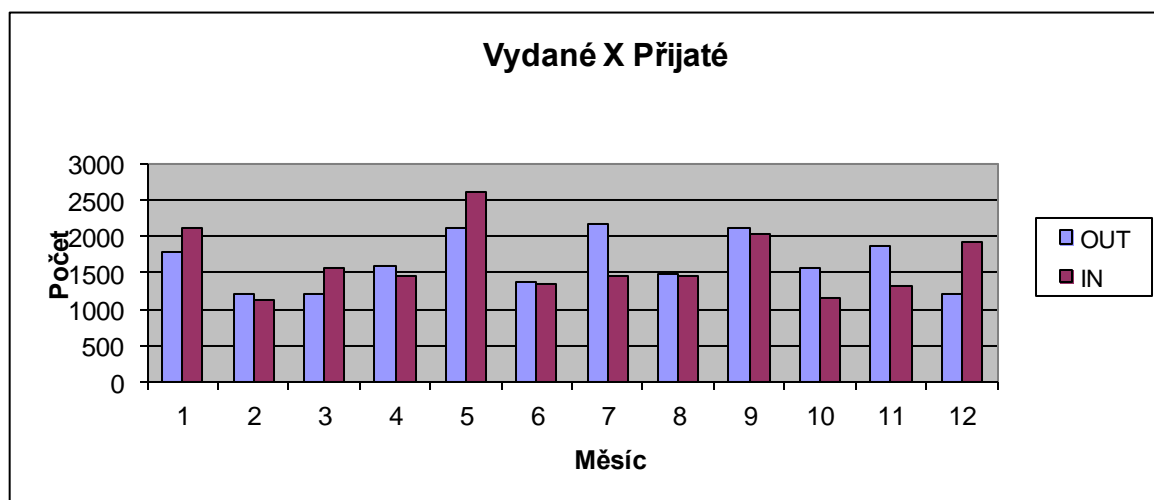
Zájem klientů o individuální poradenství během posledních let výrazně narůstá, poradenství je zaměřeno na komplexní péči o klienta a problematiku spojenou s užíváním drog.

GRAF Č. 5. VÝVOJ POČTU VYDANÝCH INJEKČNÍCH SETŮ ZA ROK 2007 – 2012



Výdej injekčních setů se výrazně snižuje v závislosti na změnu drogové scény na Blanensku, snížila se dostupnost pervitinu a klienti mění své uživatelské návyky.

GRAF Č. 6. VÝVOJ POČTU VYDANÝCH X PŘIJATÝCH INJEKČNÍCH SETŮ ZA ROK 2012



Počet vydaných a přijatých stříkaček se za poslední čtyři roky snížil na polovinu, z důvodu větší reflexe klientů jejich životní situace, neužívají pervitin již tolik neuvážlivým způsobem a je to dobrá zpětná vazba úspěšnosti terénního programu, během roku 2012 se měsíční výdej i příjem injekčních setů výrazně nelišil.

5 EMPIRICKÁ ČÁST

Kvalitativní výzkum jsem si vybrala, protože zobrazení narativního příběhu a analýza případových studií je zachycení psychologické i sociální reality a zároveň procesu i prostoru, ve kterém výzkum probíhá, což nelze zkoumat staticky bez respondenta.

Platnost a spolehlivost psychologického narativního výzkumu se potvrzuje pomocí podobnosti s životním příběhem respondenta a jeho subjektivním vnímáním vlastních zkušeností, orientace ve světě, úhlu pohledu a organizovanosti jednotlivých posloupností ve zveřejnění a vyprávění těchto skutečností. Základní jednotkou narativního příběhu je osobní identita respondenta a důležité je zjistit proč byl příběh vyprávěn určitým způsobem. Výzkumník je s respondentem v konverzační interakci při, které dochází ke konstruování reality. Výzkumník se dotazuje, snaží se porozumět výkladu, například nějakému sociálnímu problému a poté získané údaje interpretovat. Dle Čermáka je v narativním výzkumu nezbytné klást důraz na sdílení, vzájemnou dialogickou interpretaci a rekonstrukci významu, kdy je subjektivní výklad příběhu respondenta přijat za východisko a současně za cíl výzkumu. (Čermák, 2002) „Narativní analýza bere jako objekt výzkumu samotný příběh jedince, zahrnuje též vše, co se stává s mým příběhem a s příběhem jiných výzkumníků, ale také jak do konstrukce narativního obrazu vstupují příběhy osob, s nimiž jsem se dosud setkal, včetně mistrů narativity“ (Čermák, 2002, s. 15)

Čárou života, jsem započala svoji narativní výzkumnou část a jejím prostřednictvím vybídla respondentky ke sdílení svého životního příběhu. Autorem čáry života je pražský psychoanalytik Jiří Tyl, který ji poprvé popsal ve své disertační práci. Je potřeba, aby respondent bez konkrétní specifikace, zobrazil na papír životní dráhu, která by měla zachycovat důležité události jeho života. Následně je respondent výzkumu vyzván vyprávění a rozvíjení příběhu.

Osobní případová studie zkoumá případ jedné osoby, kdy se jedná o zachycení složitosti případu, popis jednotlivých událostí a vztahů a jejich celistvosti. „Pozornost se věnuje minulosti, kontextovým faktorům a postojům, které předcházely určitou událost (používání drog, rozvod). Zkoumají se možné příčiny, determinanty, faktory, procesy a zkušenosti, které přispěly k dané události.“ (Hendl, 1997, s. 38)

Výzkumným problémem této diplomové práce je provést analýzu životní dráhy drogově závislých klientů.

Hlavním cílem výzkumné části je zjistit: Jak klienti terénního programu v Blansku subjektivně vnímají svoji životní dráhu?

Dílčími cíly této diplomové práce je zkoumat: Jaké životní události, které nastaly během drogové kariéry, jsou pro klienty subjektivně významné? Jak klienti subjektivně definují pojem závislosti? Jaký přínos měly pro klienty individuální konzultace v kontextu jejich životní cesty?

Zvolená metoda výzkumu: analýza případových studií, zobrazení narativního příběhu.

Techniky sběru dat: záznamy individuálních plánů a technika čáry života

5.1 Prezentace případových studií

Případové studie 4 klientů terénního programu Víceúčelové drogové služby na Blanensku jsou zpracovány z denních záznamů jednotlivých kontaktů uskutečněných v průběhu různě dlouhé a intenzivní spolupráce mezi pracovníky a klienty projektu. Jedná se o tzv. individuální plány, které jsou spoluutvářeny mezi pracovníky a klienty projektu. Tyto plány jsou sestavovány společně s klienty na základě opakovaných rozhovorů, kdy pracovník mimo jiné, pomáhá klientovi definovat své cíle a jednotlivé kroky směřující k naplnění těchto osobních cílů. U tří vybraných klientek jsou k případovým studiím následně připojeny záznamy narativních rozhovorů zaměřených na významné subjektivní události, které nastaly během drogové kariéry. Denní záznam, ze kterého jsem měla možnost čerpat do svojí diplomové práce, přikládám do příloh. Příloha č. 1. Záznam individuálního plánu klientky Dany.

Klienti byli seznámeni s účelem použití případových studií a souhlasili s použitím získaných informací k sepsání případové studie a použitím v mojí diplomové práci. Byli ubezpečeni o anonymitě při jejím zpracování.

Případová studie klientky Sáry

První případová studie se zabývá popisem klientky Víceúčelové drogové služby na Blanensku. Anamnestické údaje byly získány rozhovory, většinou přímo na ulici nebo v bezpečnějším prostředí konzultační místnosti terénního programu Víceúčelová drogová služba na Blanensku. Veškeré identifikující údaje nebo jména jsou automaticky vyřazena nebo pozměněna. Sára je klientkou programu necelé 3 roky, je v pravidelném kontaktu se

službou, kdy se setkáváme obvykle jednou týdně, nejčastěji za účelem výměny injekčního materiálu. Sára je od 13 let uživatelkou pervitinu, od 14 let jej užívá intravenózně. K intravenózní aplikaci ji přivedl její o několik let starší a současně již bývalý přítel, ten také zprostředkoval první kontakt mezi pracovníky terénního programu a klientkou. První kontakt s klientkou proběhl v listopadu roku 2010, v této době měla teprve měsíční zkušenost s intravenózní aplikací. Tímto způsobem užívá pervitin do současnosti.

Osobní anamnéza

Sára je štíhlá mladá osmnáctiletá dívka, středního vzrůstu. Má rudé vlasy spletené do dvou copánků, které lemují bledý obličej. Její tváře jsou propadlé, pleť má pokrytou make-upem, pod kterým skrývá boláky. Obočí je vytrhané do tenoučkových oblouků dokreslených tužkou. Její vzhled v obličejí se dost často mění, dle aktuálního stavu. Oblečení nosí čisté, ve stylu běžné mladistvé konfekce. V řeči se často zadržává, hledá správná slova. Často používá výrazy jako „víš jak“, „víš co“. O osobních tématech mluví velmi otevřeně a klidně. Mezi klientkou a pracovníky se podařilo navázat důvěrný vztah s otevřenou a přátelskou atmosférou. Co se týče rizikového chování má zkušenosti se sdílením injekčních stříkaček po bývalém příteli, od rozchodu má Sára pravidelně zájem o orientační testy na infekční onemocnění, které mají vždy negativní výsledek. Aplikace drog bývá bez větších zdravotních komplikací, občas se objevují běžné podlitiny po vpichu a ze začátku drogové kariéry také menší lokální záněty, tyto jevy vždy konzultovala s pracovníky a využívala zdravotní materiál pro jejich léčbu. Větší zdravotní komplikace se vyskytly v souvislosti s opakovanými záněty močových cest, kdy se Sára opakovaně léčila antibiotiky. Co se týče léčby z drogového úzu má Sára negativní zkušenost z detoxifikační jednotky, kam ji nedobrovolně umístili rodiče. Tento proces však pro abstinenci nebyl nijak účinný. Sama nehodnotí ústavní léčbu jako nijak přínosnou, neuvažuje nad ní a abstinenci vnímá jako neaktuální cíl, avšak některé konzultace jsou na téma snižování užívaných dávek a četnosti zaměřené.

Rodinná anamnéza

Sára vyrůstala se svými rodiči a o čtyři roky mladším bratrem. Rodiče se rozvedli, když jí bylo čtrnáct. Matka se v období po rozvodu pokusila o sebevraždu. Nyní užívá dlouhodobě benzodiazepiny. V současné době je matka opět ve špatném psychickém stavu, jelikož nedávno potratila, při pokusu o dítě s novým partnerem. Je v invalidním důchodu.

S matkou má dobrý vztah. Popisuje ji jako velice starostlivou až přecitlivělou. Matka si stejně jako ostatní členové rodiny myslí, že Sářiny problémy s pervitinem jsou minulostí.

Otec žije na S., je závislý na alkoholu, opijí se denně. Pracuje jako dělník na stavbách. Nadměrné pití alkoholu otce, vidí Sára jako příčinu rozvodu rodičů. Otec jí v opilosti slovně napadal, několikrát došlo i k napadení fyzickému, otec byl agresivní i k Sářině matce a bratrovi. Když byla u otce na prázdninách, chodili spolu do hospody a objednával ji alkohol. Léčil ji tak ze závislosti na pervitinu. S otcem se v současnosti nevidá, což Sáře vyhovuje, nemají blízký citový vztah. Otec neplatí alimenty a dluží matce nějaké další peníze. Klientka je na něho našťvaná, ale má ho ráda, říká, že je to přece jednou její otec. Občas Sáře zavolá, ale je vždy opilý. O bratrovi Sára mluví jako o problémovém, špatně se učícím, nelíbí se jí jeho chování. Minulý rok byl tři měsíce v ústavní výchově. Bratr žije s otcem na S., kde navštěvuje základní školu. Bratr se s matkou nebaví, Sára se domnívá, že ho otec proti matce pošťval. Matka odmítavý postoj syna nese těžce. S prarodiči se téměř nestýká, babička z matčiny strany užívá nadměrně benzodiazepiny a děda hodně pije. Prarodiče ze strany otce popisuje jako alkoholiky, babička byla před lety v protialkoholní léčbě, avšak stále pije. S novým přítelem matky vychází dobře. Popisuje ho jako vzdělaného a spolehlivého muže.

Sociální anamnéza

Sára vyrůstala s rodinou v bytě na sídlišti na S., toto období popisuje jako normální. Někdy kolem jejích pěti let věku se přestěhovali do Blanska. Změnu prostředí nijak zvláště nevnímala. Rodinu vnímala jako docela běžnou a normální. Začala tu navštěvovat základní školu. Na základní škole si jí moc dobře nevedlo, neměla mezi spolužáky moc kamarádů, byla považovaná za divnou, jako nejhorší období popisuje 7. - 9. třídu. Nikoho si moc nevnímala, hleděla si svého, žila uzavřena ve svém světě, bylo jí jedno, co si o ní myslí ostatní. Přátelila se vždy se staršími lidmi, kteří byli už trochu někde jinde, ne jako hloupé malé děti na základce. Měla špatné známky, občas byla úplně duchem nepřítomna, nevěděla co je za předmět, luštila křížovky a poslouchala hudbu. Chodila často za školu, měla dvojky i trojky z chování za neomluvené hodiny. Volný čas trávila se staršími známými, kteří pili alkohol, kouřili marihuanu a experimentovali s pervitinem. Zнала i injekční uživatelé. Našla si přítele, také užíval pervitin. Přála si mezi starší a zkušenější zapadnout, čemuž se nejvíce přiblížila, když chodila s jedním z nich. V tomto období začala i ona zkoušet pervitin. Nikdy neměla nejlepší kamarádku, nebo opravdové přátele, kterým by důvěřovala.

Navštěvovala dvě střední školy, na obou studovala asi půl roku. Popisuje podobnou situaci jak na ZŠ. Spolužáci ji nezajímali a oni se nezajímali o ni. Občas měl někdo nějaké nářky, že je divná nebo, že je „feťáčka“. Při vyučování nedávala pozor, nebavilo ji to tam. Začala chodit za školu a pak přestala chodit úplně.

Volný čas trávila většinou jen tak bezprizorně venku, posedáváním na lavičkách, jezdila na různé akce, chaty, diskotéky, techno. Nikdy nic neplánovala. Ráda žije ze dne na den. Protože plány většinou nevychází. Když nic neplánuje, není pak zklamaná, když něco nevyjde.

Vzpomíná, že Máma se ji od mala snažila vést k nějakým činnostem, přihlašovala ji do kroužků, ale nikdy ji nic nebavilo. Jediné co by jí bavilo je box. Jedna z mála věcí, které má ráda na svém otci, byl totiž profesionální boxer a od malička ji trénoval. Moc ji to bavilo, ale po rozvodu rodičů se k tomu už nikdy nevrátila. Uvažuje, že by ji možná bavilo opět chodit někam na tréninky.

V současné době po dvouroční pauze opět navštěvuje střední odborné učiliště, zatím je spokojená, ale není si zcela jistá, zda ho dokončí. Moc si nevěří. Většina lidí, mezi kterými se teď pohybuje, užívá pervitin. V uvozovkách jsou všichni kamarádi, ale přitom kamarád není nikdo. Má pár lidí, se kterými si navzájem pomáhají, když jde o pervitin. Sára tráví čas venku, v hernách, na parties. Poslední dobou tráví také hodně času ve svém pokoji.

Její o patnáct let starší přítel je odsouzený k výkonu trestu odnětí svobody po dobu šesti let za výrobu a distribuci OPL. Sára doufá, že ho propustí už po polovině trestu. Čeká na něj.

V současnosti bydlí s matkou a jejím přítelem v bytě, jejich ekonomické podmínky vidí jako špatné. Za problémem vnímá skutečnost, že otec na ni nijak nepřispívá. Chtěla by chodit na brigádu, ale nemůže žádnou sehnat.

Popis současných obtíží

Sára asi od jedenácti let pije alkohol a kouří marihuanu. Od třinácti let užívá pervitin. Celkem často také hraje automaty. Pervitin si dala poprvé na diskotéce, nabídl jí ho tehdejší přítel. Braní se postupně zintenzivňovalo, až si po půl roce šňupání zkusila dát jehlou. Jak poprvé okusila „nájezd“ po nitrožilní aplikaci, už se nevrátila ke šňupání, protože se to s tím nedalo srovnat, byl to „mega rozdíl“.

Brala postupně čím dál častěji, chyběla kvůli tomu i ve škole, až ji nakonec vyhodili. Matka se to časem dozvěděla, zhroutila se z toho. Poslala Sáru na detox. Byla také na „očistném pobytu“ u otce, kde ji léčil alkoholem. Vrátila se domů a od té doby, si všichni z rodiny o ní myslí, že nebere. Avšak užívá nadále, občas se diví, že to máma nepozná.

Co se týče jejího současného braní, málokdy bývá úplně střízlivá. Jakkoli si chce původně dát jen málo, nakonec jede i víc dní tahem, nejvíce asi týden. Stav na pervitinu jí baví, občas pocít'uje, že se jí střídají nálady, kdy bývá nervózní, potom v klidu a vyrovnaná. Všimla si taky, že na pervitinu spoustu věcí zapomíná a nestíhá. Popsala mi to jako zvláštní, stereotypní život, který ji možná už tolik nebaví.

Všechno se točí kolem drog, o kterých i stále mluví (o tazích, o různých stavech, o tom, co jí jaké množství pervitinu udělá, po jaké době přichází abst'ák). Kdyby měla přestat, musela by opravdu chtít, občas ji to na okamžik napadne. Má tendenci všechno odkládat, možná, že až se vrátí přítel z vězení, tak budou spolu čistí, ale zatím si to moc představit nedokáže.

Shrnutí a vyhodnocení případové studie

O dětství a období do rozvodu rodičů mi toho Sára vlastně moc neřekla, jen to, že byli běžná a normální rodina, dělali běžné věci. Podle mě tím, že o tom tolik nevyprávěla a shrnula to hlavně slovy „běžný a normální“, popisovala něco stabilního, v čem byla jistota. Ta jistota pak kontrastuje s dobou, kdy jí otec začal v opilosti urážet, ponižovat a občas i bít. O té době mi vyprávěla hodně otevřeně a na rovinu, přitom to považuji za velice osobní a citlivé téma. Celkem mě tedy překvapilo, že o takových strašných zkušenostech vyprávěla, jako by se vlastně nic moc nestalo. Působila přitom na mě chladně, vyprávěla o tom s odstupem, jakoby se jí to už netýkalo. Myslím si, že u sebe naráží na dva pocity, kdy na jednu stranu vlastně ví, že jako malá holka s tím neměla šanci nic udělat, ale na druhou stranu ji stejně pořád štve ta bezmoc, když věděla, že to, co se děje, je špatné, ale nemohla tomu zabránit. Navíc si o tom ani s nikým nepovídala. Sára řekla, že je ráda, že se s otcem tolik nevidá. Je to zřejmě určitá obrana, snaží se to celé od sebe odstrčit, protože to, co se dělo, podle mě vlastně úplně narušilo a rozbilo představu ideální „běžné a normální“, tedy bezproblémové rodiny. Myslím si, že tuhle představu si chce Sára ještě aspoň trochu zachovat, proto o těch událostech mluví, tak že prostě jsou, neřeší to. S otcem je stále ještě v minimálním kontaktu, i když jen sporadicky, nechá si od něj naoko promlouvat do duše a vynadávat za braní drog, přitom jeho připomínky ignoruje.

Myslím si, že celé její brání je únik od té reality, ve které už nefunguje ta ideální představa rodiny. Vlastně se mi ani nezmínila o tom, že by si představovala, aby měla zase dobré vztahy s celou rodinou a byli víc v kontaktu. Přesto se domnívám, že jí rodina není vůbec lhostejná.

Co se týče přítele ve výkonu trestu, byl tam podle mě signál toho, jak jí na něm záleží, když mluvila o jejich vztahu. Pokud by chtěla přestat brát kvůli nějaké osobě, byl by to právě on.

Viděla jsem v jejím vyprávění takové lehké váhání mezi tím, jestli jí její současný životní styl baví nebo vlastně nebaví. Měla argumenty pro obě varianty. Myslím si, že ale ještě hodně převažuje ta síla stereotypu, kdy v podstatě nemusí nad ničím jiným přemýšlet a nemusí nic jiného řešit než drogy a jejich shánění a baví se převážně s lidmi, kteří taky berou a baví se hlavně o drogách a všem, co s tím souvisí. Opětovný nástup do školy může pro Sárku být momentem vymanění se právě z těchto stereotypů. Uvědomuji si však, jak je to pro ni velice náročné podřídít se určitému režimu. Cítí velký vnitřní tlak, který je zároveň i motorem a to, nezklamat svoji matku, která už další nezdary a neúspěchy v rodině neunes. Chce ji ochránit, zároveň si však krade možnost být otevřená k někomu blízkému, svěřit se, se svými pocity, cítit se opravdově. Možná už k matce ani nemá důvěru, když ji tu chtěla nechat samotnou a zabít se. O této situaci a svých pocitech však vůbec nemluvila. Možná také proto se v období po jejím pokusu o sebevraždu upoutala k o patnáct let staršímu muži, zřejmě u něj našla pevné objetí, jistou stabilitu a bezpečí, kterou jí otec ani matka nedávali.

Co se týká jejích známých a spolužáků, domnívám se, že jí trochu vyhovuje situace, kdy je mezi lidmi, které skoro ani nepovažuje za pravé kamarády, a tím pádem jí nemůžou ani jako kamarádi zklamat. Myslím si, že určitou svou obavu ze zklamání vyjádřila, když mi vyprávěla o tom, jak nerada cokoli plánuje, kdyby to náhodou pak nevyšlo, a proto žije ze dne na den.

