

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích**

**Zdravotně sociální fakulta**

**Osobnostní posun drogově závislého  
zařazeného do substitučního programu**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce:

Doc.PhDr.H.Zášková CSc

Autor:

Dominika Donnerová

14. 05. 2007

## **ABSTRACT**

The social pathology in our society is on increase, the number of socially handicapped children and youngsters below the age of 18 years is increasing. Drug addiction does not spare any social classes and occurs in traditional as well as agnostic families. Interaction between an individuum and the society that includes his family and other members of his generation leads to a number of problems. It is difficult to determine with certainty which person is likely to develop drug addiction and it is not possible to assume that certain persons are refractory to the development of such addiction. However, there are predispositions that are increasing the risk of drug addiction development. According to Nespor and Csemy („Alcohol, drugs and your children“), the predisposed persons are often hypersensitive, anxious, vulnerable, with impaired communication skills, but are also hyperactive, unfocused, impulsive, with deficient response to stressful situations. While analyzing the character of a certain person, we should not concentrate solely on his past, but we should also ascertain his goals and future perspectives.

### **Prohlášení**

Prohlašuji zde, že jsem bakalářskou práci sepsanou na téma: **Osobnostní posun drogově závislého zařazeného do substitučního programu** vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které nepřímo cituji a uvádím v příložené bibliografii.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce a to v nezkrácené podobě fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 14. 05. 2007

.....

## **Poděkování**

Chtěla bych na tomto místě poděkovat své vedoucí práce paní doc. PhDr. Heleně Záškové CSc za odborné vedení, podněty i pomoc při tvorbě této práce.

## OBSAH

Úvod .....	9
<b>1. Současná situace.....</b>	<b>9</b>
<b>1.1 Definice pojmu droga .....</b>	<b>9</b>
<b>1.2 Neschopnost snášet zátěž.....</b>	<b>10</b>
<b>1.3 Spektrum drog.....</b>	<b>11</b>
1.3.1 Alkohol, tabák a léky .....	11
1.3.2 Cannaboidy .....	11
1.3.3 Stimulancia.....	12
1.3.4 Halucinogenní amfetaminy .....	13
1.3.5 Halucinogeny .....	14
1.3.6 Těkavé látky.....	15
1.3.7 Opiáty.....	15
1.3.8 Opiátové alkaloidy .....	16
<b>1.4 Způsoby aplikace opiátů.....</b>	<b>17</b>
<b>1.5 Účinky heroínu .....</b>	<b>18</b>
1.5.1 Zdravotní důsledky závislosti .....	18
1.5.2 Kriminální a ekonomické důsledky .....	19
1.5.3 Sociální důsledky závislosti.....	19
1.5.4 Co je návyk.....	19
<b>1.6 Syndrom závislosti.....</b>	<b>20</b>

1.6.1	<i>Stadia závislosti</i> .....	20
1.6.2	<i>Předávkování drogou</i> .....	21
<b>1.7</b>	<b>Formy léčby závislostí</b> .....	<b>22</b>
1.7.1	<i>Detoxikace</i> .....	22
1.7.2	<i>Substituční léčba závislých</i> .....	22
1.7.3	<i>Program léčby Metadonem</i> .....	23
1.7.4	<i>Program léčby Subutexem</i> .....	24
1.7.5	<i>Ukončení substituční léčby</i> .....	25
1.7.6	<i>Efektivita substituční léčby</i> .....	25
<b>1.8</b>	<b>Osobnostní rysy závislých</b> .....	<b>25</b>
1.8.1	<i>Genetické dispozice</i> .....	26
1.8.2	<i>Frustrace</i> .....	27
1.8.3	<i>Dospívání</i> .....	27
1.8.4	<i>Poruchy osobnosti a chování</i> .....	28
1.8.5	<i>Motivace</i> .....	29
1.8.6	<i>Citová zralost</i> .....	29
<b>2.</b>	<b>Cíl práce a hypotézy</b> .....	<b>30</b>
2.1	<i>Cíl práce</i> .....	30
2.2	<i>Hypotézy práce</i> .....	30
<b>3.</b>	<b>Metodika</b> .....	<b>30</b>
3.1	<i>Charakteristika zkoumaného souboru</i> .....	31
3.2	<i>Použité metody a techniky sběru dat</i> .....	31
3.3	<i>Použité metody a techniky v I. části výzkumu</i> .....	32

<b>4. Výsledky .....</b>	<b>35</b>
4.1 <i>Výsledky neřízeného pozorování .....</i>	<i>35</i>
4.2 <i>Výsledky řízených rozhovorů v I. fázi.....</i>	<i>36</i>
4.3 <i>Výsledná pojednání k rozhovorům.....</i>	<i>50</i>
4.4 <i>Grafická znázornění výsledků rozhovorů.....</i>	<i>51</i>
4.5 <i>Výsledky dotazníků k měření zátěže.....</i>	<i>57</i>
4.6 <i>Výsledky dotazníků k měření senzitivity.....</i>	<i>58</i>
4.7 <i>Grafická znázornění obou dotazníků.....</i>	<i>58</i>
<b>5. Diskuse.....</b>	<b>64</b>
5.1 <i>Diskuse k první fázi výzkumu.....</i>	<i>64</i>
5.2 <i>Diskuse k druhé fázi výzkumu.....</i>	<i>65</i>
<b>6. Závěr.. .....</b>	<b>66</b>
<b>7. Seznam použitých zdrojů .....</b>	<b>68</b>
<b>8. Klíčová slova.....</b>	<b>71</b>
<b>9. Přílohy</b>	

## Úvod

*Běda světu, že svádí k hříchu. Svody sice nutně přicházejí, ale běda tomu, skrze koho přijdou. Jestliže tě tvá ruka nebo noha svádí k hříchu, utni ji a odhod' pryč, lépe je pro tebe, vejdeš-li do života zmrzačený nebo chromý, než abys byl uvržen do věčného ohně.*

*Nový zákon, Evangelium podle Matouše*

Tato práce je určena pro všechny, kteří se v rámci svého povolání setkávají s problematikou drogově závislých jedinců, ale i všem ostatním, kteří se o tuto oblast zajímají. Práce se pokouší přiblížit aspekty chování mladých lidí a případné posuny k lepšímu. Úlohou šetření je zjistit, jak velká je jejich frustrační tolerance při běžných psychických zátěžích, které život přináší. A také to, jak vlastně zátěž hodnotí, prožívají a jsou-li schopni chápat zátěž jako určitou výzvu. Zda je zátěž aktivuje a nutí hledat řešení či zda je spíše ochromuje a vede k rezignaci. Při téměř šestileté praxi zdravotní sestry v ambulanci psychiatrie jsem zjistila, že často nepotřebují rady, jak se závislosti na droze zbavit. Spíše se potřebují naučit přijímat za své jednání zodpovědnost. Stává se, že manipulují celé své okolí (nejvíce svou rodinu) a je třeba je vystavit faktu, že jsou schopni se o sebe postarat a že je to nezbytné. Je pro ně těžké to přijmout, zrovna tak připustit, že mají problém, který musí řešit. Nedaří se jim vzít na sebe zodpovědnost dospělého jedince. Vysledovala jsem, že tyto jedinci se v realitě necítí dobře a nejeví zájem o „normální“ život. Nejsou schopni setrvat v zaměstnání, ve vztahu. Jako by utíkali od života, který je pro ně příliš náročný. Je to sociální problém k vůli nutné integraci těchto jedinců do normálního života. Jde o to, jak pomoci těm, kteří do závislosti upadli, mají problémy a už nechtějí dělat potíže společnosti ani sami sobě. A to nejen v důsledku své závislosti, ale i jiných, přidružených problémů.



## 1. Současná situace

Drogová epidemie“ v ČR vzplála v 90. letech 20. století, v posledních letech se stabilizuje a slábne a tím se přibližuje situaci „průměrné“ země EU. Příznivého vývoje ukazatelů užívání drog a jeho následků lze zjistit hlavně v rozšiřování substituční léčby. Roste také podíl závislých v kontaktu s léčebnými a pomáhajícími zařízeními. (44) Z výběrového šetření o zdravotním stavu a životního stylu obyvatel ČR vyplývá, že alespoň jedenkrát za život vyzkoušelo nějakou psychoaktivní látku 22,3% Čechů. Ovšem mezi mladými ve věku od 18 do 24 let má tuto zkušenost téměř 40% z nich! Nejdostupnější a nejlevnější je marihuana a hašiš, kterou vyzkoušelo 21% populace. Větší zkušenost s drogou mají muži než ženy, svobodní více než sezdaní a lidé do věku 34 let. (38) Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti odhaduje, že v Česku je asi 25 000 osob závislých. Přibývá závislých již od 13 let věku. Snížil se počet žadatelů o léčbu a až 90% uživatelů si drogu aplikuje nitrožilně. Je velmi důležité zabývat se podrobněji *strukturou osobnosti* těchto jedinců, jejich případnými psychopatologickými rysy, stupněm organického postižení a v neposlední řadě možnostmi účelných prevencí. Získané údaje by měly sloužit jako mnohá východiska pro stanovení nejúčinnější formy terapie, léčby a žádoucí integrace do společnosti. (14)

### 1.1 Definice pojmu droga

Drogy jsou omamné látky, které mění stav člověka různými způsoby. Jde o sušený rostlinný či živočišný materiál. Pojem droga je z francouzského slova „drogue“ a obecně označuje léčivé rostliny, také ve speciálním významu přirozené, psychoaktivní, polysyntetické a syntetické substance s potenciálem návyku. Z historie víme, že lidé využívali tyto drogy k léčení, ale také jim sloužily k rituálním či náboženským obřadům. Naši předci znali léčebné účinky drog, ale také potíže při jejich nadužívání. Některé kultury, např. Aztékové nebo Inkové přísně trestaly zneužití mimo povolené situace, neboť považovaly drogy pro jejich léčebné vlastnosti za dary od bohů. (9) Problém drog je starý jako lidstvo samo. Odkazy na drogy nacházíme ve starém zákoně i starších náboženských textech. Užívání substancí, které způsobují změny funkcí CNS,

mají příčinu v touze opustit rámec všednosti a dosáhnout jiné roviny zážitků. Drogy jsou zneužívané pro stimulaci kladných emocí a pro odbourání těch záporných. Při dlouhodobém užívání ale hédonistický vliv nenarůstá, ale naopak se může i snižovat. Jde o paradox chování chemicky závislých – užívají drogu, která přestala poskytovat slast. Je to proto, že organismus postupně snáší větší množství jedu. Je to podmíněno návykem, zrychlením enzymatického rozkladu, zpomalením střevní resorpce a pohlcováním tkáněmi, což je počátek poškozování organismu. (10) Dle definice Světové zdravotnické organizace je droga „jakákoli látka, která, je-li vpravena do živého organismu, může pozměnit jednu nebo více jeho funkcí“. Jde o látky, které mají dvě vlastnosti: ovlivňují prožívání reality a mohou způsobit závislost.

## 1.2 Neschopnost snášet zátěž

Každý jedinec má určitou míru tolerance vůči frustraci, což znamená schopnost snášet zátěžovou situaci. (24) Při konfliktech, strachu a nezdarech v běžném životě je tato neschopnost častý jev. Tito jedinci se nedokáží zabývat sami sebou, vše se jim jeví nudné, nemají hlubší zájmy a chybí jim konkrétní plány. Jsou odkázáni na pasivní zábavu a jen se „potloukají“. Tyto vlastnosti jsou podstatným rizikovým faktorem rozvoje závislosti. (11) Proces, kterým se člověk vypořádává se stresovými situacemi se nazývá *zvládání (coping)*. Nejčastější reakcí na frustraci je aktivní agrese, ale také běžná apatie s uzavřením se do sebe. (1) Příčiny vzniku neschopnosti zátěž zvládat hledáme v ranném vývoji a sociálních podmínkách jedince. Pro matčinu neschopnost reagovat na dítě empaticky dojde ke strukturálnímu defektu ve vývoji. Jeho touha po náklonnosti tu není stále naplněna a vzniká potřeba vzít drogu k zaplacení prázdnoty. Ve skutečnosti dojde k dalším pocitům osamění a úniku z reality. (10) Určitá optimální míra zátěže k životu patří, protože existují faktory, které podstatně ovlivňují následky životních událostí na zdraví člověka. Ochrannými faktory jsou způsoby zvládání těchto událostí a podpora v jeho sociálním okolí. Je nutné vnímat problémy jako výzvu k jejich řešení. (2)

## 1.3 Spektrum (přehled) běžných drog

### 1.3.1 Legální drogy:

**Tabák**, alkohol a léky jsou dle výzkumů nejdostupnější a nejčastěji užívané drogy vůbec. Asi třicet procent případů úmrtí na rakovinu má vazbu na kouření. Snad nejnebezpečnější látkou v tabákovém kouři je nikotin, který je vysoce návykový. Ti, kteří propadli kouření, zjišťují, jak nesnadné je přestat kouřit.

