

# Zdravotně-sociální důsledky osob po drogové závislosti

Petra Škubalová

---

Bakalářská práce  
2014



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2013/2014

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Petra Škubalová**  
Osobní číslo: **H11286**  
Studijní program: **B5350 Zdravotně sociální péče**  
Studijní obor: **Zdravotně sociální pracovník**  
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Zdravotně sociální důsledky osob po drogové závislosti**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.  
Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti drogové problematiky.  
Příprava metodiky výzkumné části.  
Realizace kvalitativního výzkumu prostřednictvím kazuistik.  
Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.  
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

KALINA, Kamil et al. Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České Republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

Kolektiv autorů. Drogy: otázky a odpovědi. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-223-2.

KUTNOHORSKÁ, Jana. Výzkum v ošetrovatelství. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2713-4.

MATOUŠEK, Oldřich et al. Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.

NEŠPOR, Karel. Návykové chování a závislost. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-267-6.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Michaela Vaško  
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

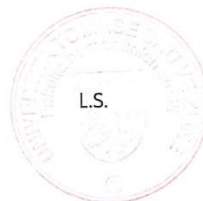
15. ledna 2014

Termín odevzdání bakalářské práce:

23. května 2014

Ve Zlíně dne 15. ledna 2014

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



  
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.  
ředitelka ústavu

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 20.2.2014

Štefan Štefan

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

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

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

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

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

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, ušije-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 vzdělávacího zařízení (školní dílo).*

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

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

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

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

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

## **ABSTRAKT**

Předkládaná bakalářská práce se zabývá zdravotně sociálními důsledky osob po drogové závislosti. Teoretická část vychází z odborné literatury vztahující se k problematice drog, příčinám drogové závislosti, faktorům přispívajícím ke vzniku drogové závislosti, zdravotním a sociálním důsledkům. Cílem praktické části je zjistit, jaké jsou zdravotní a sociální důsledky osob po drogové závislosti, a zda jsou tyto osoby schopny reintegrace do běžného života.

**Klíčová slova:** drogy, drogová závislost, bažení, zdravotní a sociální důsledky, léčba

## **ABSTRACT**

The Bachelor thesis deals with health and social consequences of people to drug addiction. The theoretical part is based on the technical literature related to the drug problem, the causes of drug addiction, factors contributing to the arising of drug addiction, health and social consequences. Main goal of the practical part is to determine what are the health and social consequences of people to drug addiction and whether these persons are able to reintegrate into normal life.

**Keywords:** drugs, drug addiction, craving, health and social consequences, therapy

V úvodu této práce bych chtěla poděkovat paní Mgr. Michaele Vaško za odborné vedení, trpělivost a ochotu, kterou mi v průběhu zpracování mé bakalářské práce věnovala.

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

„Život je někdy velmi skoupý, uplynou dny, týdny, měsíce a roky, aniž člověk zažije něco nového. Ale pak se otevřou dveře a dovnitř se vřítí lavina. V jednu chvíli nemáte nic, a najednou máte víc, než dokážete přijmout.“

Paul Coelho

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>10</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>12</b>
<b>1 DROGOVÁ ZÁVISLOST</b> .....	<b>13</b>
1.1    DEFINICE ZÁVISLOSTI.....	13
1.1.1    Typologie závislosti .....	14
1.2    DEFINICE DROGOVÉ ZÁVISLOSTI.....	14
1.3    PŘÍČINY DROGOVÉ ZÁVISLOSTI .....	14
1.4    DOPROVODNÉ PORUCHY PŘI DROGOVÉ ZÁVISLOSTI .....	15
1.5    CHARAKTERISTIKA VYBRANÝCH DROG A JEJÍ ÚČINKY NA LIDSKÝ ORGANISMUS .....	17
1.5.1    Canabinoidy .....	17
1.5.2    Halucinogeny .....	17
1.5.3    Stimulační drogy .....	17
<b>2 RODINNA A DROGOVÁ ZÁVISLOST</b> .....	<b>18</b>
2.1    RODINNÉ FAKTORY PŘÍSPÍVAJÍCÍ KE VZNIKU DROGOVÉ ZÁVISLOSTI.....	18
2.1.1    Nedostatečná pozornost ze strany rodičů .....	18
2.1.2    Narušené vztahy .....	18
2.1.3    Závislost v roli prvku, který udržuje v rodině rovnováhu.....	19
2.1.4    Jeden či více závislých členů .....	19
2.1.5    Spolu-závislost .....	20
2.1.6    Skryté, nedostatečné vyjádření hněvu .....	20
2.1.7    Omezení komunikace v rodině.....	20
2.1.8    Klasifikace závislostí ve vztahu k rodinnému prostředí .....	21
<b>3 ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ DŮSLEDKY DROGOVÉ ZÁVISLOSTI</b> .....	<b>22</b>
3.1    VZTAH MEZI ZÁVISLOSTÍ A TRAUMATIZACÍ.....	22
3.2    SOCIÁLNÍ DŮSLEDKY DROGOVÉ ZÁVISLOSTI .....	23
3.3    ZDRAVOTNÍ DŮSLEDKY DROGOVÉ ZÁVISLOSTI.....	24
3.3.1    Bakteriální infekce nitrožilních uživatelů .....	24
3.3.2    Kardiovaskulární systém .....	25
3.3.3    Dýchací systém .....	25
3.3.4    Postižení ledvin a centrálního nervového systému .....	25
3.3.5    Hepatitida typu B a C .....	26
3.3.6    AIDS .....	26
<b>4 LÉČBA DROGOVÉ ZÁVISLOSTI</b> .....	<b>27</b>
4.1    SYSTÉMOVÝ PŘÍSTUP K LÉČBĚ ZÁVISLOSTÍ .....	27
4.1.1    O moderní léčbě závislostí obecně.....	28
4.2    LÉČBA DROGOVÉ ZÁVISLOSTI V TERAPEUTICKÉ KOMUNITĚ .....	29
4.2.1    Cíle a prostředky léčby.....	29
4.2.2    Řád a struktury terapeutické komunity .....	30
4.2.3    Fáze léčby.....	31
<b>5 ADOLESCENCE A MLADÁ DOSPĚLOST Z POHLEDU VÝVOJOVÉ PSYCHOLOGIE</b> .....	<b>33</b>



5.1	FÁZE DOSPÍVÁNÍ.....	33
5.1.1	Raná adolescence .....	33
5.1.2	Pozdní adolescence .....	34
5.1.3	Emoční vývoj .....	34
5.1.4	Utváření vlastního vývoje adolescenta.....	35
5.1.5	Problémové chování adolescenta .....	35
5.2	RANÁ DOSPĚLOST.....	36
5.2.1	Vztah k normám v rané dospělosti.....	36
<b>II</b>	<b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>37</b>
<b>6</b>	<b>VÝZKUMNÁ ČÁST .....</b>	<b>38</b>
6.1	CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÝ PROBLÉM .....	38
6.1.1	Výzkumný problém.....	38
6.1.2	Výzkumné otázky.....	39
6.2	DRUH VÝZKUMU .....	40
6.3	VÝZKUMNÝ VZOREK A ZPŮSOB VÝBĚRU .....	40
6.3.1	Kritéria pro výběr výzkumného vzorku .....	41
6.4	METODY A TECHNIKY SBĚRU DAT .....	42
6.4.1	Případová studie .....	42
6.4.2	Analýza dat případové studie .....	43
6.4.3	Sociální mapy.....	43
6.5	PRŮBĚH SBĚRU DAT.....	44
<b>7</b>	<b>VYHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU A JEJICH INTERPRETACE .....</b>	<b>46</b>
7.1	SOCIÁLNÍ MAPOVÁNÍ A KAZUISTIKY .....	46
7.1.1	Petr .....	46
7.1.2	Honza .....	47
7.1.3	Petra.....	48
7.1.4	Tereza.....	50
7.1.5	Alena .....	51
7.2	VYHODNOCENÍ VÝZKUMNÝCH CÍLŮ .....	52
7.2.1	Shrnutí .....	59
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>61</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>63</b>
	<b>SEZNAM OBRÁZKŮ .....</b>	<b>67</b>
	<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>68</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>69</b>

## ÚVOD

Drogy se ve společnosti objevují od nepaměti a v budoucnu tomu pravděpodobně nebude jinak. Většina z nás si uvědomuje, že stačí jen málo, a náš doposud ukázkový život se může sesypat jako domeček z karet. Každý den na nás z televize útočí informace o snižování stavu zaměstnanců, exekučních řízeních, rozvodových stáních, o problémech v mezilidských vztazích a kriminálních činech. Ačkoliv se všichni snažíme odolávat stresu, předcházet syndromu vyhoření, vyhýbat se žabomyším válkám, nemůžeme nikdy stoprocentně vědět, zda nejsme ohroženi závislostí na návykových látkách.

Každá závislost začíná zcela nevinně, máme pocit, že užívání je pod kontrolou a nic se nám nemůže stát. Opak je ale pravdou, do začarovaného kruhu závislosti spadne člověk rychlostí blesku a cesta ven je dosti obtížná. Většina závislých si není ochotna přiznat, že jsou nemocní a že potřebují odbornou pomoc. Navíc spousta drog je dostupných (i nelegální drogy lze získat velmi rychle, zejména pokud člověk ví, na koho a kam se má obrátit) a to je hlavní kámen úrazu. Drogově závislí řeší užíváním své drogy problémy, utíkají před realitou a tím pádem se stávají sociálně vyloučenými, jelikož společnost často neví, jak k takovým lidem přistupovat.

Společnost drogově závislé často odsuzuje, aniž by měla povědomí o tom, co je k užívání vedlo. Občané by se měli zaměřit především na prevenci, protože zde je počátek závislosti. Pokud už se setkáme s uživatelem, měli bychom ho informovat o správném užívání drog a tím předejít škodlivým následkům spojených s aplikací drog. Tato forma prevence je prospěšná nejen pro uživatele samotné, ale i pro širokou veřejnost. Přejdeme tak přenosu infekčních nemocí, které se u této cílové skupiny mohou vyskytovat.

Téma mé bakalářské práce je mi velice blízké, jelikož jsem sama prošla drogovou závislostí. Osobně jsem si tedy vyzkoušela, jak člověk díky droze ztrácí svou osobnost, stává se citově vyprahlým a necitlivým vůči svému okolí. Jako spousta jiných mladých lidí jsem si vůbec neuvědomovala, co všechno dávám v sázku, když koketuji s látkou, která si bere vše, co dělá člověka člověkem. Sama na sobě jsem pozorovala, jak se pod vlivem drogy měním fyzicky i psychicky a upadám do bludného kruhu zvaného závislost. Cesta zpátky do reality byla náročná, ale pro mne velmi přínosná. Právě díky prožité zkušenosti s drogami mohu psát tuto práci a zúročit v ní své poznatky.

V teoretické části se zaměřím na definici drogové závislosti a její příčiny, dále se budu zabývat doprovodnými poruchami, které se mohou vyskytovat současně s drogovou

závislostí. Další důležitou část práce tvoří kapitola pojednávající o rodinných faktorech, jež přispívají ke vzniku drogové závislosti a jsou hlavními příčinami závislosti jako takové. Velká pozornost je také věnována zdravotním a sociálním důsledkům, jež drogová závislost přináší. Závěr teoretické části je věnován kapitole o léčbě drogové závislosti, více je v této části popsána léčba v terapeutické komunitě, protože jeden z respondentů výzkumu absolvoval celý léčebný program právě v terapeutické komunitě. Poslední kapitola je věnována vývoji adolescenta z psychologického pohledu, jelikož většina respondentů mého výzkumu začala užívat drogy právě v období dospívání, proto je důležité zmínit právě tuto vývojovou etapu.

Praktická část je rozčleněna na dvě hlavní kapitoly. Cílem výzkumu bylo zjistit, jaké jsou zdravotní a sociální důsledky osob po drogové závislosti. První kapitola je zaměřena na přípravu výzkumu, popisuje cíl výzkumu a výzkumný problém, dále je v ní definována hlavní výzkumná otázka a další vedlejší výzkumné cíle. Další podkapitola se zaměřuje na vymezení druhu výzkumu, výzkumný vzorek a způsob jeho výběru, uvádí kritéria pro výběr výzkumného vzorku, metody a techniky sběru dat a samozřejmě také průběh sběru dat. V rámci svého výzkumu jsem jako hlavní výzkumnou metodu zvolila případovou studii (kazuistiku). Další podkapitola bakalářské práce je zaměřena na stručné představení pěti osob, jež jsou cílem výzkumu. Jednotlivé podkapitoly jsou zaměřeny na konkrétní osobu, již charakterizuje sociální mapa a stručný popis rodinné situace. Všechny uvedené kazuistiky byly podrobně analyzovány a získaná data byla vyhodnocena metodou otevřeného kódování. V kazuistikách jsem provedla kódování pomocí 5 odlišných barev, které znázorňují 5 různých kategorií. Kategorie byly cíleně zvoleny předem, aby bylo možné získat na jejich základě odpovědi potřebné k vyhodnocení výzkumu. Daná kapitola také obsahuje závěrečné shrnutí získaných výsledků.

V závěru této práce se snažím předložit výsledky, jež byly získány prostřednictvím realizovaného výzkumu a apelovat na důležitost šíření informací o negativním působení návykových látek na lidskou bytost.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 DROGOVÁ ZÁVISLOST

Člověk začne experimentovat s různými typy drog, zkouší jejich účinky, zažívá stavy, které drogy způsobují. Mnohdy dotyčnému jedna zkušenost stačí a nemá potřebu dál tento zážitek opakovat. Na druhé straně jsou lidé, kteří jsou účinkem drogy natolik fascinováni a chtějí drogu užít znovu a nakonec se k droze uchýlí a začínají ji užívat častěji a častěji. Toto můžeme označit jako předstupeň rozvoje závislosti. (Sananim, 2007, s. 17)

### 1.1 Definice závislosti

Dle mezinárodní klasifikace nemocí je syndrom závislosti definován jako skupina behaviorálních, fyzických a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo skupiny látek má u jedince mnohem větší přednost před jiným jednáním, kterého si dříve cenil více. Hlavní popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná a přemáhající) užívat psychoaktivní látky. Touhu brát drogy si jedinec uvědomuje (i když si ji nemusí nebo nechce přiznat) a snaží se užívání mnohdy kontrolovat nebo i zastavit. Mnohdy však neúspěšně. Hartl (2004, s. 303) chápe závislost jako „stav chronické nebo periodické otravy opakovaným použitím přirozené nebo syntetické látky, která poškozuje závislého i společnost.“ Odborněji charakterizuje závislost Čěšková (2006, s. 159) jako „progresivní adaptaci buněk, nervových okruhů a orgánů jako odpověď na excesivní expozici látky, se kterou souvisí také nová rovnováha fyziologických funkcí jako odpověď na opakovanou nebo kontinuální expozici látky a s tím spojené kompenzační mechanismy.“

Kundrle (In Kalina, 2003, s. 107) definuje závislost jako chronickou a progredující poruchu, která u člověka rozvíjí přirozenou touhu po změně prožívání. Za určitých okolností tato přirozená touha může přejít v nutkavost a zapříčinit rozvoj chorobných znaků.

Dle Nešpora (2003, s. 26) je pro diagnostikování závislosti třeba, aby v posledních dvanácti měsících byly přítomny alespoň tři z následujících příznaků:

- Silná touha užívat látku,
- potíže v kontrole užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení množství užívání látky,
- užívání látky k odstranění tělesných odvykacích příznaků,
- průkazná tolerance, tzn. potřeba zvyšování dávek drogy, aby bylo dosaženo účinku vyvolaného nižšími dávkami,
- zanedbávání jiných zájmů a potěšení kvůli psychoaktivní látce,

- pokračování v užívání i přes jasný důkaz škodlivých následků užívání látky (cirhóza jater, depresivní stavy, nákaza virovou žloutenkou při injekční aplikaci).

### 1.1.1 Typologie závislosti

Dlouhodobým zneužíváním některé z návykových látek vzniká závislost tělesná (fyzická) nebo psychická. Fyzická závislost bývá považována za příčinu všech problémů, zatímco psychická složka bývá často bagatelizována. Fyzická složka závislosti nutí uživatele, aby mezi užitím jednotlivých dávek drogy dodržoval určitý časový odstup z důvodu vzniku abstinčního stavu. Psychická složka závislosti je daleko hůře ovlivnitelná a její zvládnutí není jen otázkou pevné vůle. Psychická závislost je důvodem, proč existují léčebná zařízení jako například terapeutické komunity, které slouží k dlouhodobému léčení. (Sananim, 2007, s. 19-20)

## 1.2 Definice drogové závislosti

Drogová závislost je psychický stav charakterizovaný neodolatelným nutkáním k určitému chování, touha změnit prožívání reality, tendence zvyšovat dávky, neschopnost omezit užívání drogy, nepříjemnými pocity při abstinenci. Závislost na návykových látkách patří mezi chronická onemocnění CNS. (Binder a Vavřínková, 2006, s. 13)

Dle Světové zdravotnické organizace WHO lze drogovou závislost definovat jako *„psychický někdy i fyzický stav charakterizovaný změnami chování a dalšími reakcemi, které vždy zahrnují nutkání užívat drogu opakovaně pro její psychické účinky a také dále proto, aby se zabránilo vzniku nepříjemných stavů vznikajících při nepřítomnosti drogy v organismu (Binder a Vavřínková, 2006, s. 13).“*

## 1.3 Příčiny drogové závislosti

Riziko vzniku závislosti na psychoaktivních látkách je v období dospívání nejvyšší. V tomto období se zvyšují tendence experimentovat s neznámými látkami, mladým lidem chybí zkušenost a náhled na zranitelnost své vlastní osoby. Užívání drog je sociálně odmítáno, a právě proto je velmi atraktivní. Spousta mladých lidí se chce diferenciovat od společenských ideálů, a proto si cení jednání, které je společností považováno za nežádoucí. Odmítání hodnot a životního stylu dospělých osob se pak může projevit právě ve formě užívání drog, což je projevem protestu. Hledání vlastní identity je náročným procesem, dospívající se často cítí nejistí a mají nedostatek sebedůvěry. Droga jim přináší pocit uvol-

něnosti, euforie a sebejistoty. Drogová závislost přináší změny v oblasti psychické, somatické i sociální. (Vágnerová, 2008. s. 560-561)

Ke vzniku závislosti přispívají tři faktory – člověk (osobnostní charakteristiky jedince), droga a prostředí. Drogovou závislost je nutné studovat komplexně jako bio-psycho-sociální onemocnění, kde se všechny faktory navzájem propojují a mají mezi sebou vnitřní souvislost. Závislost vzniká tehdy, když se jedinec setká s dispozicí k závislosti s drogou, která u něj vyvolá silné nutkání užívat látku opakovaně. (Binder a Vavřínková, 2006, s. 14)

Mezi osobnostní charakteristiky jedince řadíme zralost a osobní rozvoj, vědomí sociálních vztahů a to jak rodinných tak přátelských, smysl života, schopnost zvládat frustraci, být spokojen s vlastním životem, genetické faktory, stavbu těla a profesní zařazení.

Droga je důležitým činitelem při vzniku závislosti. To, do jaké míry u jedince závislost propukne, ovlivňují následující činitelé: množství drogy, její dostupnost a psychická tolerance vůči návykové látce.

Prostředím se míní to, jak společnost přijímá drogy nebo návykové chování, nejednotný přístup k užívání drog, společenská rozšířenost, cenová i tržní dostupnost, nezaměstnanost a sociální začlenění ve společnosti.

Podle Nešpora (2003, s. 47) je startovací drogou, označovanou také jako průchozí droga (anglicky „gateway drug“), nejčastěji zmiňována marihuana. Tento pojem označuje látku, která zvyšuje riziko přechodu k daleko nebezpečnějším drogám v pozdějším věku. V našich podmínkách jsou průchozími drogami i tabák a alkohol, než dojde k přechodu od alkoholu a tabáku ke tvrdším drogám, spotřeba alkoholu a tabáku roste. Zvýšená spotřeba alkoholu a tabáku u dospívajících může být varovným signálem přechodu ke tvrdším drogám. Zneužívání alkoholu, tabáku a marihuany zvyšuje riziko zneužívání tvrdých drog, ale není jasně prokázáno, zda se jedná či nejedná o příčinnou souvislost.

#### **1.4 Doprovodné poruchy při drogové závislosti**

U některých osob je možné pozorovat závislost na několika návykových látkách současně. Různé návykové problémy se mohou navzájem velmi posilovat. Závislost na alkoholu v mnoha případech posiluje závislost na tabáku, závislost na alkoholu a tabáku velmi často vede k závislosti na jiných návykových látkách. Další vzájemné posílení mezi jednotlivými návykovými problémy jsou uvedeny v následující tabulce.

Tabulka 1 Typické kombinace návykových problémů

(Zdroj: Nešpor, 2003, s. 49)

Typ závislosti	Vzájemné posílené	Typ závislosti
Závislost na alkoholu	↔	Závislost na tabáku a heroinu
Závislost na alkoholu a tabáku	↔	Závislost na jiných návykových látkách
Závislost na tlumivých látkách	↔	Závislost na heroinu
Závislost na konopí	↔	Závislost na jiných návykových látkách
Patologické hráčství	↔	Závislost na alkoholu a pervitinu
Poruchy příjmu potravy	↔	Závislost na alkoholu a jiných návykových látkách
„Závislost“ na práci	↔	Závislost na alkoholu a jiných návykových látkách
„Závislost“ na práci	↔	Patologické hráčství

Poruchy příjmu potravy se často vyskytují v souvislosti s užíváním návykových látek. V praxi se setkáme zejména s bulimií a abúzem alkoholu a pervitinu. Obě poruchy jsou spojeny se zvýšeným zaujetím danou látkou (jídlo, droga), narušují psychický i sociální život nemocného a nutí ho k podvádění a izolaci. Přejídání, stejně jako psychoaktivní látky, je používáno ke zvládnutí stresu a kontrolování emocí. Obě poruchy se vyznačují jemnou hranicí mezi normou a patologií, předsudky nebo různými prostými postoji jak ze strany nemocného, tak i ze strany okolí. V obou případech pacienti nejsou schopni svůj návyk přerušit a odmítají terapii. (Krch, 1999, s. 76)

Mentální bulimie je pokládána za závislost, podobně jako abúzus návykových látek. Na vzniku poruch příjmu potravy a závislosti na psychoaktivních látkách se podílí řada faktorů, většina z nich zvyšuje náchylnost i pro jiné psychiatrické poruchy. Bulimičky a ženy s jinou psychiatrickou diagnózou mají často zkušenost s úzusem nealkoholových psychoaktivních látek a ve větší míře se u nich také vyskytuje sebepoškozování. (Krch, 1999, s. 78)

Dle Nešpora (2000, s. 45) jsou v definicích návykových nemocí zajímavé zvláště ty části, které se týkají příznaků pro mentální bulimii a mají blízko k bažení neboli cravingu.