Domnívám se, že život Sáry velice ovlivnila nestabilní rodina, ve které vyrůstala. Otec, který je pod vlivem alkoholu agresivní a nestabilní matka o kterou se nemůže opřít, jí neposkytl pevnou půdu pro zdravý sociální vývoj. Nerozumí si z vrstevníky, nepopisuje, že měla někdy opravdové přátele. Nejhlubší vztah cítí ke svému příteli, který je ve výkonu trestu. Sáře se nenápadně rýsují argumenty, proč přestat užívat, když vidí některé věci,

kteří na ni samotné nebo v jejím životě pervitin změnil. Zatím jí však pervitinový kolotoč plně pohltil.

Případová studie klientky Dany

Druhá případová studie se zabývá popisem dlouhodobé klientky Víceúčelové drogové služby na Blanensku. Klientka využívá široké spektrum nabízených služeb programu, jako je výměnný injekční program, informační servis, testování na infekční choroby, základní zdravotní ošetření, individuální poradenství, sociálně-právní poradenství a byly jí opakovaně zprostředkovány další odborné služby. Anamnestické údaje byly získány prostřednictvím rozhovorů, v konzultační místnosti terénního programu Víceúčelová drogová služba na Blanensku. Veškeré identifikující údaje nebo jména jsou automaticky vyřazena nebo pozměněna. Dana je klientkou programu od roku 2008 a vždy byla v pravidelném kontaktu se službou. Klientka přicházela do programu sdílet a povídat si o svých pocitech, myšlenkách, situacích a má zájem řešit své problémy, pojící se s braním drog. Dana je od 17 let uživatelkou pervitinu a velmi brzy přešla na injekční aplikaci. Injekčně užívala se svým přítelem, který byl o několik let starší a již měl s braním drog bohaté zkušenosti. Seznámila se s ním v restauraci, kde oba pracovali. Klientka nyní čtyři měsíce úspěšně abstinguje a v kontaktu s pracovníky je dvakrát do měsíce, kdy si přijde popovídat, jak se jí daří, zjistit potřebné informace a využít počítač pro hledání zaměstnání.

Osobní anamnéza

Dana je štíhlá dvacetiosmiletá, velmi komunikativní a vnímavá dívka. Má barvené blond vlasy, které nosí rozpuštěné, poslední dobou, tedy od své abstinence je velmi usměvavá, často dobře naladěná a komunikativní. Bývá velmi hezky upravená, zakládá si na přirozeném make-upu a její tvář má zdravou barvu i pleť je hezky vyhojená. V době když aktivně užívala pervitin, byla její tvář zatřena výraznou vrstvou make-upu aby skryla kožní vyrážku, kterou si klientka během svých „záseků“ u zrcadla sama rozškrábala. Oblečení nosí čisté, má ráda značkovou módu, kterou nakupuje z druhé ruky.

Mezi klientkou a pracovníky se podařilo navázat důvěrný vztah s otevřenou a přátelskou atmosférou. Často hovoříme o jejích pokusech o abstinenci, v době kdy byla vdaná, se jí podařilo abstinovat dva roky, tudíž má s touto skutečností zažitou zkušenost a je na co navázat. Po rozvodu začala opět užívat. Klientka byla opakovaně hospitalizována v psychiatrické léčebně, následně se pokusila o léčbu v terapeutické komunitě, kterou předčasně ukončila a jakmile se vrátila zpět do Blanska, rozjel se kolotoč užívání. Nyní má

rok a půl vztah s mužem, který není uživatel a vzhledem k tomu, že jí na tomto vztahu velmi záleží, nerezignuje a opakovaně se pokouší o abstinenci. Terénní program využívá jako podporu k tomuto vytyčenému cíli, pravidelně dochází na konzultace a pracovníky vnímá jako průvodce na její cestě v procesu abstinence, který trvá déle jak rok. Jak sama uvádí komunitní a ústavní léčba není pro ni vhodnou terapeutickou metodou. Nevyhovují jí psychologické konzultace.

Po zdravotní stránce má Dana zkušenosti s opakovaným až chronickým zánětem močových cest a ledvin a po dlouhé době nezájmu si začala tyto zdravotní komplikace řešit. Má zatvrdlé žíly, které jí často neumožnily si drogu aplikovat a trvalo to velmi dlouho, než jí nějaká žíla tzv. „dala“. Měla rozpíchané celé ruce a dnes se jí hojí jizvy po opakované aplikaci. Ve 22 letech otěhotněla a bohužel ji čekal komplikovaný porod mrtvého plodu v pátém měsíci těhotenství. Tato těžko zpracovatelná událost byla hlavní příčinou rozvodu. Během své drogové kariéry se jednou pokusila se o sebevraždu, kdy se předávkovala léky a pervitinem, ležela na ulici, kde ji někdo sebral a přivezl domů. Trpí poruchou příjmu potravy a je to jeden ze „spouštěčů“ pro opakovanou aplikaci.

Rodinná anamnéza

Dana nemá žádné sourozence a vyrůstala se svými biologickými rodiči, kteří doposud žijí ve společném manželství. Rodinné vztahy nepopisuje nijak komplikovaně, avšak uvádí, že její užívání mělo negativní dopad na jejich vztah a to především s otcem, který nepřipouští, že by byla jeho dcera uživatelkou drog. Od roku 2008 kdy začala užívat pervitin, opakovaně odcházela z domu a bydlela různě po kamarádech, vracela zpět, když už neměla peníze na drogy, obživu a potřebovala si odpočinout po několikadenní jízdě. V rodině docházelo k velkým hádkám kvůli lhaní, krádežím, dluhům, prodeji osobních věcí a šperků apod. Rodiče klientky také doma často nacházeli, injekční materiál pro aplikaci drog. Dodnes klienta uvádí, že má vztek a zlost na svého otce, který se jí neustále pletl do života, poučoval ji, vyhazoval z domu a stále mezi nimi panuje nejistota a vzájemná nedůvěra. Matka klientky nikdy neuměla dodržet nastavené hranice, například, že klientka nebude chodit domů pod vlivem a i přesto ji vždy umožnila vrátit se zpět domů. Je v invalidním důchodě po transplantaci ledvin. Nyní klientka žije opět u rodičů, hodně času tráví doma a zatím se bojí trávit čas venku bez přítele. Tohle uzavírání se před vnějším světem vnímá jako ochranu, před rizikovými situacemi, například se tak vyhne kontaktu s dalšími uživateli drog. Většinou je s partnerem, u kterého nachází bezpečí a možnost nových a

zdravých rodinných vztahů. Jakmile se přítel vrací z práce, jedou k němu domů. Tam mají vlastní soukromí a zároveň tam žijí jeho rodiče a dva bratři se svými partnerkami. Klientku jeho rodina přijímá a ona se tam až na pár nejistot cítí dobře.

Sociální anamnéza

Dana je z Blanska a celý život žije na sídlišti, což popisuje jako poměrně tvrdé prostředí pro rozvoj mladé dívky. O svém dětství mi toho příliš nesdělila, proto se zaměřuji na tu část života, kdy již byla v kontaktu s terénním programem. Vdala se ve svých 19 letech za muže, se kterým užívala intravenózně pervitin, a zároveň pracovali ve stejné restauraci, jak jsem již zmínila. Ona se během jejich partnerství pokoušela o abstinenci, snažila se touto cestou motivovat i svého partnera, který v té době injekčně užíval přibližně devět let. Říká, o něm že byl dost podezíravý a ve vztahu nejistý až paranoidní. Zmínila, že drogy do jejich vztahu, jak to vidí nyní s odstupem, negativně zasáhly, a poškozovaly jej. Po nevydařeném těhotenství přišla další velká rána, a sice rozvod s milovaným partnerem. Poté se jí ve vztazích příliš nedařilo, měla pár krátkodobých vztahů s muži, všichni to byli dlouhodobí, injekční uživatelé pervitinu. Naučila se žít a fungovat na drogové scéně sama bez partnera. Nyní má rok a půl vztah s neuživitelem drog, na kterém jí velmi záleží. Kamarádky nemá žádné, ty holky co zná, definuje, jako uživatelky na které není spoleh a se kterými se nemůže bavit o osobních tématech. Když si aplikovala drogu, nejraději byla sama. Prochodila celou noc po Blansku nebo se někam uchýlila, nejčastěji na byt nebo ubytovnu.

Bydlela po kamarádech, ubytovnách, a když jí bylo nejhůř, vracela se na pár dní domů, vykoupat se najíst a odpočinout si.

Dana má maturitu v oboru hotelnictví. Veškeré její zaměstnání nemělo dlouhé trvání z důvodu nespolehlivosti a občas nevycházela s vedením a personálem. Má poměrně bohaté zkušenosti jako servírka. Pracovala také u pásu ve velkých fabrikách. Obvykle nikde nevydržela déle než tři měsíce. Nyní si přijde méněcenná, protože se jí nedaří najít zaměstnání. Výjimečně dojíždí na brigádu do hospice, ale tam jí dávají noční směny kdy jí nenavazují spoje a také se změnil přístup personálu k horšímu, v ničem jí nevycházejí vstříc. Zažila tam velký carving a to jí od této práce také odrazuje. Zmínila, že jí péče o staré lidi nedělala problém, ráda se o ně starala. Myslí si, že v Blansku díky zkušenostem a své prezentaci jako nespolehlivé uživatelky drog, si nemá šanci práci najít. Je v evidenci úřadu práce už několik let. Absolvovala rekvalifikační počítačový kurz zprostředkovaný úřadem práce a dokončila ho úspěšně. Její finanční situace je složitá, má dluhy u různých

společností i na zdravotním pojištění. Dluh na zdravotní pojištění již začala řešit splátkovým kalendářem. Trvalé bydliště má na městském úřadě, především kvůli obavám rodičů z exekucí majetku.

Popis současných obtíží

Dana užívá pervitin 11 let. 2 roky od 19. do 22. let v manželství úspěšně abstinovala. Po rozvodu brala pouze injekčně téměř každý den, pokud dostala nebo sehnala peníze na pervitin. Díky své závislosti se pohybovala jen mezi ostatními uživateli. S těmi si ke zprostředkování drog vypomáhali různými způsoby. Zažila v těchto presudovstazích opakovaná zklamání a zranění, postupně se proto začala uzavírat do sebe a jakmile s někým sehnala dávku, šla svojí cestou, chtěla být sama. Nyní se její život začíná měnit. Má motivaci abstinovat a zatím se jí daří tento cíl naplňovat, s ostatními uživateli se nestýká, vyhýbá se jim. Většinu času tráví se svým přítelem a svou nebo jeho rodinou. Vztahy v rodině se zlepšují a postupně k sobě všichni hledají důvěru. Dana si je vědoma, že rodiče jsou jediní, na koho se může spolehnout.

Přemýšlí jak zaplnit volný čas. To se jí zatím nedaří. Nejvíc ji trápí pocit zbytečnosti, protože nemůže najít práci. Do budoucna by se ráda osamostatnila a žila jen se svým přítelem. Během konzultací narážíme na různé rizikové situace. Některé z nich jsou paranoidní představy o nevěře jejího partnera, často si je nejistí a neustále má potřebu se ujistit, zda ji partner miluje. To někdy vyvolává hádky, které přispívají k emoční destabilizaci a přináší potřebu rychlé úlevy a touhy po droze. Druhým velmi rizikovým faktorem je její přijetí vlastního těla. Neumí zacházet s přiměřeným příjmem potravy, když se přejí, nastoupí pocity viny a výčitky. Díky těmto pocitům je nucena uvažovat nad rychlým zeštíhlejícím účinkem. Má zkušenost, že po aplikaci pervitinu se během pár minut cítí mnohem štíhlejší a do druhého dne váží o tři kila méně. Je tedy zřejmé, že pervitin zneužívala jako anorektikum. Pokud si nemůže aplikovat drogu tak zvrací. Tento fenomén není nijak neobvyklý a u klientek se poměrně často vyskytuje.

Dana jiné drogy užívá vyjimečně. Má obavu, aby závislost na pervitinu nevyměnila za závislost na alkoholu, ten jí pomáhá se vyrovnávat s cravingem a tak, když má chuť na pervitin, dá si dvě skleničky vína. Vyzkoušela ji jiné drogy, ale ty nejsou nijak aktuální.

Shrnutí a vyhodnocení případové studie

Během aktivního užívání, klienta v rozhovorech působila nejistě, poněkud nekoncentrovaně a velmi podezíravě. I fyzicky si mě držela dál od těla, po aplikaci nebo delší „jízdě“ se cítila špinavá. Měla tendence analyzovat každou moji větu, která během konzultací zazněla, asi se bála negativního hodnocení, necítila se psychicky dobře a stabilně. Myslím, že se potýkala s velkou nedůvěrou vůči druhým lidem. Trápí ji vztahy mezi ostatními uživateli drog, že jsou nestabilní a zraňující. Postupem času jak se mezi námi vytvářel důvěrný vztah, působila Dana klidněji a zřejmě se začala v rozhovorech cítit bezpečněji a pohodlněji. Myslím, že pro ni bylo důležité mít někoho, s kým může v takové atmosféře komunikovat.

Její pozornost a myšlenky se rozbíhaly a mluvila o různých fantazijních představách. Některé z nich byly až bludné, nerealistické a paranoidní. Předpokládám, že měla opakovanou zkušenost s toxickou psychózou. V létě 2011 na tom nebyla psychicky dobře, zužovaly ji úzkosti a paranoia, nevěděla jak dál žít. Chtěla se jít léčit. Byla hospitalizovaná 4 měsíce v psychiatrické léčebně, následně týden v terapeutické komunitě. Myslím, že tato zkušenost pro ni měla určitý význam. Jakmile se Dana vrátila po nedokončené léčbě, dostavila se u ní recidiva. Současně neustále hovořila o potřebě abstinovat. To, že nyní abstinguje a má podporu svých blízkých je po jedenácti letech drogové kariéry velký úspěch. Její život se po sociální i zdravotní stránce mění a otevírají se jí možnosti pro změnu životního stylu.

Je pro ni důležité vypadat čistě, hezky, alespoň navenek, i když se uvnitř příliš spokojeně necítí. Záleží jí na hodnocení okolí a zásadním tématem je pro ni štíhlost. Má ráda vyzábělé typy a chtěla by taková být taky, což se jí během užívání dařilo. Často jsme hovořili o zneužívání pervitinu jako rychlého prostředku pro hubnutí, o jejím zvracení, přejídání se apod. Pokud se přejí, má výčitky, a poté co si aplikuje pervitin, dostaví se úleva, zároveň však prožívá pocity viny ze selhání a opakovaného užití. Je to bludný kruh. Díky tomuto tématu, opustila i léčbu v terapeutické komunitě. Přišla se tam přece léčit se závislostí a ostatní klienti na ni spustili, že zvrací na záchodě a měli to potřebu řešit. Ona o tomhle mluvit nechtěla a tak po týdnu odešla. Byla to pro ni dost náročná a negativní zkušenost, nerada o tom co se v komunitě přihodilo, mluví. Zřejmě „uhodili na hlavičku“ a všimli si relevantního „spouštěče“ k opakovanému braní. Dana na přijetí těchto informací nebyla připravená. Dnes tuto skutečnost v konzultacích připouští a je schopna o tomto tématu hovořit. Klientka začíná tyto potřeby hladovění a rychlé úlevy reflektovat a získávat náhled. Hledá možnosti, jak tento stereotyp změnit.

Co se týče hledání zaměstnání, je na začátku. Chápu její potřebu chránit se prozatím v bezpečí své rodiny a přítele. Jedná se o léčebný proces a myslím, že jakmile získá více sebejistoty a bude se cítit v abstinenci bezpečněji, překoná pocity nezdaru z předchozích zaměstnání, práci si najde a bude v ní úspěšná. Myslím, že je dobře je na sebe opatrná, i přesto že vnímám, jak moc by ráda pracovala a v konzultacích jí dávám tuhle zpětnou vazbu.

Případová studie klientky Pavly

Třetí případová studie se zabývá popisem poměrně mladé klientky Víceúčelové drogové služby na Blanensku. Klientka má bohaté zkušenosti s rizikovým chováním a sdílením použitého injekčního materiálu s ostatními uživateli, stejně tak s nechráněným pohlavním stykem. Nyní jsou její návyky aplikace výrazně bezpečnější. Aplikuje si vždy sterilní injekční stříkačkou a používá zdravotní materiál dostupný v našem programu. Její nejčastější zakázkou je výměna „Harm Reduciton“ materiálu, ale pokud přijde do kanceláře projektu, zůstává v poradenské místnosti i na konzultace. V jejím případě se často řešila sociální případová práce, viz níže. Opakovaně byla testována na infekční choroby, vždy s negativním výsledkem. V kontaktu s pracovníky terénního programu je od roku 2010 a poskytované služby využívá obvykle jednou týdně. V řeči se často zadržává a obvykle bývá pod vlivem pervitinu.

Pavle je 18 let a pervitin užívá injekčně od roku 2008 (od 14 let svého věku). Vyhledává starší partnery, také uživatele drog, a uspokojuje ji pokud, má od nich dostatečný přísun pervitinu. V uplynulých obdobích užívala i gram pervitinu denně. Pervitin si aplikuje, dle možností, nejlépe každý den. Pokud drogu nesežene, celý den spí a nemá zájem se jakkoliv realizovat.

Osobní anamnéza

Pavla je nižšího vzrůstu, štíhlá téměř devatenáctiletá a pro muže atraktivní dívka. Má černé vlasy různých střihů. Nebývá vkusně oblečená, často nosí dlouho jedno oblečení, nedaří se jí být upravená a čistá. Líčení mývá často, rozmazané a nedokonalé, pokud je pár dní „čistá“ a není pod vlivem, daří se jí být v komunikaci otevřenější a její fyzický vzhled působí zdravějším a odpočínutým dojmem. I make-up má upravenější.

Zdravotní situace Pavly není příliš příznivá. Má po své matce problémy se srážlivostí krve, příliš na tento jev nedbá a často mívá velké modřiny po injekční aplikaci drogy.

Lokální abscesy bývají také velmi časté a žíly má po opakovaných aplikacích značně zjizvené. Trpí opakovanými záněty močových cest a chronickými záněty ledvin, občas tyto projevy léčí antibiotiky. Trápí jí bolesti zubů, ale zubaře navštěvuje jen velmi sporadicky, jakmile jsou bolesti neúnosné. Několik měsíců brala léky na schizofrenii a byla v péči psychiatrů. V konzultacích popisuje i stavy toxických psychóz až úplného duševní bezvědomí, kdy byla dezorientovaná několik dní a jakmile se probírala, zjistila, že vůbec neví, co například čtyři dny dělala, co jedla, s kým ten čas strávila apod. Matka ji opakovaně umísťovala do psychiatrických léčeben pro mladistvé a na detoxifikační jednotky. Má zkušenosti se sedmi léčebnými programy a ani jeden nebyl na základě její vlastní motivace a tudíž žádný z těchto procesů nedokončila a po návratu zpět do Blanska opět pravidelně užívá pervitin.

Během roku 2012 byla dvakrát na interrupci. V březnu byla těhotná s mužem, také uživatelem, se kterým dříve udržovala milostný vztah, ale již v té době její city k němu ochably a dítě s ním mít nechtěla. Je citově připoutána k jinému uživateli, se kterým má jen milostným poměr a v létě s ním otěhotněla. Tento muž již však jedno dítě z nevydařeného partnerství má a Pavlu ujistil, že s ní mít dítě nechce. To bylo hlavním důvodem, že se Pavla na podzim rozhodla podstoupit další interrupci. Nyní má zavedené nitroděložní tělíčko, které jí uhradila její matka, ostatně jako interrupce. Klientka tuto situaci velmi těžce nesla a dodnes se kvůli druhému přerušení těhotenství trápí, pokud v konzultacích narazíme na tohle citlivé téma, pláče. Ráda by v budoucnu, až bude připravená, dítě měla, není si jistá, zda se to ještě podaří.

Pavla nemá téměř žádné zájmy, volný čas tráví sháněním drog nebo spí. Je velmi zručná a vyzná se v práci na počítači i s náročnějšími programy.

Rodinná anamnéza

Pavla vyrůstala jako jedináček. Dle své matky, byl porod Pavly velmi náročný a komplikovaný. Matka při něm téměř přišla o život. Klientka zmínila, že spousta dětí v její rodině z matčiny strany jsou nějak hendikepovaní, DMO, Downův syndrom apod. Klienta má z těchto nemocí u svého dítěte obavy.

Pavla vyrůstala v panelovém bytě, většinu času jen se svojí matkou a psem. Rodiče se brzo rozvedli kvůli alkoholismu otce. Byl velmi často pod vlivem a obě je napadal. S otcem se Pavla nevidá a nemá k němu žádný vztah. Ví, že bydlí u její babičky, své matky a má malého syna. Měla příležitost se s ním sejít u soudu ohledně svěřeni Pavly do ústavní

výchovy, ale i přes její zvědavost se nakonec k soudu nedostavila. Matka měla na klientku, velmi vysoké nároky, a byla k ní velmi citově vázána. Nyní se téměř nevidají, jen v bezvýhodných situacích, se kterými si klientka naprosto neví rady. Matka klientky je velmi za-neprázdněná a během dětství tomu tak vždy bylo. Pavla opakovaně odcházela s domu, matka ji vyhazovala a nakonec požádala o svěřeni klientky, v jejich sedmnácti letech do ústavní výchovy. Matka měla tendence s kurátorkou pro děti a mládež, dívku opakovaně testovat na drogy, pokud vyšel test pozitivní nebo matka zjistila na ruku vpichy, okamžitě Pavlu vezla na léčení. Žádná ústavní léčba nebyla účinná. Vztah matky a Pavly je drogami velmi narušen a poznamenám. Matka žije sama se psem a s Pavlou se nemá zájem vídat, trápí ji její braní drog a selhání ve škole i osobním životě. Podobně je na tom Pavla, bojí se matce přijít na oči, velmi se za sebe stydí.