**Alkohol** přináší při konzumaci uvolnění a euforii a snižuje zábrany. I malé dávky snižují úsudek a koordinaci pohybů. Střední až vyšší dávky alkoholu působí výrazné zhoršení vyšších duševních funkcí a značně snižují schopnost člověka učit se novým poznatkům a pamatovat si je. Hladina alkoholu v krvi se udává v promilích. Je-li alkohol kombinován se sedativy, potom i jeho menší množství může způsobit hluboké bezvědomí a dokonce smrt. (37) Odhaduje se, že je na světě asi dvacet milionů alkoholiků.

**Tlumivé léky** nepodléhají zákonu o návykových látkách, působí tlumivě v celém CNS. Benzodiazepiny, analgetika, barbituráty, hypnotika, sedativa a.j. způsobují relaxaci a celkový tělesný a duševní útlum. Klinické nálezy při lékové toxicitě závisí na konkrétním léku. Projevem intoxikace bývá zpomalené myšlení a řeč, apatie, ospalost, náladovost a opilé vzezření. Toxické látky poškozují tělesné struktury, narušují normální funkce organismu, vyvolávají závislost i halucinace. Riziko předávkování a otravy s následným bezvědomím až smrtí je velké. Při chronickém užívání jsou časté bolesti hlavy, deprese, úzkost a agresivita uživatele, dále poškození ledvin a jater. (39)

### 1.3.2 Nelegální drogy:

Cannaboidy – konopné, aktivní drogy, působící povzbudivě – stimulancia.

**Marihuana** – ( nejsnáze dostupná nelegální droga u nás ) je konopí seté – rozšířené ve dvou formách - jako marihuana nebo hašiš. Marihuana jsou rozemleté, sušené, zelené listy a květenství samičích rostlin indického konopí - (*Cannabis sativa*) kořeněné vůně, které se kouří a nebo se užívá v podobě čajů či přidává do pokrmů. Pro psychotropní

efekt, tzn. lehčí změny vnímání – euforizaci *je řazena mezi drogy lehké*, méně rizikové než drogy tzv. tvrdé. Na domácí scéně je droga marihuana zdomácnělá, tvoří značný podíl z celkové spotřeby drog. Konopí působí uvolněnost a intenzivně prožívanou náladu, často dochází k nekontrolovatelnému jednání. **(11)** Dlouhodobější zneužívání marihuany přináší negativní fyzické a duševní účinky. Je to např. porucha srdečního rytmu, zarudnutí očních spojivek, sucho v ústech i krku a zvýšená chuť k jídlu (až žravost). Užívání marihuany většinou zhoršuje nebo krátkodobě ovlivňuje paměť a chápavost, může změnit pojem o čase. Účinky marihuany jsou závislé na okolí, momentální náladě nebo společnosti. Ovlivňuje úlohy, které vyžadují soustředěnost a koordinaci pohybů. Schopnost poznávání mohou být též pozměněny, což ztěžuje získávání nových vědomostí. Při delším užívání se může rovněž objevit paranoia či toxická psychóza, halucinace nastávají zřídka, častěji až po vysokých dávkách. Protože kuřáci marihuany často vdechují nefiltrovaný kouř hluboce a potom jej drží v plicích co nejdéle, poškozují sliznici dýchacích cest a zhoršuje respirační choroby. *Psychická závislost* se projevuje v pozdější fázi vyžadováním stále většího množství drogy k dosažení stejného účinku. **(25)**

**Hašiš** se získává z upravených semínek čisté, tmavohnědé pryskyřice ze špiček kvetoucích rostlin. Účinnou látkou je cannabinol, která je jen u jižních druhů. Konopí- „pramen štěstí“ - vyrostlo z vlasů boha Višnu. Rostlinu zná lidstvo asi 5 tisíc let. **(40)** Hašiš (ale i marihuana) se kouří i s tabákem ve stočených doutnicích nebo cigaretách – „jointech“. Účinek trvá přibližně tři hodiny. Dostaví se krátké zvýšení podnětů, později uklidnění, ztráta kontroly času, při chronickém užívání prožitky odosobnění, neskutečnosti. V hašiši je koncentrace účinné látky THC - tetrahydrocannabinolu - asi pětikrát vyšší než v marihuaně. V hašišovém oleji je jen dvojnásobná hodnota THC. Při denním užívání je substance THC prokazatelná v moči ještě po 30 až 90 dnech.

### **1.3.3 Stimulační drogy**

**Pervitin** zastává čelné místo mezi stimulačními drogami - (česká specialita). Jde o krystalický prášek bílé až žlutavé barvy. Jednotlivá dávka má asi 15 až 20 mg. Obvyklá

je injekční aplikace nebo šňupání. Dostaví se pocit obrovské fyzické a mentální síly s nadměrnou aktivitou až agresivitou a nespavostí, anorexií a potlačením žízně. Zornice jsou maximálně rozšířené, suché rty a ústa. Po odeznění účinků je emoční labilita, nezřídka depresivní stav a vyčerpanost. Často bývá narušeno i vnímání, jsou pocity pronásledování, strachu, může dojít k akutní psychóze s halucinacemi. (11) Dlouhodobé užívání amfetaminů způsobuje někdy příznaky, které nelze dobře odlišit od příznaků akutní schizofrenie. Závislí pak mohou hledat od těchto nepříjemných pocitů úlevu v alkoholu nebo heroinu. (1) Abstinenční syndrom představuje nenasytý hlad, dlouhodobý spánek, někdy bolesti svalů a břicha. Do této skupiny patří dále i **amfetamin**, metamfetamin, efedrin – alkaloid rostliny Ephedra vulgaris, chemicky příbuzný s adrenalinem. (39)

**Kokain** - (bílý prášek nebo krystalky: „sníh“) a **crack** - (směs kokainu, jedlé sody a vody, jejíž krystaly se kouří), fenmetrazin a různé další léky, např. trifenidyl. Jde o látku ze sušených listů rostliny Erythroxylon coka. Různobarevné tablety a prášky, které se užívají kouřením, šňupáním a často injekčně – což je velmi nebezpečné. Působí tělesné i duševní povzbuzení, zvyšují bdělost, mírní únavu a chuť k jídlu. Vyšší dávky vyvolávají potřebu překotné činnosti, úzkost, neklid, nespavost, náladovost, hádavost až agresivitu. Po odeznění účinku následuje skleslost, ospalost, deprese a silné fyzické vyčerpání. Velké dávky mohou způsobit srdeční selhání, dochází k otravám z předávkování. Projevem požití drog je pocení, sucho v ústech, zvýšení krevního tlaku, neklid, roztřesenost, rozšíření zornic. Při delším užívání chronická rýma, krvácení z nosu až proděravění nosní přepážky, bledost a výrazné hubnutí. Následkem užívání je vznik psychické závislosti. (39)

#### ***1.3.4 Halucinogenní amfetaminy***

**MDMA (extáze) - stimulační droga** - zvláštní druh amfetaminů, relativně nová, taneční droga. Je k dostání v prášku, tabletkách či kapslích, polyká se a doba působení je asi 4 až 6 hodin. Zřetelně prohlubuje smyslové vnímání. Zvyšuje krevní tlak a puls, způsobuje sucho v ústech, skřípání zubů, závratě, zrychlenou srdeční akci, těžké

úzkostné stavy a záchvaty paniky. Euforie způsobená požitím drogy často přehluší tyto varovné signály a může tak způsobit vážné komplikace v podobě přehřátí, dehydratace nebo následné smrti. (11)

### **1.3.5 Halucinogeny**

Užívají se v podobě papírových čtverečků napuštěných drogou ( tzv. tripy ), v podobě odvarů, tablet či kapslí. Halucinogeny – psychodelika vyvolávají poruchy vnímání vnitřního i vnějšího světa. (1) Způsobují změny různých smyslů, halucinace - ( vnímání neexistujících podnětů a věcí, často i děsivých ). Mění se prožívání skutečnosti, typické jsou změny nálady. Po použití jsou rozšířené zornice, zrychlený tep, zarudnutí v obličeji, někdy větší tělesná aktivita a paranoia. Vzniká psychická závislost, poruchy sebeovládání, vztahovačnost, někdy i bez požití drogy dochází k prožívání jejího účinku i po delším časovém období. Po odeznění účinku přetrvává deprese a sebevražedné chování.

**LSD** - nejznámější syntetický halucinogen, působí asi 6 až 12 hodin. Vynalezený v roce 1938. Existují narkomané, kteří zažili grandiozní vidiny, rozšířené vědomí a „daleké cesty“. Koncem šedesátých let se LSD užíval jako léčebný prostředek v psychiatrii, kdy byl používán k navození experimentálních psychóz. Klamné vnímání pod působením LSD se nazývá pseudohalucinace a může dojít k celkové psychické dekompenzaci.

Většina ostatních halucinogenů pochází z rostlin, kaktusů a hub. Psilocybin, Meskalin a Skopolamin patří k nejznámějším. Vyrůstá skupina konzumentů tzv. „čarodějných hub“, které byly známy již před 4000 lety v jižní Americe. Vyvolávají zkreslené vnímání. Opakované užití výrazně poškozuje játra. Psylobicin je účinnou látkou houbiček lysohlávek a límcovek, které není problém v sezóně nalézt. Jejich konzumace je vysoce riziková. (11)

**PCP** ( Andělský prach ) je znám v podobě tablet, čiré tekutiny nebo prášku bílé až nahnědlé barvy. Vede ke stavům omámení s pocitu všemohoucnosti, také halucinacím a ztrátě reality. Doba účinku je dlouhá od několika hodin až dnů. (11)

### 1.3.6 Další psychotropní látky - látky těkavé

**Toluen** a další chemické látky v podobě ředidel, organických rozpouštědel, barev, lepidel, benzínu, aerosolů a čistících prostředků. Jsou velmi nebezpečné, vyvolávají psychický útlum, poruchy vnímání, závislým páchne látka z úst a oblečení. Mají ospalé vzezření, rozšířené zornice, zarudlé bělmo, jsou patrné stopy chemikálií v obličeji, na ruce a na oděvu. Užívají se čicháním výparů a je vyloučené odhadnout mezní dávku. Rizikem je předávkování a následná otrava a smrt. Při chronickém užívání jsou časté poruchy orgánů ( játra, plíce, mozek, krvetvorba), zvýšená únavnost a psychická závislost. (39)

### 1.3.7 Opiáty - drogy tlumivé

**Opium** a jeho deriváty se obecně nazývají *narkotika* - z řeckého slovesa *narkao* s významem „znectlivět“. Jde o výtažek z máku setého (*Papaver somniferum*). Jeho domovinou je Malá Asie. Když korunní plátky opadají, makovice se nožikem nařeže. Šťáva, která pomalu vytéká a odkapává má mléčnou barvu a následující den se změní v lepkavou hnědou hmotu. Ta se seškrabává a suší na stinném místě, kde ztmavne a ztuhne. Pak je různě tvarována a připravena k použití. Babylóňané ji před 6 tisíci lety nazývali „Hul-Gil“-„rostlina radosti“ a starověcí Řekové věděli, že onou kouzelnou substancí je právě šťáva nezralého máku. Hovořili o šťávě - opos či opion, z čehož pochází naše slovo opium. K získání opia ke kouření je tato hmota opakovaně vařena a prosívána, dokud není zbavena všech příměsí a nezůstává černá, lepkavá hmota, která se potom vysuší a kouří. Surové opium, takové, jaké se objevuje v přírodě obsahuje více než dvacet alkaloidů – (látkám podobných alkáliím) - zásadám, které mají hořkou chuť. Do této skupiny tlumivých drog patří ještě morfin, braun, kodein a methadon.

**Morfin** je desetkrát účinnější droga než opium. Je nejdůležitějším alkaloidem opia. Byl poprvé izolován v roce 1806 a dostal jméno od řeckého boha snů Morfea. Utěšuje bolest, i když mezi nežádoucí účinky patří žaludeční nevolnost a zvracení. (9)

**Braun** je k dostání na ulici a je určen ke kouření, neboť základními substancemi braunu je diacetylmorfin, nerozpustná látka obsahující chlorid. K injekční aplikaci je nutné jej rozpustit v kyselině (zpravidla citronové šťávě).