Neustálé se zabývání sama sebou a neodolatelná touha po jídle také připomínají znaky závislosti. Na psychogenním přejídání je zajímavé, že stresující události fungují jako spouštěcí faktory, které mají velký podíl na vzniku a rozvoji závislosti na návykových látkách nebo přispívají k recidivám.

## **1.5 Charakteristika vybraných drog a její účinky na lidský organismus**

V praktické části bakalářské práce se u respondentů setkáme jen s vybranými drogami, proto se v této kapitole budu věnovat jen některým z nich, které považuji za důležité. Patří mezi ně cannabinoidy, halucinogeny a stimulační drogy.

### **1.5.1 Canabinoidy**

Mezi cannabinoidy patří marihuana a hašiš, jež řadíme mezi lehké drogy. Cannabinoidy se řadí mezi látky s halucinogenním účinkem, jehož nejznámějším nositelem je delta-9 tetrahydrokanabinol (THC), který je v konopí obsažen. Účinek cannabinoidů probíhá v několika fázích. Z počátku se objevují sevření a úzkost, v druhé fázi nastupuje pocit euforie a blaženosti, častý je nezastavitelný smích. Po odeznění účinku se objevuje zmatečnost, otupělost a únava. Dochází k poruchám krátkodobé paměti, což může vést k atypickému chování, mohou se vyskytnout ataky paniky s agresivním chováním. (Sananim, 2009, online)

### **1.5.2 Halucinogeny**

Halucinogeny nebo také psychedelika vyvolávají změny vnímání a způsobují psychické změny, vedoucí až do stádia toxické psychózy. V této skupině nalezneme velké množství látek, řada z nich je používána i v lékařství, MDMA (extáze), LSD a lysohlávky patří mezi nejznámější. Halucinogeny se vyznačují předem nevypočitatelným efektem. Jejich dlouhodobé užívání vede ke změnám v hodnotovém žebříčku, objevují se změny v chování a obtíže s integrací do společnosti. (Sananim, 2009, online)

### **1.5.3 Stimulační drogy**

Stimulancia, budivé látky nebo také psychomotorické stimulanty vyvolávají tělesné a duševní povzbuzení, mizí pocit únavy a potřeba spánku, dostavuje se pocit zvýšeného sebevědomí. Mají silný stimulační účinek na centrální nervový systém, především mozek. Při pravidelném užívání dochází k vyčerpání organismu a potřebě stále vyšších dávek. Stimulační drogy způsobují silnou psychickou závislost. (Sananim, 2009, online)

## 2 RODINNA A DROGOVÁ ZÁVISLOST

Příznaky onemocnění závislostí jsou velmi výrazné, proto je pochopitelné, že se dotýkají nejen závislých, ale také jejich blízkých. Ti jsou stavěni do nezáviděníhodné pozice, snaha pomáhat, přesvědčovat a vysvětlovat se mívá účinkem. Rodina pak může jen přihlížet jak ten, koho mají rádi, ubližuje nejen sobě, ale i všem ve svém okolí. V takové situaci se pochopitelně dostávají pocity beznaděje a rezignace.

### 2.1 Rodinné faktory přispívající ke vzniku drogové závislosti

Nelze jednoznačně určit faktory, které jsou typické pro rodinu závislého. Výzkumné závěry však můžeme zobecnit do řady faktorů, které jsou charakteristické pro rodinu závislého. V této kapitole uvádím nejvýznamnější z nich:

- nedostatečná pozornost ze strany rodičů na chování dítěte,
- narušené vztahy mezi dítětem a rodičem,
- závislost v roli prvku, který udržuje v rodině rovnováhu,
- jeden či více závislých členů,
- spolu-závislost,
- skryté, nedostatečné nebo nadměrné excesivní vyjádření hněvu v rodině,
- klasifikace závislosti ve vztahu k rodinnému prostředí. (Hajný In Kalina 2003a, s. 140-143)

#### 2.1.1 Nedostatečná pozornost ze strany rodičů

Pokud dítě prožívá své dětství v disharmonické rodině, kde chybí citová podpora a pozitivní podněty, objevuje se u něj pocit prázdnoty. Dětem chybí vzrušující zážitky, protože nejsou rodiči vedeny k práci a učení, nikdo je neučí, jak si zvolit vhodnou zábavu a vybrat správné přátele. Mladý člověk má pak potřebu vyhledávat vzrušující zážitky jinde, mnohdy právě pod vlivem drogy. (Riesel, 2012, s. 352)

#### 2.1.2 Narušené vztahy

Ve výzkumech i praxi se objevuje neustále se opakující model: nadměrně ochraňující a pečující matka a chladný či nepřítomný otec. Závislý, který se setkává jen s nedůslednou, přesto ale milující matkou nemá dostatečný kontakt s realitou. Nedostatečná disciplína (kterou otcové mnohdy představují) může být jedním z faktorů, jenž přispěl ke vzniku závislosti. (Hajný In Kalina, 2003a, s. 140)

Závislé ženy a dívky mívají často zkušenost s úzkostnou nebo značně kontrolující matkou, zmiňován bývá i chladný vztah matky s dcerou. Matka například dceru k sobě od malička poutá, využívá ji jako spojence (malým holčičkám to imponuje). Zmíněné pouto může být v procesu dospívání narušeno, což u matky vyvolá tendenci uchovat vztah v původní podobě. Jednoznačné riziko představují závislé matky či alkoholičky – dcery se s nimi mohou identifikovat, tzn., v budoucnu mohou řešit své citové problémy taktéž pomocí alkoholu nebo jiných návykových látek. (Hajný In Kalina, 2003a, s. 140-141)

### **2.1.3 Závislost v roli prvku, který udržuje v rodině rovnováhu**

Jedná se o neskutečný paradox, který se například projevuje tím, že dítě se kvůli velkému pracovnímu vytížení rodičů nebo jejich partnerskému konfliktu začne obracet k partě a své nálady řeší kouřením marihuany, později třeba heroinem. Užíváním drog dospívající demonstruje svou samostatnost, ale vnitřně je stále závislý na rodičích. V některých rodinách může být návykové chování skryté a mnohdy je nevědomky udržováno rodiči nebo jinými blízkými. Důvodem udržování závislého chování bývá obava z osamostatnění dítěte a tím pádem osamocení rodiče (syndrom prázdného hnízda) nebo strach z odhalení dlouhodobě neřešených problémů či prázdnoty v rodině. (Hajný In Kalina 2003a, s. 141)

### **2.1.4 Jeden či více závislých členů**

Dle Riesla (2012, s. 352) jedním z významných faktorů pro vznik a rozvoj závislosti u dospívajících je bezesporu závislost dalšího člena rodiny (nejčastěji alkoholová závislost rodiče). Riziko narušení dospívajícího je úměrné tomu, jak závislost rodiče ovlivňuje chod rodiny, společně strávený čas a rodinné rituály. Výchova dětí by neměla být povolná ani přehnaně přísná. Základní podmínkou výchovy je láska a řád. Měl by se najít čas na zpěv, společně strávený čas, učení i hru, ale měl by být prostor i pro mazlení s dětmi. Děti napodobují chování svých rodičů a dalších osob, které se podílejí na jejich výchově. Pokud se děti ocitnou v roli svědků nebo se účastní nadměrného popíjení alkoholu způsobující opilost, považují takové chování za společenský standard, vnímají to jako normální a správné.

### 2.1.5 Spolu-závislost

Jistou souvislost se systémovým chápáním rodiny možno vidět v modelu co-dependence. Jedná se o jakýsi vzorec osobnostních rysů, který lze očekávat u všech členů v rodině závislého. Předpokládá se tedy, že členové svým chováním jedinci závislost umožňují. Závislý je pak středem pozornosti, péče a kontroly a odvádí tím pozornost rodičů od řešení partnerského konfliktu, což je motiv „umožňování“. Užívání drog dítěte souvisí se vztahovými a komunikačními procesy, mnozí uživatelé drog se snaží svým životním stylem odpoutat od rodiny. Někteří rodiče tak mohou zastávat roli „věčných rodičů“, kteří se stále obávají o život a zdraví svého již dospělého dítěte. Jiným droga pomáhá přetrpět dusnou atmosféru domova. V historii těchto rodin se objevily traumatické epizody separací, nedostatečná podpora mezi rodiči, nerespektování mezigeneračních hranic. (Hajný In Kalina, 2003a, s. 142-143)

Dle Nešpora (2003, s. 83) je „umožňovač“ člen rodiny, který návykové chování umožňuje např. tím, že obstarává omluvenky do školy nebo pro zaměstnavatele, vyřizuje problémy a komunikuje s úřady a soudy, platí dluhy, poskytuje dospělému závislému bezplatně ubytování a stravu, mnohdy financuje výdaje za drogy a poskytuje závislému finanční prostředky v hotovosti. Umožňovač však touto zdánlivou pomocí pouze oddaluje řešení problému závislého. Mezi umožňovači najdeme rodiče, manželky, prarodiče, ale i jiné blízké osoby z příbuzenstva.

### 2.1.6 Skryté, nedostatečné vyjádření hněvu

Každá rodina má svůj způsob, jak zachází s přirozenými emocemi jako je zlost, vztek či agresivní reakce. Momenty související s agresivitou hrají významnou roli při relapsu pacientů, kteří absolvovali léčbu. Jedná se nejen o situace, kdy musí dotyčný snášet zlostnou reakci od někoho z blízkých, ale také o situaci, kdy má zvládnout a vyjádřit vlastní agresi. (Hajný In Kalina, 2003a, s. 141)

### 2.1.7 Omezení komunikace v rodině

Osoba, u které se vyskytuje návykový problém, se často cíleně vyhýbá komunikaci s ostatními členy rodiny, zvláště pokud se hovor týká návykového chování a komplikací s ním spojených. Ke zlepšení komunikace spontánně dochází tehdy, pokud se daří návykové chování překonávat. Omezená komunikace a vznikající problémy vedou ve většině případů k odcizení a rozpadu rodiny. Jedná se o poměrně častý jev, jelikož velký počet závis-

lých pacientů nemá rodinné zázemí, což samozřejmě komplikuje léčbu. Takovým pacientům je třeba pomoci při vytváření nové sítě sociálních vztahů. (Nešpor, 2003. s. 84)

### 2.1.8 Klasifikace závislostí ve vztahu k rodinnému prostředí

Hajný (In Kalina, 2003a, s. 143) dává do souvislosti rodinnou strukturu a typ závislosti. Rozlišuje závislost na traumatickou, neurotickou, přechodnou a sociopatickou.

*Tabulka 2 Typy závislostí*

*(Zdroj: Hajný In Kalina, 2003a, s. 143)*

1. Závislost traumatického typu	Je způsobená náhlou reakcí na trauma, konflikt, ztrátu, pocity úzkosti, zlost. V tomto případě rodinnými faktory jsou úmrtí, zneužití, odchod jednoho z rodičů, onemocnění či násilí.
2. Neurotická závislost	Má počátky v rodině se vztahovými problémy, nahromaděným napětím, partnerskými obtížemi, špatně vymezenými hranicemi mezi generacemi.
3. Přechodová závislost	Odpovídá hraničním osobnostním rysům závislého např. úniky do fantazijního světa, psychotické myšlení a jiné psychiatrické onemocnění. Vyskytuje se v rodinách, které zažily těžké trauma, jež nebylo dostatečně emočně zvládnuto. Dalším aspektem mohou být podivné životní zájmy jak závislého tak i jeho rodičů (sekty, esoterika).
4. Sociopatická závislost	Tato závislost je charakteristická tím, že závislý prošel rodinou. Kde se vyskytovala lhostejnost, kriminalita, zneužívání, fyzické násilí nebo vyrůstal v zařízeních ústavní péče. Závislý se chová asociálně, málokdy si připustí vlastní vinu a odpovědnost. Užívání drog není hlavním zdrojem jeho obtíží, tvoří jen doplněk jeho problémového chování.

Závěrem je nutné zdůraznit, že pro léčebnou a poradenskou praxi je důležité věnovat pozornost udržujícím faktorům, které přispívají k rozvoji závislosti. Vedle zmíněných faktorů lze zmínit i další body přispívající ke vzniku a rozvoji závislosti: rodina má benevolentní postoj k užívání drog, nedůsledný a vždy odpouštějící postoj a jiné závislé chování členů rodiny. (Hajný In Kalina, 2003a, s. 143)

### 3 ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ DŮSLEDKY DROGOVÉ ZÁVISLOSTI

Mnoho závislých je traumatizováno, ať už v dětství nebo v pozdějším životě a samozřejmě nejvíce v období samotného života se závislostí. Mezi nejčastější traumatizace v dětství patří tělesné a sexuální zneužívání rodiči nebo jinými příslušníky rodiny. V pozdějším věku traumatizace zahrnuje sexuální a tělesné násilí, vražedný pokus, znásilnění, těžkou nehodu, přepadení.

Během závislosti traumatizace vzniká již samotným aktem závislosti, zvláště pak sebe-poškozujícími injekčními aplikacemi, pácháním trestných činů, ať už v roli pachatele nebo v roli oběti těchto činů či předávkováním. (Kundrle In Kalina, 2003a, s. 130)

#### 3.1 Vztah mezi závislostí a traumatizací

Abychom mohli objasnit vztah mezi závislostí a traumatizací, musíme prozkoumat dopad traumatizace. Je nutné rozlišit jednorázové (trauma I. typu) a chronické trauma (trauma II. typu) a musíme se také zaměřit na věk, ve kterém k traumatizaci došlo. Čím nižší věk, tím větší dopad na vývoj a psychiku oběti. Trauma I. typu přechází ve více či méně závažnou posttraumatickou stresovou poruchu. Trauma II. typu přerušuje vývoj a vzniká převážně v dětství. Jinak řečeno trauma ničí vazby i vzájemnou důvěru mezi lidmi, pozitivní postoj k vlastnímu tělu mění na nenávistný. Trauma dále způsobuje nenávist vůči vlastní osobě, neschopnost ocenit druhé a v neposlední řadě nízké sebevědomí. Ve finále vyvolává v člověku pocit izolace a bezmocnosti. V dospívání jsou zmíněné problémy daleko výraznější a často se poprvé objeví vážné poruchy chování. Oběti chronické traumatizace si v období dospívání hledají mezi svými vrstevníky jedince se stejnými názory, vztahy s dospělými jsou narušeny. (Kundrle In Kalina, 2003a, s. 130)

Funkce ega je v dospívání oslabena, obranné mechanismy vůči traumatu mohou selhávat. Aby dotyčný přežil, je nutné vzpomínku na trauma zcela potlačit. Takový účinek má každé chování, které způsobuje stres. Drogy a alkohol potlačují emoce nebo je mění a dávají průchod těm emocím, které by jinak skryté zůstaly. Zastavují noční můry, deprese se mění v netečnost, začíná převládat falešný pocit kontroly a bezmoc ustupuje. Život závislé osoby je vyplněn stresovými událostmi a tento neustálý stres znečitlivuje emoce. K potlačování posttraumatického syndromu přispívají jak drogy, tak i způsob života závislé osoby. (Kundrle In Kalina, 2003a, s. 131)

### 3.2 Sociální důsledky drogové závislosti

Postoj společnosti ke konzumentům drog je odmítavý a odsuzující. Lidé mají tendence drogově závislé stigmatizovat, jelikož nemají se závislými zkušenost a proto vůči nim zaujímají negativní postoj. Dalším významným činitelem je rychlý vznik závislosti, s čímž je spojena negativní změna osobnosti. Drogově závislý tak získává nálepkou narkomana, což z pohledu společnosti není přijatelné. Osoba, jejíž osobnost je v důsledku užívání návykové látky změněna, není schopna překonat nedůvěřivý a odmítavý postoj okolí. Cítí se v tomto světě nejistě, reaguje úzkostně a svou potřebu obrany dává najevo právě užitím drogy. (Vágnerová, 2008, s. 573-574)

Drogová závislost má významné sociální důsledky, které většinou plynou z odlišného chování těchto lidí a jejich psychických změn. Jedinec závislý na drogách nerespektuje společenské normy, přestává plnit své povinnosti, nechodí do zaměstnání. Pod vlivem drogy není schopen se soustředit, je unaven, není schopen podat požadovaný výkon a ztrácí motivaci k jakékoli činnosti, stává se z něj nezaměstnaný. Uživatelé drog v určité fázi své závislosti jen parazitují na své rodině nebo na společnosti. Postupem času nejsou schopni plnit požadavky související s jejich sociálními rolmi, a nakonec jim zůstává jen jediná role drogově závislého. (Vágnerová, 2008, s. 574)

Trestná činnost je dalším důsledkem drogové závislosti. Uživatelé drog potřebují dostatek financí na obstarání drogy, mění se jejich osobnost i žebříček hodnot. Páchání trestné činnosti téměř vždy souvisí s drogami – výrobou nebo distribucí psychoaktivních látek, krádežemi nebo násilnými trestnými činy, které byly spáchány pod vlivem návykové látky. Někteří drogově závislí končí na ulici jako bezdomovci, droga je pro ně nejdůležitější a vše ostatní pozbývá smyslu. (Vágnerová, 2008, s. 575)

Dle Jarguse (In Kalina, 2003b, s. 255-256) se uživatelé drog, kteří se dostanou do konfliktu se zákonem, mnohdy ocitají ve vězení. Vězení je charakteristické sociální prostředí, kde se setkáváme s lidmi, jež jsou na nějakou dobu izolováni od společnosti a jejich osobnost se musí adaptovat na novou sociální roli, roli vězně. Müllerová říká (In Kalina, 2008b, s. 279), že drogově závislí ve výkonu trestu jednájí účelově. Snaží se získat lepší podmínky ve výkonu trestu, touží být podmíněčně propuštěni, často mají tendence naklonit si personál věznic. Toto účelové jednání je možné vnímat jako změnu chování, která směřuje k léčbě závislosti.

### 3.3 Zdravotní důsledky drogové závislosti

Drogová závislost má dopady nejen v oblasti psychosociální, ale i v oblasti somatické. Uživatel drog je kromě intoxikace ohrožen také vznikem toxické psychózy, hrozí u něj větší riziko mnoha infekčních i neinfekčních onemocnění. Užívání drog také může zhoršit choroby, které již existovaly dříve, ale doposud se nijak neprojeví. (Minařík a Hobstová In Kalina, 2003a, s. 223)

Somatická onemocnění vznikající v souvislosti s užíváním návykových látek mají komplexní podobu. U drogové populace ke vzniku těchto onemocnění přispívají faktory související s životním stylem a chováním uživatelů. Velkým paradoxem je v tomto případě nedostatek drog. Nedostatek drog způsobuje úzkost, což vede k rizikovému chování a v konečném důsledku dochází k poškození organismu. (Kalina, 2008b, s. 89)

V následujících odstavcích se zmíníme o nejčastějších somatických problémech, které se u drogově závislých vyskytují.

#### 3.3.1 Bakteriální infekce nitrožilních uživatelů

Tyto bakteriální infekce vznikají při nesterilní aplikaci drogy. Infekční komplikace lze rozdělit na povrchové a invazivní. (Minařík a Hobstová In Kalina, 2003a, s. 224-225)

**Povrchové infekce** neboli lokální infekce postihující kůži, sliznice a měkké tkáně. Nejčastěji jde o kožní infekce, jako jsou impetigo, abscesy, flegmóny a povrchové záněty žil. Závislý zpočátku nemá žádné obtíže, a proto málokdy kvůli těmto infekcím navštíví lékaře.

**Invazivním onemocněním** se rozumí infekce, kdy se bakterie po překonání obranných mechanismů dostanou do krevního řečiště. Pokud není bakteriální infekce v krvi zvládnuta rychle, objevují se příznaky zánětu (zrychlený dech, puls, horečka) což je počátek sepse. U drogově závislých se setkáváme se závažnými stavy sepse, kdy dochází k poškození a poruchám funkce více orgánů. Tento pokročilý stav může způsobit septický šok, při kterém dochází k poškození vícero orgánů najednou, zvláště pak plic a ledvin. Úmrtnost je u těchto závažných stavů vysoká. Objeví-li se přechodná bakterie, dochází k vytvoření hnisavého ložiska v jakékoli části těla, včetně důležitých orgánů jako je srdce a slezina, život člověka tedy může být vážně ohrožen.



### 3.3.2 Kardiovaskulární systém

Pokud je droga aplikována nitrožilně, dochází k poškození cévního systému. Aplikace nesterilních roztoků vede k tromboflebitidě. Opakovaně se vyskytující záněty způsobují ztluštění cévní stěny a zúžení cévy. Pohmatově se tromboflebitida projevuje jako bolestivé zatvrdnutí žíly.

Injekční aplikace do cév na dolních končetinách může způsobit zánět hlubokých žil. Pokud u postižené končetiny nedochází k odtoku krve, může dojít k jejímu odumření a následnému utržení krevní sraženiny, což může způsobit rozsáhlou plicní embolii a srdeční selhání. Dolní končetina postižená zánětem žilního systému je výrazně oteklá a má zamodralou barvu. Nemocný si často stěžuje na tupou bolest v chodidle nebo lýtku. Zánět hlubokého žilního systému vyžaduje pravidelnou léčbu spojenou s hospitalizací. (Minařík a Řehák In Kalina, 2008b, s. 91)

Infarkt myokardu postihuje uživatele psychostimulačních látek, příznaky se mohou objevit náhle, aniž bychom v minulosti zaznamenali srdeční nedostatečnosti. Při užívání psychostimulancií vznikají zejména arytmie a jiné srdeční poruchy. (Minařík a Řehák In Kalina, 2008b, s. 92)

### 3.3.3 Dýchací systém

Postižení plic je u drogově závislých velmi časté. Při akutním nebo chronickém poškození plic dochází k nedostatečnému okysličení krve a následnému poškození některých orgánů (velmi citlivá je nervová tkáň). Během intoxikace může kromě poškození plic dojít také k zástavě dechu. Uživatelé drog jsou většinou velmi silnými kuřáky, samočisticí schopnost průdušek je narušena, a pokud pod vlivem drog dojde k poruše vědomí, může snadno dojít k aspiraci obsahu žaludku. Všechny uvedené faktory zásadně přispívají ke vzniku infekce. (Minařík a Hobstová In Kalina, 2003a, s. 226)

### 3.3.4 Postižení ledvin a centrálního nervového systému

Při dlouhodobé injekční aplikaci drog a opakovaných infekčních onemocněních dochází k poškození ledvin. Opakované infekce vedou k rozpadu bílkovin a tím dochází k narušení rovnováhy vylučování a zpětného vstřebávání.