Sociální anamnéza

Pavla byla dříve klientkou nízkoprahového centra pro děti a mládež v Blansku, ale přestala si se svými vrstevníky rozumět a raději trávila čas se staršími lidmi. Našla si staršího přítele, se kterým začala užívat intravenózně a bydlela u něj na bytě. Jakmile ho zavřeli do vězení, trávila čas střídavě s matkou, ostatními uživateli na bytech, chatách nebo na ulici. Měla přítele, se kterým několik měsíců žila ve sklepě rodinného domu, jeho rodiny se strachem, že ji tam někdo objeví. V té době neměla ani dostatečnou hygienu, byla stále pod vlivem a po nocích se toulala. S dalším přítelem žila na ubytovně, ale toho také zavřeli do výkonu trestu, tak opět skončila na ulici. Přestože ji soud umístil do ústavní péče, vždy s diagnostického ústavu během dvou dnů utekla a vrátila se do Blanska. Spolupráce s matkou a kurátorkou pro děti a mládež nebyla nijak efektivní, když se klientce chtělo, vyhledala jejich kontakt. Občas skončila na Policii, která ji předala zpět do diagnostického ústavu, kde se vyspala a opět utekla. Neměla u sebe žádné doklady, nedisponovala žádnými příjmy.

Poté se jí ujal další uživatel, se kterým navázala citový vztah. Bydlí u něj a jeho rodiny doma už druhý rok. Tento vztah nyní Pavla vnímá spíše jako přátelský, je zamilovaná do někoho jiného. Z tohoto důvodu se rozhodla pro svoji první interrupci, protože čekala dítě s mužem, se kterým si nepředstavuje svoji budoucnost. Je pro ni spíše kamarád, který jí umožňuje u něj bydlet, i když ho to velmi citově zraňuje. V bytě, ve kterém žije, se doma být necítí, je tam spíše nevídaným hostem, má stále sbalené věci, většinu času tráví v jednom pokoji, bojí se kvůli rodičům přítele chodit do kuchyně apod., ale nemá kam jít. Chtě-

la by žít s mužem, se kterým čekala své druhé dítě, ten však o ni nejeví příliš zájem. Je sní jen, když si dají dávku. Mezi tímto milostným trojúhelníkem, všichni se vzájemně znají a setkávají se díky společnému zájmu, braní drog, často vznikají různá nedorozumění. Je to poměrně komplikovaná situace a klientka se v ní těžko orientuje. Kamarádku má jednu. Jinak ostatní uživatelé jsou pro ni důležití, pokud potřebuje sehnat drogu nebo někde „zabít“ čas.

Nyní není Pavla v evidenci úřadu práce, byla z důvodu neplnění povinností vyloučena, což jí komplikuje zdravotnickou péči a narůstá jí dluh u zdravotní pojišťovny. Nikdy nepracovala a ani o to nejeví žádný zájem. Pracovat se jí nechce. Jediným jejím zájmem je užívání drog. Pokud nemá dávku, je konfliktní, a proto raději spí. Během obou těhotenství užívala injekčně pervitin. Jestliže nesehnala dávku a nemohla spát, pila alkohol, i přesto, že má k němu díky otci negativní vztah. Co se týče vzdělání, ukončila základní školu. Pokoušela se o studium na střední hotelové škole a poté chtěla vystudovat obor kosmetičky s maturitou. Žádnou z těchto škol, díky vysoké absenci nedokončila. S vrstevníky ani spolužáky neměla zájem komunikovat. Rozumí si jen s uživateli drog.

Popis současných obtíží

Pavla se nachází ve složité sociální situaci. Má zkušenosti s tím, jak je těžké žít na ulici a vzhledem k tomu, že nemá žádnou jistotu vlastního bydlení, soukromí, kde by mohla bezpečně žít prožívá velké nejistoty. Rodiče kamaráda, u kterého žije jsou často po vlivem alkoholu a Pavla z nich má strach. Současně se obává, že pokud se kamarád naštve a dojde mu trpělivost, protože ví, že Pavla už k němu nechová milostné city, skončí sama na ulici. Není si jistá, zda by se o sebe dokázala postarat a nemá kam jít., domů k matce se vrátit nemůže, ta by ji opět poslala do léčebny. Nepracuje, není v evidenci úřadu práce a na bydlení nijak nepřispívá, nechává se živit. O zaměstnání nejeví, žádný zájem. Jakmile bude dostávat sociální dávky, chtěla by začít splácet dluhy u zdravotní pojišťovny a u českých drah. Pokud k tomu nebude donucena, nepočítá s tím, že by se odstěhovala na ubytovnu, nebo se podílela finančně na chodu domácnosti, ve které bydlí. Kamarád, u kterého žije má občasnou brigádu, tudíž jeho finanční příjem je nestabilní a díky tomu v rodině vznikají konflikty.

Pavla by chtěla žít s mužem, také uživatelem, do kterého je zamilovaná. Pokud ji přijímá, veškerý čas, především v noci tráví spolu, v hernách nebo v lese, což jí komplikuje

vztah s klukem, u kterého žije. Nemá od bytu ani vlastní klíče a záleží jen na něm, zda ji pustí domů, i přestože ví, že byla s někým jiným, klidně i dvě noci.

Klientka již v minulosti plánovala těhotenství s partnerem, který je aktuálně ve výkonu trestu. Přemýšlela o abstinenci a docházela do projektu na individuální poradenství. Situace se však natolik změnila, že během posledního roku prodělala na vlastní žádost dvě interrupce, což negativně zasáhla do jejího zdraví a především ji to poznamenalo psychicky. Má velké obavy, že nebude moci mít děti a pokud ano tak, zda dítě bude zdravé. Navíc si druhé těhotenství tajně plánovala a přála si ho. Její potřeba však nebyla naplněna a partner, se kterým druhé dítě čekala, s ní tyto touhy nesdílel a odmítl dítě vychovávat. Tak dlouho na klientku naléhal, že i přes svoji nevoli šla na druhý potrat. Jakmile se vrátila z nemocnice a pokud sežene dávku, je denně pod vlivem. Snaží se tuto zkušenost prozatím neúspěšně zpracovat. Pokud se mezi námi téma interrupce otevře je velmi plačtivá a úzkostná. Trpí pocity viny a selhání v roli partnerky, ženy, případně matky.

Shrnutí a vyhodnocení případové studie

Byla jsem u toho s klientkou, když jí vyšel pozitivní druhý těhotenský test. Celá se roztřásla a myslím, že byla v šoku. Nevypadala šťastně, i když v dalších konzultacích přiznala, že těhotenství schválně pokoušela, přála si čekat dítě s tímto mužem. Nebyli však ani partneři a ani nyní nejsou. Nerada bych tuto situaci hodnotila, jen zmíním, že jsme často o antikoncepci hovořily, vždy odpověděla, že na ni musí sehnat peníze a zajít k lékaři. Nestalo se tak. Kondom zásadně odmítala. Klientka dostala spoustu informací o užívání drog a těhotenství, o komplikacích opakovaných interrupcí, o možnostech terapie, léčby pro těhotné uživatelky apod. Neměla žádnou podporu v nikom ze svého sociálního okolí, to bylo zřejmě nakonec důvodem, proč se pro potrat rozhodla. Uvažovala nad terapeutickou komunitou, ale přesvědčila sama sebe, že by se neměla pak s dítětem kam vrátit nebo uchýlit. Bála se, že by zůstala sama s dítětem, o které by se nedovedla postarat, že by byla pod velkým tlakem a začala by opět brát drogy. Respektovala jsem její rozhodnutí, snažila jsem se být si jistá, zda zvážila všechny možnosti, aby se mohla svobodně rozhodnout. Myslím, že bude ještě potřeba dost času, než se Pavla s potratem vyrovná a překoná, fakt že musela tak závažné rozhodnutí udělat již po druhé během jednoho roku. Po této traumatické události, je klientka pohlcena závislostí a nehovoří ani neuvažuje o změně. Skutečnost je taková, že využívá výměnného programu a dbá o bezpečnou aplikaci, což je oproti předchozím rokům změna k lepšímu.

Aktuální je její vztahová a s tím související bytová situace. Není možné, aby šla k matce, a nenapadá ji, u koho by mohla žít, případně z čeho hradit nájem. Je ve velmi nejisté situaci, kdy žije u bývalého přítele a jeho rodiny, kterému může kdykoliv dojít trpělivost a vyhodit ji na ulici. Myslím, že si klientka uvědomuje, v jaké tísní by se ocitla, protože má již tuto předchozí zkušenost. Zatím však měla štěstí a vždy našla partnera, který se o ni postaral. V souvislosti s tímto případem mě napadají otázky typu: „Proč má klientka tendence uchýlovat se ke starším partnerům a být na nich zcela závislá? V čem ji tolik fascinují distributoři drog a proč vyhledává takové vztahy?“ Prozatím, se mi nepodařilo s klientkou nalézt na tyto otázky odpovědi, i když jsem je s ní konzultovala. Mohu se jen domnívat, že v tom hrají roli dva faktory, brzká absence otcovské role, alkohol v rodině a vysoké nároky matky a její nenaplněné představy o životě klientky, kterým očividně nebyla Pavla schopna dostát, možná ani nechtěla a měla potřebu se vůči matce vymezit. Jakmile matka zjistila její drogovou situaci, zvolila pro klientu drastické řešení, kdy ji odmítla a násilně umístila do psychiatrické léčebny pro mladistvé.

Popis případové studie Daniel

Rozhodla jsem se zpracovat kazuistiku s klientem, se kterým pracuji tři čtvrtě roku v rámci terénní práce, kdy se opakovaně pokouším otevřít témata týkající se průběhu drogového užívání, rizikového chování, aktuální situace ve které se klient momentálně nachází a zamyšlení se nad tím, na co se nyní i výhledově zaměřit během další spolupráce.

S Danielem první kontakt proběhl na jaře roku 2012, kdy vyhledal výměnný program zprostředkovaně s jiným klientem, který domluvil schůzku za účelem výměny injekčního a zdravotního materiálu. Vzpomínám si, že klient působil plachým, spíše uzavřeným avšak vstřícným dojmem. Daniel je vysoké štíhlé postavy, má světle hnědé vlasy a vždy je čistě oblečený. Během naší první schůzky působil nejistě a spíše vyhýbavě, často uhýbal pohledem, neodložil si bundu a opakovaně si upravoval na hlavě kšiltovku. Pospíchal a chtěl výměnu brzo ukončit pro nedostatek dalšího času, měl domluvený sraz s kamarádem ohledně opravy vozidla.

Osobní anamnéza

Základní školu absolvoval v rodné vesnici, v kolektivu spolužáků byl oblíbený a měl i dobré přátele, se kterými trávil volný čas. Rád se věnoval sportovním aktivitám, hrál fotbal a volejbal. „Na základce bylo pořád co dělat“. Více se však o období svého dětství

nikdy nerozpovídal, spíše se divil, že se o to zajímám. Na základní škole začal kouřit cigarety, je to již deset let co kouří pravidelně.

V deváté třídě měl první zkušenost s marihuanou. „Bylo to s bratrem. Pod vlivem byl již napoprvé. Podruhé přinesla marihuanu do školy spolužačka od svého otce. Od té doby kouřil téměř denně až do 23 let. Nyní ji stále kouří, občas o víkendu.

Daniel se vyučil truhlářem a pokusil se i o maturitu, avšak za neomluvené hodiny byl v druhém ročníku vyloučen.

V prvním ročníku učebního oboru se díky kamarádovi z města poprvé setkal s pervitinem. Nejprve užíval víkendově, obvykle šňupáním a bombičkami, četnost užívání se zvyšovala a bral čím dál častěji. Od 19 do 21 let abstinovat. V této době užíval jiné drogy, extáze, marihuanu, LSD atd. Daniel nebyl individuálním experimentátorem, raději zkoušel drogy v kolektivu. Po dvou letech abstinence se k pervitinu opět vrátil. Jak sám popisuje, jednou ochutnal a rozjel se. Před dvěma lety, když si jel s kamarády, jako obvykle pro dávku pervitinu zjistil, že ji dealer již naředit. Nyní se rozhodl pro injekční aplikaci. Od této chvíle užívá nitrožilně, pravidelně téměř každý den. Jakmile přišel o zaměstnání, rodiče zjistili, že užívá pervitin a nedařilo se mu dodržovat pravidla, musel odejít z domu. Zdržoval se u ostatních uživatelů. Po čtyřech měsících si našel práci a mohl se vrátit domů.

Rodinná anamnéza

Daniel žije s rodiči na vesnici v rodinném domě. Matka pracuje jako hlavní účetní v soukromé firmě, je kuřačka a již prodělala tři nezhoubná nádorová onemocnění. Klient ji charakterizuje jako pozitivně laděnou a více zaměřenou na výchovu nežli je otec. Otec do revoluce pracoval ve stavebním podniku a nyní provozuje soukromou kancelář v oboru stavebnictví, je kuřák a dosud neprodělal žádné závažnější onemocnění. Danielův dědeček z otcovy strany zemřel na rakovinu plic, byl silný kuřák. Starší sestra, 36 let, je vdaná a má pět synů, do doby než si se svým mužem zajistili vhodné bydlení žili v domě rodičů společně s klientem. Bratr 31 let, je ženatý a žije ve vlastní domácnosti. S oběma sourozenci je klient v kontaktu a jejich vztah je bezkonfliktní. Pan Daniel svoje rodiče respektuje, a říká, že má rodinu v pořádku, jak má být.

Sociální anamnéza

Jak jsem již zmínila v úvodu, na období základní školy vzpomíná v dobrém, měl kamarády, věnoval se sportu a koníčkům. Během období na odborném učilišti, trávil

spoustu času s kamarády v místních hospodách, diskotékách a parcích. Aby tzv. „zapadl“ do party a jeho vrstevníci ho mezi sebe přijímali, začal experimentovat s různými nealkoholovými látkami. O víkendech pravidelně jezdil na hudební „parties“, které si nedovede přestavit bez drog. Dodnes tyto hudební akce navštěvuje, především v létě v rámci elektro hudebních festivalů. Nyní udržuje kontakt jen s uživateli drog, nesetkává se s lidmi, kteří drogy neberou. Většinu času tráví v malých vesnicích na uživatelských domech nebo sháněním drog. Vymezuje se i vůči svým sourozencům, kteří ho opakovaně kontaktují a rádi by ho viděli. Neví, o čem by si s nimi povídal a bojí se, že by ho zkoumali a promlouvali mu do duše.

Má dlouholetou přítelkyni, která Danielovi jeho užívání tolerovala do doby, dokud nezačalo zásadně zasahovat do jejich vztahu. Daniel ji omezoval, žárlil a vymýšlel nereálné scénáře. Tyto skutečnosti jsou důvodem, proč se přítelkyně rozhoduje, zda vztah definitivně ukončit. Poslední měsíc se vidají minimálně. Daniela to velmi trápí, ale s braním drog kvůli zachování jejich vztahu není schopen ani rozhodnut přestat.

Do práce, kterou mu zajistila jeho matka, chodí pod vlivem. Konzultujeme rizika pracovních úrazů, protože pracuje v kovoobráběcí nástrojárně. Má již spoustu nezdůvodněných absencí a předpokládá, že ho před skončením zkušební doby vyhodí. Stydí se za sebe především kvůli matce, má dojem, že jí dělá ostudu.

Opakovaně řídil pod vlivem drog i bez řídicího oprávnění a nyní je trestně stíhán, kdy mu hrozí odnětí svobody. O tomto tématu se Daniel nerad baví. Neví o tom ani jeho rodina.

Vzhledem k tomu, že má práci, rodiče mu umožňují bydlet u nich. Daniel však nerespektuje téměř žádná pravidla jejich domácnosti a vznikají mezi ním a rodiči opakované konflikty, především kvůli tomu, že chodí domu pozdě ráno a pod evidentním vlivem drog.

Popis současných obtíží

Již rok a půl bydlí s rodiči, kteří nerezignovali a neustále apelují na jeho abstinenci. Daniel je momentálně v evidenci pracovního úřadu. Má přítelkyni, vystudovala vyšší odbornou školu ekonomického směru a pervitin neužívá. Společný vztah trvá již osm let, nyní jí tvrdí že s braním drog přestal, díky tomu se mu zdá, jako by žil dvojitý život. To, že je bez práce a lže své přítelkyni, považuje za hlavní problémy, které ho trápí a rád by je

vyřešil, jinak svoji situaci hodnotí jako dobrou. Klient neuvádí žádné zdravotní komplikace spojené s užíváním.

Terénní program využívá pravidelně, nejčastěji za účelem výměny injekčního materiálu. O abstinenci neuvažuje, když bude chtít přestat s braním pervitinu, přestane. Na konzultace chodí minimálně. Občas se rozovídá během výměny injekčního materiálu, jak se mu vede a co aktuálně řeší.

Shrnutí a vyhodnocení případové studie

Při práci s Danielem je patrná jeho uzavřenost, je poměrně složité s ním rozvíjet rozhovor zaměřený na vztah s rodiči, s přítelkyní či reálně zjistit co ho trápí a také co ho těší nebo rád dělá. Jak sám potvrdil, nesvěřuje se, pocity, intimnosti a problémy nosí ve své hlavě. Řekl, že cítil úlevu, když si mohl popovídat o svých obavách z hrozcího rozchodu, pokud nepřestane s braním pervitinu, a že jsme jediní, komu se s tímto svěřil. Chápu to jako prolomení nedůvěry a zmírnění pravděpodobného klientova ostychu. Z rozhovorů je patrné jakou úctu a lásku chová ke svým rodičům, a že ani zde není lhotejný k situacím, které musí překonávat. Je vděčný za funkční rodinu a zájem rodičů o něj i za to jak jej vychovali. Uvědomuje si, že užívání drog není součástí běžného lidského života, a že se jedná o patologii a všeobecnou společností neakceptovaný jev.

Pokud ztratí práci, obvykle se rychle v situaci zorientuje a samostatně aktivně vyhledává jiné pracovní místo, má zájem pracovat na hlavní pracovní poměr.

Z důvodu bezpečí a pohodlí preferuje výměnu stříkaček ve výměnné místnosti, na terénu nemění. Během kontaktů jsem zjistila, že klient není motivován k jiné nežli injekční aplikaci, zde vidím příležitost k dalším rozhovorům. Potěší mě, když mne ujistí o bezpečném braní. Má snahu nosit čisté stříkačky a materiál i ostatním uživatelům, odmítá však vracet cizí použité.

Považuji za vhodné zaměřit se na zvyšování vzájemné důvěry, dostatečně klienta podporovat a oceňovat, dát mu prostor k vlastnímu rozhodování se, pokoušet se reflektovat jeho situaci, a všítat si zda se pan Daniel sociálně nepropadá.

5.2 Narativní rozhovory

Narativní rozhovory probíhaly v konzultační místnosti projektu Víceúčelová drogová služba na Blanensku se třemi klientkami, které pravidelně čerpají nabízené služby projektu. S těmito intravenózními uživatelkami pervitinu se mi podařilo navázat otevřený profesní vztah, kdy jsem měla příležitost stát se hostem a konzultačním partnerem v jejich životních příbězích. Části záznamu přibližně dvouhodinových rozhovorů jsem se rozhodla použít a analyzovat ve své výzkumné části této diplomové práce. Během zkoumání jsem požádala klientky, aby vytvořily svoji čáru (dráhu), nebo křivku života a do ní zakreslily pro ně významné životní události, které se přihodily během jejich drogové kariéry. Navrhla jsem, zda by mohly o těchto jednotlivých událostech formou příběhu sdílet vlastní zkušenosti. Mým výzkumným cílem je analýza této životní dráhy. Zaměřím se na subjektivní pojetí těchto pro klientky významných událostí. Chtěla bych zjistit, jak konkrétně ovlivnily tyto události klientky na jejich životní cestě. Pokusím se zjistit, zda mohu v těchto událostech najít některé podobnosti, navzájem související nebo se opakující témata ať v oblasti sociální, zdravotní apod. Na závěr konzultací jsem se doptávala na subjektivní pohled každé klientky, jak vnímají svoji závislost, současně jsem se zajímala o přijetí či odmítnutí této skutečnosti. Chtěla bych zjistit, jaké události jsou v pozadí závislosti a zda některé z těchto událostí přispěly k prohloubení a zpevnění drogového užívání. Dalším výzkumným cílem je zmapovat zda je pro klientky možnost individuálních konzultací/poradenství něčím přínosná a pokud ano tak čím. S ohledem na poslední kladenou otázku uvažuji, že budu moci vyzkoumat zda, mohou konzultace příznivě ovlivnit životní cestu uživatelék. Případně jak mohou přispět ke zmírnění negativních dopadů během drogového úzu. Vyobrazení životních čar spolu se zaznamenanými událostmi, které vznikaly během rozhovoru, jsou součástí příloh. Příloha č. 2. a 3. Zobrazení životní dráhy klientky Dany a Pavly

Při výběru reprezentativního vzorku respondentů jsem se opírala o vlastní zkušenost s těmito klienty během výkonu své profese, významné bylo zajistit možnost spolupráce, reflektovala jsem získanou důvěru a otevřenost ke sdílení intimních událostí v životech klientů a také jsem se zajímala o pestrost životních příběhů. Zprvu jsem chtěla vybídnout ke spolupráci 8 respondentů, ale jakmile se blížil termín schůzky, bylo stále složitější klienty k rozhovoru motivovat, a tudíž jsem získala rozhovory se třemi klientkami, i přestože jsem byla dohodnuta i se dvěma muži.

Stručná charakteristika účastnic výzkumu

Sára je 18 let. Její rodiče jsou rozvedení. Žije na sídlišti se svojí matkou a jejím přítelem. Mladší bratr žije s otcem na S., u Maďarských hranic, nemají spolu příliš blízký vztah, s bratrem ani otcem, který je závislý na alkoholu. Sára má dokončené základní vzdělání a pokouší se již o třetí učební obor, nyní o obor cukrářky. Matka Sáry je těhotná a chystá se přestěhovat do jiného bytu, Sára se s ní a přítelem matky zřejmě stěhovat nebude, našla si nového přítele, kterého pustili z výkonu trestu a ráda by, žila s ním. Od 13 let užívá pervitin. S novým přítelem uvažuje nad abstinencí, ale zatím neví jakým způsobem se o ni pokusit. Sára má zkušenost s nedobrovolnou léčbou v psychiatrické léčebně. Více o této klientce lze vyčíst z případové studie viz. výše.