**Kodein** je dalším alkaloidem a je využíván k tlumení reflexivního kašle a mírnějších bolestí. Je zhruba šestkrát slabší než morfin. Setkáváme se s ním v bezpočtu léčiv, například ve směsi s aspirinem, efedrinem a jinými látkami, které se prodávají.

### **1.3.8 Opiátové alkaloidy**

Užívají se k tišení bolestí, kašle, svalových anomálií, průjmů a kolik.

*Synteticky vyrobené látky* jsou blízké příbuzné s opiáty. Např. Pethidin, druh analgetika s krátkodobějším účinkem, u nás Dolsin. Dextromoramid - silnější analgetikum. Také Papaverin, noskapin a thebain.

Dipipanon - tablety růžové barvy, které tlumí nevolnost, objevuje se v prodeji na ulici.

Dihydrokodein - tablety DHC, také ampule a tinktury a zaplňuje mezeru mezi opiáty a slabšími látkami, jako je paracetamol.

Pentazocin - má podobný účinek jako morfin, ale vyvolává nežádoucí napětí v oblasti srdce a vyvolává halucinace a poruchy myšlení. Přesto se stále používá k tišení bolestí a je k dostání ve formě tablet, kapslí, ampulí a čípků pod názvem Fortral.

Buprenorfin - podobně jako Pentazocin má účinek opiátu i protilátky, což znamená, že může nahradit jinou drogu a pokud ji užije narkoman, vyvolává abstinční příznaky. U nás k dostání pod názvem Subutex, který se v tabletách nechává rozpustit pod jazykem.

Metadon - opiát k léčení (substituci) závislosti na heroínu, který vyvolává nekonečnou polemiku. Protidrogová centra ho předepisují jako náhradu za heroín, pak se postupně snaží snižovat dávku až na nulu s cílem úplného odvyknutí. (35)

**Heroin** je v současné době druhou nejužívanější tvrdou drogou hned po pervitinu. Způsobuje psychickou i tělesnou závislost. Patří mezi nejdražší věci na světě – heroin je na 5.místě, lze jej koupit 1 kg za 90 000 Eur. (31) Z toho je zřejmá vysoká míra



páchání majetkové trestné činnosti. Byl syntetizován v roce 1874 a od roku 1898 jej německá firma Bayer prodávala pod názvem heroisch – „silný“. Jde o opiát, který má dlouhou tradici a již před 4000 lety př.n.l. se užíval ve východním Středomoří. Lékařský heroin (diacetylmorfin) je znám ve formě sirupu, tablet a ampulí. Vyrábí se vařením stejných dílů morfinu a acetylanhydridu, těžké kapaliny bez barvy, která se používá při výrobě umělých vláken. Směs obou látek vytvoří bázi. Pro získání heroinu je tato báze dále upravována, mísí se s kyselinou chlorovodíkovou, strychninem a kofeinem. Báze je sušena a prosívána. Ve své nečistší podobě je droga až čtyřikrát silnější než morfin. Méně kvalitní typy mají tmavý nádech a svědčí o různých příměsích. Heroin je jedna z celé skupiny drog, které jsou známy jako narkotická analgetika, přičemž slovo narkotikum pochází z řeckého slova narcoticos - znecitlivění a slovo analgetikum z řeckého slova bezbolestný. (35) Je po řadu desetiletí ve světě nejrozšířenější drogou. Do roku 1994 se v ČR objevoval jen zřídka a od té doby jeho užívání vzrůstá. (14)

#### 1.4 Způsoby aplikací opiátů

Každý způsob aplikace může vést k závislosti.

**Šňupání:** heroin se šnupe stejným způsobem jako kokain- rozdrť se ostrým nožem na tvrdém povrchu, rozprostře do řádek a pak postupně vdechne nosními dírkami. Šňupání mezi narkomany není příliš oblíbené kvůli hořké příchuti.

**Kouření:** dávka se umístí do proužku staniolu a nahřeje se nad plamenem. Zahřátý heroin zčerná a stočí se jako had - z toho pochází rčení “chytání draka“. Stoupající dým se nasaje nosními dírkami pomocí trubiček.

**Píchání pod kůži:** droga se píchá do tkáně hned pod kůži. Nejbezpečnější místa aplikace jsou z pravidla předloktí, stehna, hýždě a břicho.

**Nitrožilní aplikace:** droga se píchá na vnitřní straně předloktí, zápěstí, pod kolena, do krku, chodidel a hledají se často žíly, které nejsou zjizvené či trombotické. Při hledání hlouběji uložených žil existuje nebezpečí, že se zasáhne tepna a dojde k vážnému poškození, které končí amputací končetiny nebo smrtí.

**Orální aplikace:** je používána jen zřídka, neboť droga, která se v zažívacím traktu rychle mění v morfin musí přejít játry, která však velmi účinně morfin rozkládají a velký podíl se do ostatních částí organismu vůbec nedostane. (35)

## 1.5 Účinky heroínu

Jsou víceméně stejné, bez toho, jak se droga užije. Ale při aplikaci do žíly se dostaví tzv. „rauš“, vyvrcholení, které nastane při aplikaci a těsně poté. To se zpravidla dostaví za několik vteřin po vpíchnutí ( při šňupání asi za minutu ) : začíná pocitem tepla v břiše, které se postupně rozlévá do celého těla a vyvolává pocity celkového zklidnění, snových představ a vlastního sebeuvědomění. Říká se tomu „návrat do lůna“ nebo „stadium kukly“. Někteří uživatelé pocítují otupělost, jiní se dostanou do povídavé nálady. Při vyšších dávkách obvykle upadají do stavu dřímoty, kdy se jim uprostřed věty zavřou oči a hlava se začne kývavě otáčet, čemuž se říká „kvašení“. V tomto stavu si dokážou neúmyslně zjizvit tělo, když se spálí cigaretou, neboť závislí necítí plně bolest. Následuje řada nepříjemných stavů, např. nadměrné pocení, svědění kůže, rýma, zvýšené močení, zácpa, snížení frekvence dýchání, pulsu a tělesné teploty. (35) V nízkých dávkách zbavuje heroin pocitů nechuti, hladu i únavy, eliminuje vzrušení a strach. Ve vyšších dávkách dochází k ospalosti a spánku. Podstatný je u heroínu „kick“-orgasmu podobný pocit, kdy tělem proudí teplo a doprovází euforický stav. Toto opojení je prý to „nejkrásnější, co si lze na tomto světě představit“. Je to jediná droga s rychlým, až fatálním účinkem, neboť se pocit opojení nedá nijak korigovat. Při předávkování klesá srdeční frekvence a útlum dechu. (11)

### 1.5.1 Zdravotní důsledky závislosti

Potíže působí nedostatečná strava a odpočinek, nedostatečná hygiena a špatná společnost, což vlastně život s drogou nutně představuje. Při injekčních aplikacích může dojít k přenosu celé řady bakteriálních i virových infekcí. Podceňována je tuberkulóza, myokarditida a řada dalších chorob, např. akutní záněty cév, kloubů i kostí, poškození nervů i akutní selhání ledvin. Infikovaná krev se zachytí v injekční jehle či stříkačce a poté je vstříknuta do krve další osoby, která tuto jehlu použije.

Nejobávanější je *vir HIV*, způsobující selhání imunitního systému, který lze získat také prostřednictvím spermatu, vaginálního sekretu, menstruační krve i mateřského mléka.

*Hepatitis A* : je virové infekční onemocnění, postihuje játra a je spojována s nedostatečnou hygienou. Je přenášena potravinami a vodou.

*Hepatitis B a C* : se snadno přenáší krví, vir je také v moči, slinách a spermatu. Může vést k úplnému selhání jater a často přechází do chronicity s těžkými následky. (1)

### **1.5.2 Kriminální a ekonomické důsledky**

Člověk závislý na nelegální droze vynaloží na vrcholu svého návyku velké finanční částky - (podle druhu a množství drogy). Potřebuje denně přibližně 2000 korun. To závislé „nutí“ do trestné činnosti - ať už do klasické majtkové - krádeže, loupeže nebo dealerství, kuplířství, podvodné činnosti, vydírání. Logická je napojenost abusu drog na oblast patologických jevů. Např. toulky, bezdomovectví, delikvence, prostituce, vandalismus a nezaměstnanost. Společnost vynakládá obrovské částky na související činnost policie, soudů, státních zastupitelství, vězeňského aparátu a dalších institucí. (z přednášek)

### **1.5.3 Sociální důsledky**

Běžné jsou obtíže v sociálním přizpůsobení, např. agresivita, amoralita, neurózy a citová oploštělost. (12) Závislost má těžké sociální dopady, které vyplývají z těchto psychických změn a odlišného chování. Závislý jedinec nerespektuje příslušné normy, neplní své povinnosti, přestává často chodit do školy nebo do zaměstnání. Mění se postupně sociální vztahy, kdy jeho chování je pro většinu okolo nepřijatelné. (36)

### **1.5.4 Návyk**

Je obecně chorobný stav spojený s nezvladatelným bažením po droze a zvyšováním dávek. Jde o stav, kdy člověk velmi těžce bez cizí pomoci požívání drogy zanechává. Světová zdravotnická organizace definuje dřívější termín narkoman nově – toxikoman - jako každou oběť fyzické či psychické závislosti, nebo obou těchto závislostí zároveň.

(37) Chuť na novou dávku drogy je navozena vzpomínkami a situacemi, které jsou s užíváním drogy pevně spojeny. (31)

## 1.6 Syndrom závislosti

Jádrem závislosti je zkušenost – opakovaná, emocionálně silná a častá. (31) Mezi diagnostická kritéria závislosti patří: - silná touha po droze, potíže v sebeovládání, projevy odvykacího stavu, změny tolerance k účinku látky, pokračování v rizikovém chování a užívání škodlivé látky. Tyto projevy většinou trvají nepřetržitě jeden měsíc nebo opakovaně v průběhu jednoho roku. (13) Syndrom závislosti představuje trvalé užívání látky navzdory zřejmému důkazu škodlivosti následků, zaujetím užívání a postupným zanedbáváním jiných zájmů, potěšení a povinností. (33) Závislost pro některé jedince představuje velice silnou motivaci. Bažení - (craving) po určitých látkách může být natolik silné, že jsou schopni vzdát se práce, rodinného života, domova a mnohdy i svobody. Motivační stavy řídí a aktivizují jednání člověka. (1)

### 1.6.1 Stadia a fáze vývoje závislosti

*Euforické počáteční stadium* se zvýšeným sebehodnocením, lehkým přístupem k droze, zbavení úzkosti a relaxací.

*Kritické stadium navykání* se zvyšováním konfliktů ve škole i zaměstnání, finančních problémů, snížením sebehodnocení a stupňování dávek drogy.

*Stadium návyku* se ztrátou kontroly nad drogou, kriminalitou a vyčlenění se ze společnosti, změnami osobnosti a abstinenčními příznaky.

*Chronické stadium rozkladu* s úbytkem snášenlivosti drogy, neschopností se postarat sám o sebe, opuštěností, zanedbaností, nemocností - poškozením orgánů jater, ledvin, CNS a celkovým duševním rozkladem s upoutáním na lůžko. (11)

Stupeň závislosti bývá často spojen i celkovou sociální maladaptací jedince.

### *Složky a projevy závislosti na drogách*

Někteří jedinci často nejeví o drogy sebemenší zájem, odmítají ji. Jiné droga láká, ale na druhé straně nemají chuť k užívání, jsou si vědomi velkých rizik. A někteří mají pocit, že jim droga něco přináší, pomáhá, mají k ní kladný vztah a následná rizika podcení.

Dosažení abstinence není snadné, protože je třeba zvládnout všechny tři složky závislosti, které mají své charakteristické projevy.

Při *somatické (fyzické) závislosti* jsou to projevy syndromu z odnětí drogy.

Při *psychické závislosti* jsou to projevy „cravingu“ – neodolatelné touhy po droze.