Poškození centrálního nervového systému se velmi obtížně diagnostikuje, jelikož symptomy mohou být vlivem psychotropní látky překryty. Mikrobiální infekce související

s aplikací drogy způsobují septické stavy, při kterých může dojít k embolizaci a vzniku mozkových abscesů. (Minařík a Řehák In Kalina, 2008b, s. 92)

Užívání psychostimulancií vede ke zvýšení krevního tlaku, může se objevit krvácení do mozkové tkáně. Při embolizaci dochází k uzavření cévy v CNS a k místnímu odumření tkáně. (Minařík a Řehák In Kalina, 2008b, s. 93)

### 3.3.5 Hepatitida typu B a C

Infekční hepatitida typu B se přenáší krví, u uživatelů drog se virus přenáší hlavně sdílením injekčních setů. Průběh hepatitidy typu B může být velmi dlouhý a těžký, v mnoha případech dochází k jaternímu selhání a v 10% přechází do chronické formy. Uživatelé drog jsou vysoce rizikovou skupinou, které hrozí nákaza hepatitidy typu B. (Minařík a Hobstová In Kalina, 2003a, s. 229)

Onemocnění se projevuje celkovými příznaky jako je únava, světlá moč a tmavá stolice, příznaky chřipky. Uvedené příznaky se vyskytují u méně než 50% případů, někdy je onemocnění zcela bezpříznakové. Nemocný je infekční ihned, bezprostředně od okamžiku nákazy. (Minařík a Řehák In Kalina, 2008b, s. 94)

Virová hepatitida typu C se přenáší zejména krevní cestou. U nitrožilních uživatelů drog se tedy jedná o přenos injekčními stříkačkami, jehlami a dalšími pomůckami nutnými k aplikaci, které se dostaly do styku s infikovanou krví. Onemocnění má bezpříznakový průběh, obvykle si nemocný stěžuje pouze na únavu. U chronického stadia hepatitidy typu C dochází k poškození jater, objevuje se zejména jaterní cirhóza nebo dochází k úplnému jaternímu selhání, v nejtěžších případech je diagnostikována rakovina jater.

Léčba chronické infekční hepatitidy typu C je u nitrožilních uživatelů drog vysoce účinná, více než 90% infikovaných, kteří absolvují léčbu v plném rozsahu, dosahuje úplného uzdravení. (Minařík, Řehák In Kalina, 2008b, s. 95)

### 3.3.6 AIDS

AIDS je dalším velmi vážným onemocněním, které se může vyskytnout u nitrožilních uživatelů drog. Název AIDS je zkratkou anglického Acquired Immune Deficiency Syndrom. Jedná se o syndrom získaného imunodeficitu, což znamená soubor příznaků, které oslabují lidský imunitní systém. Lidské tělo se tak stává více náchylné k mnoha dalším infekčním a nádorovým onemocněním. Původcem onemocnění je virus HIV, který způsobuje ztrátu obranyschopnosti organismu. (Národní program boje proti AIDS, online)

## 4 LÉČBA DROGOVÉ ZÁVISLOSTI

Dle výzkumných dokumentů je léčba závislostí účinná a několikanásobně se vyplácí. Osoba, která by se pro závislost neléčila, by samozřejmě vyžadovala péči jinou např. pro interní, neurologické či psychiatrické nebo další jiné komplikace. Což by bylo více finanční nákladné a také méně efektivní.

### 4.1 Systémový přístup k léčbě závislostí

Dle systémové teorie jsou zdraví i nemoc důsledkem neustále interakce různých systémů (biologické charakteristiky, osobnost, rodina, širší sociální okolí, vrstevníci, dostupnost dané psychoaktivní látky a její cena apod.). Systémové teorie poskytují kvalitní teoretický podklad pro intervenci terapeutickou, identifikují a ovlivňují platné systémy, které mají podíl na vzniku a udržování závislosti. Tabulka 3 ukazuje, že smyslem léčby a prevence je pravý opak níže popsaného stavu. Tabulka 4 pak naznačuje účinný přístup v prevenci a léčbě návykového chování. (Nešpor, online, s. 7)

Tabulka 3 Bludné kruhy při vzniku závislosti

(Zdroj: Nešpor, online, s. 7)

↻ ⇒				
↻ ⇒ ⇒ ⇒ ⇒ ⇒ ⇒ ⇒ ⇒ ⇒ ⇒			↻ ⇒ ⇒ ⇒ ⇒ ⇒ ⇒ ⇒ ⇒ ⇒ ⇒	
Vnitřní systémy (biologické charakteristiky, osobnost, psychické problémy)	Psychoaktivní látka		Vnější systémy ( <b>rodina, škola, vrstevníci, dostupnost psychoaktivních látek a jejich cena, sociální problémy, vliv médií atd.</b> )	Psychoaktivní látka
↻ ⇐ míra rizikových faktorů roste ⇐ ⇒			↻ ⇐ míra rizikových faktorů roste ⇐ ⇒	
↻ ⇐				

Tabulka 4 Dobrý kruh prevence a léčby

(Zdroj: Nešpor, online, s. 7)

↻ ⇒				
↻ ⇒ ⇒ ⇒ ⇒ ⇒ ⇒ ⇒ ⇒ ⇒ ⇒			↻ ⇒ ⇒ ⇒ ⇒ ⇒ ⇒ ⇒ ⇒ ⇒ ⇒	



- Svépomocné skupiny.
- Toxikologické kontroly, dlouhodobá dispenzarizace. (Nešpor, online, s. 8)

## 4.2 Léčba drogové závislosti v terapeutické komunitě

Povědomí veřejnosti o terapeutických komunitách je dle mého názoru stále velmi malé. Proto se v následující kapitole budu více věnovat struktuře a jednotlivým fázím léčby terapeutické komunity.

V době bývalého politického režimu zaujímal drogově závislí jen malé procento léčebných pacientů. Abúzus léků převažoval nad látkami vyráběnými ilegálně, jednalo se převážně o pervitin a braun a pacienti byli léčeni prostřednictvím klasických programů pro alkoholiky. Po pádu komunismu se začaly v Čechách ve velkém konzumovat tvrdé ilegální drogy, čímž se zvýšila potřeba vytvoření nových léčebných metod právě pro tuto skupinu pacientů. (Kooyman, 2004, s. 152)

Existuje nesmírné množství definic terapeutické komunity. Dle Kratochvíla (In Nevšimal, 2007, s. 31) je „*Terapeutická komunita v širším smyslu systém řízení léčebného oddělení, ve kterém se podporuje všestranně otevřená komunikace a v němž se na rozhodování podílejí všichni členové týmu i pacienti. Významnou složkou této formy organizace jsou schůzky personálu s pacienty, při nichž dochází k výměně informací a k projednávání problémů ve vzájemných vztazích, a schůzky personálu, ve kterých se usiluje o pochopení interpersonálních procesů v léčebné jednotce a objasnění reakcí členů léčebného týmu vůči pacientům i vůči sobě navzájem.*“

### 4.2.1 Cíle a prostředky léčby

Cílem léčby v terapeutické komunitě není jen potřeba odstranit nežádoucí chování a umožnit závislému žít bez drog. Hlavním cílem je nalézt pozitivní životní styl, naučit jedince jak odolávat stresu, jeho negativní pojetí sebe sama změnit na pozitivní, naučit ho vybudovat si přátelské vztahy nejen s blízkými osobami, ale i s ostatními lidmi a v neposlední řadě ukázat mu, jak vést uspokojivý život. V terapeutické komunitě se lidé učí znovu nabít důvěru v sebe i v druhé, a také zjišťují, že požádat o pomoc není známka bezmocnosti. Rozvoj jedince v sociální, intelektové a tvůrčí oblasti je hlavním záměrem léčby v terapeutických komunitách. Terapeutická komunita je společenství, kde se nenačítají drogy ani zde nepanuje násilí. Jedinec se učí zvládat stres každodenního života bez použití sebedestruktivního chování, pomalu, krok za krokem. Nejprve se musí přizpůsobit

dennímu režimu a přijmout odpovědnost za dané úkoly. Dále se učí zvládat počínající emoce, které prožívá v souvislosti v kontaktu s dalšími členy komunity – strach, hněv a vnitřní bolest. Snaží se vyrovnat s tím, jak ho vnímají ostatní, s jeho obrannými mechanismy, které používá k tomu, aby se vyhnul bolestným pocitům. Učí se porozumět svému strachu, jenž souvisí s odmítnutím a také měnit negativní postoje vůči své osobě: nemám právo na život, nejsem dost dobrý, nemám právo na štěstí. Negativní postoje mění na pozitivní, např. mám právo žít a být šťastný, nejsem dokonalý, ale jsem dost dobrý na to, abych vše zvládnul. Prostřednictvím zážitků v prostředí terapeutické komunity, se učí zpracovávat traumatické zážitky z minulosti, zvládat rizikové situace v současnosti a pozitivně se orientovat na budoucnost. (Kooyman, 2004, s. 37-38)

Základní myšlenkou léčby v terapeutické komunitě je vyléčení závislosti. Jedinec, který se potýkal se závislostí, musí změnit negativní sebehodnocení na pozitivní, naučit se odolávat stresu a být schopen vést uspokojivý život. Tím lze snížit riziko relapsu a dalšího sebepoškozujícího chování na minimum. (Kooyman, 2004, s. 38)

#### 4.2.2 Řád a struktury terapeutické komunity

Řád terapeutické komunity je tvořen souborem určitých pravidel. Zahrnuje časový rozvrh dne a týdne, povinnosti klienta a požadované chování v rámci komunity, způsob, jakým bude hodnoceno jeho chování, tresty za nedodržení režimu a odměny za respektování režimu. Pro terapeutickou komunitu je velmi typické, že po klientovi se vyžaduje, aby změnil své chování ihned po příchodu do komunity. Je přirozené, že klienti se změně chování brání, jelikož je jim do určité míry tato změna vnucována. Komunita má za úkol měnit klienty a klienti zase chtějí měnit komunitu. Důležité je, že klienti v prostředí komunity nemohou unikat k jejich naučeným způsobům chování – prostřednictvím drogy. Proto se u klientů projevují různé pocity, které si začínají uvědomovat, a učí se je vyjadřovat slovy za pomoci skupiny a terapeutů. (Těmínová a Adameček In Kalina, 2008b, s. 207)

Časový harmonogram dne a týdne v terapeutické komunitě se moc neliší od běžného života. V pracovních dnech jsou jednotlivé denní aktivity rozděleny na stejné časové úseky (včetně pracovní terapie, spánku a trávení volného času) po 8 hodinách. O víkendu je volného času mnohem více. (Těmínová a Adameček In Kalina, 2008b, s. 207)

V terapeutické komunitě má každý klient své povinnosti a jsou na něj kladeny požadavky týkající se jeho chování. Léčebný program má několik základních pravidel: zákaz konzumace drog a jakákoliv manipulace s těmito látkami, zákaz používat násilí, podřídít se

rozhodnutí komunity, zákaz navazování sexuálních a partnerských vztahů v rámci komunity. Pokud klient poruší některé z těchto pravidel, může být vyloučen z komunity. Pravidla musí být jasná a srozumitelná pro všechny. Soubor pravidel podněcuje klienty ke změně chování a představuje pro ně bezpečí a ochranu. (Těmínová a Adameček In Kalina, 2008b, s. 208)

### 4.2.3 Fáze léčby

Pobyt klienta v terapeutické komunitě je strukturován do čtyř hlavních fází, v každé z těchto fází má klient jinou míru zodpovědnosti a tak postupuje v léčbě a pracuje na změně svého chování. (Kalina, 2008a, s. 191)

„Nultá“ fáze je v podstatě takovou subfází prvního stupně léčby. U léčby v délce jednoho roku trvá tato fáze většinou dva a více týdnů. Během nulté fáze se dodělávají vstupní vyšetření, specifikují se klientovy potřeby (detoxikace, naléhavé sociální, rodinné nebo právní problémy, lékařská péče), stanovuje se individuální plán léčby a personál hledá rychlá řešení akutních problémů klienta, aby se eliminoval stres a klient se nepokoušel komunitu co nejrychleji opustit. V této fázi je často nutná krizová intervence. Klient v „nulté“ fázi sice pobývá v zařízení a účastní se léčebného programu, ale stále ještě není členem komunity. Při vstupu do komunity klient prochází vstupním rituálem a musí podepsat smlouvu. Rituálem je provázen každý přestup do další fáze léčebného programu. (Kalina, 2008a, s. 195)

První fáze je obdobím, kdy je klient uváděn do komunity, u léčby v délce jednoho roku trvá většinou 3 měsíce. V této fázi se klient snaží odnaučit své negativní chování a dojít k tomu, že problémy, které teď má způsobila jeho závislost na droze, musí změnit svůj životní styl a přijmout pravidla komunity. (Těmínová a Adameček In Kalina, 2008b, s. 209)

V první fázi je klient zcela odstřižen od okolního světa. Kontakty s rodinou a jinými osobami mimo komunitu jsou eliminovány nebo zcela omezeny. Klient v první fázi nesmí psát dopisy, telefonovat ani mít u sebe mobil, přijímat zásilky a návštěvy, být připojen na internet. Klient se musí dobře orientovat v pravidlech a ve vztazích, starší členové nové klienty zasvěčují do pravidel a programu komunity, vysvětlují mu, co se od něj v komunitě očekává, pomáhají nováčkům překonat počáteční rozpaky. Dále se klient v rámci terapeutických skupin učí pracovat se svými emocemi, dávat najevo své názory a postoje, nevyhýbat se konfrontaci, přijímat a dávat zpětné vazby ostatním a být otevřený ke své minu-

losti. Pro mnoho klientů je v první fázi velmi náročné přizpůsobit se životu bez drogy. Pomocí ostatních členů se klient učí rozpoznávat své negativní vzorce chování a tak začíná pracovat na změně svého jednání. (Kalina, 2008a, s. 196)

V závěru první fáze léčby by měl klient dosáhnout toho, že ctí pravidla komunity, dodržuje léčebný program a jeho cíle, má v komunitě své místo a komunita jej přijímá za svého. Dokáže žít bez drogy a začíná pracovat na sobě samém, na svém životě a samozřejmě na své závislosti. (Kalina, 2008a, s. 196)

Druhá fáze obvykle trvá zhruba šest měsíců. Tato fáze je vrcholným obdobím léčby, je to období vlastní změny klienta. Hlavním smyslem druhé fáze je, aby klient začal uplatňovat nové hodnoty nabité v rámci komunity, snažil se najít sám sebe a začal přebírat odpovědnost za své jednání. Druhá fáze umožňuje klientovi více se sžít s pravidly, nutí ho k větší kázni a osvojování nových vzorců chování. Klient si uvědomuje závažnost svých problémů s drogami, vztah k abstinenci se u něj prohlubuje a důsledky své drogové kariéry se snaží aktivně řešit. V programu druhé fáze má klient mnohem více osobní volnosti. Nejprve má povoleno opustit zařízení bez doprovodu jen tehdy, pokud jde na předem určené místo, na krátkou dobu a za jistým účelem. Později jsou mu povoleny jedno- až více denní výjezdy v pravidelných intervalech. (Kalina, 2008a, s. 197)

Druhá fáze je nazývána obdobím změny „ted’ a tady“. Přibývá kontaktů s okolním světem, zvláště pak s rodinou. Klient se snaží obnovit vztahy, probíhá rodinná terapie a poradenství. Na konci druhé fáze představuje komunita pro klienta bezpečné a stabilní prostředí, ve kterém dosahuje osobního i sociálního růstu. (Kalina, 2008a, s. 198)

Třetí fáze směřuje k uzavření terapeutického procesu, oddělení se od komunity a příprava na život mimo komunitu. Ve třetí fázi léčebného programu klient postupně pobývá mimo komunitu, začíná docházet do zaměstnání nebo do vzdělávacího programu mimo areál zařízení. Klient je stále členem komunity, ale je kladen větší důraz na vlastní rozhodování a odpovědnost, samostatnost a soběstačnost. Přibývá kontaktů s osobami zvenčí, velká pozornost je věnována vztahům s rodiči, partnery a přáteli. Klient si začíná v reálném světě budovat zázemí bez drog, které by pro něj mělo být podporou po opuštění komunity a v prvních měsících nového života bez drog. Zařizuje si osobní záležitosti, které se týkají práce, bydlení či dalšího vzdělávání a připravuje se na přechod do některého z programu následné péče. Zkončení třetí fáze je spojeno s výstupním rituálem, odchodem z komunity a zapojením se do programu následné péče. (Kalina, 2008a, s. 199-200)



## 5 ADOLESCENCE A MLADÁ DOSPĚLOST Z POHLEDU VÝVOJOVÉ PSYCHOLOGIE

Protože většina respondentů předkládané práce začala užívat drogy v období dospívání, je důležité blíže popsat toto vývojové období. Období dospívání je přechodným obdobím mezi dětstvím a dospělostí. Zahrnuje jednu oblast života od 10 do 20 let. V této fázi dochází ke komplexní změně osobnosti ve všech oblastech: psychické, sociální i somatické. Mnohé změny jsou podmíněny převážně biologicky, ale vždy jsou významně ovlivňovány psychickými i sociálními faktory, s nimiž jsou ve vzájemné interakci. Dospívání představuje specifickou životní etapu, která má své určité znaky v rámci cyklu života a svůj subjektivní i objektivní význam. Je to období hledání a přehodnocování, kdy by měl jedinec zvládnout vlastní proměnu, dosáhnout akceptovatelného postavení ve společnosti a vytvořit si zralou formu vlastní identity. Současní dospívající mají tendenci zbavit se co nejdříve dětských atributů a sociální podřízenosti. Snaží se o získání větších práv a svobody rozhodování, ale velmi neochotně přijímají veškeré povinnosti a pocit zodpovědnosti. Období dospívání má stále širší rozměr, dříve začíná a později končí. (Vágnerová, 2005, s. 321-322)

### 5.1 Fáze dospívání

Dospívání lze rozdělit z hlediska vývojové psychologie podle Vágnerové (2005) do dvou fází- rané adolescence a pozdní adolescence. Následující text je věnován právě jejich popisu.

#### 5.1.1 Raná adolescence

Toto období je označováno jako pubescence, zahrnuje prvních pět let dospívání. Dochází k tělesným změnám jedince, které jsou spojeny s pohlavním dozráváním. V rámci tělesného vývoje dochází ke změně způsobu myšlení, adolescent je schopen uvažovat abstraktně a to i v případech, které nejsou reálné. Hormonální změny způsobují změny emočního prožívání, jehož výkyvy mohou poutat pozornost a ovlivnit hodnocení dospívajícího. Pubescent se začíná odpoutávat od rodičů, velký význam pro něj mají vrstevníci, s nimiž se ztotožňuje. Starší pubescenti mají potřebu se odlišovat od vlastní skupiny dětí i dospělých, což se projevuje zejména v úpravě zevnějšku, specifického životního stylu, hodnot a zájmů. Důležitým mezníkem je ukončení povinné školní docházky v 15 letech a vhodné rozlišení dalšího profesního vzdělávání, které bude určovat budoucí sociální postavení dospí-

vajících. Velmi významným úkolem tohoto období je dosažení nové přijatelné pozice ve světě. (Vágnerová, 2005, s. 323-324)

### 5.1.2 Pozdní adolescence

Trvá přibližně od 15 do 20 let, dochází ke změnám zejména v oblasti psychické a sociální. Pozdní adolescence je obdobím komplexní psychosociální proměny, mění se osobnost dospívajícího i jeho místo ve společnosti. Důležitým mezníkem je ukončení profesního vzdělávání, následný nástup do zaměstnání, popřípadě volba dalšího studia. S tím souvisí dosažení ekonomické samostatnosti, nejdříve ji dosahují lidé v dělnických řadách nejpozději lidé s vysokoškolským vzděláním. Právě výše zmíněná ekonomická samostatnost je považována za jeden z důkazů dospělosti. Rozvíjejí se vrstevnické vztahy, převážně v oblasti partnerské. Adolescent dosahuje plnoletosti v 18 letech, což je považováno za hlavní mezník dospělosti. (Vágnerová, 2005, s. 324-325)

Další fáze pozdní adolescence je zaměřena na rozvoj identity, což se projevuje zvýšenou snahou o sebepoznání uskutečňované v rámci vrstevnické skupiny. Dospívající sami usilují o změny, chtějí ovládat vlastní život, aktivně se podílejí na své seberealizaci, hledají hranice svých možností. (Vágnerová, 2005, s. 325)

Smyslem pozdní adolescence je poskytnout jedinci možnost porozumět sám sobě a osamostatnit se ve všech oblastech, v nichž je to od společnosti vyžadováno. (Vágnerová, 2005, s. 325)

### 5.1.3 Emoční vývoj

V dospívání prochází tělo adolescenta hormonální změnou, která způsobuje změny v oblasti citového prožívání. Projevují se větší labilitou, tendencí reagovat přecitlivěle, objevuje se zvýšená podrážděnost. Změněné emoční reakce pubescentů bývají pro ně samotné velmi nepříjemné, jelikož sami nedokáží vysvětlit jejich příčinu a na své vlastní pocity reagují, jako na něco obtěžujícího tzn. podrážděně. Jejich citové prožitky mohou být velmi intenzivní, ale bývají proměnlivé a krátkodobé. Proto je velmi těžké předvídat, jakým způsobem budou reagovat v různých situacích. Změna v emočním prožívání se navenek může projevovat větší impulzivitou a nedostatkem sebeovládání. Přecitlivělost, nízká frustrační tolerance a proměnlivost nálad dospívajících přispívá v mezilidských vztazích ke vzniku konfliktů. (Vágnerová, 2005, s. 340-341)

Nechuť projevovat své city navenek je taktéž typická pro období dospívání. Dospívající považují své prožitky za intimní součást vlastní osobnosti a nemají potřebu se o ně s kýmkoli dělit, mnohdy se snaží nedávat najevo, jak se ve skutečnosti cítí. Ve svých pocitech sami často tápou, neumí je verbalizovat, obávají se výsměchu a nepochopení. Díky této zkušenosti si velmi dobře uvědomují, že mezi tím, co lidé prožívají a tím jak se chovají, může být markantní rozdíl. (Vágnerová, 2005, s. 341)

Sebeuvědomování, nejistota, hromadění kritiky od druhých lidí vede ke vzniku negativních emocí a pocitům nejistoty. Nejistota se může změnit v úzkost, dospívající mají větší tendence k prožitkům smutku, znechucení, zlosti či celkovému negativismu nejen vůči sobě samým, ale i vůči všemu ostatnímu. (Vágnerová, 2005, s. 141)

#### **5.1.4 Utváření vlastního vývoje adolescenta**

Adolescentní vývoj je kombinací biologických faktorů, osobních zkušeností, současných potřeb a interakcí s významnými osobami (rodiče, vrstevníci, blízcí přátelé). Všechny tyto důležité vlivy určují adolescentovu představu o sobě samém, vědomí vlastní hodnoty a sebevědomí. Hledání vlastní identity probíhá v určitém kulturním a sociálním prostředí, které má zřetelně vyjádřenou svou „přstavu o adolescentovi“. V ní jsou zahrnuty požadavky, jež jsou vyjádřeny rolemi, normami, stereotypy, předsudky, odměnami a sankcemi. Období adolescence je chápáno jako stadium přechodu od závislosti do stadia nezávislosti na druhých lidech. Pokud závislost v dospělosti zůstává, je chápána jako chtěná, jako výsledek vlastního rozhodnutí, kterým adolescent přebírá zodpovědnost za své chování. (Macek, 1999, s. 35)

#### **5.1.5 Problémové chování adolescenta**

Adolescence je velmi citlivým obdobím, kdy dochází k rozvoji rizikového a problémového chování, které je dvojího druhu. První se týká poškozování zdraví adolescentů, ve druhém případě je problémové chování spojeno s ohrožením společnosti. Mezi nejčastější problémové a rizikové chování adolescentů řadíme: páchaní trestné činnosti, násilí, agrese, šikanu, užívání alkoholu a jiných návykových látek, poruchy příjmu potravy, sexuální rizikové chování a suicidální chování. (Macek, 1999, s. 96-97)

Je potvrzeno, že pro vývoj a rozvoj problémového chování má zásadní význam rodina. Rodiče mají určité modely chování a adolescenti se je snaží napodobovat. Zvláště pro soci-

álně deviantní chování adolescentů je obdobné chování jejich rodičů jedním z nejsilnějších předpokladů. (Macek, 1999, s. 97-98)

## 5.2 Raná dospělost

Dle Vágnerové (2000, s. 304) je raná dospělost obdobím nadějí a jejich naplňováním. Je to fáze sociálních změn, charakteristická množstvím zkušeností a zážitků. Mladý jedinec rád přijímá vše nové, včetně nových rolí, které jsou předpokladem získání nových zkušeností. Přijatelným předpokladem rozvoje není jen zrání biologické, ale také odpovídající zkušenost. Je prokázáno, že lidé vyrůstající v prostředí, kde nebylo dostatečné množství podnětů, v těchto oblastech většinou selhávají. Což je možné vyložit jako nezvládnutí role dospělého. Dalším faktorem ovlivňujícím dospělost je zkušenost s dospělými osobami v dětství.