Čáru života se jí podařilo vytvořit jako křivku, ve které jsou zaznačeny jednotlivé roky (data) od prvního užití pervitinu. V roce 2010 je z této čáry života evidentní jistý pokles, kam klientka zakreslila injekční stříkačku a poté křivka stoupá a ž k roku 2013.

Dana je druhou respondentkou výzkumu, je jí 28 let a pervitin užívá intravenózně od svých 17 let. Bydlí s rodiči na sídlišti a nemá žádné sourozence. Dana byla opakovaně hospitalizována na detoxifikační jednotce, má zkušenost s léčbou v psychiatrické léčebně i terapeutické komunitě. Nyní má rok a půl přítele, který drogy neužívá, tráví spolu velmi mnoho času. Dana aktuálně již čtvrtý měsíc abstínuje a je na sebe patřičně hrdá.

Čáru života se jí podařilo vytvořit jako lineární přímkou, ve které jsou zaznačeny některé roky od jejích 17 let, kdy začala drogy užívat. Klientka zde zaznamenala významné události, jako byla její svatba, léčba, rozvod, jména pro ni nejdůležitějších partnerů a mezník abstinence. Jména, které do čáry života zaznamenala, jsem s ohledem na klientčino přání zatřela bílou barvou. Více o této klientce lze vyčíst z případové studie viz výše.

Poslední respondentkou je Marie. Marie má 29 let. Žije se svojí kamarádkou a žije se zpěvem na volné noze. Rodiče i s bratrem se odstěhovali do Prahy. Marie užívá drogy od svých 12 let. Od 15 let je intravenózní uživatelkou. Aktuálně snížila četnost braní pervitinu na minimum a užívá intranasálně. Pije alkohol a s přáteli v klubu užívá víkendově kokain v kombinaci s alkoholem. Její největší vášní a koníčkem je muzika. Marie byla dvakrát dlouhodobě hospitalizována v psychiatrické léčebně a užívá léky na schizofrenii. Dlouhodobě nemá přítele a často spolu hovoříme o abstinenci.

Čáru života jako jediná zakreslila vodovými barvami, vytvořila jakousi nekončící barevnou spirálu, kam zaznamenala jednotlivé události bez dalšího grafického popisu či struktury. Bohužel klientka z důvodu anonymity nechtěla svoji životní dráhu zveřejnit v mojí diplomové práci.

5.3 Shrnutí zjištění získaných údajů

Životní situace spojené s počátkem užívání drog (především pervitinu)

„Ze začátku jsem nevěděla, do čeho jdu a co mě čeká, vůbec jsem nevěděla o co jde, ani trochu, měla jsem zkušenost s alkoholem a trávou ale pervitin, to ne. Bylo to divný dodnes si pamatuju jak si můj nejlepší kámoš střílil dávku stříkačkou na poli za takovou továrnou, já jsem jenom hleděla o co mu to sakra jde. Tohle jsem fakt zkusit nechtěla. Jeho holka a moje nová kmoška co nás do toho všeho namočila, si taky vpálila jehlou, já ne. Zkusila jsem to vyjet nosem. Byl to hnus. Pořád se mi chtělo mluvit a nechtělo se mi domů, šla jsem až za svítání. A druhý den mi to staří pikaři, zkazili, prý je to dojezd, oni byli tak protivní, že jsem dojezd měla hned napoprvé, pěkná depka.“

Druhá klientka si aplikaci pervitinu poprvé naplánovala, sehnala si sama dávku od starších uživatelů.

Třetí klientka brala se svým partnerem. Do doby než začala užívat pervitin, popisuje svoje dospívání jako běžné flámování. *„Brali jsme jak sviňa, no hafo, každé den, on už měl dlouholetou zkušenost s braním jehlou, a já to taky brzo zkusila. Pak šel na léčení, ale nemělo to žádnéj smysl, jako nic. Až jsme se po dvou letech vzali to bylo trochu jiný.“* *Pravidelně jsem začala užívat v sedmnácti letech. Předtím nějaká extoška na párty nebo půl čárky a stačilo to.“*

Dvě klientky začaly pervitin užívat velmi brzy poměrně pravidelně, jen jedna z nich popisuje začátky užívání jako občasné víkendové experimenty. Všechny se na dávku pervitinu vždy těšily, byla to pro ně zábava, odreagování, výlet z všední reality, zažívaly pocity přijetí blízkosti, sounáležitosti s druhými, kteří byli také pod vlivem apod. Všechny začaly užívat intranasálně a dvě z nich přešly do půl roku na injekční aplikaci. Marie užívala injekčně až po několika letech šňupání.

Vztahové situace spojené s braním pervitinu

Vztahová témata provázela celé a všechny naše konzultace. Klientky pravidelně a injekčně užívaly pervitin se svými o několik let staršími partnery, kteří měli zkušenosti s trestnou činností, kam patřila i výroba a distribuce OPL a své partnerky naučili injekční aplikaci. Jednalo se o jedno z nejzajímavějších a emočně výrazných témat u každé klientky. Téma vztahovosti se opakovalo v konzultacích nejčastěji. Klientky se opakovaně vraceli ke svým předchozím partnerům a detailně popisovaly prožitky a zkušenosti s partnerstvím na drogách. Vyjímkou nebylo ani omezování osobní svobody, fyzické napadání, citové vydírání apod.

Sára popsala svůj první drogový vztah, které trval asi tři měsíce následovně: „*No ty jeho psychózy, jako ze začátku byl v klidu, nevadilo mu, kdy jako, no normální jsme byli, prostě svobodní, nic mě nezakazoval v ničem mě neomezoval nic, no a postupně to bylo tak, že sme spolu třeba trávili hodně času ale už se mu třeba nelíbilo, když máti mě zavola-la že musím spát doma, že nemůžu být u něho a nebo tohle, no a pak už byl třeba schopnej, když už jsem musela třeba jít fakt dom, a šla jsem, tak byl schopnej mě třeba sledovat, tím stylem že máme v ulici bytovky a naproti jsou taky, a on naproti mému oknu seděl třeba celou noc a celou noc seděl naproti mému oknu a celou noc mě koukal do okna a sledoval jestli se tam něco děje nebo neděje, jestli se tam hýbe záclonka nebo nehýbe, jestli tam někdo chodí, no pak mě řekl, že tam zase seděl, a že viděl, i když jsme se snažili nenápadně, že jsem tam někoho měla a ten, že pak utíkal zadním vchodem a podobně, takže mě už pak přestal úplně pouštět dom a začal mě bít, a bil mě no, a vlastně během prvních třech měsíců co jsem byla s ním, jsem zhubla nějakých 15 kilo, sem měla nějakých 56, 57 kilo když jsem s ním začala chodit no a během chvílky jsem měla 42. takže jsem byla úplně v prdeli z toho no.“*

Všechny klientky se shodují, že pervitin do vztahu nepatří, neměl by být jeho součástí, a že by si měly hledat partnery, kteří budou chtít abstinovat, nebo nemají žádnou drogovou zkušenost. Jedna z klientek, Marie nechala svoji emoční závislost na partnerovi dojít tak daleko, že musela být hospitalizována v psychiatrické léčebně, protože s partnerem brali tak neuvážlivým způsobem, i přesto, že ho žádala, ať tolik neberou, její psychika četnost a výši dávek nezvládala. Klientka je dodnes odkázána na lékovou medicínu.

Dana v manželství 3 roky abstinovala i přesto, že její partner pervitin užíval. Nerozpovídala se o tom, jak se jí to dařilo. Zmínila však, že byla pět měsíců těhotná, bohužel o plod přišla a musela porodit mrtvé dítě. Tato krizová životní situace byla spouštěčem pro opětovně užívání a její partner požádal o rozvod. Od té doby Dana užívala téměř každý den, pět let. Nyní má vztah, který nazývá bezpečným, její přítel drogy nebere a ona má silnou motivaci abstinovat. Po roce a půl, kdy trvá jejich vztah a Dana se opakovaně pokoušela o abstinenci, je konečně úspěšná a pervitin neužívá čtyři měsíce.

Negativní dopady spojené s užíváním pervitinu na fyzické a duševní zdraví

Všechny tři klientky mají zkušenost s toxickou psychózou. Jejich užívání provází paranoidní fantazie, stihy, bludy, zrakové halucinace, nejistoty, úzkosti, deprese, návaly vzteku, tísnivá nedůvěra a uzavřenost vůči druhým lidem i z blízkého okolí apod.

Marie popisuje, jaké měla hororové sny, když se jí podařilo usnout. Viděla se, jak leží v rakvi, nebo jak se snaží spáchat sebevraždu apod. Tyto sny se opakovaly. Trpěla zrakovými a sluchovými halucinacemi a bludy. Slyšela hlasy, co jí neustále něco našeptávaly. Následně byla odvezena do psychiatrické léčebny, kde jí lékaři diagnostikovali schizoafektivní poruchu osobnosti a Marie je několik let odkázána na lékovou podporu. Pokud to přejene s kokainem nebo jinými drogami hrozí jí opět akutní fáze jejího onemocnění. Marie tuto situaci reflektuje a nyní několik měsíců pervitin neužívá téměř vůbec. Svoji závislost na pervitinu však zaměnila za víkendové pití alkoholu a užívání kokainu, myslí, že tyto drogy ji nemohou ohrozit, jako pervitin aplikovaný injekčně.

Sára popsala své zdravotní komplikace. „*Psychicky ani ne, ale spíš mě to dalo zabrat fyzicky. to jsem pak hned měla zápal plic a ledvinový kamenty na to a vlastně čtyři měsíce jsem měla zápal plic a rýmu na to, olezlý ruce. dělalas tady už? jo vlastně dělala. jsem měla všechny barvy na těch rukách, vlastně od toho, když mě dával on, jsem měla od fialové, zelené, hnědou, černou, všechny možný barvy tady na těch místech, to samý na obličej, že no a vlastně během chvílky.*“ Sára se při popisu své zdravotní situace vrátila k svému prvnímu drogovému partnerovi a konkrétně popisovala, jak ji bil a jak fyzicky i psychicky trpěla.

Pozitivní prožitky spojené s užíváním drog

Zjistila jsem, že především začátky a experimenty s drogami jsou velmi lákavou zkušeností a touhou po nepoznaném, klientky se shodly v tom, že měly chuť zkoumat, kam až

mohou zajít, jakou hranici pokořit, líbilo se jim zacházet dál než je realita všedních dnů, sáhnout si na sebe na své nitro emoce, prožívání, hledaly sebe, nějakou živelnost, mluvily o větší senzitivitě, o větší stimulaci sexuálního libida, o pocitu sounáležitosti a přijetí druhých i od druhých, pocity euforie, energie která je nekonečná a zaplavuje celé tělo.

„ Pro mě bylo hrozně příjemný i bažení po perníku. Když někdo řekl, že sežene, nebo že má u sebe pecku, tak to mnou projelo, jako by do mě uhodil blesk, mravenčilo mi celý tělo, stáhl sem i žaludek, začalo se mi chtít na záchod, bylo to jako na nějaké horské dráze, ale měla jsem zůstat jen u těch experimentů, první rok byl parádní pak to semnou už šlo z kopce. “

Marie zase popisuje, že: *„mě nejvíc bavilo, jaká byla nálada, že sme prokecali noc, a cítila jsem, že všichni lidi tam semnou jsou mi tak blízko, jako nejlepší kmoši, fungovala tam strašná důvěra a bezpečí, to jsem potřebovala cítit. Proto sem fetovala pořád dokola. Chtěla jsem mít ty lidi tak blízko u sebe víc, protože sme kecali o všem o našich životech, dokonce sme plánovali, no jeli jsme v tom spolu, ale je to kec. Tohle netrvá dlouho, každej si vodjede to svý a jde pryč. “ Brzo jsem to zjistila, ale pořád jsem doufala, byla sem naivní dost dlouho. “*

Subjektivní pojetí závislosti

„No já o sobě vím, že závislá stoprocentně su. není to jak u heráku, ale mám psychickou závislost, což je o tom, ta chuť si zase prostě dát. zažít ten nájezd. a člověk si to chce pořád znovu a znovu zopáknout, tak i ta fyzická, protože nejsou po jednom dnu co si nedám, tak nejsem schopna ani otevřít oči a někam jít. a pokud si nedám tak mám křeče v břichu. a je mi fakt zle. a když si nedám pecku a spím normálně načisto, tak mám hororový sny a vzbudím se a brečím, pokaždě když spím a nejsou sjetá tak se pořád kroutím, mám hororový sny a budím se celá ubrečená. úplně v záchvatu. ted' naposledy se mi zdálo, že máti potratila, to jsem hrozně brečela. ale pak jsem si uvědomila, že to tak není. takže takto se projevuje moje závislost. a to je asi všechno. a taky si pamatuju, že vyléčenej feťák, na pořád feťák, to mě říkala i doktorka v Černovicích. a já si myslím, že to tak je. “

Další klientka, která momentálně čtvrtý měsíc abstínuje, nechtěla o tomto tématu příliš mluvit, popsala to tak, že byla mimo realitu, a že ani pořádně neví, kde poslední roky byla, nejedla, nespala, byla i dva měsíce bez peněz, a nepamatuje si, co vlastně dělala. Uvedla, že první co ji napadne, když ji někdo znepríčetní nebo ji něco rozhodí, tak má tendence zachovat se jako vždy a dát si pervitin, ale hned tuhle myšlenku zavrhne. Je pře-

svědčená, že tímto způsobem by tyto nepříjemné situace řešit nechtěla. Díky těmto skutečnostem se vnímá jako závislou, avšak na dobré cestě k abstinenci a životu bez závislosti na drogách.

Otázka přínosu konzultací v životě klientek

Klientek jsem se ptala, zda je naše spolupráce pro ně nějak významná, zajímalo mě, zda jim je k něčemu užitečná a pokud ano, zda by se pokusily mi tom něco, říct.

„Mě to hodně pomáhalo v době, kdy jsem byla s Petrem, nebo v době kdy zavřeli Olina, až do doby než jsem poznala posledního přítele, což je vlastně nedávno. no a já jsem o těchto věcech co se vlastně děly, měla možnosti si o nich povídat. protože jsem o tom s máti ani s nikým jiným bavit nemohla, protože ti lidi jsou všechno smažky, a to kolem toho se s nima řešit nedá, a při tom rozhovoru, jsem si jako chtěla, nebo si srovnám věci v sobě to mi pomáhá, já myslím, že určitě, myslím, že je důležitý abych si tyhle věci minimálně uvědomovala. nebo já nevím.“

Po tomhle klientčím sdělení jsem zjišťovala, zda se pro ni něco mění, když se slyší mluvit o situacích, které zažívá a s nikým jiným se o ně nepodělí. Zajímalo mě co se s ní děje, nebo co se odehrává, když zveřejní svoje myšlenky a pocity. Klientka reagovala:

„Když si o tom povídáme, tak si poskládám souvislosti a vím co dál, i když jsme se bavily několikrát o tom léčení a tak a já jsem pak věděla, co můžu dělat dál, protože v tomhle světě si o těchto věcech a vlastně ani o normálních si člověk nemá s kým jako pokecat, nebo já to tak nemám, kdo by něco takovýho pochopil. Já jsem nikoho takovýho neměla, kdo by byl schopnej vnímat, že něco takovýho řeším. Mluvím, tady o důležitých věcech.“

Pro druhou klientku je důležité, že nás pracovníky vnímá jako osoby na které se může obrátit, když potřebuje něco zjistit a dovědět se. *„To že sem věděla, že nemluvíš jenom na prázdno, a že když budu potřebovat vědět jakoukoliv informaci, tak, že ty mě to seženeš, aniž bych já musela hnout brvou, tak to tomu člověku hrozně pomůže, protože i když by třeba chtěla a není neschopnej, tak prostě někdy už to přece jen nejde, přes všechny ty psychický nátlaky a tohle všechno, prostě kolikrát to člověku nejde i když může, prostě někdy to fakt nejde.“* Přišla jsem si ráda povykládat za normálním člověkem, kterej má normální zdravý názory, abych nevyšla ze cviku a nejen to, ale abych věděla, že ještě můžu, a že si ještě umím povykládat s normálním člověkem.“ Klientka uvedla, že potřebo-

vala dostat zpětnou vazbu na to, zda její stav je ještě přijatelný pro okolí, zajímala se, jak ji vnímáme, a přišla si testovat svoji realitu a stav ve kterém se nachází. Má k nám důvěru a domnívá se, že se jí dostane objektivního názoru.

5.4 Návrhy a opatření

Výzkumnou část jsem rozdělila do několika skupin dle jednotlivých cílů, které jsem si stanovila v úvodu této diplomové práce, a které jsem se pokusila naplnit během spolupráce s klientkami terénního programu na Blanensku. Podařilo se mi s klientkami sdílet vlastní příběhy od počátku jejich drogové kariéry, kdy jsme se společně vrátily k jednotlivým pro ně významným událostem a klientky se pokusily zkonstruovat své pojetí životní cesty.

Nejdůležitějším tématem je dle mého názoru otázka vztahovosti a vztahování se k druhým lidem, ať už k uživatelům, tak i ke svým blízkým. Klientky se velmi rozpovídaly o událostech, které zažily se svými partnery. Současně jsme otevřely téma rodinných vztahů a dověděla jsem se jak zraňující a nestabilní jsou vztahy mezi uživateli drog. Klientky je popsaly jako vzájemně se zneužívající pro naplnění vlastních potřeb a uspokojení bažení po droze a jiných materiálních hodnotách. Domnívám se, že musí být velmi těžké trávit čas s ostatními lidmi a být ochuzen o možnost důvěřovat, být přijímám a mít pocit vlastní důležitosti. Během vyprávění jsem uvažovala nad tím, co vlastně klientky od svých partnerů očekávají a jak mohou být bezpečně naplněna jejich srdce jistotou, láskou a oceněním. Zároveň mne zaujalo, jak vzdáleni si jsou uživatelé drog se svými rodinnými příslušníky.

V závěru konzultace jsem se doptávala na subjektivní pojetí drogové závislosti. Byla jsem velmi překvapena, že klientky, tuto skutečnost bez výjimky přijímají a akceptují. Všechny tři se označily za závislé. Přemýšlela jsem, co je vede k takovému hodnocení, jaké události se s ním propojují a hledala jsem ve sděleních, které byly vyřčeny během narativních rozhovorů.

Poslední otázkou, o které jsme měly příležitost hovořit byla zpětná vazba klientek, jak vnímají nabídku individuálních konzultací, které všechny pravidelně využívají. Podle mého názoru byly jednotlivé odpovědi velmi pestré, dle individuálních potřeb každé z klientek. Jedna z nich si přichází testovat realitu a zjišťuje, zda je ve stavu, kdy dokáže komunikovat s lidmi, kteří drogy neužívají, přichází si pro nové informace, poradit se jak si

řešit vlastní problémy apod. Druhé klientce pomáhají konzultace k zvědomování vlastních potřeb, myšlenek a pocitů. Zmínila, že častěji potřebuje kontakt s pracovníky, když prožívá trápení, nebo se těžko orientuje ve vztazích a situacích, které zažívá. Třetí klienta potřebuje pocit sounáležitosti a mít možnost sdílení s druhými.

Zjistila jsem, že každé vyprávění a pojetí vlastního příběhu je velmi jedinečné. Myslím, že v každém z nich by se daly najít specifické faktory a události, které upevňují závislost klientek na drogách. Současně se domnívám, že některé aspekty, utvářející se během konzultací jsou navzájem společné a propojené a to především jak jsem již zmínila téma vztahovosti. Myslím, že žádná z klientek není plně identifikována s doživotní rolí uživatelky závislé na pervitinu. Nabízené konzultace hodnotím jako vhodnou příležitost pro hledání vlastních identit, motivaci a podporu ke změně životního stylu.

ZÁVĚR

Podle mého zjištění, vycházejícího ze studia použité literatury a z výsledků mého výzkumu, je subjektivní pojetí každého vyprávěného příběhu velmi jedinečné. Myslím, že v každém příběhu by se daly najít specifické faktory a události, které upevňují závislost klientů na drogách. Současně se domnívám, že některé aspekty, utvářející se během konzultací jsou navzájem společné a propojené a to především jak jsem již zmínila téma vzta-hovosti.

Odpověděla jsem na dílčí otázku zkoumající významné životní události, které nastaly během drogové kariéry respondentek a zároveň klientek programu ve kterém pracuji jako terénní sociální pracovnice. Postupem času, jak moje práce plynula k závěru, jsem se mnohem více ptala sama sebe, jaké události jsou pro klientky nejvýznamnější. Zjistila jsem, že nečastěji opakovaným tématem, které jednotlivé události vzájemně propojovalo, se týká mezilidských vztahů. Myslím si, že pro každého člověka je velmi důležité cítit jistotu ve vztazích ke svým blízkým lidem. Příroda každého člověka obdařila pro jeho společenský život specifickým darem – vztahem. Bohužel se domnívám, že uživatelé drog jsou často o rozmanitost mezilidských vztahů pod vlivem návykových látek ochuzeni.

Následující otázky se týkaly subjektivní definice pojmu závislosti respondentek. V neposlední řadě jsem se pokusila zjistit, jaký přínos měly pro klientky individuální konzultace v kontextu jejich životní cesty.