Při *rituální závislosti* je potřeba účasti na výkonech spojených s užíváním. (29)

#### **1.6.2 Předávkování drogou**

Jde v podstatě podání takového množství drogy, se kterým se organismus nevypořádá - **intoxikace**. Akutní intoxikace je přechodný stav po aplikaci alkoholu nebo jiné škodlivé látky, vedoucí k poruchám na úrovni vědomí – tedy poznávání, vnímání, emotivity nebo chování. Poruchy vědomí jsou následky poruch dýchání nebo poruchy krevního oběhu. Klinický obraz je vyvolán intoxikací postiženého a je indikací k okamžité lékařské pomoci. (5) U těžkých intoxikací je nutná léčba na specializovaných odděleních intenzivní péče. Specifickým antidotem opiátů je naloxon, postačující je dávka 0,4-2mg i.v., někdy je vhodná opakovaná aplikace až do zlepšení stavu závislého. (33) Příčinou je obliba drogy jedincem, který si není jistý dávkami, nebo po delší době abstinence, kdy klesla tolerance na účinky drogy. Také se stává, že droga je čistší než se předpokládalo. Předávkování začíná ztíženým či nepravidelným dýcháním, pleť zmodrá, výrazně klesne tlak a následuje kóma. Pokud nastane smrt, je následkem selhání dýchacího systému a komplikací v srdeční krajině. Dramatické je, když narkoman zemře tak rychle, že má ještě v paži stříkačku. Při pitvě tělo nevykazuje vysoký obsah drogy, ani to není vinou příměsí. Někteří lékaři uvažují o šoku či „akutní alergické reakci“. Při těžkém předávkování u mladých jedinců vznikne náhle otok plic a dušnost bez zmodrání tkání, tzv. „heroinová plíce“. Vzniká i po 12 hodinách po podání

drogy nezávisle na poruše vědomí a je příčinou náhlého úmrtí. Je nutná léčba umělou plicní ventilací. (13)

## **1.7 Formy léčby závislosti**

Léčba závislosti je ovšem velmi obtížná. V současné době jsou k dispozici vlastně jen dvě možnosti. První možností je léčba usilující o zbavení látkové závislosti, která se nazývá *detoxikace*. V akutní fázi léčení je nutné odvrátit bezprostřední zdravotní ohrožení a rozhodnout mezi ústavní a ambulantní léčbou. Rozhodující pro úspěch klientových snah je odhodlání a abstinence. (15)

### **1.7.1 Detoxikace**

Jde o proces, jímž se organismus zbavuje toxických - (jedovatých) látek nebo je likviduje. Hlavním místem detoxikace jsou játra a zahrnuje různé chemické děje, které umožňují i exkreci látky z těla. (7) Při detoxikaci se v nemocničním zařízení ( často na izolovaném pokoji ) provede odejmutí opiátu ( ale i jiných látek včetně tabáku) pod odborným vedením a dohledem sester a lékařů. Je nutné seznámit klienta s režimem a získat podpis dobrovolného vstupu a nutného souhlasu s hospitalizací. Klient je zde po celou dobu izolován od všech kontaktů, včetně své rodiny. V průběhu léčby se účastní aktivit, které jej motivují k řešení své situace. Pokud závislý toto odmítne, je po stabilizaci fyziologických funkcí a normalizaci stavu odeslán domů. (42)

### **1.7.2 Substituční léčba**

Druhou možností je *substituční léčba*, kdy je *pacient závislý na opiátech* převáděn na látku méně účinnou. Jde o státně legalizované dodávání omamných látek pod lékařským dohledem, které je vhodné pro klienty, kteří opakovaně recidivují, nezvládají abstinenci a nejsou schopni zařadit se do společnosti. Při léčbě se používá stejná nebo podobná látka té, která byla zneužívána nelegálně. U nás v ČR jde o roztok Metadon a tablety Subutex - buprenorfin. Nebylo zaznamenáno ani jedno úmrtí na předávkování těmito substitučními látkami - a to ani v kombinaci s jinou drogou. (43) Podle Národního monitorovacího střediska pro drogové závislosti je v Česku Subutex velmi oblíbenou

tvrdou drogou na ulici, neboť klienti si tabletky drtí a aplikují nitrožilně. Zařazení do substituční léčby je možné, pokud je klient závislý na opiátech déle než půl roku a opakovaně selhaly všechny pokusy v léčbě orientované k abstinenci. (15) Moderní historie substituční léčby se datuje od roku 1964, kdy byl v USA zahájen první metadonový program. Spolehlivě pokryje nároky klienta jednou denní dávkou. Je netoxický, nebyl u něj prokázán kancerogenní efekt. Tato léčba eliminuje trestnou činnost i počet úmrtí spojených s drogami. Je klíčovou součástí komplexního přístupu k léčbě závislosti na opiátech. Během provádění substituční terapie v ČR se ukázalo, že existující systém „center“ není všude schopen vyhovět poptávce ze strany klientů ani potřebám veřejného zdraví. Cílem je pomoci klientům znovu dosáhnout kontrolu nad vlastním životem. (41)

***Léčba je nabízena ve dvou formách:***

*Udržovací forma* – klient dostává pravidelně dostatek látky, aby se předešlo nebezpečí škodlivého jednání. *Detoxikační forma* – klientovi se postupně dodávané množství látky snižuje až na nulu. Je podstatná podpora psychosociální, kdy cílem substituce je obnovit sociální situaci závislého na opiátech a umožnit mu cestu ven z drogové scény, snižovat kriminální chování a chránit jeho zdraví. (11)

***1.7.3 Program léčby Metadonem***

Zahájen bývá na tzv. *Metadonové jednotce*, kam klient každý den dochází pro dávku, která je mu individuálně stanovena lékařem. Při této léčbě se za souhlasu pacienta podává látka s opioidními účinky, která drogu nahrazuje. Pochopitelně látka použitá k substituci heroinu musí působit na stejné typy receptorů (místa vlastního účinku látek), aby měla kvalitativně stejné účinky. Používá se však látka, která „plné“ účinky nemá, takže následný pocit euforie nedosahuje stejné intenzity a nedochází tak rychle k rozvoji abstinenčních příznaků. Podává se ústy a v těle setrvává mnohem déle než droga. Metadon má dlouhý poločas rozpadu, abstinenční příznaky se tedy dostaví později, přibližně do 24 hodin, někdy až po 36 hodinách. Metadon je čirý opiát hořké chuti a podává se pomocí digitálního dávkovače. Substituce začíná podle závažnosti

dávku 5 - 10 mg až 20 - 40 mg u klientů na vyšších dávkách. (33) Příchod klienta je monitorován, musí se dostavit sám, bez doprovodu rodiny či známých. Nesmí řídit vůz ani odmítnout náhodné testy na přítomnost jiných drog v moči. Rozvoj účinků látek ovlivňujících opioidní receptory je opožděn a má menší efekt než při podání injekčních přípravků. Dávky metadonu se postupně upravují a účast klientů v programu se pohybuje od několika měsíců až let. Metadonová léčba vede k ekonomickým přínosům v podobě zlepšení zdravotního stavu klientů, osobních i rodinných vztahů, nižší potřeby využívání sociálních služeb a poklesu trestné činnosti. (30) Při nezvládnutelné závislosti (obvykle psychické) *na pervitinu* je možná *substituční léčba* preparátem Ritalin (metylfenidát) při dávkování 10-20 mg denně. Tablety Ritalin by měly být podávány pod častým dohledem lékaře a dlouhodobá léčba doplněna intenzivní psychoterapií. Pro své stimulační účinky je často zneužíván. (45)

#### **1.7.4 Program léčby buprenorfinem - Subutexem**

Provádí se nejen v léčebnách, ale i ambulantní formou, denní docházkou klienta do speciálního zařízení, které tuto léčbu substitucí poskytuje a nebo návštěvami psychiatrické AT ambulance. Subutex je vhodný ke krátkodobé i dlouhodobé substituci. Výhradně na tzv. „opiátový“ předpis s modrým pruhem jej v lékárně vydají (za úhradu) a to v síle 0,4 mg, 2 mg a 8 mg - dle ordinace lékaře. *Subutex* je oválná tableta k vkládání pod jazyk a je nutné, aby na způsob užití bylo dohlédnuto. Jedna z nejhorších a přitom oblíbených praktik klientů je totiž příprava tablet k intravenózní aplikaci. Pak už ale léčba pozbývá smyslu, protože „*rituál*“ *manipulace s jehlou je nežádoucí*. V současnosti je mnohem více pacientů užívajících buprenorfin než metadon. Léčba se zahajuje až po komplexním vyšetření klienta a podepsání informovaného souhlasu s léčbou a všemi podmínkami. Klient se svým podpisem dobrovolně zavazuje k nutnosti dodržovat interní pravidla subst. programu. Zároveň podepíše souhlas, že informace o léčbě budou pravidelně sdělovány mezi spolupracujícími zařízeními. Je nutné provádět toxikologická vyšetření krve – laboratorně, nebo možnost namátkových kontrol diagnostickými testy - (proužky, karty nebo multipanely) k vyšetření více látek najednou. Odvykací syndrom po Subutexu je



kratší a mírnější oproti metadonu, což je výhoda. Substituční léčba by měla být chápána jako jedna z mnoha způsobů léčby problémového užívání drog, mezi něž také patří léčba orientovaná na úplnou abstinenci od všech škodlivých látek. (41 a z mé praxe)

#### ***1.7.5 Ukončení substituční léčby***

Ukončit léčbu je možné na přání pacienta, také při opakovaném porušení dohodnutých pravidel, porušení abstinence, prokázané toxikologickým vyšetřením moče, při zneužití substituce nesprávným způsobem či dávkováním nebo prodejem na černém trhu. Je důležité pokračovat v kontaktu s klientem i po skončení léčby k zabránění relapsu nebo recidivy. (29) Stává se, že pokud se jedinec rozhodne abstinovat, bude čelit mnoha problémům, které přinese jeho abstinence spolu s tím, že nemá dostatek efektivních schopností řešit běžné problémy. (32)

#### ***1.7.6 Efektivita léčby***

Řada výzkumů potvrzuje, že asi 40% klientů po léčbě abstinuje, u 50-60% se alespoň zlepšil jejich sociální i zdravotní stav a méně potřebují další péči. I když všichni klienti nevydrží abstinovat, chovají se většinou méně rizikově. Pouze u některých nenastane po léčbě žádné zlepšení. (44) Podle mnoha teorií není drogově závislý nikdy úplně vyléčen. (32) Jedním z nejčastějších omylů je jeho přesvědčení, že už má vše pod kontrolou. Stačí ale jeden špatný krok a stav závislosti je zpět. Má-li být závislý léčen, je nezbytné, aby se rozhodl požádat o terapeutickou pomoc sám a byl pevně přesvědčen o její nezbytnosti. (3) Cílem není pouze návrat do stavu před léčbou, ale další, dynamický rozvoj jeho osobnosti. (26)

### **1.8 Osobnostní rysy závislých**

*Osobnost* je možné definovat jako dynamickou organizaci psychobiologického systému, která reaguje na zkušenosti a adaptuje se. Také je to každý jedinec s biologickými, sociálními, historickými a geografickými determinanty a specifickým sociálním místem i životním slohem. (16) Podle psychoanalytické teorie je osobnost v prvních pěti letech života v podstatě determinována neměnnými vrozenými pudy a událostmi prostředí.

Freud se domníval, že zvláštní problémy v každém jednotlivém životním stadiu mohou zastavit vývoj (fixaci) a trvale ovlivňovat osobnost jedince. (1)

Člověk jako biopsychosociální bytost s poruchou v kterékoliv vrstvě může natolik trpět, že nezvládá život „za střízliva“ a je lhostejný, jde-li o těžkou neurózu, hraniční osobnost, týrání a citovou deprivaci již od dětství - tvrdí Doležal. Braní tvrdých drog a opiátů je symptomem hlubokého utrpení člověka, který na psychickou bolest potřebuje na chvíli zapomenout. (6) Pro poruchy a odchylky ve vývoji jedince platí stejné principy. Někdy se uplatňují vlivy vrozené, jindy biologické. V oblasti psychologické může jít o vlivy v nukleární rodině, ale i o působení patologického sociálního prostředí. Častý je předpoklad kombinace obou vlivů – vrozených dispozic a psychogenního poškození. (19) Osobnostní rysy jedinců, kteří mají určité tendence ke vzniku závislosti jsou např.: nezdrženlivost, impulzivita, nadměrná emoční labilita, sebestřednost, silná sebeláska i chybění vlastních názorů. Nelze opomenout *změny způsobů reakcí na zátěž*, kdy je *snížená tolerance* obvyklá. Obecně jde nejspíše o jedince s poškozenou oblastí emočního prožívání, s disharmonickými rysy, někdy s nižším IQ. Jde o jakousi formu psychické nestálosti, která se projevuje neustálou změnou názorů či chyběním vlastních. (28) Tito lidé musí vynaložit výrazně větší úsilí ve všech aspektech problematiky k tomu, aby se vymanili z osidel drogové závislosti. (8) Znalosti rozvoje psychických struktur poukazují na určité životní krize jedinců, které se mohou stát predispozičním faktorem užívání návykových látek. Dospívající ve své rozporuplnosti sahá k drogám, aby se vyrovnal s nároky přechodu z dětství do dospělosti. Je pravdou, že drogy vždy asistovaly u nonkonformního poznávání světa, hledání smyslu života a sebe samého. Někteří mluví o tom, že jim drogy hledání pomáhají urychlovat a také se s nálezy snadněji vyrovnat. (15)

### ***1.8.1 Genetické - biologické faktory***

Úhrn dědičných vlastností se nazývá genotyp a vztahuje se spíše na vlastnosti nervové soustavy. Dědí se biologické dispozice, ale ne hotové psychické vlastnosti. *Genetika člověka* sleduje jeho dědičné základy podobností a odlišností. Studuje pravidelnosti v předávání tělesných, duševních nebo anomálních znaků z rodičů na potomky.