Dospělost je spojována s nezávislostí a samostatností, jedinec si sám vybírá svůj životní styl a také své role. Méně přijatelný je však tlak společnosti, která nutí jedince přijmout určité společenské postavení a s tím související závazky, čímž dochází k omezení osobní svobody. Dále je dospělost spojována s ekonomickou soběstačností a svobodnou volbou přátel a životních partnerů. (Vágnerová, 2000, s. 305)

### 5.2.1 Vztah k normám v rané dospělosti

Určitý systém norem má v mladé dospělosti zakořeněný každý jedinec. Osobní význam a kvalita těchto norem jsou dány převážně zkušeností, jež je sjednána rodinou. V rané dospělosti se normy posouvají, člověk je mnohem svobodnější a může tak sám rozhodovat, zda bude určité způsoby chování respektovat či nebude. V tomto období se začíná více vyskytovat hrubé až kriminální chování, vztah k normám je relevantní. Hranice, které odlišují přijatelné od nežádoucího, nemusí být vůbec zřetelná. Nijak výjimečná není ani akceptace takového chování, jež v reálu nějakou normu překračuje. Vztah k normám je ovlivněn zejména společenskými očekáváními. (Vágnerová, 2000, s. 310-312)

Dle Riesela (2012, s. 353) je obzvláště nebezpečný vliv party. Období rané dospělosti je velmi kritické, mladý člověk je přitahován partou vrstevníků, která ho přijímá bez jakýchkoliv podmínek a dává jedinci pocit, že někam patří. V takové partě se téměř vždy nachází sebestředný jedinec, o jehož pozornost mladý člověk usiluje. Mladí lidé mají v současné době stále menší naději seznámit se s vrstevníky, kteří neholdují alkoholu nebo jiným návykovým látkám.

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 6 VÝZKUMNÁ ČÁST

Teoretická východiska mé bakalářské práce budou ověřena pomocí kvalitativního výzkumu. Kvalitativní výzkum umožňuje poznat zkoumané jevy v širším kontextu, detailně zachycuje jednotlivé informace a osobnostní charakteristiky zkoumaného jedince, což bylo hlavním kritériem při volbě druhu výzkumu.

V dalších kapitolách se budu věnovat popisu výzkumného problému a výzkumnému cíli, druhu výzkumu, výzkumnému vzorku a způsobu jeho výběru. V rámci výzkumné části se dále zaměřím na definici hlavní výzkumné otázky a definování vedlejších metodologických okruhů, které jsou základními stavebními kameny celého výzkumu. V mé bakalářské práci bylo použito techniky případové studie (kazuistiky) a následné sociální mapování, které vzniklo na základě podrobné analýzy zpracovaných kazuistik.

### 6.1 Cíl výzkumu a výzkumný problém

Hlavním důvodem výběru tématu práce Zdravotně - sociální důsledky osob po drogové závislosti je má osobní zkušenost s touto problematikou, jak jsem již uvedla v úvodu své bakalářské práce. Cílem výzkumu je zjistit, co bylo příčinou vzniku závislosti jednotlivých respondentů, jakým způsobem užívání drog ovlivnilo jejich život, zda jsou schopni reintegrace do běžného života, jaké jsou zdravotní a sociální důsledky uživatelů drog a jaké dopady měla závislost na jejich vztahy s rodinnými příslušníky. Celá výzkumná část je zaměřena na výše zmíněné okruhy, realizace výzkumu proběhla na základě dlouhodobé známosti s jednotlivými osobami, jež jsou hlavními protagonisty případových studií.

#### 6.1.1 Výzkumný problém

Každý výzkumník si na počátku musí položit otázku, co bude zkoumat a jakým způsobem bude výzkum realizován. Proto je nezbytně nutné, vymezit si, co chci v metodologii zkoumat, co bude hlavním výzkumným problémem.

*„Formulování výzkumného problému znamená jasně pojmenovat, čemu se bude výzkum věnovat. Formulování problému vychází z toho, jak jsme definovali své výzkumné cíle. Výzkumný problém je něco, co se odehrává v sociální realitě, a je to svým způsobem (nebo ve svých důsledcích) problematické (Švaříček, Šedová a kol., 2007, s. 64).“*

Kutnohorská (2009, s. 55) uvádí, že výzkumný problém lze formulovat jako výrok popřípadě otázku. Výzkumný problém je potřeba jasně definovat, ale vymezení výzkumného

problému není snadné. Výzkumník by měl proto mít o zkoumaném tématu určitý přehled a výhodou je také praktická zkušenost. Výchozím bodem každého výzkumného procesu je formulace výzkumné otázky.

Výzkumný problém pro mou bakalářskou práci je následující:

*Zdravotně - sociální důsledky osob po drogové závislosti.*

### 6.1.2 Výzkumné otázky

*„Výzkumná otázka tvoří jádro každého výzkumného problému a plní dvě základní funkce: Pomáhá upřesnit výzkum, aby poskytl výsledky v souladu se stanovenými cíli. Ukazuje směr výzkumu. Důležitým aspektem výzkumné otázky je vymezení hranic toho, co se bude zkoumat (Kutnohorská, 2009, s. 55).“*

Dle Švaříčka a Šedové (2007, s. 69) výzkumná otázka znamená další zúžení a konkretizování výzkumného problému. Pro kvalitativní výzkum je specifická otevřenost, proto je nutná jasná formulace výzkumné otázky, abychom v závěru své práce dokázali určit, zda jsme na ni dokázali najít odpověď či nikoliv. Kvalitativní výzkum je cirkulární povahy, proto je možné výzkumnou otázku prověřovat v terénu, v průběhu sběru i při analýze získaných dat. Výzkumnou otázku je vždy možné přeformulovat tak, aby se shodovala se získanými daty.

Pro realizaci tohoto výzkumu je nutné vytvořit hlavní výzkumnou otázku a další dílčí výzkumné okruhy, na které je nutné prostřednictvím výzkumu získat odpověď.

Hlavní výzkumná otázka zní:

*Jaké jsou zdravotně – sociální důsledky osob po drogové závislosti?*

Aby mohl být výzkum zrealizován, je potřeba konkretizovat dílčí výzkumné cíle, jež jsou následující:

1. Společné znaky rodinného prostředí, které přispěly ke vzniku závislosti.
2. Zdravotní důsledky po drogové závislosti.
3. Sociální důsledky po drogové závislosti.
4. Reintegrace osob po drogové závislosti do společnosti.
5. Zpětné hodnocení drogové závislosti v kontextu současné doby.

## 6.2 Druh výzkumu

Jak jsem již zmínila v úvodu praktické části, k vypracování výzkumu jsem si zvolila kvalitativní výzkumnou strategii. Kvalitativní výzkum umožňuje od menšího počtu jedinců získat velké množství informací, které je nutné zpracovat a následně dojít k novým závěrům.

Kvalitativní výzkum používá různé formy vědeckých metod, studuje do hloubky jednotlivé případy, různé druhy rozhovorů a pozorování kvalitativního charakteru. Cílem je popsat zvláštnosti jednotlivých případů, vytvářet hypotézy a nové závěry o zkoumaných jevech. Kvalitativní výzkum probíhá v přirozeném sociálním prostředí, což má velký vliv na kvalitu získaných dat. (Hendl, 2005, s. 63)

Kutnohorská (2009, s. 22) uvádí, že kvalitativní výzkum je postupem nematematickým a analytickým. Většinou se týká životních příběhů lidí, jejich chování, ale i způsobu fungování jednotlivých organizací a vzájemných vztahů. Kvalitativní výzkum analyzuje zkoumané jevy, zabývá se vztahy a souvislostmi mezi nimi, charakterizuje celkovou strukturu zkoumaných jevů. Pro kvalitativní výzkum je charakteristické poznání jevů do hloubky a jejich zakomponování do širšího kontextu. Kvalitativní výzkum i myšlení badatele objasňují následující charakteristiky:

1. Kvalitativní výzkum se zaměřuje na veškeré aspekty činnosti člověka a snaží se tyto aspekty obsáhnout komplexně.
2. Středem pozornosti je člověk, lidé.
3. Vypíchnutý problém nemá hranice, během výzkumu bývá často rozvíjen a stále více objasňován.
4. Zkoumané osoby bývají zkoumány v jejich přirozeném prostředí.
5. Kvalitativní výzkum využívá předešlých zkušeností a teoretických východisek k tomu, aby mohla být nově získaná data interpretována.

## 6.3 Výzkumný vzorek a způsob výběru

Gavora (2010, s. 79) popisuje výběr vzorku v kvalitativním výzkumu jako účelový, neboli záměrný. Záměrný výběr se provádí na základě určitých znaků, které jsou pro daný výzkum důležité. Badatel vychází nejen z teoretických poznatků, ale i ze svých zkušeností a vědomostí týkající se přirozeného prostředí, kde se respondenti vyskytují. Výzkumník vychází z případů, které zná, což umožňuje získat detailní informace, které pravdivě popi-



sují jednotlivé respondenty. Dané respondenty badatel sám vyhledá a následně s nimi realizuje výzkum.

Pro realizaci svého výzkumu jsem záměrně vybrala osoby, které mají dlouhodobou zkušenost s drogovou závislostí a v současné době již několik let abstinují. Jména respondentů byla změněna, z důvodů zachování anonymity. Jednalo se o osoby ve věku 20 až 40 let, věková struktura byla jedním z kritérií pro výběr výzkumného vzorku.

**Výzkumný vzorek** je tvořen okruhem osob, které v minulosti prošly drogovou závislostí.

**Základním souborem** jsou osoby, které jsem postupně oslovila k realizaci kvalitativního výzkumu mé bakalářské práce.

**Výběrový soubor** byl vytvořen na základě záměrného oslovení několika respondentů. Z dostupného množství 15 osob jsem potřebovala 5 respondentů, kteří vyhovovali mým výzkumným kritériím. U 5 vybraných respondentů jsem popsala jejich životní příběhy, na jejichž základě je praktická část doplněna sociálními mapami.

### 6.3.1 Kritéria pro výběr výzkumného vzorku

Jelikož jsem v rámci své práce zvolila formu kvalitativního výzkumu, bylo nutné se rozhodnout, jakým způsobem bude výběrový soubor zvolen. Při výběru výzkumného souboru jsem volila respondenty pouze ze Zlínského a Pardubického kraje, jelikož právě z těchto dvou oblastí znám nejvíce osob, které prošly drogovou závislostí a v současné době několik let abstinují od návykových látek. Co se věku respondentů týká, záměrně jsem volila respondenty ve věkovém rozmezí 20 – 40 let.

Hlavními kritérii pro výběr 5 osob do mého výzkumu byly následující položky:

- Jedinci musí mít několikaletou zkušenost s drogovou závislostí: **minimálně 2 roky**
- Délka abstinence: **nejméně 3 roky**.
- Současný věk respondenta.
- Souhlas oslovené osoby

Tabulka 5 Kritéria pro výběr výzkumného vzorku

(Zdroj: vlastní zpracování)

	Délka drogové závislosti	Délka abstinence	Současný věk respondenta	Souhlas oslovené osoby
Petr	5 let	3 roky	28 let	Ano
Honza	3 roky	10 let	35 let	Ano
Petra	4 roky	5 let	33 let	Ano
Alena	2 roky	5 let	31 let	Ano
Tereza	5 let	5 let	26 let	Ano

## 6.4 Metody a techniky sběru dat

V kvalitativním výzkumu jsou dle Švaříčka a Šedové (2007, s. 142) metody sběru dat specifickými postupy při poznávání jevů, které výzkumník užívá s cílem odhalit to, jak si lidé vysvětlují a utvářejí sociální realitu.

V rámci svého výzkumu jsem jako hlavní výzkumnou metodu zvolila případovou studii (kazuistiku). Praktická část je dále doplněna o sociální mapy, které vznikly na základě podrobné analýzy zpracovaných kazuistik.

### 6.4.1 Případová studie

Případová studie detailně zkoumá jeden případ nebo více případů. V případové studii získáváme obrovské množství dat od jednoho nebo vícero jedinců. Výzkumník se snaží zachytit komplikovaný případ, včetně osobnostních charakteristik jedince a komplexního popisu vztahů. Hodnota případové studie záleží na tom, jak dobře je zpracována. Důkladným prozkoumáním jedné studie lze lépe porozumět shodným případům. Na konci výzkumu je případ zkoumán v širších souvislostech. (Hendl, 2005, s. 104)

Dle Kutnohorské (2009, s. 76) případová studie díky získání kvalitativních údajů prohlubuje výsledky kvalitativních výzkumů. Případová studie umožňuje lepší komunikaci a porozumění si se zkoumanými osobami, směřuje k otevřenosti a upřímnosti. Podstatné je,

že badatel usiluje o celkové porozumění případu v jeho přirozeném prostředí, to znamená prostředí, ve kterém zkoumané osoby aktuálně žijí. Cílem je zachytit interakce mezi zkoumanou osobou a jejím okolím.

Negativním, málo zmiňovaným rysem případové studie je čas. Pokud má případová studie naplnit svůj účel, kterým je bezesporu porozumění a výklad událostí, které jsou spojeny se zkoumaným jedincem, musí badatel strávit mnoho času důkladným studiem případu. (Švaříček a Šedová, 2007, s. 98)

Ačkoliv tvorba kazuistik se může zdát velmi jednoduchá, není tomu tak. Jak již bylo zmíněno, tvorba kazuistik je velmi časově náročná. Jednotlivé případy jsem nejprve probrala s jejich protagonisty a následně se věnovala studiu samotného případu. S jednotlivými respondenty jsem rozebírala jejich dětství, dospívání, vztahy s rodiči a s vrstevníky, zajímalo mne, co je vedlo k tomu, aby poprvé vyzkoušeli drogy. Následně jsem u každého z protagonistů podrobně zkoumala délku jejich drogové závislosti, jakým způsobem závislost ovlivnila jejich vztahy s rodinou a jak se jednotlivým respondentům podařilo integrovat zpět do společnosti. Během pořizování kazuistik jsem měla velké štěstí, jelikož jejich protagonisté byli velmi vstřícní a spolupráce s nimi byla vynikající.

#### **6.4.2 Analýza dat případové studie**

Není nutné, aby analýza dat případové studie vycházela z nějakého zvláštního přístupu, ale je možné využít postupy z etnografického přístupu nebo metody zakotvené teorie. Počátek analýzy nelze přesně identifikovat. Dle mnoha autorů je analýzou již samotné přiřazení významu prvního dojmu v terénu, což je také však finální kompilace dat a poznatků. Zjišťování významu dat je často hledáním pravidelností a spojitostí za předpokladu určitých podmínek. Mnohdy je možné odhalit význam již na základě jedné události, podstatou však zůstává, že instance zastupující určitý význam se opakují v mnoha událostech či případech. Analýza orientovaná na případ zvažuje případ komplexně jako celek, hledá konfigurace, představy na základě předchozích zkušeností, příčiny a následky uvnitř případu, popřípadě komparuje několik případů najednou. (Hendl, 2005, s. 226)

#### **6.4.3 Sociální mapy**

Jako další metodu mého výzkumu jsem zvolila sociální mapování, které je dle mého názoru důležité pro lepší pochopení vztahů, jež jsou popsány v jednotlivých kazuistikách.

Sociální mapování spočívá v tom, že sociální pracovník působící v terénu mapuje situaci dle typu poskytovaných služeb a dle cílové populace. V přirozeném prostředí vyhledává dostupné zdroje, jež jsou zapotřebí k dosažení cílů, a mapuje rizika, která souvisí s danými problémy. (Nedělníková a Gojová, 2008, s. 35)

V procesu mapování je prvním krokem určení výzkumného cíle. Nejdříve je nutné si vydefinovat co, chceme zjistit, za jakým účelem a jak budeme výhledově na danou situaci pohlížet. Cílem sociálního mapování je, aby se sociální pracovník dokázal orientovat v místě výkonu své činnosti, či v institucích, které jsou pro něj v rámci jeho práce důležité. Sociální mapa může být vytvořena v obecné rovině (sumarizuje informace o obecné situaci), nebo v rovině specifické, jež se zabývá určitým tématem či cílovou skupinou. Sociální mapování v přirozeném prostředí klienta umožňuje lepší poznání celkové životní situace klienta, přispívá k navázání důvěrného vztahu mezi sociálním pracovníkem a klientem, přináší nové možnosti řešení problému a směřuje k další spolupráci s klientem. (Nedělníková a Gojová, 2008, s. 36)

## 6.5 Průběh sběru dat

Výzkum týkající se mé bakalářské práce byl realizován v období září 2013 až únor 2014 s osobami, které byly mnou osloveny. Potřebná data byla získána v období leden-únor 2014, kdy jsem na základě kritérií výzkumného vzorku oslovila osoby, které souhlasily se zpracováním jejich případových studií (kazuistik). Všichni respondenti byli předem ujištěni o tom, že nikde nebudou figurovat jejich skutečná jména a jejich případové studie budou použity výhradně pro účely mé bakalářské práce. Aby byla zachována anonymita jedinců, byla jejich jména nahrazena fiktivními. Získaná data jsem přepsala a následně vyhodnotila pomocí metody otevřeného kódování.

Jelikož jsem sama prošla drogovou závislostí, použila jsem ve své bakalářské práci i kazuistiku své vlastní osoby. Proto bylo mé jméno jako jediné ponecháno, u ostatních respondentů byla použita fiktivní jména, jak už jsem zmínila výše.

Podle Kutnohorské (2009, s. 66) otevřené kódování tvoří základní analytický krok, na který opět navazuje další analýza. Otevřené kódování se zabývá kategorizací a označováním pojmů prostřednictvím důkladného studia údajů. Jedná se o proces rozebírání, porovnávání, zkoumání, vymezení konceptů a kategorizace dat. V průběhu otevřeného kódování jsou výzkumná data podrobně rozebrána na jednotlivé části a detailně prostudována.

Prostřednictvím porovnávání se zjišťují podrobnosti a diference. Během procesu otevřeného kódování mohou být zkoumány naše osobní i cizí domněnky o zkoumaném jevu, což následně přináší nové závěry.

Otevřené kódování je analytickým procesem, kdy dochází k identifikaci a postupnému rozvíjení vlastností daných pojmů, čehož je dosaženo pomocí analytických postupů. Mezi základní analytické postupy patří hledání podobností a diferenciací prostřednictvím porovnávání samostatných případů, událostí a dalších zvláštností vyskytujících se u zkoumaného jevu. (Kutnohorská, 2009, s. 66)

Kódováním se myslí takové operace, kdy jsou údaje rozebírány a novým způsobem poskládány. Při otevřeném kódování je text rozdělen na menší jednotky, ke kterým jsou přidělena jména, a s těmito nově vzniklými fragmenty badatel dále pracuje. Analyzovaný text se následně rozdělí na jednotky. Takovou jednotkou může být slovo, sekvence slov, věta či odstavec. Mezi jednotkami volíme hranice a to podle významových celků, jejichž velikost je různá. Tímto způsobem vznikne nová jednotka, které je přidělen kód, jméno či označení. (Švaříček a Šedová, 2007, s. 211)

## 7 VYHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU A JEJICH INTERPRETACE

V přecházející kapitole jsem se zaměřila na popis výzkumného problému a na podrobnější vymezení daného výzkumu. V následující kapitole se budu zabývat vyhodnocením dat, jež jsem získala realizovaným výzkumem.

V úvodu této kapitoly představím pět vybraných osob prostřednictvím sociálních map, které vyjadřují vzájemné sociální vztahy mezi jednotlivými členy uvnitř rodiny. Sociální mapy jsou obohaceny o stručný popis případu, kompletní kazuistiky jsou uvedeny v příloze této bakalářské práce.

Jak jsem již uvedla v předchozí kapitole, případová studie byla zvolena jako hlavní výzkumná metoda. Dále budou v této kapitole podrobněji rozebrány hlavní výzkumné cíle, které budou vyhodnoceny a následně z nich vyvozeny závěry výzkumu.