Myslím, že žádná z klientek není plně identifikována s doživotní rolí uživatelky závislé na pervitinu. Nabízené konzultace hodnotím jako vhodnou příležitost pro hledání vlastních identit, motivaci a podporu ke změně životního stylu.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ATKINSON, R., a kol. *Psychologie*. Praha : Portál, 2003. 752 s. ISBN: 80-7178-640-3
2. ANDERSON, H. *Konverzace, jazyk a jejich možnosti: postmoderní přístup k terapii*. Brno: NC Publishing, 2009.
3. GÁBORA, J. PRUŽÍNSKÁ, J.: *Poradenský proces*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1995. ISBN 80-85850-10-9.
4. GERGEN, K. J. *Realities and Relationships: Soundings in Social Constructionism*. Cambridge, London: Harvard University Press, 1997.
5. GERGEN, K. J. *The Saturated Self. Dilemmas of Identity in Contemporary Life*. New York: Basic Books, 2000.
6. GERGEN, K. J., MCNAMEE, S., BARRETT, F. J. *Toward Transformative Dialogue*. *International Journal of Public Administration*, 2001, s. 679.
7. ČERMÁK, I., MIOVSKÝ, M., (Eds.), *Myslet narativně (kvalitativní výzkum „on the road“)*. Sborník z konference Kvalitativní výzkum ve vědách o člověku na prahu třetího tisíciletí. Brno: Psychologický ústav AV ČR, Nakladatelství Albert, 11-25 (15str.)
8. HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha : Portál, 2004. 776 s. ISBN 80-7178-303-X.
9. HAVRDOVÁ, Z A KOL.: *Hodnoty v prostředí sociálních služeb*. Praha: Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy, 2010. ISBN 978-80-87398-7.
10. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum*. Praha : Portál, 2005. ISBN: 80-7367-040-2.
11. HLAVSA, J., LANGOVÁ M. VŠETEČKA, J. 1987. *Člověk v životních situacích*, Praha, academia.
12. KALINA A KOL. 2003. *Drogy a drogové závislosti 2, mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky. s. 97-102.
13. KALINA, K., *Terapeutická komunita, obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN 978-80-247-2449-2
14. KALINA., K., A KOLEKTIV. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN 978-80-247-1411-0

15. KAUFMAN, J.C.: *Chápající rozhovor*. Praha: SLON, 2010. ISBN 978-80-7419-033-9
16. KOLEKTIV AUTORŮ: *Multidisciplinární přístupy pomáhajících profesí*. Ústí nad Labem, 2007. ISBN 978-80-7044-858-8.
17. KOPŘIVA, K.: *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál s.r.o.,1999. ISBN 80-7178-318-8.
18. KRAUS BLAHOSLAV: *Základy sociální pedagogiky*. Praha 2008, Portál, s.r.o. 216s. ISBN 978-80-7367-383-3.
19. LANGMEIER, J, KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. Praha : Grada, 2006. 368 s. ISBN:80-247-1284-9
20. MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu* : Praha, Grada, 2006. 332 s. ISBN: 80-247-1362-4.
21. MACHALOVÁ, MÁRIA, *Biodromálna psychológia*. Brno: BonnyPress, 2010. ISBN 978-80-87182-10-9
22. MATOUŠEK, OLDŘICH A KOLEKTIV. *Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-x.
23. MÜHLPACHR, P.: *Sociální práce jako životní pomoc*. Brno: MSD, spol.s.r.o. 2006, ISBN 80-86633-62-4.
24. NEŠPOR, KAREL. *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál 2007. ISBN 978-7367-267-6.
25. PANČOCHA, KAREL. *Speciálně pedagogická dimenze závislostního chování*, Brno: MSD, spol. s.r.o., 2006. ISBN 80-86633-61-6
26. PLHÁKOVÁ, A. *Dějiny psychologie*. Praha : Grada, 2006. 328 s . ISBN: 80-247-0871-X
27. RHODES, TIM, *Terénní práce s uživateli drog, zásady a praxe*. Boskovice: Albert 1999. ISBN 80-85834-71-5
28. ŘÍČAN, P. *Cesta životem*, Praha : Portál, 2004. 390 s. ISBN: 80-7367-124-7.

29. SEKRETARIÁT RADY VLÁDY PRO KOORDINACI PROTIDROGOVÉ POLITIKY. *Seznam a definice výkonů drogových služeb*, Úřad vlády České republiky, 2006, I. Vydání. 84 s. ISBN 80-86734-81-1
30. SHOTTER, J. *Cultural Politics of Everyday Life*. Buckingham: Open University Press, 1993.
31. STANÍČEK, J., HRNINA, P., A KOLEKTIV. *Kontaktní práce*, ČAS 2007. 357 s.
32. VYBÍRAL, Z., ROUBAL, J., (EDS.) *Současná psychoterapie*, Praha: Portál, s.r.o., 2010. 727 s. ISBN 978-80-7367-682-7
33. *Výroční zpráva Sdružení Podané ruce, o.s. za rok 2010*. Sdružení Podané ruce, o.s. 30 s.
34. Zatloukalová P., *Závěrečná zpráva projektu Víceúčelové drogové služby na Blanensku za rok 2012*

Internetové zdroje:

Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky [online] 2013. [č. 2013-03-17] Dostupné z http://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/rvkpp_statut_schv.pdf

SEZNAM GRAFŮ

1. Graf č. 1. vývoj počtu kontaktů s uživateli programu vds na blanensku za rok 2007 – 2012
2. Graf č. 2. vývoj počtu kontaktů s uživateli programu vds na blanensku za rok 2012
3. Graf č. 3. vývoj počtu klientů programu vds na blanensku za rok 2007 – 2012
4. Graf č. 4. vývoj počtu realizovaných individuálních poradenství za rok 2007 – 2012
5. Graf č. 5. vývoj počtu vydaných injekčních setů za rok 2007 – 2012
6. Graf č. 6. vývoj počtu vydaných x přijatých injekčních setů za rok 2012

SEZNAM PŘÍLOH

1. Příloha číslo 1: Záznam individuálního plánu klientky Dany
2. Příloha číslo 2: Zobrazení životní dráhy klientky Dany
3. Příloha číslo 3: Zobrazení životní dráhy klientky Sáry
4. Příloha číslo 4: Přepis narativního rozhovoru klientky Sáry

PŘÍLOHA Č. I: ZÁZNAM INDIVIDUÁLNÍHO PLÁNU KLIENTKY DANY

Kód klientky: Dana

Rok narození: 1984

Testy na infekční ne moci (kdy, na co):

- **28.4. 2010: Test hep. C**
- **25.10.2010: Test hep. C.**
- **12.11.2010: Test HIV**

Rizikové chování: injekční aplikace, neudává sdílení stříkaček

Užívání drog (co, od kdy, jak):

- pervitin, i.v. Poprvé v 17 letech.

Zdraví: viz. Text (gynekologické potíže, interrupce)

Zkušenosti s léčbou a abstinencí:

- několik let abstinovala v době, kdy žila v manželství. Po rozvodu začala opět užívat.
- Byla v kontaktu s Elysiem na podzim 2008, byla tam i s rodiči. Asi jen jednou nebo dvakrát.
- 2011 hospitalizace v PL a následně TK

Bydlení (kde, s kým):

- doma u rodičů (10.12.2008)
- odešla od rodičů/byla vypořádána – je 2 dny na ulici (9.2.2009)
- vrátila se domů k rodičů. (25.2.2009)
- na bytě s jinými uživateli. (12/2010)
- opět doma. (17.1.2011)
- ubytovna
- u rodičů (1.2. 2011)
- u rodičů (2012)

Sociální situace (ÚP, dávky, dluhy):

- má dluhy u providentu (půjčka byla 12000) – splácí (prosinec 2012)

- další dluhy např. na povinném ručení atd., už z roku 2005/2007
- vyřadili ji z ÚP (16.8.2010)
- úspěšně se opět zaregistrovala na ÚP.
- Splácí dluh zdravotní pojišťovně
- V evidenci ÚP

Trestně-právní situace (soudy, podmínky, kontakt s PMS):

- Nemá tuto zkušenost

Vzdělání/kvalifikace/pracovní zkušenosti:

- zkušenosti jako barmanka, uklízečka.
- Rekvalifikační kurz počítačových dovedností (2.8. 2011)

Zaměstnání:

- příležitostně uklízí v baru. (17.1.2011)
- po návratu z TK pracovala necelé tři měsíce v restauraci
- následně pracovala v pizzerii (2012)
- v kavárně (2012)
- na DPP hospic (2012-2013)

Vztahy (rodina, partner/ka, děti):

- byla vdaná.
- Střídavě bydlí u rodičů.
- Po rozvodu několik vztahů s uživateli
- Nyní má 1,5 roku vztah s neuživitelem drog
- M. 7 let bral, než se vzali, když byli spolu celkem ho motivovala, že bral míň, spolu moc nebrali. Byli spolu 5 let. Moc neví, co teď dělá, nedělá jí dobře od někoho o něm něco slyšet. Je to pořád dost choulostivé téma.
- M. chodil na Elysium k Saši Bokové, byl s ní moc spokojený. D. byla s rodiči u Ivany Kuchařové, bylo to pro ni dost drsný, protože jí kladla takové otázky, že se rozbředla, úplně jí to rozhodilo, nebylo jí příjemný, že jí rodiče takhle vidí, spíš jí jich bylo líto.
- má přítele P. (25) student, bydlí u rodičů (1.2. 2012)

21.10. 2009

- Dlouhej pokec spolu s jinou klientkou, jsou teď asi hodně spolu.

- Chodí s I. Po tom co se už 3 roky trápí kvůli ex manželovi M. je to poprvé co k někomu zase něco cítí a je pro ní teď i důležitější, pokládá to za velký pokrok. Ale má i po předchozích zkušenostech strach že ho má víc ráda než on ji. Po tom co se dozvěděla, že jí M. zahýbal je těžký někomu věřit. Nemá ale u něj pocit že je ten kdo by se jí vždycky zastal, mohla se o něj opřít, neví jestli je to tím, že je mladší. Je taky těžký se o něm něco dozvědět, vůbec nemluví, ale každopádně je v soukromí úplně jiný než navenek, dost chytrý, řekla by mu tak 30 let. Někdy má ale pocit že je to on kdo tahá za provázky, že si lidi manipuluje, jak potřebuje...
- Má hodně paranoidních představ o druhých, o technologiích, apod. Nikomu nevěří, pořád analyzuje co může znamenat když jí někdo něco říká apod. Proto se taky někdy ztratí v půlce věty, pořád přemýšlí o všem a o všech možnostech.

| ZÁZNAM O INDIVIDUÁLNÍM PLÁNOVÁNÍ V PRŮBĚHU SOCIÁLNÍ SLUŽBY | |
|--|-----------------------------|
| Datum: 21.10.2009 | Pracovnice: Magda F. |
| <p>Osobní cíl klientky: snižovat rizika spojená s užíváním drog.</p> <p>Klientka bude s pracovníky v pravidelném kontaktu, jehož součástí bude:</p> <ul style="list-style-type: none"> - výměna injekčních setů a poskytování zdravotního materiálu klientce - poradenství týkající se zdravotní a sociální situace klientky - poradenství týkající se bezpečnějších způsobů užívání drog. <p>Klientka bude pracovníky motivována, aby se nechávala průběžně testovat na infekční nemoci. Pracovníci budou klientce průběžně nabízet využívání dalších služeb poskytovaných zařízením.</p> | |
| <p>Služby poskytované k jeho dosažení:</p> <p>Služby snižující zdravotní rizika:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Výměnní program - Informační servis - Testování infekčních nemocí - Základní zdravotní ošetření <p>Sociální práce:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Individuální poradenství (obecné, strukturované) | |

30.10.

- Stavila se opět s jinou klientkou.
- Měla teď prý 4 dny pauzu, byla doma u rodičů, jen spala a jedla, cítí se teď ještě hůř, ví že jí to prospělo, ale bolí jí strašně záda, potí se, je jí špatně apod.
- **V posledních 3 měsících jela v kuse bez pauzy!** Takže ví, že tyhle 4 dny jí prospěly! Důvodem prý byl přítel, že jí řekl, že s feťáčkou být nechce, tak jí to donutilo, trochu omezit!

2.11.

- pozdrav u Kuželny. Chtěla by přijít po zítřku.

11.11.

- opět s jinou klientkou. Relativně **krátký kontakt**, výměna a běžná konverzace.
- zdravotní stav: píchá si to do dlaně, má ztvrdlý žíly, ale zatím docela ok.

12.11.

- Stavila se do kanclu, **hodinový pokec**.
- Bydlí u rodičů, většinou je tam týden, spí a jí, sbírá síly, pak týden bere a je pryč.
- Pokec o motivaci, v tuhle chvíli nemá zájem přestat brát, chybí jí důvod a celkem jí to i baví.
- Tráví teď hodně času hlavně s jinou klientkou, domlouvaly se, že spolu i vyrazí na diskotéku! až jim přijde sociálka.
- Chodí, stejně jako spousta dalších lidí „přebírat smetáky“, do Arnoštova, od ČKD směrem z Blanska ven a do sběrného dvora v Dolní Lhotě, v noci, po zavíračce, s baterkami, super zábava.
- Věděla od kamaráda J., že tu máme psychologa! A že za ním šel J. kvůli léčbě v PL a TK, přemýšlela, že by šla s ním, protože by bylo pro ni lepší jít do léčby ve dvou... podle ní, ale J. do PL stejně nenastoupil?!
- Pokec o tom kdo a pro koho je náš psycholog a že léčbu s ní můžeme řešit i my.

30.11.

- Je zase poměrně dost času doma, u rodičů. Mamka je teď v nemocnici (na několik týdnů), po transplantaci ledviny. Jsou s tatškou doma sami. Zdá se, že vztah s nimi je pro ni ještě stále docela dost blízký.
- Domlouvala se se svým ex manželem M., že by mohla občas pracovat s ním v hospodě! Chce se za ním stavít a domluvit se!

9.12.

- opět skoro **hodinový pokec, byla sama.**
- Pokec o jehlách. O tom proč někdy jehly fungují dobře, a proč ne (nejde propíchnout stěnu žíly-málo ostrý). Jakoby kolísala kvalita/ostrost různých výrobních várek...
- **Práce:** k M. do hospody kvůli práci nedošla. Nezvládla to. Bývá tam často jeho nová přítelkyně. Moc to nezvládá se s ní potkávat.
- Má v sobě **rozpor** – chtěla by pracovat, ale zároveň se jí moc nechce a hledá důvody, proč to teď nejde (je přece krize!! Nikdo nemá práci☺). Ale má to nastavený tak, že po novém roce by si něco našla. Je smířená s tím, že půjde do fabriky, možná i někam dojíždět. Bude super mít svůj příjem a nebýt závislá jen na rodičích. Má pocit, že pokud se jí bude chtít práci v pohodě zvládne, i když bude dál brát. – Podpora ať to vyzkouší!!
- **Rodina:** mamka pořád v nemocnici na transplantaci ledvin. Dostává kvůli těm ledvinám invalidní důchod. Otec jediný pracuje. Nedává ji peníze. Ona to chápe. Má jídlo a bydlení zadarmo, což je samo o sobě super.
- Byla už v Elysiu s rodiči, i s M. Zná to.
- Ví, že teď nepřestane. I když už je to celkem o ničem, perník jí nefunguje tak dobře jako dřív, někdy jí to možná ani nebaví. Ale přestat nechce. Chce to zkusit nejdřív chodit do práce, ustát to a pak uvidí. Má dojem, že brát 3 roky není zase tak hrozný.
- Elysium: bavili jsme se o jejich zkušenostech s psychologem. Zná to už od M., který tam chodil, ona popisuje svoji zkušenost s rodiči a Ivanou Kuchařovou. Bere ji jako v pohodě terapeutku, ale není to pro ni nic co by teď chtěla.

Středa 20.1. 2010

- donesla „jen“ 20 špíny, že je jí to blbý a chtěla 50 ☺
- mamka je zpět z nemocnice, celkem OK

Pátek 5.2.

- přišla s P., prvním kontaktem.
- Výměna 70-100.
- Takový pohodový pokec, přišla v dobré náladě. Hledá práci, ptala se, jestli o něčem nevím. Zmínil jsem Tyco, věděla o tom, chystá se tam. **Příště se zeptat, jestli tam jela.** Odcházela hledat po městě – do Kauflandu atd. Na internet nepotřebuje, má ho doma.
- Už asi 4-5 dní neměla. Je to teď drahý (200 za čáru) a matroše ani moc není. Je bez toho pohodě, jen trochu nervní.
- Zmínila **špatnou zkušenost s kapslema!!!** Dávala si kapsli, kterou si ale neplnila sama – někdo ji dal plnou kapsli matroše, což bylo asi o dost víc, než na co je zvyklá. Přičemž už předtím byla nakoplá buchnou.. Zvracela a bylo jí špatně. Mluvila o

tom s humorem, tak jsem ji upozornil, že to fakt není sranda, ať si dá pozor. Do té kapsle se toho vejde fakt moc.

Pondělí 8.2.

- Přišla sama, doma se pohádala s mamkou, nedalo se to vydržet, tak si přišla pokecat. Nebyla přes noc doma, což rodiče vždycky strašně vytočí.

6 dní teď nebrala, nebylo to proto že by nechtěla, ale neměla peníze ani matroš ale řekla si, že se nebude ponižovat a dělat extrémní věci aby ho získala. První tři dny to bylo v pohodě, další tři už měla velký stres, šestej už to nemohla vydržet, musela si dát. Dost taky řešila, že se nezachovala dobře k B., vykašlala se na něj ve chvíli, kdy měla možnost být s jiným borcem (D.). Ocenění, za to že si uvědomuje jak se chová k ostatním, zvlášť když je najetá... taky pokec o tom, že jí vadí, když si uvědomila jak přestane všechno stíhat a je nespolehlivá, když si dá.

- Mluvila i o nepodařeném pokusu o sebevraždu, dala si léky a perník, našli jí rodiče, byl to trapas, komentuje to tím, že když člověk chce odejít nejde to a když nechce srazí ho auto... nezbyvá jí než to brát s humorem, i když je to spíš tragikomický..

- Pokec i o Markovi, kterej prý taky určitě bere, je o tom přesvědčená a o tom tak to má spojený, když nebere jak jí štve že tloustne, přejídá se a hladoví.

- Z kabelky vyndala nějaké papíry, byly na nich i nějaké její kresby, dost dobrý! Pokec o soutěži, kterou vyhlašuje pasáž, jestli se jí nechce zúčastnit?! **Domluva, že se do konce týdne staví a donese ukázat nějaké svoje kresby! Já zjistím podrobnější podmínky soutěže.** Neví jestli by to chtěla dát do soutěže, ale aspoň je donese.. (Když rodiče nebyli doma namalovala černou barvou na nově vymalovanou stěnu v obýváku sedmihlavou saň, byli v šoku, ale teď se jim to prý i docela líbí..)

- Pokec i o práci, že by chtěla, ale vždycky si nechá nakecat od ostatních jak a co má udělat a nikdy to nějak nevyjde.. chtěla by v tom být samostatnější, ale když jsme se o tom začaly bavit konkrétně, třeba že by jela do Brna zapsat se do pracovní agentury vykládala o tom, jak se jim člověk upíše, musí pak pracovat třeba tři roky a přestěhují klidně člověka do Ostravy. Nikoho komu se tohle stalo nezná, ale myslí si to. Podány informace jaké máme my...ale nechtěla se o tom bavit, potřebovala nějaký důvod, proč to nejde...

Pondělí 15.2.

- dovedla další první kontakt – P., viz denník..
- jen rychlá výměna. Dostala jen 50, říkala, že špínu nemohla najít, vyndala jen 20 z kabelky. Dohodl jsem se s ní, že špínu doma pohledá a donese jí a pak dostane víc.
- Ptala se na Magdu.

Čtvrtek 25.2.

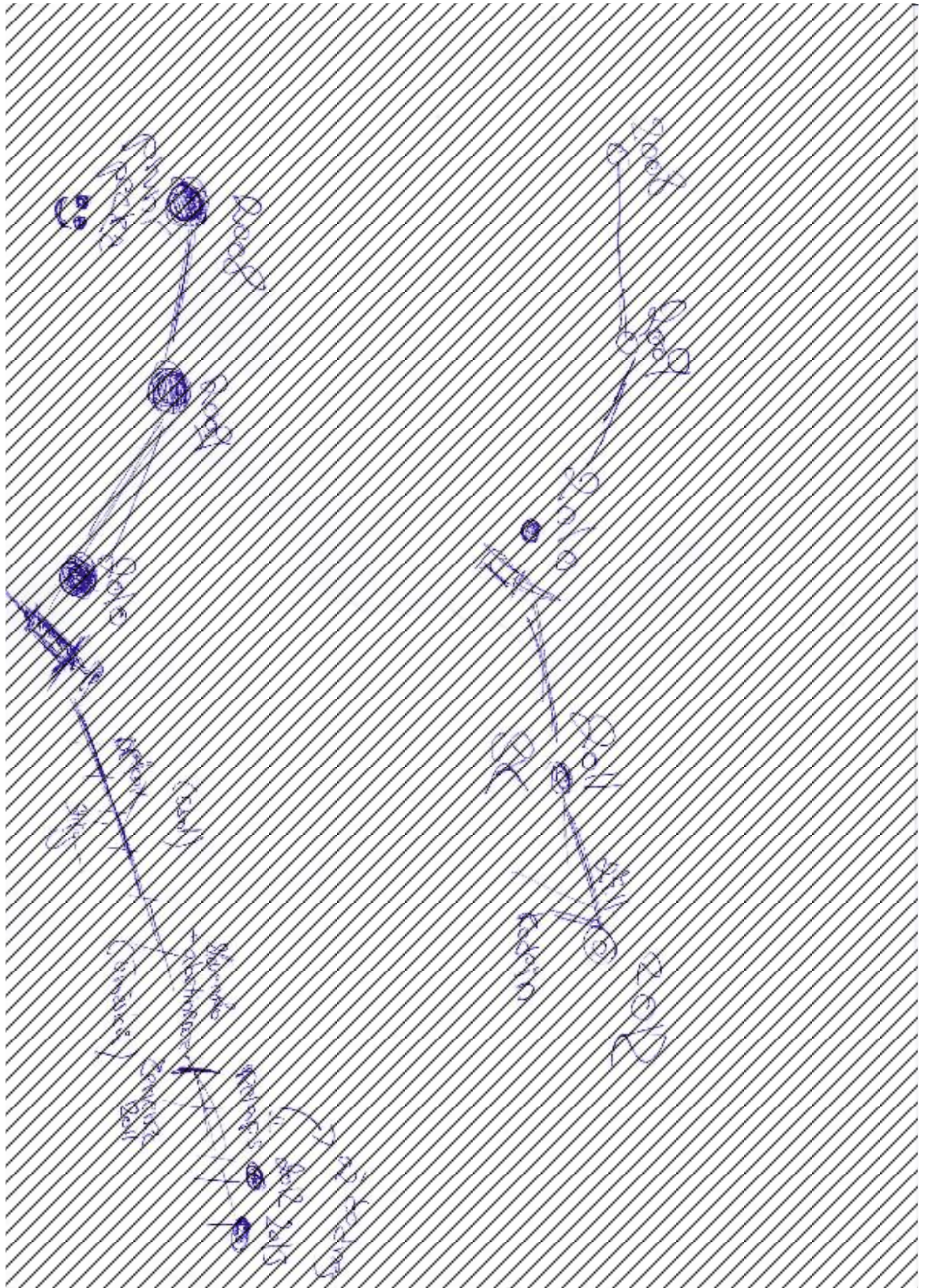
Má nějaké problémy doma, ale nechtěla o tom mluvit, postupně vyplynulo, že má zase konflikt s rodiči, vyhodili jí z domu/nehce tam jít protože se s ní hádají a vyčítají jí. Nevím jestli je to všechno nebo ještě něco, ale celkem spěchala, měla strach, že se s námi zase moc dlouho zakecá..