K odhalení všech těchto souvislostí vede dlouhá cesta poznávání. (4) Sociologové jsou přesvědčeni, že jde často o sociální vykořenění u závislých jedinců. Co třeba nechat si zjistit genovou strukturu DNA? Existuje názor, že způsob prenatálního vývoje ovlivňuje, že se u jedince později objeví sklon k závislosti. Mozek chemicky závislého jedince se od mozku zdravého jedince liší molekulární, strukturální, buněčnou i funkční úrovní. Geny chronicky závislého jsou v mozku činné jiným způsobem a také počet, citlivost a rozmístění receptorů na povrchu neuronů se odlišuje. Jiný je i metabolismus a odpovědi na podměty z prostředí. (23) Je ale pravdou, že velmi záleží i na sociálních souvislostech, v nichž jedinec vzniká a vyvíjí se. (18)

### ***1.8.2 Frustrace***

Je stav organismu, ke kterému dojde při dočasném či trvalém znemožnění uspokojení potřeb, nejčastěji potřeb fyziologických a sociálních. Potřeba uznání a citové odezvy je nejzásadnější. (2) Frustrace může vyvolávat nejrůznější negativní pocity a ztrátu vnitřní rovnováhy. Je to situace, v níž je jedinci bráněno dosáhnout cíle jednání a také vnitřní stav, který tato situace vyvolá. (24) Proces zrání jedince je vázán na podmínky hladu, potlačování pudů a strádání. Nesmí vznikat víra ve svět absolutně dokonalý, v němž je všechno splnitelné. Do budoucna pak pro „rozmazeného“ jedince není možné snášet frustrace. (10) Snad vrozený nedostatek tělesné či psychické výbavy předurčuje k budoucím poruchám ve vztazích, komplexům méněcennosti a nízké odolnosti vůči běžným zátěžím. (3) Frustrace pramení z rozličných tužeb rodičích se na dně srdce, jak píše Payne. (27) Život přináší stále problémy a mnohé představují takovou zátěž, kterou někdy těžkopádným a náročným způsobem nelze zvládnout. Pak se objeví vážnější, silné příznaky krizové situace. (17) Jestliže touha po smyslu není uspokojena, vzniká existenciální frustrace, kdy jedinec pochybuje o smyslu svého života. (40)

### ***1.8.3 Dospívání a adolescence***

Dospívající jedinec sám nerozumí svým prudkým změnám nálad a afektům, filozoficky hloubá po smyslu života a to je v určité míře znakem dospívání. Za normálních

okolností si však i přes svou touhu být nezávislý udržuje ke svým rodičům pozitivní vztahy. Mění spíše jen vnější způsoby chování, ale ponechává si základní hodnoty a morální postoje přejaté z rodiny. (20) Častý je model „prodlouženého dospívání“, jeho struktura se vytváří pozdě, nebo se vůbec neustálí. (3) Puberta je řazena mezi období tzv. biologických krizí. Podstatné jsou vztahy s okolím. Nejsou vzácné rozbité rodinné vztahy, zklamání, pocity osamělosti, finanční starosti, neúspěchy ve studiu nebo v pracovním kolektivu. (8) Dospívající a mladí závislí jsou často opožděni a nebo je jejich vývoj osobnosti nerovnoměrný. Závislost se rozvine velmi rychle a dramaticky. Léčbu komplikuje citová deprivace z dětství, žádné zájmy a záliby, nedostatek cílů a pozitivních hodnot. (26) Každá osobnost funguje na třech úrovních: na duševní, tělesné a úrovni chování. U všech závislých je možné vysledovat zpětný pohyb od roviny duševní k rovině chování. Setkáváme se s lidmi, kteří jsou odrazem doby, ventilem pro bezvýhodné situace, úzkosti, hněvy, volání o pomoc a neobratné pokusy o adaptaci. (3) Závislý jedinec bývá často limitován svou citovou nezralostí než psychickou chorobou, jako by ještě nepřekonal nevyřešené období časného dětství. Neschopnost být sám je také výrazná. Závislý, stejně jako silně frustrovaný adolescent, chce všechno, hned a také jakkoli. Silná podřízenost požadavkům principu blaha vede v tomto věku k instinktu smrti. Tento instinkt obrací proti sobě, protože každá těžká závislost je zápasem života a smrti, kde nakonec vždy vítězí smrt, když boj trvá dostatečně dlouho. Hodnota různých látek a drog ovlivňuje schopnost navodit v chemismu mozku rozsáhlé změny, které doprovází výrazné negativní i pozitivní změny afektů, kognitivních funkcí a chování vůbec. (32) Závislý reprodukuje rysy společné také ostatním, „nefetuujícím“ vrstevníkům: citovou nevyzrálou, nejisté ideály, neschopnost věřit v ovládnutí sebe sama a potřebu jakéhosi „magična“. (34) Nalezení identity je úlohou věku adolescence. Identita já se uskuteční jen bezvýhradným uznáváním výkonů mladistvého. Nemá-li možnost rozvoje a uznání své identity, pak se brání a bojuje o své uskutečnění. (10)

#### ***1.8.4 Poruchy osobnosti a antisociální chování***

U dospělé populace se dle studií vyskytují často, až ve 12%. Osobnostní prvky chování a rysy této populace jsou v rozporu s obecnými normami a v důsledcích rozporů mezi

vlastními přáními a požadavky, které na ně klade jejich okolí se tito lidé nepřizpůsobí. Jde o jedince, kteří mají *antisociální tendence*. Jedince nestálé, neschopné vytvářet citové vazby, zaměřené převážně na sebe, s osobními potížemi, bez přiměřeného vnímání reality, porušující sociální normy, téměř bez smyslu pro odpovědnost a morálku, u nichž se vyvinul *sebedestruktivní styl života*. Dalšími vlastnostmi těchto osob je výjimečná schopnost lhát, nedostatek pocitu studu nebo viny a neschopnost pociťovat výčitky svědomí. Také vyhledávání vzrušujících aktivit bez ohledu na důsledky svého jednání a také skutečnost, že to, co říkají málokdy odpovídá tomu, co si myslí nebo dělají. Obvykle se tendence objevují v rané adolescenci a mohou přetrvávat celý život. Poruchy osobnosti ústí v *nevhodné způsoby zvládnání stresu* či *řešení problémů*. V kategorii duševních poruch jde o trvalé vzorce maladaptivního chování, které vytvářejí nezralé a nevhodné způsoby zvládnání stresu nebo způsoby řešení svých potíží. (1)

### **1.8.5 Motivace**

Chování jedince je dáno příčinou, kterou nazýváme *motivace*. Motivací může být vyhledávání situací, kdy se organismus dostane do „libých“ emocí. Jsou to různé hladiny hormonů, které jedince ovlivňují - motivují. (23) Pojem motivace se používá pro pojmy jako cit, potřeby, pud i volní zážitky. (10) Motivace směřuje chování k určité iniciativě, jež představuje libé pocity a nebo naopak nepříjemné stavy. Motivační stavy řídí a aktivizují jednání člověka. Vyplývají jednak z vnitřních, pudových faktorů a vnějších, pobídkových faktorů. Vnější pobídkové faktory představují cíle ve vnějším světě. Patří mezi ně i návykové látky. (1)

### **1.8.6 Citová zralost**

Mezi znaky citové zralosti patří : emoční nezávislost na okolním prostředí, být schopen určitých obětí, projevovat vyrovnanost mezi tím, co poskytují a co vyžadují, být dostatečně sebevědomý, důvěřovat sám sobě, naučit se reagovat tak, jak to vyžaduje okolí, realisticky vidět skutečnosti a respektovat uznávané společenské hodnoty, ovládat zlost a agresivitu, bránit se pocitům nenávisti, přiměřeně prožívat situace a chovat se

čestně, respektovat partnerství a rodičovství, schopnost sebeovládat se a být způsobilý kontaktovat se přijatelně s okolím. (24)

## **2. Cíl práce a hypotézy**

### **2.1 Cíl práce**

Usilovalo se zvláště o dosažení rozpoznání faktorů případného posunu určitých psychologických charakteristik vybraných klientů v průřezovém sledování ve dvou obdobích : na počátku či v průběhu ambulantní, protidrogové substituční léčby a na konci této léčby. K ověření cíle práce byly stanoveny následující hypotézy.

### **2.2 Hypotézy práce**

**H1:** Klienti po ukončení substituční ambulantní léčby vykazují vyšší hladinu odolnosti vůči zátěžovým situacím.

**H2 :** Klientky vykazují větší diferenci v odolnosti vůči zátěži po ukončení substituční ambulantní léčby ve srovnání s muži.

**H2:** Klienti po ukončení substituční ambulantní léčby projevují vyšší sociální citlivost ve srovnání se stavem před zahájením léčby.

## **3. Metodika**

Použila jsem tyto **techniky sběru dat** :

- *standardizované, řízené rozhovory*
- *nezúčastněné, skryté pozorování*
- *dotazník vlastní konstrukce k měření reakce na zátěž*
- *dotazník vlastní konstrukce k měření sociální senzitivity*

### *3.1 Charakteristiky zkoumaného souboru*

Výběrový vzorek tvořilo celkem **63 klientů** zařazených do substituční léčby dvou psychiatrických ambulancí a jedné AT poradny, spadajících zároveň do evidence K-Centra Auritus a Cheironu v Táboře. Někteří klienti jsou současně evidováni v ambulanci infekčních chorob v nemocnici Tábor a.s. Vzorek byl stanoven metodou totálního výběru, kdy výzkumný soubor se rovnal souboru základnímu. Metoda totálního a zároveň účelového výběru (příslušnost respondentů k jedné sociální skupině) byla výhodná, ale i nutná pro dosti nízký počet respondentů. **(22)** Zhruba půlroční průzkum probíhal v městech Sezimovo Ústí II., ulice Lipová a Tábor, ulice Světlogorská. Mnoho respondentů však trvale přísluší do vzdálenějších měst, ale i mimo hranice okresu, neboť jsou kvůli léčbě ochotni dojíždět. Do kvantitativního výzkumu byli vybráni respondenti, kteří umožnili zkoumání studovaného problému - šlo o náhodný výběr. Výběrová skupina se skládala z celkem *37 mužů a 26 žen*, kteří absolvovali (a mnozí absolvují nadále) substituční léčbu své drogové závislosti. Nejčastěji šlo o polymorfní závislost, kdy klient postupně užíval několik různých, škodlivých látek.

### *3.2 Dvě fáze výzkumu*

Provedený kvantitativní výzkumný projekt probíhal ve dvou fázích, v časovém období zhruba šesti měsíců (od počátku listopadu 2006 až do konce dubna 2007).

**První fáze** spočívala v získání výzkumných dat prostřednictvím řízených rozhovorů u vybraných sedmi klientů, také nezúčastněným pozorováním a v neposlední řadě rozdáním a sběrem dvou dotazníků vlastní konstrukce. Zmíněné dotazníky byly vyplněny respondenty na počátku jejich substituční léčby, kdy nebyli informováni o tom, že je budou vyplňovat ještě jednou. Pro zpracování podstatných informací byl tedy použit postup komparace (porovnávání) a z kvantitativních údajů získaných měření. Měření bylo prostředkem k získání kvantitativních údajů, které v tomto případě vyvrátily výzkumné, stanovené hypotézy.