### 7.1 Sociální mapování a kazuistiky

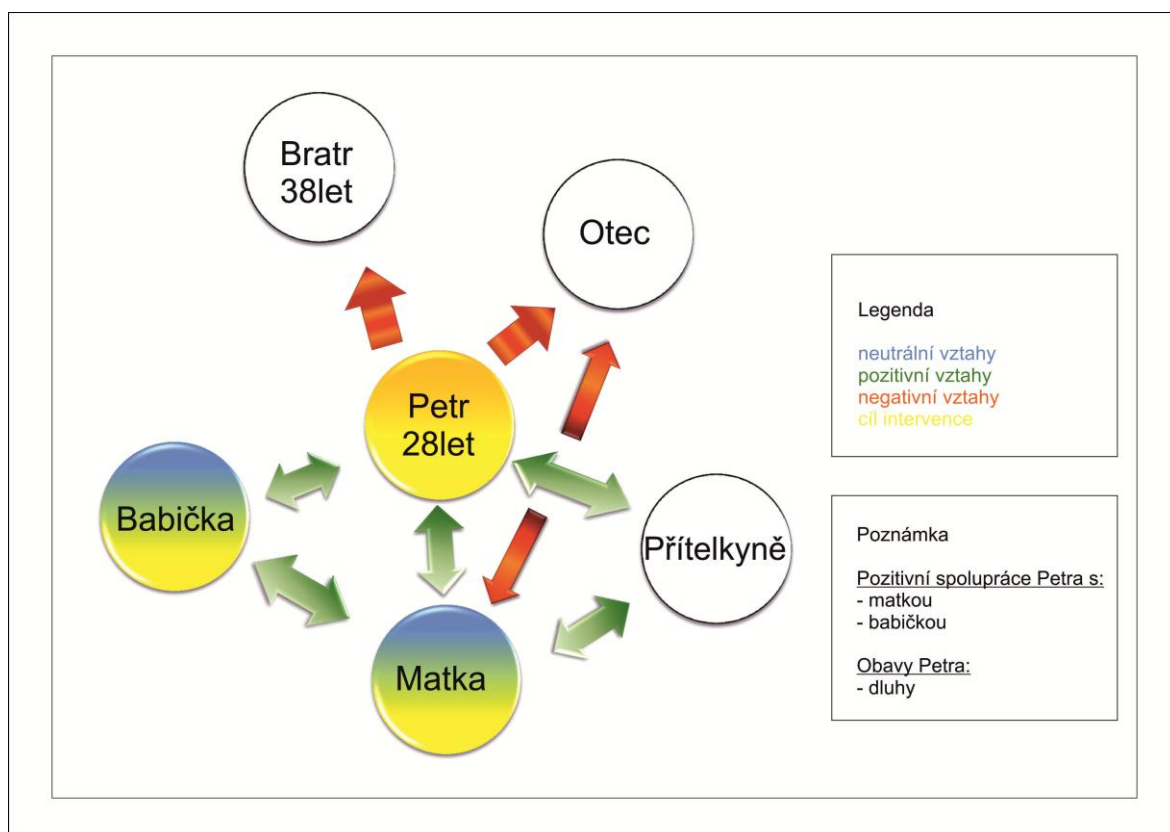
Následující kapitola je zaměřena na představení pěti osob, které jsou cílem výzkumu. Jednotlivé kapitoly jsou zaměřeny na konkrétní osobu, kterou charakterizuje sociální mapa a stručný popis rodinné situace. Jednotlivé kazuistiky byly podrobně analyzovány (viz přílohy I – V) a na jejich základě vznikly sociální mapy, které znázorňují vztahy mezi rodinnými příslušníky.

#### 7.1.1 Petr

Rodina Petra (Obrázek 1) je na základě předložené sociální mapy tvořena třemi členy: Petrem, matkou a babičkou. Petrovi je v současné době 28 let, na pervitinu byl závislý 5 let, abstinuje 3 roky. Petr byl jako jediný ze všech respondentů ve výkonu trestu. Do sociální mapy byla zařazena i Petrova současná přítelkyně, jelikož je jeho velkou operou. Přítelkyně je označena bílou barvou, jelikož nebyla Petrovou partnerkou v době, kdy aktivně užíval drogy. Proto nebyla cílem intervence. V rodině je dosti negativních vztahů, které reprezentují časté hádky v rodině. Největším rušivým elementem rodiny je starší bratr Petra, jenž je zdrojem veškerých problémů. Petr má negativní vztah i se svým otcem, který má problémy se závislostí na alkoholu a k ostatním členům je často velmi vulgární a agresivní. Ostatní členové rodiny mají mezi sebou převážně pozitivní vztahy, zvláště babička a Petr si jsou velice blízcí, jelikož Petr byl babičkou takřka vychován. Matka

s Petrem v současné době vychází dobře, prožité negativní zkušenosti je velmi posílily a opět k sobě našli cestu.

Největší obavy má Petr ze splácení dluhů, jelikož v současné době očekávají s přítelkyní prvního potomka a Petr si je vědom toho, že péče o dítě je finančně poměrně nákladná záležitost.



Obrázek 1 Sociální mapa – Petr

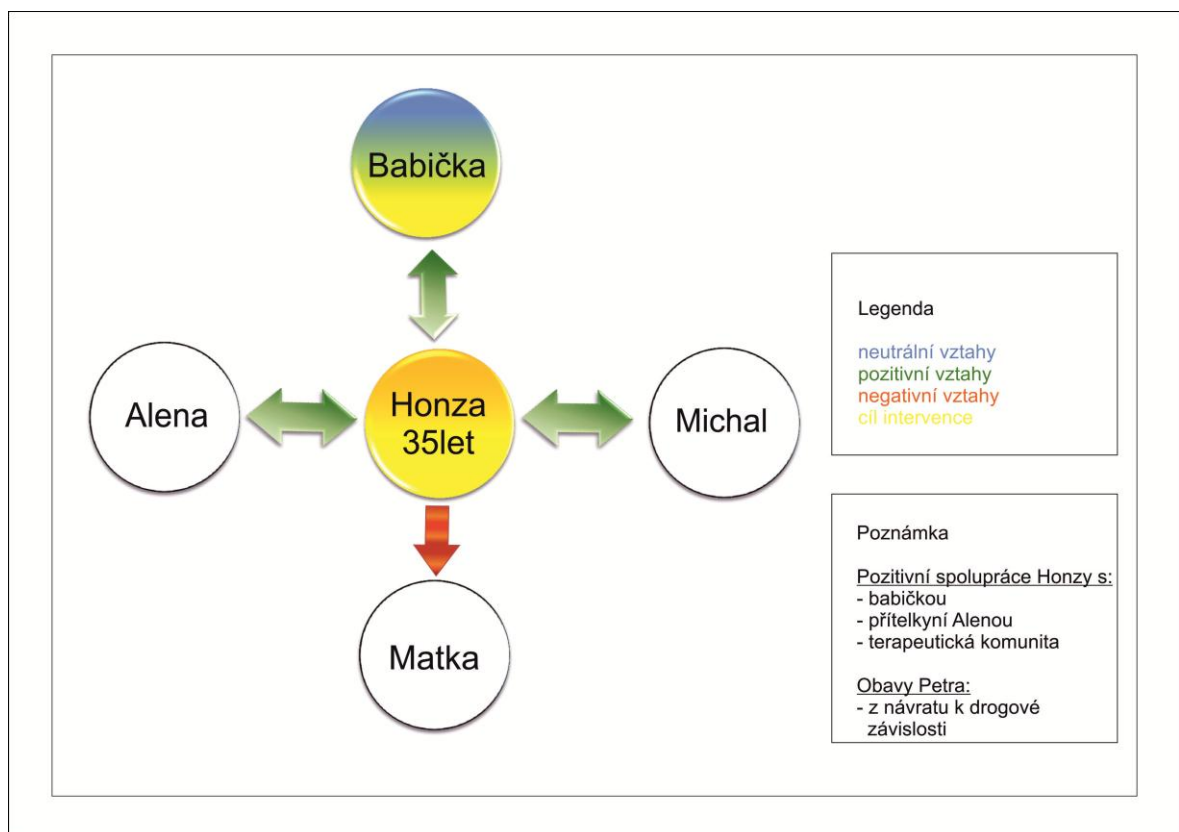
(Zdroj: Vlastní zpracování)

### 7.1.2 Honza

Rodina Honzy (Obrázek 2) je v současné době tvořena 2 členy: Honzou a babičkou. Honzovi je v současné době 35 let, drogově závislý byl po dobu 2 let, abstínuje 10 let. Honza jako jediný z pěti respondentů výzkumu absolvoval léčbu v terapeutické komunitě. V rodině převažují pozitivní vztahy, Honza s babičkou mají velice krásný vztah, který je založený na vzájemné úctě a respektu. S přítelkyní Alenou spojuje Honzu vzájemná důvěra a podpora, v současné době žijí spokojeným partnerským životem. V rodině je na první pohled viditelná absence otce, kterého Honza nikdy nepoznal a dodnes nemá potřebu jej kontaktovat. Matka Honzu opustila v době jeho dospívání, od té doby spolu nenavázali

kontakt. Jediným mužským elementem v Honzově životě je kamarád Michal, jenž je pro Honzu velkou oporou. Michal hraje v Honzově životě významnou roli, jelikož Honzovi ukázal, že se dá žít životem bez drog a byl hlavním hnacím motorem k tomu, aby Honza nastoupil léčbu v terapeutické komunitě.

Největší obavy má Honza z recidivy, občasné chutě na drogy se u něj objevují i po desetileté abstinenci. Drogová závislost se může vrátit kdykoliv, což si Honza plně uvědomuje.



Obrázek 2 Sociální mapa – Honza

(Zdroj: Vlastní zpracování)

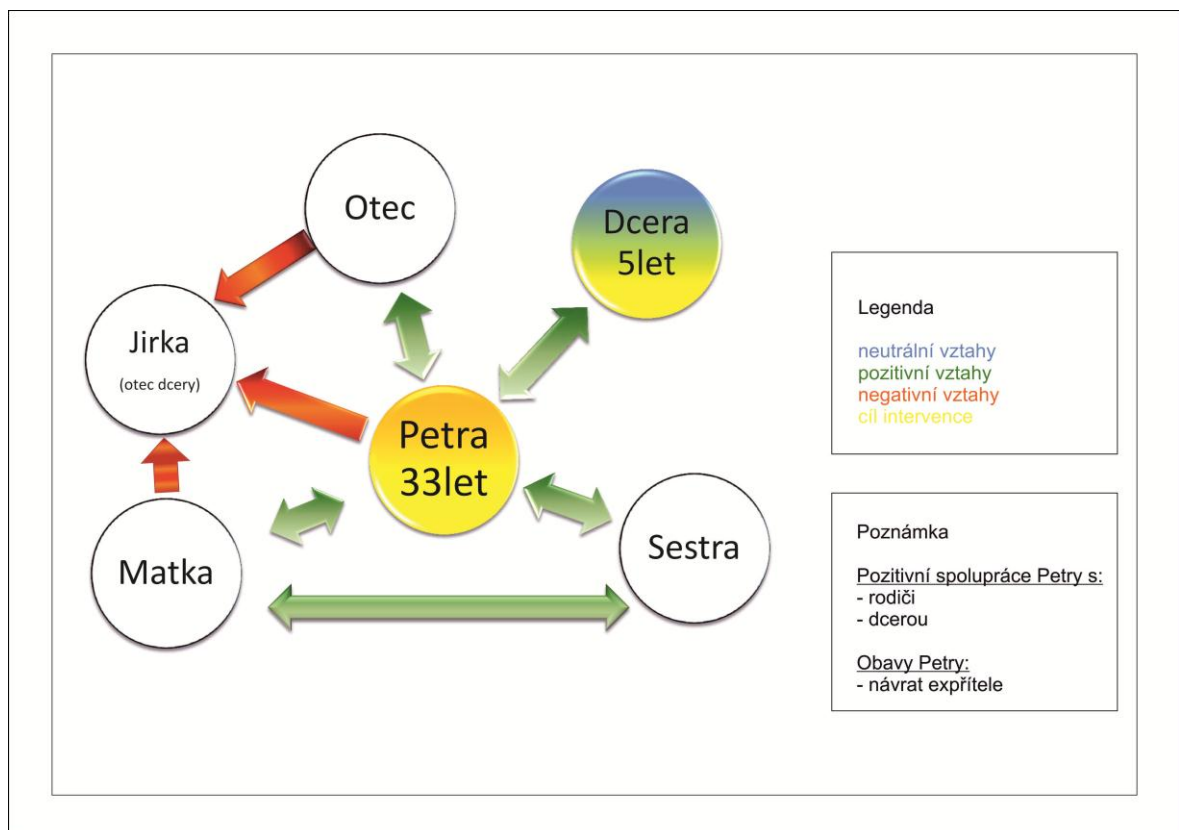
### 7.1.3 Petra

Obrázek 3 ukazuje vztahy v rodině Petry, která je tvořena 2 členy, Petrou a její dcerou. Petra má 33 let, závislá byla 4 roky, abstinuje 5 let. Petra se potýkala nejen se závislostí na pervitinu, ale také několik let trpěla poruchou příjmu potravy. V této rodině panují mezi jejími členy velmi hezké a dobré vztahy. Petra má krásný vztah se svojí pětiletou dcerou, která je velmi živým dítětem. Pozitivní vztahy má Petra také se svými rodiči, jejich opora a pomoc je pro Petru nepostradatelná. S matkou má Petra v současnosti dobré vzta-



hy, velmi je stmeluje vnučka, která je pro obě ženy smyslem života. V minulosti mezi Petrou a její matkou bylo spousta nedorozumění, nemohly k sobě najít cestu, hádky byly na denním pořádku. Až po narození své dcery si Petra uvědomila, že její matka je v jejím životě velmi důležitá a nepostradatelná. Otec Petry má již několik let novou rodinu, ale vycházejí spolu velmi dobře. Otec pomáhá Petře hlavně po finanční stránce, ale osobně se vídají v pravidelných intervalech několikrát měsíčně. Další důležitou osobou v Petřině životě je její mladší sestra. V minulosti byly jejich vztahy velmi napjaté právě kvůli drogové závislosti. Současný vztah mezi sestrami je velmi hezký, i když se vídají méně, než by chtěly. K bývalému příteli zaujímá negativní postoj nejen Petra, ale i její matka a otec. Rodiče jsou přesvědčení, že bývalý přítel jejich dcery byl hlavní příčinou drogové závislosti.

Největší obavy má Petra z toho, aby se její expřítel opětovně nepokusil kontaktovat její rodinu.

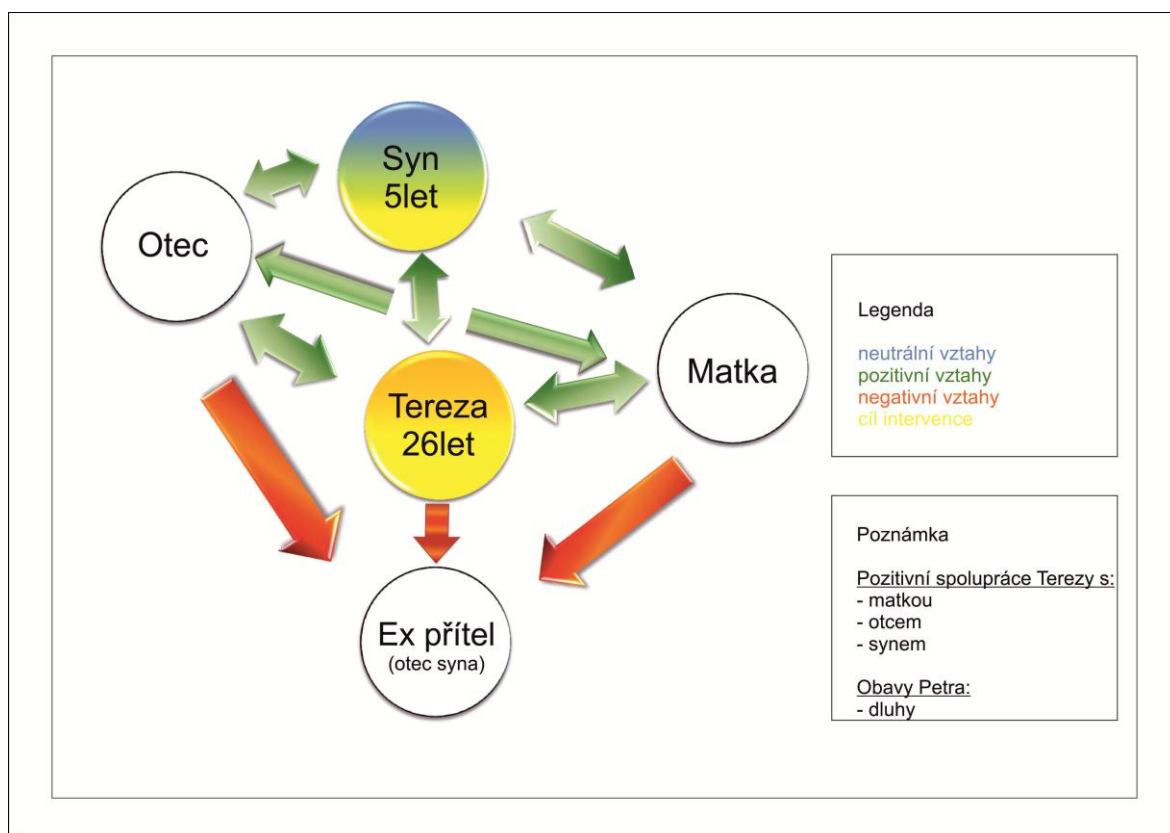


Obrázek 3 Sociální mapa – Petra

(Zdroj: Vlastní zpracování)

### 7.1.4 Tereza

Na obrázku 4 jsou zobrazeny vztahy v rodině Terezy. Tuto rodinu tvoří Tereza a její malý syn. Tereza má nyní 26 let, s drogovou závislostí se potýkala 5 let, abstinuje 5 let. Současné vztahy v rodině jsou velmi harmonické, s rodiči Tereza vychází velmi dobře. Matka Terezy si moc dobře uvědomuje, že její nedostatečná mateřská láska v dětství velmi zásadně přispěla k rozvoji závislosti její dcery. V současnosti se obě ženy snaží vynahrudit si ztracená léta a jejich společným tématem hovoru je hlavně pětiletý syn Terezy. S otcem Terezu pojí velmi silné pouto, již od dětství byl otec pro Terezu člověk, jež ji poskytoval oporu a lásku. Právě kvůli pozitivnímu vztahu k otci Tereza našla v těhotenství odvalu navázat opětovný kontakt se svou rodinou. Další nesmírně důležitou osobou v životě Terezy je její pětiletý syn. Tereza má se svým synem velmi pozitivní vztah, malý klučina je velmi aktivní dítě, jež neposedí chvíli v klidu a pro celou rodinu je smyslem jejich života. S bývalým přítelem se Tereza nestýká, ale stále za něj splácí dluhy. Závazky vůči finančním institucím jsou také největší hrozbou, kterou Tereza v současné době pociťuje.



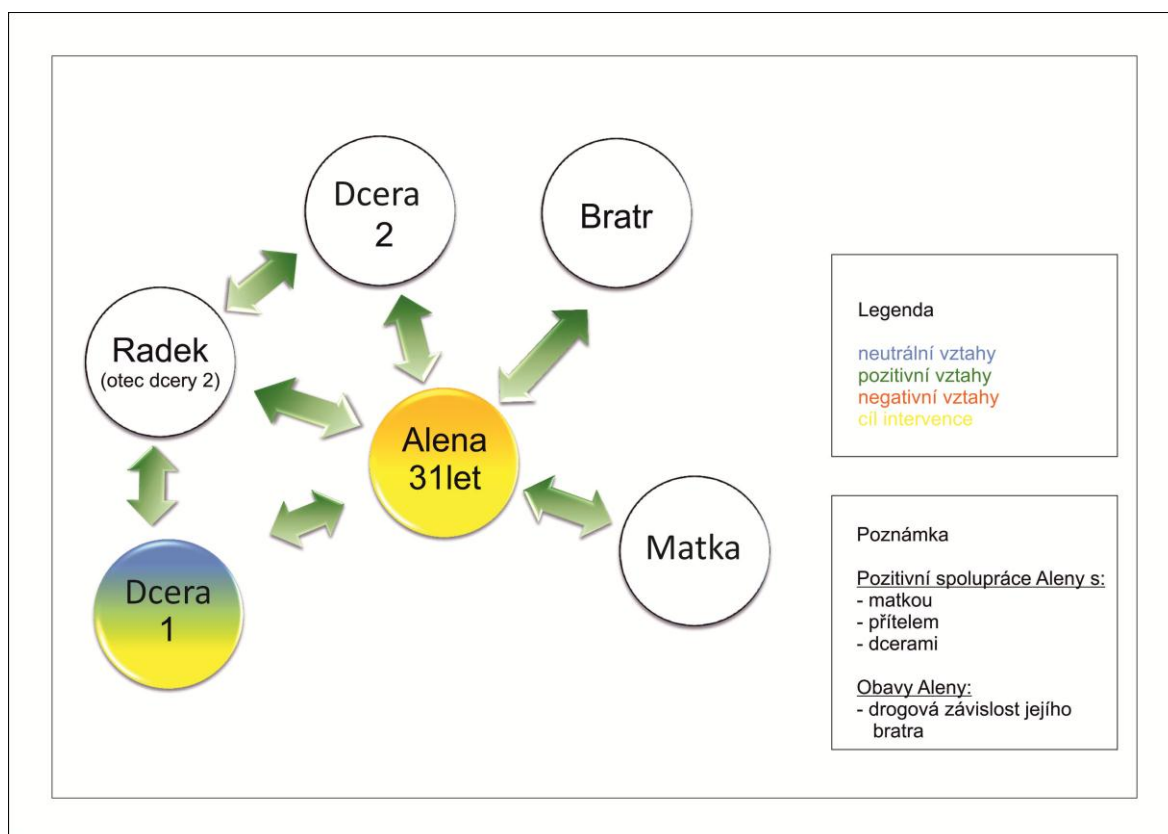
Obrázek 4 Sociální mapa – Tereza

(Zdroj: vlastní zpracování)

### 7.1.5 Alena

Sociální mapa (Obrázek 5) blíže popisuje vztahy v rodině Aleny, která je tvořena Alenou a její starší dcerou. Současný věk Aleny je 31 let, drogy užívala 2 roky, abstinguje 5 let. V rodině panují pozitivní vztahy, i když některé z nich se vybudovaly až v posledních několika letech. S matkou Alena měla v minulosti spíše negativní vztah, dodnes matce nemůže odpustit, že vždy upřednostňovala partnery před svými dětmi. V současné době však mají mezi sebou celkově hezký vztah, spojují je hlavně Aleniny dcery, které jejich babička zbožňuje. S dcerami má Alena krásný vztah, snaží se jim vytvářet rodinné zázemí, chce, aby její dcery měly oporu v rodině. Vztah k bratrovi Alena popisuje jako pozitivní, ale mají mezi sebou hranice, které se oba snaží dodržovat. Alenin současný přítel je otcem druhé dcery, pro Alenu je osudovým mužem, jenž ji poskytuje zázemí a oporu v cestě životem.

Alenin bratr je stále závislý na drogách, což Alenu v současnosti trápí nejvíce.



Obrázek 5 Sociální mapa – Alena

Zdroj: Vlastní zpracování)

## 7.2 Vyhodnocení výzkumných cílů

Veškeré kazuistiky byly přepsány (Přílohy PI – PV) a vyhodnoceny prostřednictvím metody kódování. V kazuistikách jsem následně provedla kódování pomocí pěti odlišných barev, které znázorňují 5 různých kategorií. Kategorie byly cíleně zvoleny předem, aby bylo možné na jejich základě získat odpovědi potřebné k vyhodnocení výzkumu.

### **Výzkumný cíl č. 1: Společné znaky rodinného prostředí, které přispěly k rozvoji drogové závislosti.**

Výzkumný cíl je v přílohách PI – PV označen následující barvou, která symbolizuje kategorii: jak rodina přispěla k rozvoji drogové závislosti.

Hlavním cíle tohoto výzkumného okruhu bylo zjistit, zda respondenti vyrůstali ve stejných sociálních podmínkách, zda rodinné zázemí a vztahy v rodině nějakým způsobem ovlivnily vznik jejich drogové závislosti.