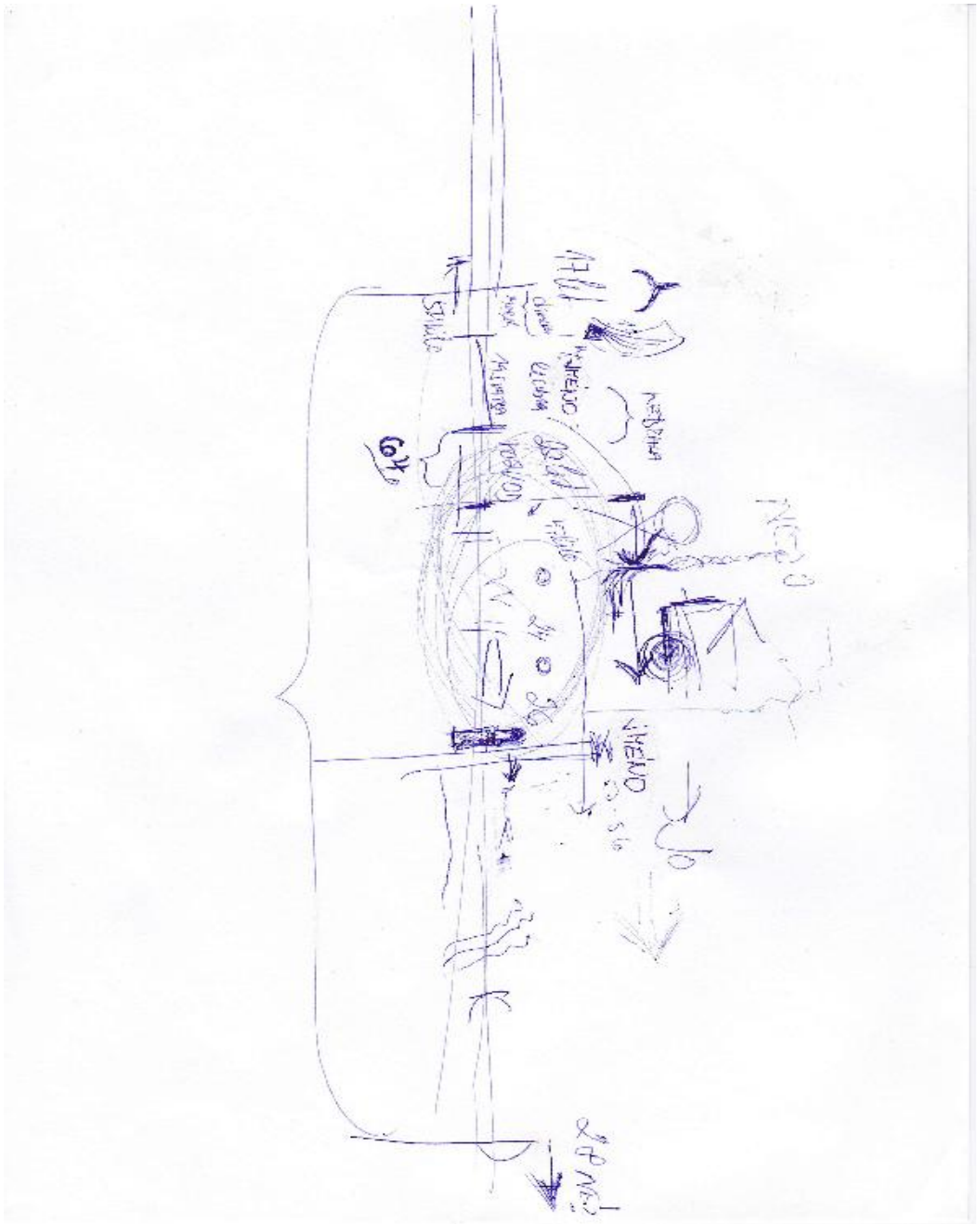
Omlouvala se, že nepřišla, jak jsme se domlouvaly, a že ze soutěží stejně neví, protože obrazy si z domu vzít nemůže, rodičům by vadilo, že to nese sem, protože i když ví, že jí i pomáháme, tak jim vadí, že jí i měnímě jehly.. A vyfotit to nemá jak. A celkově, vlastně ty věci, co má nakreslený doma, jsou nedokončený, nechce se jí je dokončovat, vlastně nic nedotáhne do konce a nemá cenu, nebo se jí nechce do té soutěže nic posílat. Je to asi celkem dobrá paralela k tomu, jak to teď v životě má tak nějak celkově.

Mluvila taky o tom, že po dlouhé době dostala opět menstruaci, dlouhou dobu, jí kvůli braní neměla. Podle jejího názoru, to tělo nestíhá, tím jak se zrychlí metabolismus a tak, nestíhá menstruuovat. Teď už jí má zase po několikáté, ale když jí dostala po té celkem dlouhé době, bylo to jako když to dostala poprvé (=jaký?).

| REVIZE individuálního plánu ze dne: 21.10.2009 | |
|---|----------------------------|
| Datum: 25.2.2010 | Pracovník: Tomáš B. |
| Osobní cíl klientky: snižovat rizika spojená s užíváním drog. | |
| Revize naplňování osobního cíle: Klientka je s naší službou v pravidelném kontaktu. Mění injekční materiál, využívá jiný zdravotní materiál. Také s námi pravidelně konzultuje svou aktuální životní situaci i životní příběh. | |
| Klientčin cíl nadále trvá. | |

PŘÍLOHA Č. II: ZOBRAZENÍ ŽIVOTNÍ DRÁHY KLIENTKY S.





PŘÍLOHA Č. IV: PŘEPIS NARATIVNÍHO ROZHOVORU KLIENTKY

SÁRY

„Ta diplomová práce se jmenuje analýza životní dráhy drogově závislých klientů. Možná zbytečně komplikovaný, nicméně se za tím skrývá to, že budu chtít, od tří, nebo líp řečeno, potřebuju vlastně se třema klientama udělat rozhovor a ten by byl zaměřenej na nějaký jako, že by jsme tady spolu utvořili, tvůj životní příběh, kterej by se odehrával. normálně bysme si povídaly jako vždycky, akorát, že by se to odehrávalo v té době, jako že, by sis třeba zavzpomínala třeba na tu dobu od nějakýho počátku tvýho užívání až doposud, a že bysme právě nakreslily nebo že ty bys nakreslila, nějakou jako křivku, čáru, životní dráhu, cestu, a na té životní dráze, která může vypadat úplně jakkoliv, rovná linka nebo jak tě napadne, můžeš to nakreslit obyčejně propiskou jenom, jako linku a nebo si vzít klidně barvičky a nějak tvořivě prostě jak tě napadne, ten svůj životní příběh na té cestě nějak jako zaznamenat a napadlo mě zaměřit se na nějaký jako pro tebe významný události, který se vlastně odehrály, at' jsou to nějaký lidi, kteří jsou pro tebe hodně důležití a chtěla bys o nich třeba mluvit nebo takový ty fakt jako události o kterých jsme se tady třeba bavily, tak bych ráda na to nějak navázala a prostě to zdokumentovala.“

„Já už od tebe spoustu věcí vím, nicméně třeba by bylo dobrý ten příběh znovu otevřít, znovu si o něm popovídat, tys bys potom měla možnost nechat ho v sobě dozrát, něco už prostě odmítnout, něco co už je za tebou, něco co si můžeš v hlavě probrat, víš něco co je pro tebe hodně důležitý, zaměřila bych se teda ne na dobu od narození, ale během toho kdy si začala užívat, jestli bys o tom mohla nějak popovídat“

„JASNĚ“

„a nějak to zaznamenat a u těch jednotlivých událostí že bysme se zastavily, to je tak všechno na jsem myslela“

„JOJO“

„jo ataky bych se tě chtěla zeptat, jestli bych to mohla do té diplomky použít, že bych to vyfotila nebo naskenovala a vložila to tam, šlo by?“

„JESTLI SE MĚ POVEDE NĚCO NAČMÁRAT, TAK JO“

„Tam může byt úplně cokoliv, stejně tam změním tvoje jméno, to se domluvíme, jaký bys chtěla?“

„TO JE ÚPLNĚ JEDNO“

„nebo jestli si můžu svobodně nějaký vymyslet?“

„JO“

„plácnu třeba Sára, nebo Bára.“

„NEBO KLÁRA“

„nebo já nevím, tak nějak takhle bych, to použila a změnila tvoje jméno, aby tě nikdo, s tím nemohl prostě spojovat a zároveň bych napsala, prostě to, že tohle je jakoby, zobrazení životní dráhy nebo životní křivky klientky jménem Bára jo?

„MŮŽEŠ“

„ Takže, já bych to tam ráda použila, jestli to bude nakreslený propiskou nebo jestli chceš obyčejnou tužku nebo jestli využiješ barvy, já bych to ráda použila v té diplomce, pro mě je to třeba hodně zajímavý, a třeba by to mohlo někoho zaujmout“

„JO“

„ I z profesorů a nebo někoho jinýho. Jeto na tobě“

„ NEVÍM CO BUDU SHOPNÁ VYTVOŘIT“

„Ono se to bude třeba fakt jako tvořit během toho“

„ JO TAK JAK SE BUDEM BAVIT TAK SI TAM NĚCO ČMÁRNU“

„ kdykoliv“

„ ALE JÁ NEMÁM NA KRESLENÍ TALENT“

„ já teda taky ne. A jak se cítíš? je to pro tebe v pohodě? Máš na to dneska náladu?“

„ JO JO“

„ Jo?“

„ JO“

„Jsem byla hrozně ráda, že ses ozvala“

„NO JÁ JSEM RPRÁVĚ RADĚJI PSALA S TÍM, ŽE JSEM NEVĚDĚLA JESTLI SEŠ DOMLUVENÁ S VÍC LIDMA NA DNEŠEK, NEBO TAK ABYCH PŘIŠLA“

„No budeme to mít za sebou. No dobře tak půjdeme na ten příběh?“

„NO MUŽEM“

„Můžu být tvým hostem v tvém životním příběhu?“

„JO“

„Dobře tak jo, tak jo.“

„TAK JO“

„Tak asi tě poprosím, ať nakreslíš nějakou jako linku nebo čáru, sinusoidu prostě cokoliv co bude pro tebe nějak příjemnýho, nebo jak bys to zobrazila“

„JAK NA TO PŮJDU“

„Aha nevíš co všechno tam zaznamenat?“

„ČÍM ZAČÍT. JÁ VŮBEC NEVÍM CO MÁM KRESLIT, NĚJAKEJ OBRÁZEK“

to nemusí být obrázek to může být fakt nějaká jako linka, a na té lince, že bychom se zastavily, a udělaly tam třeba čáry a o těch čárách můžeme jednotlivě mluvit, to nemusí být žádný designový obrázek, je to čára života.“

„TAK ZAČNU TŘEBA TADY“

„Super máme hodítku času“

„ PAK BUDU ASI NĚJAK POKRAČOVAT A PAK TO TAM DOKRESLÍM. ANO.“ „Takže jsme tady v roce 2008“

„JO NO, TO JSEM ZAČALA BRÁT.“

„Před 5 lety.“

„ HMM NO TO MĚ BYLO 13 SKORO 14 NO.“

„12 ne?“

„ NE 13.“

„A vzpomínáš si, kdy to bylo?“

„TO BYLO NĚJAK O LETNÍCH PRÁZDNINÁCH, MYSLÍM, NO, V SRPNU NEBO TAK NĚJAK, BYLO HEZKY NO.“

„zkus si na to povzpomínat jestli chceš.“

„NEVÍM BYLO ZAJÍMAVÝ, JSEM SI TO NAPLÁNOVALA A PAK SEM SI TO NĚJAK POŘEŠILA, SEHNALA A PAK SEM SI DALA, ŽE A PAK PO DVOU TÝDNECH ZNOVA A PAK PO DVOU TÝDNECH ZAS A PAK PO DVOU TÝDNECH ZAS A PAK UŽ VLASTNĚ KAŽDÝ TÝDEN.“

„NO JÁ NEVÍM, MUSÍŠ SE PTÁT, JÁ NEVÍM JAK MÁM KONKRÉTNĚ MLUVIT.“

„ Tak zkus třeba zavzpomínat, jaký to bylo, co tam bylo za lidi, jaký to bylo pro tebe.“

„NEVÍM, BYLO TO NĚCO NOVÝHO A TAK, JSEM JEŠTĚ NEVĚDĚLA V ČEM TO SPOČÍVÁ, NEBO CO SE PROSTĚ DĚJE, TAKOVÝ VÝLETY VŽYCKY NO“

„kam?“

VÝLETY NEMYSLÍM, ŽE BYSME JAKO NĚKAM NA VÝLETY CHODILI, ALE VÝLETY JAKOŽE, Z TĚ REALITY Z TOHO NORMÁLNÍHO STEREOTYPU, CO UŽ BYL TAKOVEJ KAŽODENNÍ, TAKOVÝ ZAJÍMAVÝ, NAVÍC JSME CHODÍVALY, TAK JAKO PO BLANSKU, CELOU NOC JSME CHODÍVALY S KÁMOŠKOU, PO BLANSKU, PO CELÝM BLANSKU, MY JSME TŘEBA PROŠLY BLANSKO PĚTKRÁT, DESETKRÁT ZA NOC, POD VŠEMA KAMERAMA, FURT DOKOLA.“

„takže v noci?“

„NO V NOCI A VŽDYCKY JSME CHODÍVALY TŘEBA DO PŮLNOCI A PAK JSME MUSELY DOM, ONA KVŮLI BRÁCHOVI NO A JÁ TAKY DOM, NO A PAK KDYŽ TO BYLO DOMA V POHODĚ, TAK JSME SE SBALILY A ŠLY JSME VLASTNĚ S BATOHAMA DO ŠKOLY A PAK JSME ZASE TAKHLE KOLEM TĚCH ČTYŘ ZASE CHODILY, ŽE UŽ JDEME DO ŠKOLY, A CHODILY JSME PO BLANSKU KOLEM PŘEHRADY NEBO TAK, PAK JSME SI DALY PECKU A ŠLY JSME DO ŠKOLY, A TAK TO BYLO.“

„A co je ta pecka teda? Co to bylo v té době?“

„NO V TÉ DOBĚ, KDYŽ SI PAMATUJU TU TŘETÍ, KDYŽ JSME SI DÁVALY TAK TO SME MĚLY DOHROMADY 1,5 ČÁRY A LÍTALY JSME Z TOHO TŘI DNY, JAKO CO SME MĚLY SPOLU, TAKŽE TO BYLA TENKRÁT PECKA I PRO NÁS. NO TO JE DIVNÝ. ALE TEHDY TO BYLO DOBRÝ VŠECHNO, JSME SI VŠECHNO PSALY.“

„A co jste si psaly?“

„TŘEBA KDYŽ JEDNA Z NÁS MUSELA BÝT V NOCI DOMA A NEMOHLA NIKAM JÍT, MÁME TAKOVÝ DENÍKY DOMA, A MÁME TO PSANÝ TAK JAKOBY SME SI S TOU DRUHOU POVÍDALY, ŽE JSME JÍ VYKLÁDALY, TAKŽE, JE TO VO TOM JAKOBY SME SPOLU MLUVILY A PAK SME SI TO VYMĚNILY, NO A VLASTNĚ TŘEBA KDYŽ DALŠÍ NOC BYLA TA DRUHÁ SAMA DOMA, TAK SI TO PŘEČETLA A PSALA ZASE ODPOVĚĎ A SVŮJ NÁZOR SVOJE POCITY K TOMU A TAKHLE, A VLASTNĚ JSOU TAM TAKHLE PRVNÍ DVA ROKY, SEPSANÝ, VLASTNĚ PRVNÍ DVA ROKY, A KDYŽ JSEM SI TO PAK ČETLA, TAK TO BYLO CELKEM ZAJÍMAVÝ, ZKRZ TO VLASTNĚ, KDYŽ JSME JELY TŘEBA TY PRVNÍ DVA, TŘI MĚSÍCE, TAK JSME SI DÁVALY JEDNOU, DVAKRÁT DO TÝDNE, ÚPLNĚ TY ZAČÁTKY, TAKOVÝ TROŠKY A PAK UŽ TAM PETRA PSALA ŽE SI MYSLÍ, ŽE UŽ TO NENÍ TAK SPRÁVNÝ, ŽE DĚLÁME NĚCO ŠPATNÝHO A ŽE BYSME SI MĚLY DÁT ASPOŇ PŮL ROKU PAUZU, A ŽE NEMUSÍME PŘEHÁNĚT, ŽE JEDEM MOC NO A PAK JE TAM VLASTNĚ O KOUSEK DÁL ZA NĚJAKOU DOBU VLASTNĚ JAKO NO, ŽE UŽ VALÍME TŘEBA ČTYŘI, PĚT DNÍ V TÝDNU TAHEM A TAK SE TO PROSTĚ STUPŇovalo, A ŽE PROSTĚ DO TÉ DOBY NEŽ JSEM ZAČLA CHODIT S PETREM NO. HMM, ANO. DOCELA SMUTNÝ KDYŽ SI TO NĚKDO PŘEČTE.“

„Smutný?“

„HM. NO.“

„Proč?“

„NO JSME TAM PSALY JAKO ZKRZ TO, ŽE VLASTNĚ UŽ JSME PŘIŠLY VLASTNĚ NA TO, ŽE NEMÁME JINÝ ZNÁMÍ A NESTÝKÁME SE, A ŽE UŽ SE NEVÍDÁME S TĚMA LIDMA CO PŘEDTÍM, ALE KDYŽ JSME SI VYPSALY

JMÉNA TĚCH LIDÍ SE KTERÝMA TRÁVMÍME ČAS POSLEDNÍCH PÁR MĚSÍCŮ, TAK ŽE SE TY LIDI SE KTERÝMA SE POTKÁVÁME JSOU SAMÝ FETKY, A ŽE UŽ NIKOHO JINÝHO NEVÍDÁME, NO TAKŽE MUSÍME PROSTĚ ZŮSTAT MY DVĚ SPOLU ABY SME NEDOPADLY JAKO TADY TY SMAŽKY Z BRONXU A PODOBNĚ, ZAČÍT SI PÍCHAT A TAKOVÝ VĚCI NO. A VE FINÁLE TO DOPADLO VŠECHNO ÚPLNĚ JINAK, TAKŽE TAKOVÝ TY, NO NEVĚDĚLY JSME NO. TO BYLO JEŠTĚ TORŠKU JINAK, TO BYLA SRANDA TENKRÁT TEN PERNÍK. PAK UŽ JSME SI NA TO ZVYKLY. HMHM 2008.“

„A tohle teda trvalo do kdy?“

„2009.“

„Rok?“

„NO A JEŠTĚ POLOVINU ROKU 2010“.

„Takže rok a půl jste byly takhle hodně spolu, a braly jste neinjekčně?“

„NO TO SME ŠŇUPALY CELOU TU DOBU. A VLASTNĚ CELOU TU DOBU, AŽ DO TOHO ROKU 2009 A PAK UŽ POZDĚJI JSME TO TAKHLE NEDĚLALY. TAK POKAŽDÉ KAŽDOU PECKU AŽ JSME SI POŘEŠILY SPOLU NEBO JEDNA ZNÁS NEBO TAK, VŠECHNO CO JSME MĚLY TAK JSME SI ROZDĚLILY VŠECHNO SPOLU NAPŮL. TENKRÁT JSME SE O VŠECHNO DĚLILY NO. NIKDY SE NESTALO, ŽE BY SE TA JEDNA SJELA A TA DRUHÁ BY TEN DEN NEMĚLA. HMM. JO“.