**Druhá fáze** představovala snahu k získání potřebných dat prostřednictvím dvou osobnostních dotazníků (použitých již jednou a to ve fázi první), které byly respondentům předloženy v průběhu ukončování jejich léčby. Při vyhodnocování (v obou fázích) zjištěných hodnot byl také stanoven medián – střední hodnota v řadě zjištěných dat, protože různí jedinci v téže situaci reagují odlišně, ale ve větším počtu se tyto různé podmínky vyrovnávají a vykazují se ve středních hodnotách. K měření intenzity postojů byly použity měrné škály. Osobnostní dotazníky jsou v psychologickém výzkumu metodou sebeuposuzovací. (24) Respondentům však činila introspekce k odhalení vnitřních struktur mnohdy zjevné potíže.

### **3.3 Použité metody a techniky sběru dat v první fázi výzkumu**

#### ***Nezúčastněné, skryté pozorování***

Skryté pozorování patří spolu s rozhovorem mezi nejčastější a nejstarší metody získávání psychologických poznatků. Skryté, nepřímé pozorování je výhodné, protože neruší vlastní průběh děje. Terénní výzkum má hlavní cíl zkoumat určitý psychologický fenomén a to přímo v nejpřirozenějším prostředí výskytu. Záměry výzkumníka musí být eticky přijatelné, svou práci činí pouze pro výzkumné úkoly. Je výhodné používat fotoaparát, videokameru nebo alespoň záznamový arch, což se ale neuskutečnilo záměrně kvůli problému s etickou stránkou věci, ochraně osobních dat a pro pravděpodobné rušení vzájemného kontaktu. (2) Šlo o *krátkodobé sledování* celkové situace bez dotazů a ovlivňování skupiny. Plusem je, že máme od pozorované situace odstup a mínusem to, že se nemůžeme na nic ptát, něco udělat a ověřit si svůj předpoklad. (22) Sledování bylo zaměřeno na klíčové životní problémy, zaběhnutý denní režim a zvyklosti v prožívání, ale i podstatné sociální vztahy. Směřovalo k volnému popisu některých sociálně patologických jevů sledovaných respondentů.

#### ***Standardizované, řízené rozhovory***

Pro účel strukturovaných rozhovorů byly vymyšleny a sestaveny návodné otázky a přesné pořadí, v jakém budou kladeny. Bylo také pevně dané schéma, které



neumožňovalo příliš velké změny či úpravy. Výhody řízených rozhovorů jsou především u sociálně psychologických témat při interpersonálních porovnávání. (22) Otevřené, volné otázky byly nabízeny respondentům „tváří v tvář“ a formálně se podobaly dotazníku. Respondenti odpovídali vlastními slovy. Bylo snahou, aby se necítili jako u „výslechu“. Rozhovory přinášejí informace přínosné pro zjištění skutečností, které souvisí se zkoumanou sociální realitou. Byl použit srozumitelný jazyk bez specifických odborných výrazů. Dialogy jsou níže uváděny v hovorové češtině. Byly přepsány z diktafonu, aby úpravami neztratily jistou autentičnost a spontánnost. Jen hodně vulgární výrazy nebylo vhodné uvádět, proto jsou tato konkrétní slova v textu hovorů neúplná. Zde rozhovory představují jakýsi rozšířený popis zkoumaného souboru, který měl čtenářům přiblížit základní sociodemografické údaje o respondentech. Prostřednictvím těchto výpovědí šlo o přiblížení způsobů prožívání respondentů, také ovšem o charakteristiky jejich rodinného zázemí, přátelských i důvěrných vztahů a především pracovní začleněnosti.

#### *Metoda osobnostních dotazníků*

Byla použita *technika dvou* ( rozdávaných a sbíraných ) *dotazníků vlastní konstrukce* , kterými se ověřovaly předpovědi plynoucí z teorie. Vzhledem k prověřovaným výzkumným hypotézám bylo nutné pečlivě vymyslet a zformulovat několik tvrzení, ke kterým se respondenti měli vyjadřovat (formou testování) v dotaznících. Podmínky bodování i instrukce pro vyplnění testů byly pro všechny respondenty stejné, k vyplňování v I. fázi docházelo při zahájení či průběhu vlastní léčby, o kterou sami zažádali. Získané body se sčítaly a bylo prováděno obrácené skórování u vybraných položek pro menší průhlednost pro respondenty. Dotazníky jsou oba anonymní, respondent jen udal svůj věk a pohlaví. V II. fázi - (při ukončování léčby ) měli všichni respondenti podmínky totožné.

**První dotazník** obsahoval 29 otázek, kde klient kroužkoval v uvedené sedmibodové stupnici dle subjektivních představ, jak by v určitých situacích patrně reagoval. Dotazník mapoval rozsah schopností vyrovnat se se zátěžemi běžného života u vybraného vzorku. Správně jej vyplnilo celkem 26 žen a 25 mužů.

*Druhý dotazník* měl 28 otázek, kdy klient vybíral a značil v pětibodové grafické stupnici číselných hodnot (co jej vystihuje či nevystihuje) zkoumaný problém dle subjektivních pocitů a postojů. Tento dotazník měřil *stupeň sociální senzitivity* respondentů. Správně vyplněných jej odevzdalo 26 žen a 28 mužů.

Oba zmiňované dotazníky byly zkonstruovány se snahou mířit na okruhy témat, které jsou nezbytné k následnému prověření stanovených hypotéz. Bylo distribuováno (a to v první fázi výzkumu – zahájení) od každého druhu po 63 kusech. Větší ochotu spolupracovat projevily dívky, které neměly výraznější problém se značným rozsahem ani zadáním. návratnost u prvního typu - *měření reakcí na zátěž a rozsah schopností vyrovnat se s životními událostmi* byla 51 kusů správně vyplněných. U druhého typu - *měření sociální citlivosti* bylo vráceno 54 správně vyplněných.

Bylo velmi složité zajistit návratnost dotazníků ( správně vyplněných ) v příslušném počtu v obou fázích, tedy po určité časové prodlevě. Stalo se tak jen zásluhou kooperace obou psychiatrických ambulancí, ordinace AT poradny a především laskavé spolupráce kolektivu K - Centra Auritus i Cheiron T. Tábor při celém tomto kvantitativním výzkumu.

Nebylo třeba přikročit k vyřazení žádného dotazníku pro neúplné či nesprávné vyplnění. Vyčištěný soubor odpovědí obou verzí dotazníků byl pečlivě vyhodnocen pomocí příslušných kritérií. Provedla se logická, namátková kontrola dotazníků k ověření, že respondenti vyplňovali odpovědi pravdivě. Proběhla následně, při rozhovorech tzv. kontrolními otázkami. Nápadné rozdíly ve výpovědích ale nebyly konstatovány.

#### **4. Výsledky výzkumu**

Dotazníkové šetření probíhalo v období listopadu 2006 až konec dubna 2007. Byly stanoveny pouze základní demografické údaje (věk a pohlaví). Věkový rozptyl respondentů byl poměrně velký, nejmladší ženě je 19 let, nejstaršímu muži 47 let. Průměrný věk všech klientů je 27 let. První dotazník odevzdalo 51 respondentů, druhý dotazník 54 respondentů (v obou sledovaných fázích). Pokusné osoby vstoupily do studie dobrovolně a byly informovány o všech aspektech výzkumu. Všichni měli snahu spolupracovat a podílet se tak na výzkumném úkole.

##### ***4.1 Výsledky skrytého pozorování v I. fázi výzkumu***

Aktuálně bylo prováděno (ale ne pravidelně) při vyplňování dotazníků, tedy v situaci jistého soustředění respondenta, také však průběžně při obvyklém kontaktu nebo dalších domluvených návštěvách ambulance. Sledovala se především mimika, nálada, gestikulace, psychomotorické tempo, osobní doplňky, styl účesu i oblečení. Krátkodobá pozorování také probíhala při běžných kontrolách psychického stavu, tedy jaksi mimochodem. Bylo také prováděno opakované pozorování malé zkoumané skupiny v jejím sociálním prostředí. Tato skupina má několik oblíbených míst výskytu. Nezúčastněné pozorování probíhalo odpoledne v parku před vlakovým a autobusovým nádražím v Táboře. Pozorování respondenti nebyli s přímým sledováním obeznámeni. Při rozhovorech respondenti tvrdili, že se s nikým dalším v léčbě nestýkají a nemají zájem se vidět. Potvrdilo se však, že se znají, scházejí a tráví spolu dost volného času. Evidentní bylo užívání marihuany, kdy se na veřejném prostranství pracovalo s drogou (balení jointů), kouřila celá skupina společně do kola a byl cítit charakteristický zápach. Všichni jsou také kuřáci tabáku. Jiná konzumace s jiným druhem drogy se na místě nepotvrdila. Byla však zjištěna (ve dvou případech) jistá manipulace s nepatrným předmětem, který přivezla neznámá osoba autem a ihned odjela. Pod lavičkami stálo několik krabic s vínem, společnost se nebavila příliš hlučně a nebudila tedy rozruch, i když evidentní změny vnímání a opilost byly zkonstatovány často. Pečivo a nějaký salám konzumován z papíru tvořil svačinu. Ve skupině byli převážně vždy muži, ale

přítomnost žen nebyla výjimkou. Některé dívky běžně žádaly kolemjdoucí o několik drobných s tvrzením, že nemají na cestu domů. Respondenti mají ještě další obvyklá místa, například u nádrže Jordán, na parkovištích dvou nákupních center, kde jen bezcílně posedávají, postávají, někteří řadu hodin denně. Bylo chladno, padal sníh a někteří nebyli dostatečně oblečeni. Často popíjejí alkohol a nesnaží se tuto skutečnost skrývat, hovoří mezi sebou vulgárně, u většiny z nich je zjevná absence jakéhokoli plánu. Metodou skrytého, nezúčastněného pozorování chování této skupiny bylo zjištěno odchýlení od společenských norem, neschopnost alternativně jednat, ignorace možnosti zařadit se do pracovního procesu a enormní nechuť k iniciativě řešit svůj společenský statut. Celkový úpadek osobnosti byl evidentní ve ztrátě zájmu o svůj zevnějšek. Respondenti byli špinaví, vykonávali svou potřebu na veřejnosti, povalují se na zemi a podobně. Sledovaná skupina je zatažena do odlišného způsobu života, kdy jedinci v ní nejsou trestáni za neplnění svých povinností a narušování sociálních zvyklostí, ale naopak - dostává se jim obdivu za projevy, které by měly být odsuzovány. Bylo zjevné zdůrazňování své závislosti na společnosti, kdy vztahy s ostatními lidmi jsou velmi omezené a převažují pouze náhodné, nezbytně nutné kontakty.

#### ***4.2 Výsledky standardizovaných, řízených rozhovorů v I. fázi výzkumu***

Celkem bylo metodou řízených rozhovorů vyslechnuto (v průběhu pěti měsíců) *sedm respondentů*, kteří s výzkumem souhlasili a byli ochotni se rozhovoru účastnit. Každý rozhovor netrval déle než jednu hodinu času. Respondenti volně odpovídali na velmi jednoduché otázky. Někdy bylo nutné navádět klienta zpět k dotazu, protože měl tendence hovořit o svých záležitostech, které se otázek netýkaly.

*Respondent Jakub*, 27 let, dělník, základní vzdělání, přichází v dobré náladě, extravagantně, čistě oblečený, pearcing v nose, ve rtu a obočí, s čepicí na hlavě kšiltem dozadu, na krku řetízky, čisté ruce s bohatým tetováním, upravený, bez vyzvání sedá na židli, usmívá se, že s rozhovorem souhlasí. Otevřeně hovoří o svých zkušenostech s počátkem braní drogy. Velmi vstřícný, působí příjemně, ochotně. ( Bylo zajímavé, jak

několikrát přislíbil, že se k rozhovoru dostaví, udal hodinu, či dokonce tvrdil, že už je na cestě velmi přesvědčivě, ale přišel až za několik dní slibů a ani se k tomuto nevyjádřil ).

### **1. Máte stálé zaměstnání nebo příležitostnou brigádu?**

Ano, pracuju už dlouho, dělám u firmy s plastovými okny, dojíždím denně do Prahy, ale jsem rád, že nějakou práci mám. Ve škole jsem se učil blbě, pořád jsem radši někde lítal. Ale učitelky mámě říkaly, že jsem línej, že bych bych měl mít jedničky. Teď jsem na tom tak, že musím makat.

### **2. Studujete?**

Ne, to nepotřebuju. Umím co umím, znám co znám. A peníze vydělám dobrý.

### **3. Máte přítelkyni?**

Každou chvíli nějakou, ale to nevádí, sám prostě být nemůžu. Pořád se mi nějaká líbí, normálka, řeknu jí pojď ke mně, zkusíme bejt spolu. Někdy je u mě dýl, umím to...jsem mazel. Já jsem na holky hodně hodnej, uklízím, vařím, když mám čas, nosim snídani do postele. Sám nemůžu vydržet. (Usmívá se).