V případě Petra se již během jeho dětství vyskytovala alkoholová závislost u jeho rodičů, která byla hlavní příčinou zanedbávání výchovy. *„Petrův otec často navštěvoval restaurační zařízení a domů chodil posilněn alkoholem, ke svým synům i manželce se choval neurvale. Postupem času Petrova matka tuto situaci neunesla a také začala holdovat alkoholu. Když Petr chtěl, aby mu rodiče něco koupili, otec mu na to odpověděl, že nic nepotřebuje a matka většinou peníze neměla, jelikož je propila.“* Petr v dětství velmi obdivoval svého staršího bratra, byl pro něj vzorem. *„Ten byl úplně jiný než ostatní, neustále byl nad věcí, nic neřešil a měl všechno, co chtěl, a právě to se Petrovi na něm líbilo.“* Byl to právě starší bratr, kdo Petra zatáhl do závislosti na pervitinu. *„Chvíli se mu dařilo abstinovat, ale v té době se vrátil z výkonu trestu Petrův bratr, který Petra opět stáhl na šikmou plochu. Petr v té době opět začal brát pervitin, v mnohem větší míře než dříve.“*

Honza se během svého dětství také setkal s alkoholovou závislostí u své matky. *„Matka dosti často pila alkohol, ale o rodinu se zatím dokázala postarat. Když bylo Honzovi zhruba 13 let, matčina závislost na alkoholu se stupňovala. Když byl Honza v osmé třídě základní školy, jeho matka ho odvezla k babičce do Prahy, kde ho nechala a už se pro něj nikdy navrátila.“* Krátce po přestěhování do Prahy se začaly objevovat mezigenerační problémy mezi Honzou a jeho babičkou. *„V této době se mezi Honzou a jeho babičkou začaly objevovat první problémy. Babička pro Honzu byla sice autoritou, ale její názory mu připadaly staromódní.“*

Co se rodinného zázemí týká, Petra se již od dětství potýkala s úzkostnými stavy své matky a její otec málokdy dával najevo své city. „*Petra tedy vyrůstala v úplné rodině, ale dle jejích vlastních slov již v raném dětství cítila, že vztah rodičů není ideální. Tatínek byl na Petru velmi pyšný, ale málokdy to své dceři řekl do očí.*“ Petru také velmi poznamenal rozvod rodičů. „*Pro Petru byl rozvod rodičů velmi bolestný, jelikož její maminka s ní probírala vše, co se odehrálo mezi oběma rodiči.*“ Dalším důvodem vzniku drogové závislosti byla Petřina zvědavost. „*Jelikož ji vždy zajímalo, jak návykové látky, respektive pervitin účinkuje.*“

Tereza již v raném dětství postrádala citovou vazbu od matky a rodiče jí kvůli pracovním povinnostem nevěnovali dostatek svého času. „*Rodiče Terezy byli pracovními velmi vytížení, dceru vídali velmi málo, většinou vždy pozdě večer, ale to už Tereza spala. Svě dětství Tereza popisuje jako velmi chladné, již jako malá musela bojovat o lásku své matky, která Terezu měla jen na chlubení se před známými. Otec Terezu velmi miloval, ale kvůli pracovnímu vytížení jí nevěnoval tolik času, kolik by Tereza potřebovala. Po nástupu na střední školu si rodiče začali všimnout, že je Tereza náladová, neustále provokovala, zhoršila se ve škole. Rodiče změně jejího chování nepřikládali větší význam, domnívali se, že jde o pubertu. Dle Terezy to pro rodiče bylo jednodušší, než aby řešili její problémy.*“

Alena vyrůstala se čtyřmi sourozenci a matkou, která měla mnoho práce a v nespolehlivého partnera. „*Alenini rodiče uzavřeli sňatek velmi mladí, bylo jim pouhých 19 let. Jejich manželství dlouho nevydrželo, rozvedli se, když byly Aleně tři roky. Alenina matka se asi rok po rozvodu seznámila s mužem, který se posléze stal Aleniným otčím. Se sourozenci Alena vycházela dobře, všichni museli pomáhat matce, jelikož měla pronajaté restaurační zařízení a pracovala dlouho do nočních hodin. Alenin otčík také pracoval v tomto zařízení, ale místo práce zde popíjel alkohol a všechny dirigoval.*“ Alena také velmi těžce snášela hádky mezi matkou a otčím. „*Alena v tomto období velmi trpěla, jelikož téměř denně byla nucena poslouchat hádky mezi matkou a otčím. Alenu také velmi trápilo, že matka dává přednost otčímovi před vlastními dětmi. Z tohoto důvodu Alena trávila stále více času s partou.*“

## **Výzkumný cíl č. 2.: Zdravotní důsledky po drogové závislosti.**

Výzkumný cíl je v přílohách PI – PV označen následující barvou, která symbolizuje kategorii: **zdravotní důsledky.**

V tomto výzkumném okruhu bylo hlavním cílem zjištění, zda se u respondentů v průběhu a také po vyléčení se z drogové závislosti objevily nějaké zdravotní problémy.

Petr se potýkal s drogovou závislostí nejdéle ze všech respondentů, ale navzdory tomu se u něj zatím neobjevily žádné zdravotní důsledky. *„Petr zatím nepociťuje žádné zdravotní problémy, které by souvisely s drogovou závislostí.“*

Naopak Honza se dodnes potýká se zdravotními problémy, o kterých ví, že jsou jasným důsledkem užívání drog. *„Co se zdravotních důsledků týká, Honza má dosti poškozené žíly a trápí ho bolesti v kolenou. Ale dle jeho slov je rád, že se dokázal poprat se závislostí, což bylo tím nejtěžším, co v životě zažil.“* Honza se během své drogové závislosti několikrát dostal do stavů, které si vyžádaly hospitalizaci na psychiatrii. *„Honza se několikrát drogou předávkoval a skončil na psychiatrii. Vždy však z psychiatrické nemocnice utekl a znovu se vrátil k životu na ulici a k pervitinu. V létě roku 1997 se Honza pervitinem předávkoval natolik, že mále zemřel.“*

Petra se zdravotními důsledky způsobenými užíváním drog potýká v malé míře dodnes. *„Zdravotní důsledky spojené s užíváním drog se u Petry objevují v malé míře. Sama přiznává, že občas má problémy s ledvinami a bolestí hlavy, v malé míře je narušena schopnost koncentrace.“* Před propuknutím drogové závislosti se u však u Petry objevily daleko závažnější zdravotní problémy, konkrétně onemocnění postihující převážně mladé ženy a dívky – porucha příjmu potravy. *„Petra onemocněla poruchou příjmu potravy, konkrétně mentální anorexií. Petra byla umístěna na dětském oddělení JIP. Velmi se chtěla ke svému oblíbenému sportu vrátit, ale z důvodu nemoci neměla sílu na sportování. Petra tedy začala pomaloučku znovu jíst a po roce se opět dostala na svou původní váhu.“* Dva roky po vyléčení se z mentální anorexie Petra opět onemocněla další poruchou příjmu potravy, tentokrát se jednalo o mentální bulimii. *„Dozvěděla se, že její otec se oženil se svou přítelkyní, která byla příčinnou rozvodu Petřiných rodičů. Tato informace Petru velmi zasáhla a byla spouštěčem dalšího onemocnění, konkrétně mentální bulimie.“*

Tereza se utápěla v bludném kruhu závislosti nejdéle, po dobu pěti let. Objevují se u ní zdravotní problémy, které jednak souvisí s užíváním drog a jež jsou také následkem domácího násilí, které na Tereze bylo pácháno. *„Tereza měla velmi často úzkostné stavy, u jejího přítele se začaly objevovat násilnické sklony. Jednoho večera Terezin přítel přinesl čerstvou dávku pervitinu a dali si dávku společně. Pervitin byl ovšem velmi silný, přítel trpěl silnými halucinacemi. Což mělo za následek, že Terezu zmlátil takovým způsobem, že*

*utrpěla řadu zranění. “ V současné době má Tereza problémy v oblasti koncentrace a trpí bolestmi hlavy. „Je pro ni dost obtížné se delší dobu soustředit na studium, velmi rychle ji rozbolí hlava a často trpí migrénami, které jsou důsledkem domácího násilí. “*

V případě Aleny nejsou zdravotní důsledky zatím viditelné. *„Zdravotní důsledky po drogové závislosti Alena na sobě zatím nepozoruje, ale ví, že zdravotní potíže se mohou objevit ve vyšším věku. “*

### **Výzkumná cíl č. 3: Sociální důsledky po drogové závislosti.**

Výzkumný cíl č. 3 je v přílohách PI – PV označen následující barvou, která symbolizuje kategorii: **sociální důsledky**.

V následujícím výzkumném okruhu jsem se zaměřila na získání informací týkajících se sociálních důsledků, jež souvisí s užíváním drog. Nejvíce jsem se zaměřila na sociální důsledky v oblasti finančních exekucí a na existenční problémy.

Petr byl jako jediný ze všech respondentů odsouzen k výkonu trestu. Krádeže, výroba a distribuce omamných látek dostaly Petra až do vězení. *„Kvůli droze byl schopen ukrást a následně prodat cokoliv. Doma Petra už nechtěl nikdo ani vidět, hledala ho policie a exekutoři. Petr a jeho bratr si během tohoto období nabrali půjčky, jejich ručitelem byla jejich matka, která za ně půjčky splácí dodnes. Toto období bylo pro Petra nejhorší, jelikož začal dovážet pervitin z Itálie. Chvíli vše procházelo, ale nakonec byl Petrův bratr s velkým množstvím pervitinu chycen v Rakousku a opět putoval do vězení. Petr dostal podmíněný trest v trvání pěti let. “* Na případu Petra je také velmi zřetelně ukázáno, jak souvisí drogová závislost se závislostí na výherních automatech. *„Petr stále užíval pervitin, a vybudoval si další závislost, tentokrát na výherních automatech. Aby měl Petr na drogy i na automaty, kradl vše, co mu přišlo pod ruku. Dokonce se začal zabývat výrobou pervitinu, což se mu stalo osudným. Při výrobě pervitinu byl zadržen policií, a následně odsouzen k souhrnnému trestu odnětí svobody v délce 36 měsíců. “*

Honza se ocitl na ulici jako sedmnáctiletý mladík, stal se z něj sociálně vyloučený občan bez domova. Na druhou stranu jako jediný ze všech respondentů během své závislosti nenasekal dluhy a v současné době mu tedy nehrozí žádná exekuce. *„Honza zůstal sám na ulici a pervitin mu byl jeho každodenním společníkem. Honza v té době začal navštěvovat kontaktní centrum, kde se mohl najíst, osprchovat, kontaktní centrum se pro něj stalo částečným domovem. Honza se točil v bludném kruhu závislosti, spal po kanálech a všude tam, kde bylo teplo. “*

Petra vždy měla oporu ve své rodině, ale i tak se kvůli drogové závislosti dostala do situace, kdy přišla o střechu nad hlavou a ztratila své zázemí. *„Nejdříve bydleli u Jirkovy sestry a poté si společně pronajali byt. Zpočátku oba chodili do práce, ale postupem času užívali pervitin denně, což mělo za následek, že Jirka ztratil zaměstnání. Pár měsíců potom přišla o práci i Petra, jelikož ani jeden z nich nebyl schopen zvládat práci a drogovou závislost zároveň. Jelikož neměli žádný příjem, nebyli schopni platit nájem a majitel bytu je vyhodil. V průběhu závislosti si Petra vzala půjčku, ale nebyla schopna ji splácet. V této situaci ji opět pomohla rodina. „Petra si během závislosti na drogách vzala několik půjček, které ji pomohl splatit její otec, za což je mu Petra vděčná.“*

Tereza se také ocitla na ulici, ale život sociálně vyloučeného občana bez domova si vybrala dobrovolně, z rodinného hnízda utekla ze své vlastní vůle. *„Tereza od rodičů dostala ultimátum, kromě školy nesměla z domu ani na krok. Tereza zákazy rodičů nerespektovala, utekla z domu. Porozumění našla v partě, kde všichni brali pervitin. Od 17 let Tereza žila na ulici, přespávala u kamarádů nebo ve sklepních prostorách paneláku.“* Tereza byla ochotna kvůli své dávce udělat cokoli, dokonce neváhala nabídnout za dávku pervitinu své tělo, stala se z ní prostitutka. *„Jelikož Tereza neměla žádný příjem, obstarávala si peníze drobnými krádežemi, velmi často poskytovala sexuální služby výměnou za pervitin.“* Tereza se také potýká s dluhy, které vznikly v průběhu její závislosti na drogách. *„Jelikož Tereza během své drogové závislosti uzavřela mnoho půjček, musela se vypořádat s tím, jak bude své dluhy splácet. O svých závazcích Tereza řekla rodičům a její otec jí finančně pomohl. S bývalým přítelem se Tereza nestýká, ale stále za něj splácí dluhy.“*

Na případu Aleny je viditelné, že drogová závislost se může objevit i mezi sourozenci. Alena je také jedinou respondentkou, která užívala drogy a v té době již byla matkou dvouleté dcery. Alena si od začátku moc dobře uvědomovala, v jak nebezpečném prostředí její dcera vyrůstá. Přesto jí trvalo několik měsíců, než dokázala své závislosti říct stop a dost. *„Do drogové závislosti pomalu padala nejen Alena, ale i její bratr a jeho přítelkyně. Alena si po pár měsících uvědomila, že její malá dcera žije v prostředí, které pro ni bylo nevyhovující.“* Drogová závislost je finančně velmi nákladná záležitost, proto se ani Aleně nevyhnuly problémy finančního rázu. *„I když Alenin bratr a jeho přítelkyně přispívali Aleně na domácnost, neustále jim chyběli peníze, jelikož většina jejich příjmů šla na drogy.“*



#### Výzkumný cíl č. 4: Reintegrace po drogové závislosti

Výzkumný cíl č. 4 je v přílohách PI – PV označen následující barvou, která symbolizuje kategorii: **reintegrace**

Další výzkumný cíl považuji za velmi důležitý, jelikož reintegrace osob po drogové závislosti není mnohdy snadná. Většina respondentů svůj návrat do společnosti zvládla a dle mého názoru si za to zaslouží velký obdiv.

Petr měl velké obavy z toho, jak bude reagovat jeho okolí, až se navrátí z výkonu trestu. „*Petr měl velký strach, co bude, až se dostane z vězení na svobodu. Ale byl velmi překvapený, jak ho okolí přijalo, všichni mu dávali najevo, že se změnil a je to zase ten správný Petr. V současné době má Petr práci, která ho velmi baví a již rok žije s přítelkyní, která mu před pár dny oznámila, že spolu čekají miminko. Petr teď prožívá jedno z nejkrásnějších období svého života.*“

Honza neměl fungující rodinné zázemí, a přesto se po vyléčení se z drogové závislosti dokázal integrovat zpět do života. Velkou oporou mu tehdy byla jeho přítelkyně Alena, jejich partnerský vztah trvá dodnes. „*Během léčby se seznámil s terapeutkou Alenou, se kterou navázal partnerský vztah. Aleniní rodiče zpočátku se vztahem nesouhlasili, ale když viděli, že Honza léčbu v terapeutické komunitě dokončil a stal se z něj slušný mladý muž, nebránili jim ve vztahu pokračovat. Během pobytu v terapeutické komunitě Honza opět navázal vztah s babičkou. V současné době je Honza přes deset let čistý – neužívá drogy. Vztah s Alenou trvá dodnes, Honza má již několik let práci, která ho baví a je se svým životem spokojen.*“

Petra měla vždy velkou oporu ve své rodině, proto byla její reintegrace do společnosti o něco jednodušší než u dalších respondentů. Matka Petry ji vždy dávala najevo, že ať se stane cokoliv, dveře má u ní vždy otevřené. „*Do osmého měsíce těhotenství Petra žila s Jirkou na ubytovně a stále doufala, že se Jirka změní a bude z něj příkladný otec. Bohužel se tak nestalo a Petra se na začátku osmého měsíce těhotenství rozhodla vrátit domů k matce. Zde měla dveře otevřené, matka Petru přijala a pomohla jí při koupi všeho potřebného na miminko. Petra v roce 2008 porodila zdravou dceru a dnes je dobrou matkou. V současné době je Petra již pátým rokem čistá (bez drog), studuje poslední ročník vysoké školy a je spokojenou matkou 5 leté dcery.*“

Tereza se sama rozhodla pro život na ulici, se svými rodiči během své závislosti vůbec nekomunikovala, proto si nebyla vůbec jistá, zda se dokáže začlenit zpět do společ-

nosti. Nakonec se rozhodla kontakt se svými rodiči obnovit a díky nim, byla její reintegrace mnohem jednodušší. *„Kamarádka Terezu přemluvila, aby se pokusila opět navázat vztah s rodiči. Tereza navštívila rodiče, setkání bylo velmi emotivní. Tereza se přestěhovala ke svým rodičům a narodil se jí zdravý chlapeček. Tereza v současné době dodělává střední školu, po maturitě by chtěla dálkově studovat vysokou školu se zaměřením na sociální práci.“*

Alena je dalším z respondentů, u kterého je viditelná absence rodinného zázemí. I přesto se Aleně podařilo dostat ze spárů drogové závislosti a začít nový život, život bez drog. *„Aleně se podařilo během krátké doby zbavit závislosti na pervitinu, velkou motivací pro ni byla její malá dcera, Alena jí chtěla být dobrou matkou. V tomto období se Alena začala scházet se svým spolužákem ze základní školy, se kterým během pár měsíců navázala partnerský vztah. Radek se velmi sblížil i s Aleninou dcerou, všichni tři začali obývat společnou domácnost. V 25 letech Alena s Radkem otěhotněla, narodila se jim holčička. V současné době žije Alena se svou rodinou spokojeným životem.“*

#### **Výzkumný cíl č. 5: Zpětné hodnocení drogové závislosti v kontextu současné doby.**

Výzkumný cíl č. 6 je v přílohách PI – PV označen následující barvou, která symbolizuje kategorii: **zpětné hodnocení drogové závislosti**.

Posledním výzkumným okruhem jsem chtěla zjistit, jakým způsobem respondenti zpětně hodnotí zkušenost s drogovou závislostí. Většina z nich se díky své zkušenosti s drogami snaží dál pomáhat drogově závislým a alespoň částečně tak zmírnit dopady, které sebou rizikové chování přináší.

Petr svou zkušenost s drogovou závislostí hodnotí negativně, je to dáno hlavně tím, že právě kvůli drogám se dopouštěl trestných činů a drogy ho také připravili o bratra. *„Jak sám říká, drogy už nechce nikdy vidět, vzal mu téměř vše, včetně jeho rodinných příslušníků. Kromě matky a babičky.“*

Honza se snaží své zkušenosti s drogami předávat dál prostřednictvím přednášek, věnuje se také drogové prevenci v rámci programů různých kontaktních center. *„Honza již několik let spolupracuje s jednou organizací, snaží se pomáhat lidem, kteří drogovou závislostí právě procházejí. Dále Honza přednáší o drogách na základních a středních školách v rámci drogové prevence. Honza již nikdy nechce drogy ve svém životě ani vidět. Drogová minulost mu přinesla jen špatné zkušenosti, vzala mu na čas rodinu i přátele.“*

Petra zpětně hodnotí svou drogovou závislost jako velmi důležitou životní zkušenost, kterou si musela projít. Drogy Petru naučily jedinou věc, spoléhat se na druhé se v životě nevyplácí. *„Petra svou zkušenost s drogami bere s nadhledem. Díky drogám pochopila, že se v životě musí spoléhat sama na sebe, závislost ji donutila být více samostatná. V budoucnu by Petra chtěla pracovat s drogově závislými, své zkušenosti by chtěla předávat dál a pomoci tak lidem, kteří s drogami stále mají potíže.“*

Tereza má k drogám obecně negativní postoj, ale občas se u ní objevuje chuť na pervitin. Tereza se však snaží být dobrou matkou a své chutě má pod kontrolou. *„Drogová závislost Terezu velmi ovlivnila, ačkoli má občas na pervitin chuť, nikdy už by si ho nechtěla dát. Drogy dle jejích slov změni člověka natolik, že časem není schopen rozlišovat, co je správné a co není. A Tereza už chce v životě dělat jen správné věci, aby mohla svému synovi být dobrým příkladem.“*

Potíže s drogami Alena zpětně hodnotí jako nezbytnou životní etapu, kterou bylo nutné absolvovat. Jelikož bratr Aleny se s drogovou závislostí stále potýká, má Alena velkou potřebu pomáhat ostatním lidem, kteří užívají drogy nebo jsou ohroženi závislostí na návykových látkách. *„Alena své zkušenosti s drogami bere s nadhledem. Drogy jí sice nepřinesly nic dobrého, ale naučily ji, že člověk musí bojovat a věřit sám sobě. Alena by moc chtěla pomáhat lidem, kteří v současné době procházejí drogovou závislostí. Proto v nedávné době začala spolupracovat s kontaktním centrem, které funguje nedaleko jejího bydliště.“*

### 7.2.1 Shrnutí

Z jednotlivých dílčích cílů je možné vyvodit závěry celého realizovaného výzkumu. První výzkumný cíl byl zaměřený na společné znaky rodinného prostředí, jež se mohly nějakým způsobem podílet na vzniku drogové závislosti jednotlivých respondentů. Bylo zjištěno, že výskyt jakékoliv závislosti v rodině postupně přispíval ke vzniku drogové závislosti dalšího člena rodiny. Alkoholová závislost rodičů nebo nedostatečně projevované mateřské city matky vedly zkoumané osoby k tomu, že začali hledat porozumění v partách, kde se užívali drogy. Dále jsem zjistila, že pokud je jeden z rodičů úzkostný a řeší se svým dítětem své partnerské problémy, může i toto být častým faktorem přispívajícím ke vzniku drogové závislosti.

Obecně by se dalo říci, že zdravotní důsledky osob, jež prošli drogovou závislostí, jsou zanedbatelné. Je však nutné se zamyslet nad tím, co pro každého z nás znamená slovo

zanedbatelný. Mým výzkumem bylo jasně zjištěno, že i člověk po mnoho let závislý na drogách nemusí pociťovat žádné zdravotní problémy. Všeobecně lze však říci, že poruchy koncentrace a bolesti hlavy jsou nejčastěji se vyskytujícími zdravotními následky u osob, jež v minulosti užívali drogy.

Další výzkumný cíl byl zaměřen na sociální důsledky vzniklé v důsledku drogové závislosti. U většiny respondentů byla největším sociálním problémem ztráta bydlení, ať už se rozhodli být na ulici dobrovolně nebo bylo jejich bezdomovectví důsledkem rizikového chování. Dalším často zmiňovaným sociálním důsledkem jsou bezesporu finanční problémy. Téměř všichni respondenti se během své drogové závislosti dostali do situace, kdy byli nuceni uzavřít smlouvu o finanční půjčce s některým z finančních ústavů. Pokud respondentům nepomohli se splácením jejich finančních závazků rodinní příslušníci, mohou někteří z nich splácet své závazky dodnes. Jako další sociální důsledek závislého chování považují domácí násilí, které bylo spácháno na jedné z respondentek. Ve výkonu trestu se ocitl kvůli závislému chování jeden z respondentů, prostitute se také objevila pouze u jedné ze zkoumaných osob.