„Je to všechno co by jsi k tomu chtěla říct?“

„NO ASI JO.“

„Tak fajn, tak jdeme dal?“

NO 2010 ŽE?“

„Tam se co přihodilo?“

„JO TO BYLI NAŠI V TOM EGYPTĚ JAK JSEM TI ŘÍKALA, ŽE ODJELI NA TU DOVOLENOU ŽE BUDOU ŘEŠIT JESTLI SE ROZVEDOU NEBO NE, NO A VLASTNĚ JSME BYLI S BRÁCHOU DESET DNÍ DOMA SAMI, TAKŽE JSEM HNED PRVNÍ DEN UDĚLALA DOMA TAKOVOU AKCIČKU S TĚMA DESETI LIDMA TAM, NO A VLASTNĚ TO NO, TROŠIČKU JSME TO TAM PŘEHNALI A

VLASTNĚ ZA DVA DNY NATO JSEM SE SEŠLA S TÍM PETREM JAK JSME SI PSALI, ŠLI JSME Z TOHO LESA RÁNO S TĚMA HOUBAMA, CO JSME TAM NASBÍRALI A PETRA JSEM VLASTNĚ ZNALA, ŽE CHODIL OBČAS NA CÍGO S PETROU A ONA NA NĚHO VLASTNĚ NĚCO ZKOUŠELA, PROTOŽE VĚDĚLA, ŽE MÍVÁ NĚJAKÝ PECKY, TAK KDYBY NÁHODOU, TAK ABY Z TOHO VLASTNĚ NĚCO MĚLA NO A TAK JSME ŠLI NA ŠLUKA A DOPADLO TO TAK, ŽE SME SPOLU VLASTNĚ ČTYŘI DNY LÍTALI STYLEM, ŽE JSME SI DALI PECKU A NA TO ZA PÁR HODIN HOUBY NA TO PAK PECKU A NA TO HOUBY A ČTYŘI DNY JSME SE OD SEBE TAKTO NEHLI. NO A ROZUMĚLI JSME SI, TAK JSME TAK POKRAČOVALI VLASTNĚ DÁL A PO DVOU TÝDNECH CO JSEM S NÍM BYLA TAK JSEM SI ZAČALA STRÍLET A PAK UŽ JSEM SNÍM ZŮSTALA NAFURT. NO BĚHEM TOHO PRVNÍHO MĚSÍCE NEBO DVA, TO BYLO VLASTNĚ VŠECHNO V POHODĚ A PAK UŽ SE TO ZAČALO KAZIT.“

„Takže jak dlouho to bylo v pohodě?“

„NO MĚSÍC MOŽNÁ DVA NECELÝ, VÍŠ, ONO SE TO PAK NENÁPADNĚ STUPŇOVALO.“

„A co se stupňovalo?“

„NO TY JEHO PSYCHÓZY, JAKO ZE ZAČÁTKU BYL V KLIDU, NEVADILO MU, KDY JAKO, NO NORMÁLNÍ JSME BYLI, PROSTĚ SVOBODNÍ, NIC MĚ NEZAKAZOVAL V NIČEM MĚ NEOMEZOVAL NIC, NO A POSTPUNĚ TO BYLO TAK, ŽE SME SPOLU TŘEBA TRÁVILI HODNĚ ČASU ALE UŽ SE MU TŘEBA NELÍBIL, KDYŽ MÁTI MĚ ZAVOLALA ŽE MUSÍM SPÁT DOMA, ŽE NEMŮŽU BÝT U NĚHO A NEBO TOHLE, NO A PAK UŽ BYL TŘEBA SCHOPNEJ, KDYŽ UŽ JSEM MUSELA TŘEBA JÍT FAKT DOM, A ŠLA JSEM, TAK BYL SCHOPNEJ MĚ TŘEBA SLEDOVAT, TÍM STYLEM ŽE MÁME V ULICI BYTOVKY A NAPROTI JSOU TAKY, A ON NAPROTI MÝMU OKNU SEDĚL TŘEBA CELOU NOC A CELOU NOC SEDĚL NAPROTI MÝMU OKNU A CELOU NOC MĚ KOUKAL DO OKNA A SLEDOVAL JESTLI SE TAM NĚCO DĚJE NEBO NEDĚJE, JESTLI SE TAM HÝBE ZÁCLONKA NEBO NEHÝBE, JESTLI TAM NĚKDO CHODÍ, NO PAK MĚ ŘEKL, ŽE TAM ZASE SEDĚL, A ŽE VIDĚL, I KDYŽ JSME SE SNAŽILI NENÁPADNĚ, ŽE JSEM TAM NĚKOHO MĚLA A TEN, ŽE PAK UTÍKAL ZADNÍM VCHODEM A PODOBNĚ, TAK ŽE MĚ UŽ PAK PŘESTAL ÚPLNĚ POUŠTĚT DOM A

ZAČAL MĚ BÍT, A BIL MĚ NO, A VLASTNĚ BĚHEM PRVNÍCH TŘECH MĚSÍCŮ CO JSEM BYLA S NÍM, JSEM ZHUBLA NĚJAKÝCH 15 KILO, SEM MĚLA NĚJAKÝCH 56, 57 KILO KDYŽ JSEM S NÍM ZAČALA CHODIT NO A BĚHEM CHVILKY JSEM MĚLA 42. TAKŽE JSEM BYLA UPLNĚ V PRDELI Z TOHO NO.“

„Jako psychicky?“

„ PSYCHICKY ANI NE, ALE SPÍS MĚ TO DALO ZABRAT FYZICKY. TO JSEM PAK HNED MĚLA ZÁPAL PLIC A LEDVINOVÝ KAMENTY NA TO A VLASTNĚ ČTYŘI MĚSÍCE JSEM MĚLA ZÁPAL PLIC A RÝMU NA TO, OLEZLÝ RUCE. DĚLALAS TADY UŽ? JO VLASTNĚ DĚLALA. JSEM MĚLA VŠECHNY BARVY NA TĚCH RUKÁCH, VLASTNĚ OD TOHO, KDYŽ MĚ DÁVAL ON, JSEM MĚLA OD FIALOVÉ, ZELENÉ, HNĚDOU, ČERNOU, VŠECHNY MOŽNÝ BARVY TADY NA TĚCH MÍSTECH, TO SAMÝ NA OBLIČEJI, ŽE NO A VLASTNĚ BĚHEM CHVILKY.“

„Takže tě bil.“

„ NO I NA OBLIČEJI JSEM MĚLA MODŘINY ZELENÝ I ČERNÝ. KOLEM PUSY, OČÍ, I NA KRKU SEM MĚLA. NO A BĚHEM TĚCH TŘECH MĚSÍCŮ FORT NEBÝVAL VŮBEC DOMA, JEZDIL TŘEBA JEDNOU ZA MĚSÍC, TAK JSEM VĚDĚLA, ŽE MÁ TI S TÍM NIC NEZMOHLA, ŽE JSEM NECHODILA DOMU, ALE VĚDĚLA JSEM ŽE JAKMILE PŘIJEDE VON A ŘEKNE MU ŽE NEJSU DOMA A UVIDÍ MĚ, A FOTR NENÍ BLBEJ A TADY V TOM MÁ TAKY TROŠKU PŘEHLED TAK, ŽE MU HNED DOJDE ŽE NĚCO BERU, TAKŽE MĚ HNED CHYTNE A NEBO MĚ NĚKDE NAJDE NEBO NAHLÁSÍ NA POLICAJTU, MĚ TADY HLEDALI ŠVESTKY, NO A TAK JSEM PŘIŠLA SAMA DOM, PROTOŽE JSME UTĚKLI OD PETRA NEŽ TAM PŘIJELI A VĚDĚLA JSEM, ŽE TO BUDOU HNED TESTY NA DROGY NO A TAKY TO TAK BYLO. TAKŽE JSEM PŘIŠLA DOMU A POLICAJTI MĚ UDĚLALI TEN JEJICH TEST A ON MĚ VYSVĚTLOVAL ŽE UKÁŽE JEN POKUD JSEM ZROVNA SJETÁ, ALE ŽE POKUD JSEM MĚLA PÁR DNÍ PŘEDTÍM TAK TO NE, NO A POKUD, ŽE TO CHCOU VĚDĚT, TAK AŤ KOUPI V LÉKÁRNĚ, NO A PO TOM TESTU OD TĚCH POLICAJTŮ, KTEREJ VYŠEL NEGATIVNÍ JSME SE VŠICHNI SBALILI A JELI DO LÉKÁRNY KDE KOUPILI TEST A PAK ZASE ZPÁTKY DOM, KDE MĚ HO UDĚLALI, NO A ŽE JE TO TEST PRÝ NA TŘI DROGY, ŽE TO JE NA PERVITIN, EXTÁZE A METAMFETAMIN A ŽE KTERÝ

Z TOHO BERU, TAK JSEM SE JÍ ZAČALA SMÁT JESTLI PERVITIN NEBO METAMFETAMIN, TAK AŽ SI Z TOHO NĚCO PROSTĚ VYBERE, NO A FOTR ŘEKL, ŽE JE TO JASNÝ, ŽE JE TO PERNÍK NO A Z DOMU MĚ VLASTNĚ DOTÁHLI KE KURÁTORCE A PROSTĚ JÍ ŘEKLÍ ŽE BERU A CO SEMNOU A KAM MĚ PROSTĚ PÍCHNOUT DO JAKÉ LÉČEBNY, NO A VONA JIM TAM VALSTNĚ NĚCO NAVRHOVALA, MYSLÍM DŘEVNICI NEBO JÁ NEVÍM, NO A TEHDY MĚ ZAMČELI DOMA NO JÁ NEVÍM NA JAK DLOUHO, NO ZAMKLI MĚ NO A PAK MĚ ODVEZLI DO ČERNOVIC, TAKŽE TÝDEN JSEM BYLA ZAMČENÁ DOMA A TEN DEN MĚ BYLO ŠPATNĚ A VONI VLASTNĚ ZAMYKALI DVEŘE A VLASTNĚ VŠICHNI MĚLI KLÍČE AJÍ BRÁCHA A VZALI MĚ KLIKU OD VOKNA ABYCH SI NEMOHLA NĚCO UDĚLAT, NO A JEDNOU JSEM SE POKUSILA ZDRHNOUT.“

„A mamka byla doma?“

„ONA BYLA DOMA, ALE JÁ JSEM VYČÍHLA PROSTĚ NĚJAKOU VTEŘINU, ŽE JSEM NAŠLA KLÍČ, UŽ ANI NEVÍM OKDUD JSEM HO VZALA ALE, ŽE JSEM PROSTĚ RYCHLE VYUŽILA SITUACE A VZALA JSEM TO A UŽ SEM NĚJAK BYLA VE DVEŘÍCH NO A ONA MĚ NĚJAK DRAPLA A SNAŽILA SE MĚ ZASTAVIT, A VYKROUTIT MĚ TEN KLÍČ Z RUKY A OBA, BRÁCHA A MÁTI MĚ ROZEVÍRALI RUKU PROTOŽE JSEM HO DRŽELA V PĚSTI A BRÁCHA MĚ U TOHO KOUSAL, A MÁTI MĚ TAKY KOUSALA DO RUKY A BRÁCHA MĚ BOUCHAL A SNAŽILI SE MĚ OBA ZPACIFIKOVAT, A TROVALO TO ASI DVACET MINUT CO SME SE TAM PRALI A DOPADLO TO PROSTĚ TAK, ŽE ZE MĚ SPADALO VŠCHNO STRÍBRO A ZAŠLAPALO SE DO ZEMĚ U TĚ BITKY, A PAK JSEM SE JEŠTĚ TOŠKU PORVALA S MAMKOU, ŽE VÍM, ŽE ONA MĚ DALA FACKU, A PAK NA MĚ KLEČELA A KLEČELA MĚ NA RUKÁCH A BYLA PROSTĚ VELKÁ HÁDKA, KDY JÁ UŽ JSEM POMALU SKÁKALA Z BALKONU A PAK PŘIJEL FOTR, ON UŽ BYL NA CEŠTĚ ZE SLOVENSKA, ALE JÁ JSEM TO NEVĚDĚLA A ON UŽ BYL TADY NĚKDE PŘED BLANSKEM, A BRÁCHA MU VOLAL A ON VLASTNĚ PŘIJEL DOM A DAL MĚ ASI TŘI RÁNY PĚSTÍ, TAKŽE JSEM MĚLA ÚPNĚ NATEKLEJ, ROZRASOVANEJ PROSTĚ ROZBITEJ OBLIČEJ, KDYŽ MĚ, NO VLASTNĚ A PAK MĚ DRUHEJ DEN OZDVEZLI DO TĚCH ČERNOVIC A TAM MĚ DĚLALI RENTGEN OBLIČEKEJ JESTLI NEMÁM NĚCO ZLOMENÝ NO TO BYLO NĚJAK KOLEM VÁNOC. NO A NECHALI MĚ TAM DO VÁNOC.“

„Takže si tam byla jak dlouho?“

„NO MĚLA JSEM TAM BÝT 14 DNÍ A S DOKTORKOU SE DOMLUVLY, ŽE MĚ ROVNOU POVEZOU NĚKAM DO KOMUNITY, ALE JÁ JSEM SE PO PÁR DNECH DOMLUVILA S DOKTOREM ŽE PODÁM ŽÁDOST, ŽE CHCU JÍT PRYČ NO A TAK PRO MĚ MUSELI PŘIJET, TAKŽE JSEM TAM JELA V PONDĚLÍ A V PÁTEK JSEM JELA DOM, PROTOŽE V SOBOTU BYLY VÁNOCE, A BYLO DOMLUVENÝ, ŽE SE DO SILVESTRA ANI NA SILVESTRA NEHNU Z DOMU MAXIMÁLNĚ ŽE PETR MŮŽE PŘIJÍT NAHORU, ALE ŽE JÁ NEBUDU MOCT NIKAM TŘEBA MĚSÍC, ALE BYLO JASNÝ, ŽE TO TAKTO NEBUDE MOŽNÝ TAKŽE JSEM PÁR DNÍ BYLA TAKTO DOMA A TAK SE ZAMNOU STAVIL MARTIN HODNĚ SJETEJ, ALE NAŠI JELI ZA TETOU DO ŠLAPANIC A NAŠI NECHTĚLI DOVOLIT, ABY MARTIN ZŮSTAL DOMA A ZAMKLI NÁS TAM SPOLU, A ŽE BUĎ ZŮSTANU DOMA A ZAMČOU MĚ TAM A NEBO POJEDU S NIMA, TAK JSEM ZŮSTALA DOMA A MYSLELA JSEM, ŽE TO NĚJAK VYŘEŠÍM, ŽE TAM NAJDU KLÍČ, A DOPADLO TO TAK ŽE JÁ JSEM STÁLA V BYTĚ ZAMČENÁ A PETR PŘÍMO ZA DVEŘMA V BARÁKU NA SCHODIŠTI, A ŘVAL NA MĚ ŽE URČITĚ KLÍČE MÁM, ŽE SU TAM URČITĚ ZAMČENÁ S NĚKÝM A TAK JSME SE HÁDALI, ALE NA DETOXU ŘÍKAL NĚJAKEJ TÝPEK ŽE JEHO KÁMOŠKU TAKY ZAMČELI DOMA A ONA SI SVÁZALA PORSTĚRADLA, ALE ROZVÁZALO SE JÍ TO A SPADLA A PŘIJELA TAM SANITKA A POLICAJTI A POLICAJT JÍ ŘEKL ŽE KDYBY SI TO NAMOČILA A SVÁZALA, TAK BY SE JÍ TO NEROZVÁZALO, TAK JA JSEM PŘIVAZOVALA DALŠÍ A DALŠÍ AŽ JSEM TAKHLE MĚLA PĚT NEBO SEDUM SVÁZANÝCH PROSTĚRADEL MOKRÝCH A PŘIVÁZANÝCH NA BALKONĚ, ALE BYLA UŽ TMA PROTOŽE SE STMÍVALO BRZO, ŽE KDYŽ BYLA ZIMA, TAK MOHLO BÝT TŘEBA PĚT HODIN A JÁ JSEM RPOSTĚ STÁLA NA BALKÓNĚ A OBLÍKLÁ A BATOH SBALENEJ NA ZÁDECH A PŘIVÁZANÝ PROSTĚRADLA K BALKÓNU A JÁ JE DRŽELA V RUCE A ČEKALA AŽ KONEČNĚ NIKDO NEPŮJDE A NIKDO NEBUDE VYCHÁZET NAPROTI Z BARÁKU A JÁ ABYCH MOHLA ZAČÍT ŠPLHAT. TAKŽE TAKHLE SEM TAM STÁLA DOBRÝ DVĚ, TŘI HODINY A POKAŽDÉ, KDYŽ JSEM TO SHODILA DOLŮ TAK NĚKDO ODNĚKUD VYŠEL. A TAK JSEM TO ZASE VYTÁHLA NAHORU ABY TO TAM LIDI NEZAČALI ŘEŠIT CO SE TAM DĚJE A PROSTĚ SLEDOVAT TO, NO ALE PAK UŽ JSEM VEDĚLA, ŽE

TO S TÍM MARTINEM DOPADNĚ ŠPATNĚ TAK JSEM SI ŘEKLA, ŽE NA TO KAŠLU A PROSTĚ JSEM TO ZHODILA ŽE TO SLEZU, ALE PAK UŽ SEM VIDĚLA, ŽE SE VRACÍ BRÁCHA Z VENKU A ON BYL SÁM VENKU A VIDĚLA JSEM HO JAK SE VRACÍ ZPÁTKY TAK JSEM TO VYŠPLHALA NAHORU ODDĚLALA JSEM TO, HODILA JSEM TO VŠECHNO MOKRÝ K SOBĚ DO SKŘÍNĚ, ZHASLA JSEM A ČEKALA JSEM JAK ON OTEVŘE DVEŘE NO A JAK OTEVŘEL, TAK JSEM HO OD ODŽDUCHLA, ŘEKLA JSEM SORRY BRÁCHO A ŠLA JSEM, TO TRVALO ASI MĚSÍC CO MĚ NAŠI TAKTO NECHALI, A PAK PRO MĚ PŘIJELI K PETROVI A TO MĚ TEHDY VEZLI DO TĚ JEMNICE S TÍM, ŽE TAM MUSÍM JÍT A ŽE UŽ SE Z TOHO NEVYKROUTÍM, ALE TAM MĚ ŘEKLI ŽE JE TO DOBROVOLNÝ TAKŽE POKUD NEHCU AŤ NENASTUPUJU, TAKŽE MĚ ZASE DOVEZLI ZPÁTKY A ZASE MĚ NECHALI U PETRA, TO MĚ BYLO TEKRÁT TĚCH ŠESTNÁCT, JAK JSEM TI TENKRÁT ŘIKALA, A MÁTI MĚ VLASTNĚ ŘEKLA, ŽE NEMŮŽU BRÁT A ŽE SI MUSÍM NAJÍT PRÁCI NEŽ BUDU MÍT NAROZENINY JINAK ME POŠLE K FOTROVI NA S., NEBO DO LÉČEBNY, TAK JSEM TU PRÁCI SHÁNĚLA, ALE BRALA JSEM POŘÁD A BYLA JSEM S TÍM PETREM, NO A JAK JSEM BYLA U NĚHO TAK ON MĚ PŘESTŘELIL A DAL MĚ TU DÁVKU JAK JSEM TI ŘÍKALA, ŽE MI DAL TOHO MOC, A ON USNUL, ALE JÁ JSEM CELOU NOC SEDĚLA S ROZSVÍCENOU ČELOVKOU BEZ HNUTÍ A PRO NĚJ ZROVNA PŘIJELI POLICAJTI KVŮLI VÝSLECHU A JÁ JSEM ŠLA DOMU A MÁTI MĚLA BÝT V PRÁCI A TAK JSEM HELDALA TY ČISTÝ CO MĚ TENKRÁT ZABAVILA, PROTOŽE VY STE TADY NEBYLI, A TAK JSEM HLEDALA VE VŠECH SKŘÍNÍCH, ŠUPLÍKÁCH, VŠUDE PO CELÝM BYTĚ A VŠECHNO BYLO ÚPLNĚ ROZTAHANÝ A TAK SEM TAM STÁLA V KUCHYNI NA ŽIDLI HLAVU VE SPÍŽCE A HELDALA TAM A NAJEDNOU JSEM SLYŠELA, ŽE NIKDO NEMLUVÍ, PROTOŽE TAM SEMNOU BYLI JEŠTĚ OSTATNÍ A PODÍVÁM SE A TAM STÁLA MÁTI. ONA MĚLA BÝT V PRÁCI A JÁ JSEM SI PŘIŠLA DOMŮ A NAJENDOU TAM STÁLA A KDYŽ VIDĚLA, JAK JSEM BYLA PŘEVTĚLENÁ, SICE MI TO BYLO LÍTO, ALE JÁ JSEM PROSTĚ NEBYLA VŮBEC NIC SCHOPNA ANI NIC CÍTÍT A ZROVNA TO BYLO ZA MOC, A ONA MĚ VYHODILA, AŤ VYPADNU, TAK JSEM JÍ VRÁTILA KLÍČE, SBALILA JSEM SI MALOU KABELKU A ODEŠLA JSEM DEN PŘED NAROZKAMA A MÁTI PAK ODJELA NA S. A TAK JSEM

ZŮSTALA U PETRA DO DOBY, NEŽ SI PRO MĚ PŘIJEL FOTR, TO UŽ SEM PAK JELA TAM S NÍM. A TO JE VLASTNĚ CELEJ PETR NO.“

„No je to ho hodně.“

„A TO UŽ JSEM SMRDĚLA I CHEMIKÁLIEMA A TAK NO. BYLO TOHO HODNĚ, PETR BYL NĚCO. TAK TO BYL TAKOVEJ VELKEJ ZLOM. A V TÉ DOBĚ SEM PŘIŠLA O HDONĚ LIDÍ SE KTERÝMA SEM SE STÝKALA PŘEDTÍM, JAKO BYLA PETRA A TAK. PŘESTALI SEMNOU KOMUNIKOVAT KVŮLI TOMU, ŽE JSEM SI ZAČALA PÍCHAT. NO A VŽDYCKY KDYŽ JSME SE POTKALI TAK SAMÝ NADÁVKY A VÝČITKY. NO JÁ NEVÍM NĚJAK BYLI PROTI TOMU NEBO CO. NO A VEFINÁLE TO DPADLO TAK, ŽE KDYŽ JÁ JSEM SE VRÁTILA ZE S., TAK VŠICHNI TI LIDI CO SE SEMNOU PŘESTALI BAVIT PROTO, ŽE JSEM SI ZAČALA ŠLEHAT, SI ŠLEHAJÍ TAKY. A JE TO TAK. A NIKDO SI TO ANI NEUVĚDOMÍ. A PAK NA S., JSEM BYLA VLASTNĚ ČISTÁ PĚT MĚSÍCŮ.“