### **4. Máte nějaký koníček nebo sportujete?**

Ano, sice na to vůbec nemám čas, jsem rád, že dojdu se psem. Mám fenku. Ale dřív jsem psal hodně normální dopisy holkám a maloval. A umím kárky. Mám i strojek, barvičky, to je moje. Všem se to líbí. Už jako malej jsem čáral. Skejt mě baví, to jo.

### **5. Máte často pocíty nezdaru a dojem, že nic nemá cenu?**

Tak nad tím nepřemýšlím, den má pro mě málo hodin, nestěžuju si. Ale je zajímavý, že jsem se na drogy dal tak blbě, prostě jsme se s kámošem tehdy nudili a místo, aby sme dělali něco rozumnýho, řekli jsme si, že pojedeme stopem do Prahy pro herák. A my to fakt udělali! Místo abychom si zahráli na partyzány třeba. Bylo to tak jednoduchý, my to jen tak plácli. Bylo mi čtrnáct.

### **6. Cítíte se relativně zdrav?**

Ne, měl jsem hepku béčko, snad dřív i áčko, nevím přesně. Nikam nechodím, žlutej jsem nikdy nebyl. Asi bych měl dojít na testy, že jo? Nebyl jsem dlouho. Jo a po matce mám špatný kolena, to je něco dědičného. A těžce nesu, že nemám moc vlasů. Nikdo mě bez čepice nebo šátku nezná, to je můj problém. Ani na spaní si šátek před holkou nesundám, to mám mindrák.

#### **7. Je pro Vás každý problém velkou zátěží?**

No, tak nad takovejma blbostma s prominutím vůbec nikdy nepřemejšším. To, co se mi v životě špatného stalo pokládám za dobrodiní. Seděl jsem 3 roky na tvrdo a kdyby mně tenkrát nezabásli za dýlování, tak nevím, co by bylo. Jsem rád, tam jsem si i odvyk, tři roky jsem tam byl čistej a to mi pomohlo. To basa mě vysvobodila z háčka. Měl jsem to tam dobrý, pořádek sem měl, respekt. Poradil sem si.

#### **8. Máte sílu a odhodlání být stále „čistý“?**

Vůbec žádný problém v tom není, už to mám za sebou. Musel jsem od soudu povinně k doktorce, že mi dá nějaký prášky. Tak jsem je normálně vyhodil do popelnice. Ale sem chodím, doktor si se mnou povídá, rozumí, co mi je a to stačí. Ale ta doktorka nechápala nic. ( Je mírně cítit natrávený alkohol z úst, usmívá se ).

#### **9. Máte s rodiči slušný, normální vztah?**

Máma je bezvadná, naši se rozvedli, mám rád i strejdu, mámy bráchu, jsem mu podobnej. Dětství jsem měl docela dobrý. Nikdo si mně celkem nevšímal a mohl jsem si dělat, co chci. Pořád jsme s klukama někde lítali, venku, na kole, nebo hrrr na hřiště. Babička je na statku, tam jezdím, chtěl bych tam bydlet jednou do budoucna. Myslím po ní, až nebude.

#### **10. Máte před sebou nějaké plány a cíle, které chcete uskutečnit?**

Vždyť já jsem pořád jenom v práci a když nejsem, běhám kolem baráku, v kterým mám pronajatý byteček. Rád uklízím, nesnesu bordel kolem sebe. Nechápu, že někdo může sedět ve špíně. Raděj žádný plány, pak nevyjdou a člověk je nas....

*Respondentka Jana, 29 let, základní vzdělání, nyní na rodičovské dovolené, přichází poněkud „rozevlátá“, usměvaná, ale nedívá se do očí. Vyhublá, bledá, při výšce 169 cm váha 44 kg (zvážena v ordinaci). Uvádí, že má s sebou svou malou dcerku v kočárku před ambulancí, ať se jdu podívat. Dítě je dobře živené, v čistém oblečení, spokojené. Jana je také upravená, šáteček ve vlasech, džínsy, čistý svetr. Mírný tremor obou rukou, říká, že je velmi unavená. Tvrdí, že má velké starosti, otec dítěte neplatí výživné.*

**1. Máte stálé zaměstnání?**

Jsem teď na mateřský. S dcerou. Je tu se mnou, v kočárku před domem.

**2. Studujete?**

Ne. To ani nepotřebuju zatím. Moc mi to nešlo ve škole.

**3. Máte přítele?**

(Dívá se na desku stolu, kroutí si prsty u rukou, zčervená). Ano, mám. Jezdíme i s kočárkem, ale je zadaný. Ale ta jeho je prej úplně neschopná ve všem. Je nespokojenej, nikam to nevede. Před tím jsem milovala jednoho sanitáře z nemocnice, sbalil mě, když jsem tam ležela na psychině.

**4. Máte nějaký koníček nebo sportujete?**

No tak to vůbec, když mám nějaký peníze, chodím ráda po nákupu, ale nikdy jsem nic pořádně nedělala. Jen někdy moje máma nadávala, tak jsem za ní někdy byla v práci pomáhat, to bylo dobrý, baví mě prodávat. Ráda poslouchám muziku, jinak už nic. Vždyť víte, co jsem vod čtrnácti dělala?

**5. Máte často pocity nezdaru a dojem, že nic nemá cenu?**

No tak to zase ne, dcerka mě dělá hodně šťastnou, ale přiznám se, že jsem si to představovala všechno jinak a někdy mám velký chutě se na všechno vykašlat. Kdyby nebylo dcery, určitě bych byla někde v Praze nebo v cizině. Trochu žít, poznat něco. Nevim, jak to říct.

## **6. Cítíte se relativně zdráva?**

Už jsem říkala, že jsem strašně unavená, vidíte, jaké mám kruhy pod vočima. Ztratila jsem mlíko, nemám chuť k jídlu, pořád bych spala. Moje doktorka mě štve, chce na mě poslat sociálku, že jsem divná, že se ji nezdám normálka. Prej se nestarám asi dobře, když se ani nenajím, ale mám hlad, to jo, ale pak se mi stáhne v krku. A nic nepolknou. Taky jsem měla přeci tu žloutenku tenkrát. Bolí mě břicho. Jo, dobře, slibuju, dojdeme na infekční hned zítra, klíďo tam zavolejte. Nechci mít průšvihy. Možná mám málo krvinek?

## **7. Je pro Vás každý problém velkou zátěží?**

(S útrpným výrazem sděluje). Netušila jsem, jak hrozně mi to bude dávat zabrat. Mimino jsem chtěla, však víte, jezdila jsem do vazby za Lad'ou, pak věznice, čekala jsem, až ho pustí a takhle to všechno blbě dopadlo.

## **8. Máte sílu a odhodlání být stále „čistá“?**

Myslím, že jo. Když mi budete tady ještě pomáhat.

## **9. Máte s rodiči slušný normální vztah?**

Jo, oba jsou skvělí, mamka mi pomáhá s malou, nevím, jak bych to sama zvládla.

## **10. Máte před sebou plány a cíle, které chcete uskutečnit?**

Chtěla bych mít peníze, abych si mohla koupit aspoň nějaký malý byt. Vždyť Víte, jak to je, když musím bydlet u rodičů.

*Respondentka Michala, 24 let, nezaměstnaná, vyřazena z evidence ÚP pro absence v docházce, se základním vzděláním. Přichází ne příliš čistě oblečená, velmi hlasitě se vítá a prosí o vodu a něco k jídlu, protože má velký hlad. Odeslána k umyvadlu s prosbou umýt si špinavé ruce, patrné drobné stopy po vpiších na hřbetech obou rukou. Oblasti předloktí odmítá ukázat, intoxikaci popírá, gestikuluje, že už je to déle, co byla nastřelená. Konstatována mydriáza zornic, rychlé pohyby, neklid, překotně hovoří, snaží se být příjemná, na židli se otáčí kolem dokola. Štíhlá, dredy z hnědých vlasů,*



hltavě jí nabízené sušenky, táta ji prý vyhodil z bytu a máma jí zamkla dveře. Při vyžádané kontrole vzorku moče, kterému se bránila - výsledek pozitivní. Vyloučena na tři měsíce z terapie. (Nabídnuta ústavní léčba ihned, podle možností léčebny, klientka dostala 24 hodin na rozmyšlení, zda bude chtít nastoupit a léčit se). Po malé chvíli je ochotna otázky zodpovědět, ale neklid přetrvává. Připouští, že neví, co si aplikovala.....

**1. Máte stálé zaměstnání nebo příležitostnou brigádu?**

Vždyť víte, že mám jenom devátou třídu, blbla sem, chtěla prachy, ale nikde mě nechtěj, pořád se ptám, ale ani nevím, co bych vlastně dělala.

**2. Studujete?**

To bych ráda, ale nezmákla bych to, nějak mi nic nevychází, máma se zlobí pořád. Už mě ani nechce vidět. Učila jsem se tak na trojky. Šlo to samo.

**3. Máte přítele?**

Mám, kde bych občas přespávala když je kosa? To se nedá. Nevíte, jaký to je nemoc usnout zimou.

**4. Máte nějaký koníček nebo sportujete?**

Tak to bejvalo, malovala jsem a chodila do pěvečáku. Snad muziku? Ted' ne.

**5. Máte často pocit nezdaru a dojem, že nic nemá cenu?**

No to se mi zdá pěkná blbost. Vo tom vůbec nepřemejšlim. Kdo to vymejšlel, ty otázky? Je to ještě na dlouho, myslim to ptaní?

**6. Cítíte se relativně zdráva?**

Asi mám béčko, ale nějak to ted' neřeším, protože mi nic není, jenom jsem měla žlutý bělmo a trošku jazyk. Jsem v pohodě. Ale taky jsem zjistila, že bejvalej jeden má céčko, někdo to na něj prosek, jak se to vůbec chytá? Buchnou to vim, ale čím ještě? Dobře, na vyšetření krve si dojdu do „Káčka“. Fakt, slibuju.

### **7. Je pro Vás každý problém velkou zátěží?**

Na to nějak nemyslim, vim, že se musí pořád bojovat. Táta mi to vysvětloval, chtěl, abych se nad sebou zamyslela, to sem slyšela furt. On je docela v pohodě, jen nebere moje úlety. Taky náladovou. Dovedu bejt hnusná.

### **8. Máte sílu a odhodlání být „čistá“?**

Jasně, dyť sem přišla. Potřebuju prostě subáč a něco na uklidnění a to je všechno. Když mi to nebudete dávat tady, seženu si to vždycky. Je mi blbě, hned ráno jsem nervózní. Ještě na to nemám, aby jste mě vyhodili, fakt ne.

### **9. Máte s rodiči slušný normální vztah?**

Máma mně poslala k tátovi bydlet do Karlových Varů, ale pořád na mě něco měl. Dělal jsem mu servírku v baru jeho. Ale pořád bylo něco blbě. Tak jsem stopem jela zpátky, do Milevska. Máma mi chtěla pomoci, ale po tejdnu mě vyhodila, pořád se jí něco nelíbilo. Pak mě vzala zase na milost a zase vyhodila. Vzala mi klíče. Tak bydlím, kde se dá. Vždycky mě někdo někde nechá přespat. Není to tak hrozný. A když je teplo, dá se to zkousnout i pod širákem.

### **10. Máte před sebou nějaké plány a cíle, které chcete uskutečnit?**

No určitě bydlení vyřešit, vždyť vidíte, jak sem na tom. Peníze a byt. (Zasní se).

*Respondent Šimon, 29 let, stavební dělník, vyučený zedníkem. Velmi drobné postavy, světlá pleť i vlasy, přijel na kole s batohem na zádech, celý mokrý - zmokl. (Svetr sušen na radiátoru, nabídnut čaj, který přijal). Vzal si na chvíli volno v práci. Byl zdvořilý, v dobré náladě, klidný, upravený. Navazoval oční kontakt, odpovídal ochotně, klidný.*

### **1. Máte své stálé zaměstnání nebo příležitostnou brigádu?**

Dělám načerno, vždycky, když mě potřebují, dají vědět. Docela se nadřu, ale dávaj sedumdesát na hod'ku. Přijedu domu a chrápu. Ale prašule musím nosit. Mámě i přítelkyni, bydlíme v jednom baráku.

## **2. Studujete?**

Jsem zedník, mám výučák, to stačí, já nemusím mít školy, fakt ne. U chlapa se to tak nebere, řemeslo má zlatý dno, to znáte. A já umím máknout.