Velmi významným dílčím cílem byla zpětná integrace respondentů zpět do běžného života. Většina zkoumaných osob měla velmi dobré rodinné zázemí, což jim samozřejmě návrat do společnosti dosti usnadnilo. Pokud se člověk rozhodne skoncovat se závislostí na návykových látkách, je pro něj podpora rodiny nesmírně důležitá. Pro rodinné příslušníky je velmi těžké vyrovnat se s tím, že mají v rodinném kruhu závislou osobu. Pokud však rodina tuto skutečnost přijme, je zde velká pravděpodobnost, že závislá osoba jejich oporu ocení, bude mnohem lépe zvládat léčebný program a následnou reintegraci do společnosti.

Poslední výzkumný cíl byl zaměřen na to, jakým způsobem respondenti zpětně hodnotí svou zkušenost s drogovou závislostí. Obecně mají v současné době všechny zkoumané osoby k drogám negativní vztah. Někteří berou svou drogovou závislost jako životní cestu, která jim měla ukázat, že jsou silnými osobnostmi, jež musí bojovat a najít ve svém životě ten správný směr. Většinu respondentů jejich závislé chování ovlivnilo natolik, že mají nadále potřebu pomáhat lidem, kteří se s užíváním drog potýkají doposud.

## ZÁVĚR

Drogová závislost se řadí mezi největší sociální problémy 21. století. V současné době stále více přibývá osob, které řeší své problémy pomocí návykových látek. Každý z nás má jinak nastavený žebříček hodnot, pocházíme z odlišných sociálních poměrů a ze své primární rodiny si přinášíme do dalšího života určité modely chování, které nás velmi ovlivňují. Zafixované modely chování používáme v běžných situacích, některé z nich mohou být velmi stresující, což má negativní vliv na náš organismus. Stresové situace jsou hlavní příčinou, proč lidé sahají po návykových látkách a mohou tak postupně upadat do začarovaného kruhu zvaného drogová závislost.

Lidé závislí na návykových látkách se stávají sociálně vyloučenými (jelikož se soustředí jen na svou závislost a získání drogy), přestávají plnit své sociální role, ztrácí kontakt se svou rodinou i širokým sociálním okolím. Uživatelé drog přestávají dodržovat obecně platné společenské normy a pravidla, přestávají si vážit sami sebe a často se uchylují ke kriminálnímu chování a k prostituci. Drogově závislí ztrácí svou důstojnost, pro získání drogy jsou ochotni udělat cokoli, jejich sebehodnocení je nulové. Proto by bylo dobré, aby se informace o drogách šířily co nejvíce, nejlépe už mezi dětmi, které jsou drogovou závislostí ohroženy nejvíce. Dostatek informací nám umožní závislé lépe pochopit a můžeme jim tak lépe pomoci k návratu do „normálního“ života – života bez drog.

Cílem této bakalářské práce bylo prostřednictvím kvalitativního výzkumu zjistit, jaké jsou zdravotní a sociální důsledky osob po drogové závislosti. Téma drogové problematiky jsem si vybrala záměrně, jelikož mám s drogovou závislostí osobní zkušenost a chtěla jsem, aby má bakalářská práce pro mě byla přínosem.

V teoretické části jsem se v jednotlivých kapitolách zabývala oblastmi, které souvisí s drogovou problematikou a dle mého názoru jsou velmi důležité, protože nám lépe umožní pochopit problematiku drogové závislosti. První kapitola je zaměřena na obecnou definici závislosti, specifikaci drogové závislosti, příčiny vzniku drogové závislosti a stručný popis vybraných drog. Dále se v této kapitole zabývám doprovodnými poruchami při vzniku závislosti, čímž jsem chtěla upozornit na to, že mnohdy je jedna závislost předzvěstí závislostí jiné nebo se mohou různé typy závislostí navzájem kombinovat. Druhá kapitola se věnuje tomu, jakou roli hraje rodina při vzniku závislosti, jakým způsobem mohou vztahy v rodině přispívat k závislému chování. Třetí kapitola pojednává o důsledcích drogové závislosti, včetně prožitých traumat, jež mohou být příčinou závislosti. Dále je třetí kapito-

la zaměřena na zdravotní důsledky, které souvisí s užíváním drog, a čtvrtá kapitola pojednává o léčbě drogové závislosti. V páté kapitole jsem se snažila zachytit vývoj adolescenta z pohledu psychologie, jelikož většina mých respondentů začala užívat drogy již v období dospívání.

Praktická část měla více přiblížit, jaké jsou zdravotní a sociální důsledky osob, které prošly drogovou závislostí. Ve výzkumné části jsem použila metodu případové studie (kazuistiky), kdy bylo záměrně vybráno pět osob, jež mají zkušenost se závislostí na drogách. Kazuistiky byly následně kódovány, aby mohly být zodpovězeny dílčí výzkumné cíle a hlavní výzkumná otázka.

Praktická část je doplněna o sociální mapy vyjadřující vztahy mezi rodinnými příslušníky jednotlivých respondentů, dále je z nich možné vyčíst, na koho se může respondent spolehnout a naopak z čeho má obavy.

Ze závěru výzkumu vyplývá, že lidé, kteří byli v minulosti závislí na návykových látkách, mohou svou zkušenost s drogami považovat za pozitivní. Většina mých respondentů si myslí, že drogová závislost je měla v jejich životě posunout někam dál a ukázat jim správnou životní cestu. Všechny zkoumané osoby se kvůli svému závislému chování dostali do finančních problémů, na nějakou dobu omezily kontakty se svými rodinami a téměř všichni byli během své závislosti sociálně vyloučenými osobami bez přístřeší. Na druhou stranu můj výzkum potvrdil, že když člověk sám chce, je možné se z drogové závislosti vyléčit. Pokud má závislý rodinné zázemí, cesta k životu bez drog je mnohem snazší. Z mého výzkumu také vyplývá, že lépe se do společnosti reintegrují ženy, které již měly dítě nebo otěhotněly ještě v době, kdy procházely drogovou závislostí. Tento poznatek mne velmi potěšil, jelikož ne vždy je dítě silnou motivací k abstinenci.

Při zpracovávání bakalářské práce jsem si uvědomila, jak velkou roli hraje rodina při vzniku i léčbě drogové závislosti. Rodina je základ všeho, pokud se nám rozpadne, hledáme útěchu jinde, častokrát právě v alkoholu nebo v jiných návykových látkách.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

- [1] ČEŠKOVÁ, Eva. SVOBODA, Mojmir, KUČEROVÁ, Hana, 2006. *Psychologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Praha: Portál. ISBN 80-7169-628-5.
- [2] GAVORA, Petr, 2000. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido. ISBN 80-85931-79-6.
- [3] HARTL, Pavel, 2004. *Stručný psychologický slovník*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-803-1.
- [4] HENDL, Jan, 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-040-2.
- [5] JANOUŠKOVÁ, Klára. NEDĚLNÍKOVÁ, Dana, 2008. *Profesní dovednosti terénních pracovníků: Sborník studijních textů*. Ostrava: Ostravská univerzita. ISBN 978-80-7368-503-4.
- [6] NEŠPOR, Karel, 2003. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-831-7.
- [7] NEVŠÍMAL, Petr, 2007. *Terapeutická komunita pro drogově závislé II: česká praxe*. Praha: Středočeský kraj. ISBN 978-80-7106-937-9.
- [8] KALINA, Kamil et al, 2003a). *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 1*. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-05-6.
- [9] KALINA, Kamil et al, 2003b). *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-86734-05-6.
- [10] KALINA, Kamil, 2008a). *Terapeutická komunita: Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2449-2.
- [11] KALINA, Kamil a kolektiv, 2008b). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1411-0.
- [12] Kolektiv autorů sdružení Sananim, 2007. *Drogy otázky a odpovědi*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-223-2.
- [13] KOOYMAN, Martiner, George DE LEON a Petr NEVŠÍMAL, 2004. *Terapeutická komunita pro drogově závislé I: vznik a vývoj*. Praha: Středočeský kraj. ISBN 80-239-4814-8.

- [14] KRCH, František, 1999. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-627-7.
- [15] KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2713-4.
- [16] MACEK, Petr, 1999. *Adolescence: psychologické a sociální aspekty dospívajících*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-348-X.
- [17] RIESEL, Petr, 2012. *Co mají vědět rodiče, partneři a další příbuzní pacientů o léčbě a doléčování nemocných trpících drogovou závislostí*. Adiktologie. ISSN 1213-3841.
- [18] ŠVARŤÍČEK, Roman, ŠEĐOVÁ, Klára a kol, 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.
- [19] VÁGNEROVÁ, Marie, 2000. *Vývojová psychologie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-308.
- [20] VÁGNEROVÁ, Marie, 2005. *Vývojová psychologie I: dětství a dospívání*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0956-8.
- [21] VÁGNEROVÁ, Marie, 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-414-4.
- [22] VAVŘINKOVÁ, Blanka. BINDER, Tomáš, 2006. *Návykové látky v těhotenství*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-829-8.
- [23] ZÁŠKODNÁ, Helena, 1998. *Psychosociální problémy adolescentů*. České Budějovice: Jihočeská univerzita. ISBN 80-7040-306-3.



## Elektronické zdroje

- [24] Drogová poradna: *Halucinogeny*. [online]. 2009. [cit 2014-02-14]. Dostupné z: <<http://www.drogovaporadna.cz/halucinogeny.html>>
- [25] Drogová poradna: *Konopné drogy*. [online]. 2009. [cit 2014-02-14]. Dostupné z: <<http://www.drogovaporadna.cz/konopne-drogy-uvod.html>>
- [26] Drogová poradna: *Stimulační drogy*. [online]. 2009. [cit 2014-02-14]. Dostupné z: <<http://www.drogovaporadna.cz/stimulacni-drogy.html>>
- [27] NEŠPOR, Karel. *Moderní léčba návykových nemocí*. [online]. [cit 2014-02-14]. Dostupné z: <<http://www.drnespor.eu/modlec.doc>>
- [28] *Co je AIDS a virus HIV*. Národní program boje proti AIDS v České republice. 2011.[online]. [cit 2014-03-15]. Dostupné z: <<http://www.aids-hiv.cz/aids/oaid.html>>

**SEZNAM SYMBOLŮ A POUŽITÝCH ZKRATEK**

CNS	Centrální nervový systém
WHO	Světová zdravotnická organizace
MDMA	Syntetická droga spadající pod amfetaminy
LSD	Halucinogenní droga

**SEZNAM OBRÁZKŮ**

<i>Obrázek 1 Sociální mapa – Petr</i> .....	47
<i>Obrázek 2 Sociální mapa – Honza</i> .....	48
<i>Obrázek 3 Sociální mapa – Petra</i> .....	49
<i>Obrázek 4 Sociální mapa – Tereza</i> .....	50
<i>Obrázek 5 Sociální mapa – Alena</i> .....	51

**SEZNAM TABULEK**

<i>Tabulka 1 Typické kombinace návykových problémů.....</i>	16
<i>Tabulka 2 Typy závislostí.....</i>	21
<i>Tabulka 3 Bludné kruhy při vzniku závislosti .....</i>	27
<i>Tabulka 4 Dobrý kruh prevence a léčby .....</i>	27
<i>Tabulka 5 Kritéria pro výběr výzkumného vzorku .....</i>	42

**SEZNAM PŘÍLOH**

P I	Kazuistika Petr
P II	Kazuistika Honza
P III	Kazuistika Petra
P IV	Kazuistika Tereza
P V	Kazuistika Alena

## PŘÍLOHA P I: KAZUISTIKA PETR

Petr se narodil v roce 1985 ve Zlíně. Již od dětství byl problémovým dítětem, má o deset let staršího bratra, který pro něj byl vzorem. Petr vyrůstal v úplně rodině, ale vztahy mezi rodiči nebyly ideální. Petrův otec často navštěvoval restaurační zařízení a domů chodil posilněn alkoholem, ke svým synům i manželce se choval neurvale. Další zálibou Petrova otce byly ženy, kterých měl mnoho. Petrova matka hodně pracovala a manželova záliba v alkoholu a v ženách ji velmi zraňovala. Postupem času Petrova matka tuto situaci neunesla a také začala holdovat alkoholu. Výchovu Petra tedy převzala babička, jelikož matka neustále pracovala nebo byla pod vlivem alkoholu a na výchovu syna už jí nezbýval čas. Babička výchovu Petra nezvládala, byla sice hodná, ale pro Petra nebyla autoritou. Petr se stále více viděl ve svém starším bratrovi. Ten byl úplně jiný než ostatní, neustále byl nad věcí, nic neřešil a měl všechno, co chtěl, a právě to se Petrovi na něm líbilo. Když byl Petr v první třídě, přijeli k nim domů policisté a odvezli jeho bratra rovnou do diagnostického ústavu. Otec tuto situaci neřešil, jen prohlásil, že Petrův bratr si za vše může sám. Od matky se Petr dozvěděl, že jeho bratr holdoval alkoholu a kradl, kde se dalo a jelikož toho měl na kontě mnoho, byl umístěn v diagnostickém ústavu. Tehdy si Petr řekl, že nikdy nebude krást ani pít alkohol.

Na základní škole prožíval Petr těžké chvíle. Jeho spolužáci měli vše, na co si vzpomněli, Petr však neměl téměř nic. Když Petr chtěl, aby mu rodiče něco koupili, otec mu na to odpověděl, že nic nepotřebuje a matka většinou peníze neměla, jelikož je propila. Petr postupem času začal tedy krást, stejně jako jeho starší bratr. Babička Petrovu výchovu v tomto období vůbec nezvládala, Petr byl z rodiny odebrán a umístěn v dětském domově. Během Petrova pobytu v dětském domově byla jeho matka na protialkoholním léčení. Zhruba po dvou letech se Petr mohl z dětského domova vrátit domů. Asi rok po návratu z dětského domova bylo vše relativně v pořádku. Pak se však vrátil domů Petrův bratr a vše se vrátilo do starých kolejí. Když bylo Petrovi 13 let, začal kouřit, pít, chodit za školu, pěstovat a prodávat marihuanu. Petr se přestal věnovat svým zájmům, v této době neměl téměř žádné kamarády. Před nástupem na střední školu začal Petr krást stále víc a víc. Nastoupil na střední průmyslovou školu, ale v pololetí byl vyhozen. Na většinu krádeží policie přišla, Petr byl odvezen do diagnostického ústavu a jeho bratr opět putoval do vězení. Během pobytu v diagnostickém ústavu se Petr vyučil kuchařem. V diagnostickém ústavu Petr poprvé vyzkoušel pervitin, nejdříve jen proto, aby se neshodil před ostatními kluky, později už perníku propadl úplně, začalo se mu to líbit. Petr z diagnostického ústavu utekl

do Brna a opět kradl, aby měl peníze na drogy. V Brně měl Petr starší kamarády, kteří vyráběli pervitin. Petr u těchto kamarádů mohl bydlet a dělal jim dealera pervitinu. Občas se do diagnostického ústavu vrátil a pak opět utekl. V 18 letech se Petr vrátil do Zlína, stále však jezdil do Brna pro pervitin, který ve Zlíně prodával. V tomto období si Petr našel první holku, dokonce kvůli ní přestal dělat dealera, ale bez pervitinu fungovat nedokázal, proto začal ještě více krást, aby si mohl drogu obstarat. Kvůli krádežím Petr dostal podmíněný trest, ale měl velký strach, že se může při dalším problému dostat do vězení. Proto se Petr rozhodl s pervitinem skončit, chtěl začít nový život. Chvíli se mu dařilo abstinovat, ale v té době se vrátil z výkonu trestu Petrův bratr, který Petra opět stáhl na šikmou plochu. Bratři společně kradli auta, naftu, vykrádali domy. Petr v té době opět začal brát pervitin, v mnohem větší míře než dříve. Kvůli droze byl schopen ukrást a následně prodat cokoliv. Doma Petra už nechtěl nikdo ani vidět, hledala ho policie a exekutoři. Petr i jeho bratr si během tohoto období nabrali půjčky, jejich ručitelem byla jejich matka, která za ně půjčky splácí dodnes. Toto období bylo pro Petra nejhorší, jelikož začal dovážet pervitin z Itálie. Chvíli vše procházelo, ale nakonec byl Petrův bratr s velkým množstvím pervitinu chycen v Rakousku a opět putoval do vězení. Petr dostal podmíněný trest v trvání pěti let. Petr stále užíval pervitin, a vybudoval si další závislost, tentokrát na výherních automatech. Aby měl Petr na drogy i na automaty, kradl vše, co mu přišlo pod ruku. Dokonce se začal zabývat výrobou pervitinu, což se mu stalo osudným. Při výrobě pervitinu byl zadržen policií, a následně odsouzen k souhrnnému trestu odnětí svobody v délce 36 měsíců. Během pobytu ve vězení začal Petr hodně číst, cvičit, pracovat, platil své dluhy, byl vzorný vězeň. Proto mu byla polovina trestu odpuštěna, s tím, že dostal podmíněný trest v délce tří let. Petrova matka ho ve vězení navštěvovala, byla mu tehdy velkou oporou. Petr měl velký strach, co bude, až se dostane z vězení na svobodu. Ale byl velmi překvapený, jak ho okolí přijalo, všichni mu dávali najevo, že se změnil a je to zase ten správný Petr. V současné době má Petr práci, která ho velmi baví a již rok žije s přítelkyní, která mu před pár dny oznámila, že spolu čekají miminko. Petr teď prožívá jedno z nejkrásnějších období svého života. A jak vzpomíná na svou drogovou závislost? Jak sám říká, drogy už nechce nikdy vidět, vzaly mu téměř vše, včetně jeho rodinných příslušníků, kromě matky a babičky. Petr zatím nepociťuje žádné zdravotní problémy, které by souvisely s drogovou závislostí.

## PŘÍLOHA P II: KAZUISTIKA HONZA

Honza se narodil v roce 1978 v Moravské Třebové, má o tři roky mladší sestru Zuzku. Otce nikdy nepoznal, ani se o něm od matky nikdy nic nedozvěděl. Do Honzových dvanácti let žila jeho rodina běžným životem. Matka dosti často pila alkohol, ale o rodinu se zatím dokázala postarat. Když bylo Honzovi zhruba 13 let, matčina závislost na alkoholu se stupňovala. Honzův otčím už matčinu závislost nedokázal unést a i s Honzovou mladší sestrou od rodiny odešel. Od té doby Honza už sestru neviděl. Když byl Honza v osmé třídě základní školy, jeho matka ho odvezla k babičce do Prahy, kde ho nechala a už se pro něj nikdy nevrátila. Honza byl soudně svěřen do péče babičky a nastoupil na základní školu v Praze. Ve škole ho spolužáci moc nebrali, neustále ho považovali za outsidera z Moravy. Honzovi trvalo pár let, než pocítil, že mezi spolužáky konečně zapadá. Učení Honzovi moc nešlo, byl velmi živý kluk. V této době se mezi Honzou a jeho babičkou začaly objevovat první problémy. Babička pro Honzu byla sice autoritou, ale její názory mu připadaly staromódní. Po základní škole nastoupil Honza na učiliště, učení mu nečinilo zvláštní problémy, zpočátku byl průměrným žákem. Honza se na učilišti opět snažil zapadnout mezi ostatní, chtěl si najít nové kamarády. Proto začal po vyučování s ostatními spolužáky chodit do parku, kde všichni popíjeli alkohol. Honzovi alkohol moc nechutnal, ale vždy se alespoň trochu napil, aby ostatním ukázal, že není žádná nula. Postupně Honza začal i kouřit, aby do patry ještě více zapadnul. Při návštěvě jednoho z koncertů Honza poprvé okusil, jak chutná marihuana. Stav vyvolaný užitím marihuany mu nepřipadal nijak zajímavý, ale kvůli partě předstíral, že je marihuana to nejlepší, co kdy kouřil. Díky uznání party si Honza konečně připadal jako drsňák, konečně měl pocit, že někam patří. Na konci prvního ročníku měl Honza vynikající vysvědčení, proto se jeho babička rozhodla, že má navíc, a Honza musel přestoupit na jinou školu, na studijní obor s maturitou. Nová škola však byla pro Honzu náročná, musel se učit daleko více než na učňáku. Opět se dostal do situace, kdy mezi spolužáky nezapadal. V této době Honza poznal Kláru, svou první přítelkyni. Honza s Klárou začali chodit do hospůdky na pivo, občas si zakouřili marihuanu. Rodiče Kláry Honzu měli rádi, postupem času do rodiny celkem zapadl. Honzova babička ovšem nebyla ráda, že má Honza známost, jelikož kvůli Kláře zanedbával školu. Hádky mezi Honzou a babičkou byly na denním pořádku, Honza stále častěji nacházel azyl u Kláry a jejích rodičů. Na Silvestra roku 1996 Honza zůstal s Klárou na večírku do brzkých ranních hodin a babička ho poté už domů nepustila. Tak se Honza ocitl ve svých sedmnácti letech na ulici. Rodiče Kláry sice Honzu vzali k nim domů, ale nemohl u nich být napořád.



Honzovi hrozilo umístění v diagnostickém ústavu, ale do jeho osmnáctých narozenin se mu dařilo vyhýbat se policii a babičce. Krátce po dosažení plnoletosti se Honza seznámil s klukem, se kterým poprvé vyzkoušel pervitin. Tento zážitek byl pro něj natolik silný, že chtěl, aby to zažila i Klára. Tak začali oba pomalu padat do závislosti na pervitinu. Klára stále chodila do školy a bydlela u rodičů. Honza zůstal sám na ulici a pervitin mu byl jeho každodenním společníkem. Honza v té době začal navštěvovat kontaktní centrum, kde se mohl najíst, osprchovat, kontaktní centrum se pro něj stalo částečným domovem. Honza se točil v bludném kruhu závislosti, spal po kanálech a všude tam, kde bylo teplo. Honza se několikrát drogou předávkoval a skončil na psychiatrii. Vždy však z psychiatrické nemocnice utekl a znovu se vrátil k životu na ulici a k pervitinu. Klára se v Honzově životě už moc nevyskytovala. V roce 1997 se Honza seznámil s Michalem. Michal byl policista a Honza mu velmi připomínal jeho syna, se kterým se stýkal sporadicky. Michal se snažil Honzovi ukázat, že je možné žít život bez drog. Michal Honzu bral do přírody, snažil se v něm probudit kluka, kterým Honza byl, než se stal závislým na pervitinu. Michal Honzovi sehnal práci na horách, ale Honza v tomto zaměstnání vydržel jen pár měsíců a pak se opět vrátil k pervitinu a k životu na ulici. V létě roku 1997 se Honza pervitinem předávkoval natolik, že málem zemřel. Až po této zkušenosti se Honza rozhodl pro léčbu v terapeutické komunitě. Během léčby se seznámil s terapeutkou Alenou, se kterou navázal partnerský vztah. Alenini rodiče zpočátku se vztahem nesouhlasili, ale když viděli, že Honza léčbu v terapeutické komunitě dokončil a stal se z něj slušný mladý muž, nebránili jim ve vztahu pokračovat. Během pobytu v terapeutické komunitě Honza opět navázal vztah s babičkou. V současné době je Honza přes deset let čistý- nežívá drogy. Vztah s Alenou trvá dodnes, Honza má již několik let práci, která ho baví a je se svým životem spokojen. Co se zdravotních důsledků týká, Honza má dosti poškozené žíly a trápí ho bolesti v kolenou. Ale dle jeho slov je rád, že se dokázal poprat se závislostí, což bylo tím nejtěžším, co v životě zažil. Honza již několik let spolupracuje s jednou organizací a snaží se pomáhat lidem, kteří drogovou závislostí právě procházejí. Dále Honza přednáší o drogách na základních a středních školách v rámci drogové prevence. Honza již nikdy nechce drogy ve svém životě ani vidět. Drogová minulost mu přinesla jen špatné zkušenosti, vzala mu na čas rodinu i přátele.