„Můžeme v tom nějak pokračovat?“

„MŮŽEME.“

„JÁ SI TAM PAK NĚCO NAKRESLÍM. A TO UŽ BYLO V ROCE 2011.“

„To s.?“

„JO. NO A TO TĚCH PĚT MĚSÍCŮ NA TOM S., JSEM BYLA POŘÁD V LIHU. A TO PRVNÍ MĚSÍC A PŮL JSEM BYLA SCHOPNÁ MAXIMÁLNĚ TOLIK, ŽE JSEM SE VZBUDILA, SEŽRALA JSEM VŠECHNO SLADKÝ, CO JSEM POTKALA A ZASE JSEM USNULA. JSEM SI ZAPLA TELEVIZU A I KDYŽ JSEM SE NA NI CHTĚLA DÍVAT TAK JSEM TOHO NEBYLA SCHOPNÁ A TO TĚLO TO UPLNĚ ODMÍTALO, VYDŽELA JSEM SE DÍVAT MAXIMÁLNĚ PĚT MINUT, I KDYŽ JSEM SE PŘEMLOUVALA, TAK TO NEŠLO. JEDLA JSEM JENOM SLADKÝ. MISKU S CUKREM JSEM MĚLA U POSTELE, JEDLA JSEM CUKR LŽICKOU A MĚSÍC A PŮL JSEM JEDLA JENOM SLADKÝ A SPALA. A KDYŽ MĚ OTEC VYTÁHL NA SÍLU DO HOSPODY, TAK JSEM TAM SEDĚLA S BRATRÁNKEM A RODINA A TI CO MĚ ZNAJÍ, TAK JÁ JSEM SI DALA PIVO A OBJEDNALA JSEM SI U TOHO PIVA TOLIK ČOKOLÁD, ŽE TO NEBYLO MOŽNÝ, SEM NECHTĚLA PÍT, ALE CHTĚLA JSEM SLADKÝ. A PŘI ODCHODU MĚ OTEC KOUPIL NĚKOLIK ČOKOLÁD SEBOU, PROTOŽE VĚDĚL ŽE TO POTŘEBUJU. NO A TO SEM BĚHEM

DVOU MĚSÍCŮ PŘIBRALA ZE 42 KILO NA NĚJAKÝCH 60. TO UŽ JSEM SE PAK NEMOHLA VEJÍT DO ŽÁDNÝHO OBLEČENÍ. A TO UŽ JSEM NEMĚLA NIC NA SEBE TAK SEM NEJČASTĚJI NOSILA ŠATY, PROTOŽE BYLO LÉTO. NO A PO TĚCH DVOU MĚSÍCÍCH SEM UŽ ZAČALA FUNGOVAT NORMÁLNĚ A TAK JSEM S TATOU ZAČALA CHLASTAT JEHO LIGU. RÁNO JSEM SE OŽRALA, JAKO NA SPRAVENÍ A CHLASTALA JSEM DO TÉ DOBY, NEŽ ZAVÍRALI HOSPODU A RÁNO ZASE ODZNOVA, TAKŽE SI Z TĚCH PĚTI MĚSÍCŮ MOC NEPAMATUJU. ALE VÍM, ŽE TO NEBYLO DOBRÝ A ŽE MĚ TEN CHLAST NEDĚLAL DOBRĚ. A PAK PO ROZVODU JSEM ŘEKLA, ŽE CHCU BÝT U MATKY, ŽE SI NA S., NEMŮŽU ZVYKNOUT. ŽE TAM NEBUDU. A ŽE UŽ SU ČISTÁ A ŽE NEMÍNÍM UŽ POKRAČOVAT V BRANÍ A ŽE K PETROVI SE NEVRÁTÍM, TAK ŽE SE NEMAJÍ ČEHO BÁT. AŤ SE NEBOJÍ. OTEC MI TO NEVĚŘIL A TVRDIL MĚ, ŽE VÍ ŽE NEPŘESTANU, ŽE BUDU ZASE BRÁT, ALE JÁ JSEM VĚDĚLA ŽE MÁ PRVADU, ALE TVRDILA JSEM MU, ŽE TO TAK NENÍ ŽE JSEM ROZHODNUTÁ, ŽE BRÁT NEBUDU, ALE VĚDĚLA JSEM ŽE BUDU BRÁT. OTEC MĚ TEDA PŘIVEZL, PŘESPAL JENDU NOC, TAKŽE TO JSEM VĚDĚLA ŽE SI DÁT NEMŮŽU A TAK JSEM ŠLA JEN NA PIVO, ALE DRUHEJ DEN UŽ JSEM VĚDĚLA, ŽE SI PŮJDU PRO PECKU.“

„A jak to teda bylo? Ty si chtěla brát?“

„JO JÁ JSEM SE NA TO TĚŠILA UŽ DLOUHO, ŽE SI DÁM PECKU. A OTEC HNED JAK ODJEL, TAK JSEM POTKALA KAMOŠE A HNED JSME SHÁNĚLI DORGY A SJELI JSME SE. A DO PULNOCI JSME ČEKALI NA DÁVKU. A TAK JSEM POTKALA OLINA. A OD TÉ DOBY BERU. ALE MAMKA SI MYSLÍ ŽE NEBERU. JSEM OD TÉ DOBY JELA V KUSE DVA MĚSÍCE A JEDEN DEN SEM NEMĚLA, ALE TO MĚ BYLO PĚKNĚ ŠPATNĚ A ZROVNA JSEM BYLA DOMA, VIDĚLA MĚ MAMKA, TAK SI HNED MYSLELA ŽE BERU ŽE VYPADÁM NĚJAK ŠPATNĚ ALE TO JÁ JSEM PRÁVĚ BYLA PO TĚCH DVOU MĚSÍCÍCH ČISTÁ. OD TÉ DOBY CO JSEM PŘIŠLA ZPÁTKY, JSEM BRALA MINIMÁLNĚ GRAM, ALE SPÍŠ GRAM A PŮL, DVA GRAMY DENNĚ A OLIN TAK TŘI ČTYŘI. A OLIN MĚ NA TOM DONUTIL SPÁT A JÍST PRAVIDELNĚ. PŘEDTÍM JSEM S PETREM TŘEBA NESPALA A NEJEDLA DVA TÝDNY. A TO JSEM NESPALA ANI MINUTU. A PAK UŽ JSEM SE TO NAUČILA, A TAK JSME KAŽDEJ DEN SPALI A OLIN VŽDYCKY NĚCO KOUPIL K JÍDLU A ŘEKL, ŽE POKUD TO NESNÍM TAK

NEDOSTANU DALŠÍ DÁVKU. TAK ASPOŇ BANÁN NEBO ČOKOLÁDU. ZHUBLA JSEM, ALE NE UŽ TOLIK. POŘÁD JSEM BYLA U NOVÝHO PŘÍTELE A DVA MĚSÍCE JSEM NEBYLA VŮBEC DOMA. JEN JSEM SE TAM NA CHVÍLI STAVOVALA. A PAK PO NÁS ŠLA KRIMINÁLKA. JÁ JSEM SI TO MYSLELA ŽE NÁS SLEDUJOU, ALE OLIN TOMU NEVĚŘIL. ON MĚ TVRDIL, ŽE TO TAK NENÍ, ŽE MÁM STIHY. TAK ŽE BYCH S TÍM MĚLA NĚCO DĚLAT, TAK MĚ DÁVAL VĚTŠÍ DÁVKY A MÍSTO DVOU MI DÁVAL TŘEBA PO TŘECH, ALE JÁ JSEM PAK PŘIŠLA NA TO ŽE ON TO NECHCE SLYŠET, ŽE MI NEBUDE VĚŘIT, TAKŽE JSEM MU TO UŽ PAK PŘESTALA ŘÍKAT. ALE JAK BYL NA VAZBĚ TAK MĚ PŘIZNAL ŽE TO TUŠIL, ŽE NÁS SLEDOVALI, A ŽE PO NÁS ŠLI. ALE NECHTĚL MO ŘÍKAT, ABY MĚ NEPOSTRAŠIL. ALE PRO MĚ BY BYLO DALEKO DŮLEŽITĚJŠÍ SI BÝT JISTÁ, ŽE TO CO VIDÍM NEJSOU NESMYSLY. A ŽE JE TO TAK A BRÁT NA TO OHLEDY A ABYCH SE KROTLA. A PAK VYSVĚTLUJ POLICAJTŮM, ŽE NEBERU. BYLI JSME SPOLU TŘI MĚSÍCE A PAK NÁS ZATKLI.“ „Jo takže tři měsíce. Můžeme to tam zaznačit? Napadá tě ještě něco, co by si k tomu ráda řekla? A můžeš k tomu na ten papír cokoliv psát.“

„A POTOM CO NÁS ZATKLI TAK JSEM ZAČAL ABRÁT KODEIN. A TO JSEM SI PÍCHALA. TO JSEM NAŠLA NA BARÁKU, KDE JSME SE SJÍŽELI. PROTOŽE TY DROGY CO MĚLI JINÝ TO NĚMĚLO ŽÁDNEJ NÁJEZD ANI EFEKT, SE TO NEMOHLA TOMU VYROVNAT. TEN KODEIN JSEM BRALA SAMA. JAK SE MĚ CHTĚLO. ALE RÁNO JSEM SE VZBUDILA, DALA JSEM SI A PAK JSEM TEPRVE ŠLA NA ZÁCHOD. NEVĚDĚLA JSEM, ŽE JE TO TAK NEBEZPEČNÝ. JÁ JSEM RÁNO NEBYLA SCHOPNA VSTÁT ANI Z POSTELE. ALE SJELA JSEM TO NAKONEC VŠECHNO. A LEŽELA JSEM PAK DOMA V KŘEČÍCH A PILA JSEM JEN VÍNO A LEŽELA V POSTELI A BYLO MĚ BLBĚ A PAK JSEM SE DALA NĚJAK DOKUPY. MAMKA SI MYSLELA ŽE NEBERU A JEZDILA JSEM DO VĚZENÍ DO OLINEM.“

„A už si to mamka nemyslí?“

„NO JÁ MYLSÍM ŽE JO, ALE JE TĚHOTNÁ A POKUD MÁ NĚJAKÝ PODEZŘENÍ, TAK TO RADĚJI NEHCE VĚDĚT SI MYSLÍM. OBČAS MI STEJNĚ NĚJAK NAJDE VĚCI. STRÍKAČKY A TAK. VŽDYCKY MĚ TO ZABAVÍ. JÁ JSEM TO SVEDLA NA RELAPS, ALE ŽE NEBERU, ONA TO POCHOPILA, ŽE SEM

PŘIJELA, ABSTINUJU, A ŽE TO CHÁPE, ŽE JSEM MĚLA NĚJAKEJ ZKRAT. JINAK NEVÍM NO, TO BYLO ASI TAK VŠECHNO. NIC TAK ZÁVRATNÝHO SE VLASTNĚ NEDĚJE. TEĎ UŽ BYCH CHTĚLA POMALU PŘESTAT. ALE NE HNED TO BY NEBYLO MOŽNÝ, PROTOŽE JSEM TEHDY NA TOM S., STRÁVILA MĚSÍC A PŮL V POSTELI A TO SI TEĎ NEMŮŽU DOVOLIT. BYCH NEBYLA SHCOPNÁ NIČEHO. ALE ČASEM, BY JSME CHTĚLI. PRTOŽE MÁM NOVÝHO PŘÍTELE, KTERÝHO PUSTILI Z VĚZENÍ A BUDEME SPOLU BYDLET. ZA CHVÍLI MÁM 18 NAROKY A TO UŽ MŮŽU BYDLET SAMA A MAMKA BUDE MÍT MIMČO A BUDE SE TAKY STĚHOVAT TAK UŽ TO BUDE JINAK A SHÁNÍM SI PRÁCI V MEKÁČI. POSLEDNÍ DVA, TŘI MĚSÍCE NEJEDU PECKY PO GRAMECH, ALE JE TOHO TAKY MOC NOC. TO JE ASI TAM MŮJ ŽIVOTNÍ PŘÍBĚH.“

„No já mám z toho pocit, že si mi toho řekla hodně, že se stalo hodně událostí ve tvém životě i to jak o tom vyprávíš, že jsou pro tebe hodně důležité.“

„NO JSEM RÁDA, ŽE ZATÍM NEMÁM ŽÁDNOU PODMÍNKU A ŽE MĚ NECHYTLI.“ „A jak ti Sáro teď je? Co se teď objevuje za nové myšlenky, možnosti, touhy?“

„NO JÁ JSEM TEĎ ŠTASTNÁ, JÁ JSEM VLASTNĚ NEJŠTASTNĚJŠÍ, JAK JSEM KDY BYLA. FAKT JAKO.“

„No to ráda slyším. A čím to je?“

„PROTOŽE MÁM VZTAH A MÁM NĚKOHO S KÝM JE MI HEZKY. I KDYŽ S OLINEM TO TAKY BYLO FAJN A MILOVALA JSEM HO. TAKY JSEM NA NĚJ ČEKALA ROK A PŮL, ALE TEĎ UŽ TO NEHCI. CHCI JÍT DÁL, JSEM MLADÁ NEMŮŽU NA NĚJ TAK DLOUHO ČEKAT. POTKALA JSEM NĚKOHO NOVÝHO. TENTO VZTAH JE PRVOŘADEJ, I KDYŽ FETUJEME TAKY. ALE OLIN DÁVAL PŘEDNOST PERNÍKU. A OHROŽOVAL TEN VZTAH. ALE TEĎ JE TO JINÝ ON SE O MĚ STARÁ A JSEM ŠTASTNÁ A BUDEME SPOLU BYDLET. A ŘEŠILI JSME I MIMINKO, COŽ BY BYL DŮVOD PROČ PŘESTAT.“

„Zároveň já znám spoustu holek který nepřestaly.“

„NO ALE TO BY SE U MĚ NESTALO. TO VŮBEC TO NEHROZÍ.“

„A jakto, že by to najednou šlo a teď to nejde?“

NO PROTOŽE KDYBYCH BYLA FAKT TĚHOTNÁ, TAK BYCH MĚLA DŮVOD PROČ PŘESTAT.“

A co škola Sáro? Jak by si to dítě potom uživila, kdyby si náhodou zůstala sama?“

„NO TO BYCH NEZŮSTALA TO NE.“

„Dobře to můžeme nechat na příště. Co myslíš?“ JO.

„Můžeme se vrátit ještě k tomu na čem jsem spolu pracovaly?“

„JO NO.“

„Mě ještě napadly další dvě témata na který bych se chtěla zaměřit. Jestli by si jen v krátkosti mohla říci, co tě první napadne jak bys charakterizovala závislost? Jak ty to vnímáš? Jaký je tvoje pojetí závislosti? Jak ty si se s tímto fenoménem identifikuješ? Nebo jestli to odmítáš, jestli se tě to netýká a jakej máš na to pohled a názor?“

„JO.“

„Klidně vztah, pocit, kterej tě napadne, když se tohle slovo řekne, takhle nálepka nebo označení, obvykle, právě skrývající za sebou vědomé nebo nevědomé události. Vyřčené, nebo ne a tak.“ „,

NO JÁ O SOBĚ VÍM, ŽE ZÁVISLÁ STOPROCENTNĚ SU. NENÍ TO JAK U HERÁKU, ALE MÁM PSYCHICKOU ZÁVILSLOST, COŽ JE O TOM, TA CHUŤ SI ZASE PROSTĚ DÁT. ZAŽÍT TEN NÁJEZD. A ČLOVĚK SI TO CHCE POŘÁD ZNOVU A ZNOVU ZOPÁKNOUT, TAK I TA FYZICKÁ, PROTOŽE NEJSU PO JEDNOM DNU CO SI NEDÁM, TAK NEJSEM SCHOPNA ANI OTEVŘÍT OČI A NĚKAM JÍT. A POKUD SI NEDÁM TAK MÁM KŘEČE V BŘICHU. A JE MI FAKT ZLE. A KDYŽ SI NEDÁM PECKU A SPÍM NORMÁLNĚ NAČISTO, TAK MÁM HOROROVÝ SNY A VZBUDÍM SE A BREČÍM, POKAŽDÉ KDYŽ SPÍM A NEJSU SJETÁ TAK SE POŘÁD KROUTÍM MÁM HOROROVÝ SNY A BUDÍM SE CELÁ UBREČENÁ. ÚPLNĚ V ZÁCHVATU. TEĎ NAPOSLEDY SE MI ZDÁLO, ŽE MÁ TI POTRATILA, TO JSEM HROZNĚ BREČELA. ALE PAK JSEM SI UVĚDOMILA, ŽE TO TAK NENÍ. TAKŽE TAKTO SE PROJEVUJE MOJE ZÁVISLOST. A TO JE ASI VŠECHNO. A TAKY SI PAMATUJU ŽE VYLÉČENEJ FEŤÁK, NAPOŘÁD FEŤÁK, TO MĚ ŘÍKALA I DOKTORKA V ČERNOVICÍCH. A JÁ SI MYLSÍM, ŽE TO TAK JE.“

No dobře. O tom si taky můžeme příště pokud budeš chtít povídat. “ Možná zjistíme, že to je pojetí té doktorky a, že se na závislého člověk dá pohlížet i jako na zdravého a vyléčeného, co myslíš? “

„JO, ZAJÍMÁ MĚ TO PEŤO.“

„A poslední otázka je o naší spolupráci, kterou jsme spolu navázaly. Já cítím, že spolupracujeme v přátelské atmosféře, a cítím to z toho důvodu, protože vnímám tvoji velkou otevřenost, s tím jak hovoříš o sobě a jak sděluješ informace, že dokážeš říct ne tohle se mi nelíbí a tak. A cítím vzájemnou důvěru a vážím si toho, když něco takového vůbec mezi pracovníkem a klientem vznikne. A jak to máš ty? Pro mě jsou to témata, která mě zajímají a je to jeden z důvodů proč dělám tuhle práci. A tak jsem si říkala, jaké jsou pro tebe tyhle konzultace, když si na sebe uděláme čas, když máš chuť si povídat, když přijdeš a máš čas, tak jestli si vůbec měla někdy pocit, že je to pro tebe přínosný a pokud jo, tak jenom jestli si vzpomeneš co by to třeba mohlo být, pokud to tak není tak je to v pořádku je to jen o tobě a jak to vnímáš ty.“

„MĚ TO HODNĚ POMÁHALO V DOBĚ, KDY JSEM BYLA S PETREM, NEBO V DOBĚ KDY ZAVŘELI OLINA, AŽ DO DOBY NEŽ JSEM POZNALA POSLEDNÍHO PŘÍTELE. COŽ JE VLASTNĚ NEDÁVNO. NO A JÁ JSEM O TĚCHTO VĚCECH CO SE VLASTNĚ DĚLY, MĚLA MOŽNOSTI SI O NICH POVÍDAT. PROTOŽE JSEM O TOM S MÁTI ANI S NIKÝM JINÝM BAVIT NEMOHLA, PROTOŽE TI LIDI JSOU VŠECHNO SMAŽKY, A TO KOLEM TOHO SE S NIMA ŘEŠIT NEDÁ. A PŘI TOM ROZHOVORU, JSEM SI JAKO CHTĚLA, NEBO SI SROVNÁM VĚCI V SOBĚ TO MI POMÁHÁ, JÁ MYSLÍM, ŽE URČITĚ, MYLSÍM, ŽE JE DŮLEŽITÝ ABYCH SI TYHLE VĚCI MINIMÁLNĚ UVĚDOMOVALA. NEBO JÁ NEVÍM.“

„Tak já to zkusím, nějak uchopit ta zeptám se, jestli je to tak, že když ty věci řekneš nahlas, tak se to vlastně zvědomí a stane se to reálnější? Nebo tak?“

„JO TO TAKY, KDYŽ SI O TOM POVÍDÁME TAK SI POSKLÁDÁM SOUVISLOSTI A VÍM CO DÁL, I KDYŽ JSME SE BAVILY NĚKOLIKRÁT O TOM LÉČENÍ A TAK. A JÁ JSEM PAK VĚDĚLA CO MŮŽU DĚLAT DÁL. PROTOŽE V TOMHLE SVĚTĚ SI O TĚCHTO VĚCECH A VLASTNĚ ANI O NORMÁLNÍCH SI ČLOVĚK NEMÁ S KÝM JAKO POKECAT, NEBO JÁ TO TAK NEMÁM, KDO BY NĚCO TAKOVÝHO POCHOPIL. JÁ JSEM NIKOHO TAKOVÝHO NEMĚLA, KDO

BY BYL SCHOPNEJ VNÍMAT, ŽE NĚCO TAKOVÝHO ŘEŠÍM. MLUVÍM, TADY O DŮLEŽITÝCH VĚCECH.“

„MŮŽU TO NAKRESLIT ZNOVA? TŘEBA POD TO? TAK JÁ TO NAKRESLÍM ZNOVA.“

„Tak já už to vypnu a chci se zeptat, jak si se cítila, když si mluvila a jestli pro tebe zůstává něco důležitýho z našeho rozhovoru?“

„BYLA TO DOBRÁ REKLAPITULACE, KDY JSEM SI TO VŠECHNO PORMÍTLA. ALE MĚ UŽ TYHLE VĚCI, TI KLUCI A ZAČÁTEK, JÁ UŽ Z TOHO NIC NEŘEŠÍM, ZAČÍNÁM NANOVO S TÍM PŘÍTELE A UŽ MĚ TYHLE VĚCI NEZAJÍMAJ.“

„Dobře můžu to teda takhle ukončit?“

„JO.“

„Tak děkuju moc, Sáro.“