## PŘÍLOHA P III: KAZUISTIKA PETRA

Slečna Petra se narodila v roce 1980. Dětství slečny Petry bylo dle jejích slov velmi krásné. I když se narodila jako neplánované dítě, rodinné zázemí dle jejích slov bylo láskyplné. Její rodiče se poznali na lyžařském svahu, strávili spolu večer a Petřina maminka hned otěhotněla. Jelikož rodiče Petry bydleli od sebe téměř 100 km daleko, viděli se velmi málo. Petřina maminka byla v době těhotenství v posledním ročníku vysoké školy a tatínek byl ve výkonu vojenské služby a jejich vztah nebyl zrovna ideální. Na rodičovské dovolené zůstala s Petrou babička, aby mohla Petřina maminka dostudovat. Petra bydlela do svých dvou let i s maminkou u prarodičů. Rodiče Petry měli svatbu v době, kdy Petra dosáhla věku dvou let. Krátce nato se rodiče Petry rozhodli odstěhovat od prarodičů do vlastního bytu. **Petra tedy vyrůstala v úplné rodině, ale dle jejích vlastních slov již v raném dětství cítila, že vztah rodičů není ideální.** Nicméně rodiče ji zahrnovali láskou, a jelikož otec Petry podnikal a velmi se mu dařilo, byla rodina velmi dobře finančně zajištěna. Petra sama přiznává, že u nich v rodině nikdy neřešili finanční problémy. Již od raného dětství byla Petra vedena ke sportu, zejména ke sjezdovému lyžování, jelikož její otec se věnoval sjezdovému lyžování závodně. Petra začala také závodit, a jelikož měla pro tento sport velké nadání, často se vyskytovalo její jméno na výsledkových listinách mezi první třemi umístěními. **Tatínek byl na Petru velmi pyšný, ale málokdy to své dceři řekl do očí.** A to Petru velmi trápilo, jelikož byla velmi citlivým dítětem. Petra často jezdila na soustředění a byla tak odloučena na delší dobu od své rodiny. Ale nečinilo jí to sebemenší problémy, se svými kamarády lyžaři se cítila dobře a sport byl její srdcovou záležitostí. Co se týče školního prospěchu, neměla Petra na základní škole žádné problémy.

Když bylo Petře 7 let, narodila se její sestra Mirka. Petra se o svou sestru starala, snažila se jí hýčkat. I Petřina sestra byla vedena k lyžování, obě sestry byly v tomto sportu velmi šikovné a dosahovaly velmi dobrých výsledků. Obě sestry se časem dostaly do reprezentačního týmu České republiky a několik let se v tomto týmu držely, i když konkurence mezi děvčaty jejich věku byla velká. Když bylo Petře 13 let, její rodiče se rozvedli. Petra oba rodiče velmi milovala, s novou rodinnou situací se velmi špatně vyrovnávala. Nechtěla přijít ani o jednoho rodiče, ale moc dobře věděla, že jeden z rodičů opustí společnou domácnost. **Pro Petru byl rozvod rodičů velmi bolestný, jelikož její maminka s ní probírala vše, co se odehrálo mezi oběma rodiči.** Petra nechtěla ublížit ani jednomu z rodičů, proto se chovala jako hodná holčička a snažila se vyjít vstříc oběma

rodičům. Což však mělo za následek, že Petra onemocněla poruchou příjmu potravy, konkrétně mentální anorexií. Během pěti měsíců Petra zhubla z 55 kg na 35 kg a téměř nepřijímala žádnou potravu. Byla umístěna na dětské oddělení JIP. V této době bylo pro Petru velkou motivací právě lyžování. Velmi se chtěla ke svému oblíbenému sportu vrátit, ale z důvodu nemoci neměla sílu na sportování. Petra tedy začala pomaloučku znovu jíst a po roce se opět dostala na svou původní váhu. Mohla se tedy vrátit na lyžařské svahy a znovu závodit. Ale 2 roky mimo sjezdovku byly znát, Petra už se nemohla výkonnostně srovnávat s děvčaty, se kterými závodila v době před onemocněním. Pro Petru bylo její umístění na závodech velkým zklamáním, a proto se rozhodla s vrcholovým sportem skončit. V té době bylo Petře 17 let a navštěvovala 3. ročník gymnázia. V tomto období Petra dostala další ránu osudu. Dozvěděla se, že její otec se oženil se svou přítelkyní, která byla příčinou rozvodu Petřiných rodičů. Tato informace Petru velmi zasáhla a byla spouštěčem dalšího onemocnění, konkrétně mentální bulimie. Petra často kvůli záchvatům přejídání odcházela ze školy, zameškané hodiny se hromadily. Petra mentální bulimii před svou rodinou tajila, ale po půl roce každodenního přejídání se a následného zvracení se rozhodla o svém onemocnění říct své mamince. Maminka Petry tušila, že s její dcerou není něco v pořádku, proto pro ni bylo Petřino přiznání určitou úlevou. Petra se s maminkou dohodla, že přeručí studium střední školy a půjde na léčení do psychiatrické nemocnice. Během léčby se Petra snažila se svou nemocí bojovat, ale moc se jí to nedařilo. Po tříměsíční léčbě Petra opouštěla léčebnu s tím, že mentální bulimie je onemocnění, které vyžaduje dlouhodobější terapii. Po návratu z léčebny se Petra už nechtěla vrátit na gymnázium, proto se s rodiči domluvila, že si bude hledat zaměstnání. Ale neměla štěstí, během následujících pár měsíců se jí nepodařilo sehnat žádnou práci. Petra z toho byla a nešťastná a často se kvůli tomu hádala s matkou. Aby Petra nemusela trávit večery doma s matkou a neustále poslouchat, že není schopná si najít práci, začala Petra trávit večery po restauračních zařízeních. Alkohol byl Petřiným denním společníkem a cigarety taktéž. Po měsíci tohoto Petřina nežádoucího chování se její otec rozhodl pro radikální změnu. Petra nastoupila jako dělnice do firmy svého otce. Přes týden bydlela na ubytovně v místě pracoviště a na víkendy jezdila k matce domů. Na podzim roku 2000 Petra četla mnoho knih o drogách, jelikož jí vždy zajímalo, jak návykové látky, respektive pervitin účinkuje. V této době se Petra seznámila se slečnou A., která se také zajímala o účinky pervitinu. Obě slečny dostaly nápad, že pervitin vyzkouší na vlastní kůži. Petře i slečně A. se pervitin tak zalíbil, že

začaly jezdit na různé techno párty, kde byla kromě pervitinu dostupná a i další droga známá jako extáze. Obě slečny často užily pervitin i extázi současně, techno párty navštěvovaly každý víkend. Petra začala během této doby navštěvovat jinou střední školu, jelikož si chtěla dodělat maturitu. V tomto období Petra byla jen víkendovým uživatelem pervitinu a zatím neměla žádné problémy. Petře se i přes pravidelné užívání pervitinu podařilo odmaturovat a následně odcestovat do Severního Irsku, kde pracovala 2 roky jako au-pair. Během pobytu v Irsku Petra žádné drogy neužívala. Po návratu z Irsku Petra pracovala v Krkonoších jako instruktorka lyžování. Zde se seznámila s Jirkou, který měl také za sebou zkušenosti s pervitinem. Z počátku byl jejich vztah čistý- bez drog. Ačkoliv to ani jeden z nich neplánoval, přišlo období, kdy se do jejich vztahu opět přimíchal pervitin. Jirka pochází z malého města v pardubickém kraji, proto se Petra za ním přestěhovala. Nejdříve bydleli u Jirkovy sestry a poté si společně pronajali byt. Zpočátku oba chodili do práce, ale postupem času užívali pervitin téměř denně, což mělo za následek, že Jirka ztratil zaměstnání. Pár měsíců potom přišla o práci i Petra, jelikož ani jeden z nich nebyl schopen zvládat práci a drogovou závislost zároveň. Jelikož neměli žádný příjem, nebyli schopni platit nájem a majitel bytu je vyhodil. Následující dva roky bydleli po kamarádech či v autě. Jednoho dne Petra zjistila, že je těhotná, což pro ni bylo velkou motivací a Petra přestala pervitin užívat téměř ze dne na den. Do osmého měsíce těhotenství Petra žila s Jirkou na ubytovně a stále doufala, že se Jirka změní a bude z něj příkladný otec. Bohužel se tak nestalo a Petra se na začátku osmého měsíce těhotenství rozhodla vrátit domů k matce. Zde měla dveře otevřené, matka Petru přijala a pomohla jí při koupi všeho potřebného pro miminko. Petra v roce 2008 porodila zdravou dceru a dnes je dobrou matkou. Petra si během závislosti na drogách vzala několik půjček, které jí pomohl splatit její otec, za což je mu Petra velmi vděčná. V současné době je Petra již pátým rokem čistá (bez drogy), studuje poslední ročník vysoké školy a je spokojenou matkou 5 leté dcery. Petra má v současné době s rodiči opět dobré vztahy, s bývalým přítelem se nestýká. Petra svou zkušenost s drogami bere s nadhledem. Díky drogám Petra pochopila, že se musí spoléhat sama na sebe, závislost jí donutila být více samostatná. V budoucnu by Petra chtěla pracovat s drogově závislými, své zkušenosti by chtěla předávat dál a pomoci tak lidem, kteří s drogami stále mají potíže. Zdravotní důsledky spojené s užíváním drog se u Petry objevují v malé míře. Sama přiznává, že občas má problémy s ledvinami a bolestí hlavy, v malé míře je narušena schopnost koncentrace.

## PŘÍLOHA P IV: KAZUISITIKA TEREZA

Tereza se narodila v roce 1987 v Pardubicích. Vyrůstala v rodině úspěšných rodičů, oba jsou lékaři. Tereza je jedináček, rodiče o dalším dítěti nikdy neuvažovali, matka se po půl roce rodičovské dovolené vrátila do práce, Terezu vychovávala chůva. Rodiče Terezy byli pracovně velmi vytížení, dceru vídali velmi málo, většinou vždy pozdě večer, ale to už Tereza spala. Své dětství Tereza popisuje jako velmi chladné, již jako malá musela bojovat o lásku své matky, která Terezu měla jen na chlubení se před známými. Otec Terezu velmi miloval, ale kvůli pracovnímu vytížení jí nevěnoval tolik času, kolik by Tereza potřebovala. Ke drogám se Tereza poprvé dostala v 15 letech, nejdříve vyzkoušela marihuanu a alkohol, poté začala experimentovat s pervitinem. Po nástupu na střední školu si rodiče začali všimnout, že Tereza je náladová, neustále je provokovala, zhoršila se ve škole. Rodiče změně jejího chování nepřikládali větší význam, domnívali se, že jde o pubertu. Dle Terezy to pro rodiče bylo jednodušší, než aby s ní řešili její problémy. Tereza začala chodit za školu, absence narůstaly a rodiče už si s Terezou nevěděli rady. Tereza dostala od rodičů ultimátum, kromě školy nesměla z domu ani na krok. Tereza zákazy rodičů nerespektovala, utekla z domu. Porozumění našla Tereza v partě, kde všichni brali pervitin. V této drogové partě si Tereza našla přítele, drogového dealera. Od 17 let Tereza žila na ulici, přespávala u kamarádů nebo ve sklepních prostorách paneláků. Jelikož Tereza neměla žádný příjem, obstarávala si peníze drobnými krádežemi, velmi často poskytovala sexuální služby výměnou za pervitin. Když bylo Tereze 18 let, přidala se ke svému příteli a stala se z ní dealerka pervitinu. Měli tedy dostatečný finanční příjem a mohli si pronajmout byt. Tereza byla velmi šťastná, po roce stráveném na ulici měla konečně opět svůj domov. Soužití tohoto mladého páru bylo zpočátku celkem v pořádku, ale časem se u Terezy a jejího přítele začaly objevovat psychické problémy spojené s užíváním pervitinu. Tereza měla velmi často úzkostné stavy, u jejího přítele se začaly projevovat násilnické sklony. Téměř denně musela Tereza snášet nadávky a psychické týrání, později ji přítel začal napadat fyzicky. Zamykal Terezu v bytě, neustále měl pocit, že je mu Tereza nevěrná. Tereza v tomto neustálém napětí žila téměř dva roky, pervitin už brala jen proto, aby zapomněla na své problémy s partnerem. Pervitin jí už nic nedával, ale když si dala, byla schopna přemýšlet o tom, co se svým životem dál. Jednoho večera Terezin přítel přinesl čerstvou dávku pervitinu a dali si dávku společně. Pervitin byl ovšem velmi silný, přítel Terezy po jeho požití trpěl silnými halucinacemi. Což mělo za následek, že Terezu zmlátil takovým způsobem, že utrpěla řadu zranění. Po tomto traumatizujícím zážitku se Tereza rozhodla od přítele utéct.

Nevěděla kam jít, tak se obrátila na svou kamarádku ze základní školy. Kamarádka Tereze poskytla ubytování, několik měsíců spolu obývaly jeden byt a Tereze se podařilo zbavit závislosti na pervitinu. Tereza během této doby zjistila, že je těhotná, otcem dítěte byl její bývalý přítel. Tereza ze svého těhotenství byla nadšená, ale nebyla si jistá, zda je ve své situaci schopna dítěti zajistit zázemí. Tereza uvažovala o potratu, ale po debatě se svou kamarádkou se rozhodla si miminko nechat. Kamarádka Terezu přemluvila, aby se pokusila opět navázat vztah s rodiči. Tereza se velmi bála, jelikož s rodiči nemluvila několik let. Po týdnu váhání Tereza navštívila rodiče, setkání bylo velmi emotivní. Když se rodiče dozvěděli, že jejich dcera je těhotná, byli trošku v šoku. Matka Terezy měla obavy, co na její těhotenství řekne okolí, jak se lidé budou dívat na svobodnou matku, bývalou narkomanku. A otec pouze přikyvoval matce, tak tomu bylo ostatně vždy. Tereza se tedy vrátila do bytu kamarádky a přemýšlela, co bude dál dělat. Začala se zajímat o azylové domy pro matky s dětmi, a pomalu se začínala smiřovat s tím, že zůstane sama, jen se svým miminkem. Od návštěvy rodičů uplynul měsíc, rodiče Terezy si vše rozmysleli a nabídli své dceři pomocnou ruku. Tereza se přestěhovala k rodičům a narodil se jí zdravý chlapeček. Jelikož Tereza v době drogové závislosti uzavřela mnoho půjček, musela se vypořádat s tím, jak bude své dluhy splácet. O svých závazcích Tereza řekla rodičům a její otec jí finančně pomohl. V současné době Tereza stále bydlí u rodičů, její syn má pět let. S rodiči Tereza vychází výborně, dle jejích slov dokonce lépe, než si kdy dovedla představit. S bývalým přítelem se Tereza nestýká, ale stále za něj splácí dluhy. Tereza v současné době dodělává střední školu, po maturitě by chtěla dálkově studovat vysokou školu se zaměřením na sociální práci. Tereza abstinuje již čtvrtým rokem, dle jejích vlastních slov má občas chuť si pervitin dát, ale její malý syn je pro ni velkou motivací, proto se drží a drogám odolává. Zdravotní důsledky po drogové závislosti Tereza nemá, ale problémy pozoruje v jiné oblasti. Je pro ni dosti obtížné se delší dobu soustředit na studium, velmi rychle ji rozbolí hlava a často trpí migrénami, které jsou důsledkem domácího násilí, které zažívala s bývalým přítelem. Ale i přes veškerá úskalí je Tereza ráda, že má zdravého syna a opět našla cestu ke svým rodičům. Drogová závislost Terezu velmi ovlivnila, ačkoliv má občas na pervitin chuť, nikdy už by si ho nechtěla dát. Drogy dle jejích slov změní člověka natolik, že časem není schopen rozlišovat, co je správné a co není. A Tereza už chce v životě dělat jen správné věci, aby mohla svému synovi být dobrým příkladem.

## PŘÍLOHA P V: KAZUISTIKA ALENA

Alena se narodila roku 1983 v Ústí nad Orlicí. Má tři sourozence, o tři roky starší sestru, o dva roky staršího bratra a o čtyři roky mladší sestru. Aleniní rodiče uzavřeli sňatek velmi mladí, bylo jim pouhých 19 let. Jejich manželství dlouho nevydrželo, rozvedli se, když byly Aleně tři roky. Alenina matka se asi rok po rozvodu seznámila s mužem, který se posléze stal Aleniným otčím. Když byly Aleně čtyři roky, narodila se její nejmladší sestra, jejímž otcem už byl Alenin otčím. Dle Aleniných slov bylo její dětství celkem šťastné. Základní školu Alena zvládala bez sebemenších problémů, patřila mezi dobré žáky. Se sourozenci Alena vycházela dobře, všichni museli pomáhat matce, jelikož měla pronajaté restaurační zařízení a pracovala dlouho do nočních hodin. Alenin otčím také pracoval v tomto restauračním zařízení, ale místo práce zde popíjel alkohol a všechny dirigoval. Když byla Alena asi v osmé třídě základní školy, začala se i se svým starším bratrem scházet s partou spolužáků, kteří občas popíjeli alkohol, a kouřili marihuanu. Alena se mezi nimi cítila lépe než doma, v partě nemusela řešit rodinné problémy, které se u nich doma v tomto období vyskytovaly. Alena v tomto období velmi trpěla, jelikož téměř denně byla nucena poslouchat hádky mezi matkou a otčím. Alenu také velmi trápilo, že matka dává přednost otčímovi před vlastním dětmi. Z tohoto důvodu Alena stále více času trávila se svou partou, kde si občas dala pervitin. Na konci osmé třídy se Alena jednoho dne rozhodla, že pojedje se svou kamarádkou na víkend do Trutnova. Alena matce o výletu nic neřekla, jelikož se domnívala, že matku nezajímá, co její dcera dělá. V tom se však Alena spletla, její matka ji celý víkend hledala a měla o ni strach. Alena nakonec byla po třech dnech úspěšně nalezena policií. Aleniny útěky z domova se však v několika následujících měsících opakovaly, matka výchovu Aleny přestala zvládat. Proto byla Alena umístěna do dětského domova. Alena na doporučení vychovatelky dětského domova nastoupila na učební obor švadlena. Aleně se na učilišti líbilo, našla si zde nové kamarádky, které neměly zálibu v drogách a alkoholu. V dětském domově se Alena cítila velmi dobře, tety pro ni představovaly rodinu a dávaly jí lásku, kterou doma nepocítovala. Během pobytu v dětském domově Alena velmi přilnula ke svému dědečkovi, který ji velmi často navštěvoval. Alenina matka na návštěvy chodila méně, jelikož hodně pracovala, aby uživila své děti. Když bylo Aleně 17 let, seznámila se se svým prvním přítelem. Martin byl o dva roky starší než Alena a pracoval jako kuchař. V 18 letech Alena opustila dětský domov a nastěhovala se k Martinovi a jeho matce. Nejdříve bylo jejich soužití pohádkové, ale po pár měsících idylka skončila, Martinova matka mladému páru začala mluvit do života, což se jim samo-

zřejmě nelíbilo. Alena s Martinem tedy odjeli pracovat do Německa. Zde pobývali zhruba půl roku, poté se rozhodli pro návrat do ČR, důvodem bylo Alenino těhotenství. Martinova matka o těhotenství nechtěla ani slyšet, vyhodila Alenu z domova. V tomto těžkém období Aleně pomohl její dědeček, který jí koupil byt a také Aleně vypomáhal finančně. Alena porodila zdravou holčičku, Martin se nastěhoval k ní do bytu. Mladý pár spolu žil ve společné domácnosti dva roky, poté se rozešli. V té době bylo Aleně 22 let. Tehdy se k Aleně nastěhoval její bratr se svou přítelkyní, oba občas užívali pervitin. Alena o jejich občasném užívání věděla, ale neodsuzovala je. Možná právě proto se po pár měsících rozhodla, že s bratrem a jeho přítelkyní pervitin opět zkusí. Což byla osudová chyba, jelikož od toho se pervitin v Alenině domácnosti vyskytoval alespoň dvakrát týdně. Do drogové závislosti pomalu padala nejen Alena, ale i její bratr a jeho přítelkyně. Alena si po pár měsících začala uvědomovat, že takhle dál žít nemůže. Moc dobře si byla vědoma toho, že její malá dcera žije v prostředí, které pro ni bylo nevyhovující. I když Alenin bratr a jeho přítelkyně přispívali Aleně na domácnost, neustále jim chyběli peníze, jelikož většina jejich příjmu šla na drogy. Po půl roce společného soužití se Alena rozhodla pro radikální řešení. Bratra i jeho přítelkyni požádala, aby její byt opustili, chtěla začít nový život bez pervitinu. Aleně se podařilo během krátké doby zbavit závislosti na pervitinu, velkou motivací pro ni byla její malá dcera, Alena jí chtěla být dobrou matkou. V tomto období se Alena začala scházet se svým spolužákem ze základní školy, se kterým během pár měsíců navázala partnerský vztah. Radek se velmi sblížil i s Aleninou dcerou, všichni tři začali obývat společnou domácnost. V 25 letech Alena s Radkem otěhotněla, narodila se jim holčička. Alena se konečně dočkala úplné rodiny, po které tak toužila. V současné době žije Alena se svou rodinou spokojeným životem. Se svým bratrem se Alena stýká málo, jelikož on, na rozdíl od Aleny drogám stále podléhá. Vztah Aleny s její matkou je v současné době dobrý, stýkají se a snaží se respektovat jedna druhou. Alena své zkušenosti s drogovou závislostí bere s nadhledem. Drogy jí sice nepřinesly nic dobrého, ale naučily ji, že člověk musí bojovat a věřit sám sobě. Zdravotní důsledky po drogové závislosti Alena na sobě zatím nepozoruje, ale ví, že zdravotní potíže se mohou objevit ve vyšším věku. Alena by moc chtěla pomáhat lidem, kteří v současné době procházejí drogovou závislostí. Proto v nedávné době začala spolupracovat s kontaktním centrem, které funguje nedaleko jejího bydliště.