## **3. Máte přítelkyni?**

Mám. Je bezvadná. A moje první vážná známost. Nevím, kde bych byl bez ní.

## **4. Máte nějaký koníček nebo sportujete?**

Jenom kolo. A taky se šťourat v autáčích. No a muzika a pařby, to je jasná věc. Ale pořád vím, že nesmím hodit áčko, musím vstávat, i když se mi nechce, přítelkyně by mi neodpustila, kdybych neměl práci a peníze.

## **5. Máte často pocity nezdaru a dojem, že nic nemá cenu?**

Sestři, vždyť to vidíte, že se snažím. Sem vůl, že jsem to vůbec někdy zkusil, nevěděl jsem, jak to dopadne, ale vyhrabat se z toho musím. Teď už mam taky povinnosti, chci mít normální rodinu. Na takový myšlení nemám čas a ani mě nebaví přemýšlet o tom. Ale musím se držet, není to ještě dobrý se mnou.

## **6. Cítíte se relativně zdrav?**

Žádný problémy nemám. Jenom ty moje stavy někdy, dost chutě mám na to, Vám to přiznám, to pak žeru sladký, čokoládu a bučky. Dělej si ze mě legraci, že se přežírám a netloustnu, že jsem hubenej pořád. Vážím 65 kilo. To mám po otci. Pořád lepší než bejt tlustej. A já i rád jezdím na kole. A plavu.

## **7. Je pro Vás každý problém velkou zátěží?**

Teď už je to všechno dobrý. Přítelkyně mi hodně pomohla, ona je čistá, v pohodě. Mám ji moc rád. Máme kde bydlet, to taky neřešíme, tak jen aby byly peníze (směje se). Ona moje holka netuší, jaký to je, když máte chuť si dát. Nezná to, nikdy to nezkusila. Jen trávu, ale to dneska kouří skoro všichni.

### **8. Máte sílu a odhodlání být „čistý“?**

Bez pilulí bych to ještě nezvládal. Někdy to na mě fakt přijde a musím se hodně držet a přemlouvat, abych neudělal krávovinu. I když makám, myslím na to, jak je pěkný si dát. Jak je pak všechno fuk. Nic netrápí. Nebolí. Vím, že je to začarovaném kruh.

### **9. Máte s rodiči slušný, normální vztah?**

Určitě. I když taky bylo kolikrát pěkně dusno. Ale rádi se máme, držíme spolu.

### **10. Máte před sebou plány a cíle, které chcete uskutečnit?**

Vždyť říkám – určitě budu mít kluka, půlku domu u našich máme, práce se taky nějaká najde a jinak, jak to myslíte? Ale vlastně jo, plánovat se musí.

Respondentka Markéta, 29 let, vyučená čísnice. Štíhlá odbarvená blondýna, nápadně ozdobena stříbrnými šperky - mnoho řetízku na krku, prsteny na všech prstech. Čistě oblečená do přiléhavých džinsů a svetru. Velké oči, nápadně nalíčené, čistá a upravená. Usedá na židli s určitými rozpaky, nesmělý projev, tichá mluva, klidná, slušná. Je třeba vysvětlit jí, o co jde a že celý rozhovor je anonymní. Po chvíli projeví ochotu odpovídat.

#### **1. Máte své stálé zaměstnání nebo příležitostnou brigádu?**

Ano, pracuji brigádně jako servírka na baru, ale můžu Vám říct, že když kolikrát vidím, co se tam děje, nedělá mi to moc dobře. Dělán v nonstopu, kolikrát vidím lidi, který dobře znám, dodávají matroš a jsem z toho pěkně rozhozená. Nevím, jestli to budu moct dál dělat. I tátovi jsem to říkala, že půjdu radši jinam.

#### **2. Studujete?**

Stačí mi papír na servírku, stejně to ale nebudu dělat. A studovat s mýma nervama? Když si přiznám, jak jsem hákovala, nechodila domu ani do školy. Ale za dost může máma. Než od nás odešla, jen mi nadávala a vyčítala, že je nešťastná, protože mě musela mít. Jednou mi řekla, že sem se neměla narodit.

### **3. Máte přítele?**

Mám, už půl roku, ale není to moc dobrý, pořád mě sleduje, pronásleduje, nadává mi, že jsem feťačka, že mám pořád u sebe nějaké prášky. ( Rozpláče se, líčí, že jí prohledává osobní věci, vyhazuje jí medikaci a nadává do bláznů ). Víte, ale já potřebuju, aby mě někdo držel v lati, vobčas dostanu i facku, ale já si jí zasloužím. Facky ještě snesu, ale aby mě mlátil, to ne. Víte, že to se mnou není jednoduchý, táta mi to taky vždycky říká. Že bych měla od něj odejít co nejdřív? To ne, má mě rád, ale svým způsobem. Jinak to asi neumí.

### **4. Máte nějaký oblíbený koníček či sport?**

Sestři, já pořád běhám, skáču přes švihadlo, jezdím na kole, vždyť koukejte, jaký mám špeky (vytahuje tričko na břicho, kde jsou patrné minimální kožní řasy). Vždycky se musím takhle uhnat, protože bych jenom žrala a pak se nevešla do kalhot. Tloušťka je hnusná. Ráda poslouchám hudbu a dívám na zamilovaný filmy. To vždycky ořvu jak kdyby někdo umřel.

### **5. Máte často pocity nezdaru a dojem, že nic nemá cenu?**

To jo, je to se mnou fakt blbý, já nevím, jestli to můžu říct. Neříkejte to doktorovi ani tátovi, ale někdy doma piju tajně víno nebo vodku, protože jinak bych musela skočit z okna. A taky když se přejím, někdy musím jít zvracet. Ale málokdy. Hm, vím, že je to nemoc. Četla jsem to někde. V časáku. Nepište to ale nikam, je to trapný.

### **6. Cítíte se relativně zdráva?**

Někdy se mi ráno třepou ruce, nadávám si, že už nesmím dělat hovadiny, taky to přejídání, když mě to popadne. Jestli myslíte vyšetření nálezů, tak to mám negativní. Byla jsem na gyndě, tam by mi to našli taky, ne? Dobře, řeknu mojí doktorce. Horší je asi to moje popíjení, to začínám nezvládat...

### **7. Je pro Vás každý problém velkou zátěží?**

Tak to nevím. Sama sem problém. Ale snažím se něco vždycky udělat, zabránit maléru, nasekala jsem jich vždycky dost, tak nějak ani nevím jak... (Hovoří tiše).

#### **8. Máte sílu a odhodlání být „čistá“?**

Jenom proto sem jezdím, potřebuju to. Už nechci frčet. Kamarádka mi taky říká, že to zvládnu, že mi věří.

#### **9. Máte s rodiči slušný, normální vztah?**

Žiju jenom s tatškou. Máma od nás odešla, ale myslím, že na mně byla docela zlá, když jsem byla malá. Nadávala mi furt, že jsem tlustej buřt a že jsem blbá. Táta má přítelkyni, ale mně chce určitě pomoci, pořád se mně ptá, kam jdu, s kým jdu a kdy se vrátím. Já ho docela chápu. Taky bych se dcery vyptávala. Občas jdeme s tátovou přítelkyní do vinárny večer, jen tak posedět, ale pijeme víno obě. Kolikrát to pěkně přepísknem.

#### **10. Máte před sebou plány a cíle, které chcete uskutečnit?**

Pořád mi vykáte, to nemusíte. Tykejte mi, dyť jsem vám do esemesky psala, že jste pro mě něco jako máma. Chtěla bych, aby se Petr, ten muj přítel změnil, aby mě chápal. Ale nevím jak to udělat. Je někdy dost hustej. A táta, ten taky po mě pořád jde. Nejvíc bych asi chtěla mít aspoň garsonku, kde by bylo všechno podle mě.

*Respondent Michael, 47 let, střední průmyslová škola, invalidní důchodce. Již v čekárně značný zápach, přichází s velmi zanedbanou hygienou, vypadané některé přední zuby, zacuchané černé dlouhé vlasy, v dlouhých vousech patrné zbytky potravy. Brýle, přes které je špatně vidět, rozbité sklo. Volné nevyprané oblečení, svetr a manšestrové kalhoty. V dobré náladě, srdečný. Přináší čokoládku, přeje hezký den. Nechá si vysvětlit, co se po něm žádá, svoluje k rozhovoru. Vyjadřuje se přiléhavě k tématu, slušný projev. Prý je mu úplně jedno, zda je, nebo není rozhovor anonymní.*

### **1. Máte své stálé zaměstnání nebo příležitostnou brigádu?**

Ne. Zametám pro technický služby, ale nějak nemám smlouvu. Už mě jednou vyhodili, občas hákují, prostě zaspím. Oni mi vždycky dají něco k jídlu nebo pozvou na oběd a panáka nebo na pivo. Víte přeci, že mám invalidní důchod? Tak jsem spokojenej, přilepším si. A lítám mezi lidma, popovídám, je to fajn.

### **2. Studujete?**

Už dávno, dávno ne. Ale šlo mi to docela. (Rozhovoří se ze široka, vzpomíná).

### **3. Máte přítelkyni?**

To jsou věci mezi nebem a zemí. Každou chvíli se ptám hvězd, jak to vůbec bude. Ale ženský, to není žádná legrace. S nima je to těžký, pořád něco řeší, chtějí nakupovat, něco by chtěly, vymýšlejí pěkný potíže, radši toho nechám. Už jsem sám dlouho, byl jsem hodně zamilovanej, myslim dřív, ale nedopadlo to dobře, kámoš s ní odjel a nevím, kde skončili. Ale jsem heterosexuál. (Směje se).

### **4. Máte nějaký oblíbený koníček či sport?**

No, hodně mě zajímá věci. Pořád někomu dělám horoskopy. Pořád se mně někdo ptá, jak to s ním vypadá. Hrabu v knihách, čtu, a taky si pamatuju, kdo se kdy narodil, myslím známí. To že si dělám náky ty svoje věci, nechci to tady rozvádět, to víte. Ale nikomu to už nedávám. Ve vazbě na mě posledně byli hodný, to se nedá s komančema vůbec srovnat, ale přeci jenom se mi tam zpátky nechce. I když mi tam nic nechybělo, naopak. Ale svoboda je svoboda.

### **5. Máte často pocity nezdaru a dojem, že nic nemá cenu?**

Tak to je pěkná blbost, vždyť jsme tady jenom jednou na tom světě, já mám vždycky dobrou náladu.

### **6. Cítíte se relativně zdravý?**

Relativně? Tak to nevím, ale pořád pajdám, vidíte, tu levou nohu mám jako konev. Ale jinak jsem jak rybička. Ale víte, jak jsem loni čuchal, to nebylo moc dobrý, do toho už bych nešel, odcházel mi mozek. Kluci mi to taky říkali, že to nejsem já, všechno mi bylo jedno. A byl jsem fakt jinej, i agresivní, to už nejde.

### **7. Je pro Vás každý problém velkou zátěží?**

Zvykl jsem si, že nic nemám zadarmo, pr..sery si řeším. Teď mě čeká soud.

### **8. Máte sílu a odhodlání být čistý?**

Nic mi není. Já se nepotřebuju léčit, ale spíš napsat od doktora něco na uklidnění. Já už se nevyléčím, to je ověřený. Ty sra..čky kolem, to je na zblbnutí. Takhle žiju už dlouho. Jinej už nebudu. Nikomu neubližuju.

### **9. Máte s rodiči slušný, normální vztah ?**

Já s nima nebydlím. Když přijdu, tak mě nevyhodí. Máma má vždycky nějaký jídlo, ale žene mně do vany, tak to musím. Na to neexistuje výmluva. Všechno hned skončí v pračce. Oni si zvykli, že už nebudu jinej, vzornej otec rodiny.

### **10. Máte před sebou nějaké plány a cíle, které chcete uskutečnit?**

Sestři, teď mně ale otýkají nohy, belhám se, i ten můj starej čokl mě předběhne. No a jinak cíle jsou. Jaksi žít. Chci vyhrát ten soud, chtějí mi sebrat byt, je státní, ale sousedi mě udali, že u mě občas někdo přespí a je rachot a tak.

*Respondentka Lenka, 24 let, základní vzdělání, nezaměstnaná. Štíhlá, vysoké, tmavé delší vlasy, ne příliš čistě oblečená, energický projev, sděluje, že jí někdo odcizil kabelku s penězi a medikací. Údajně seděla večer v hospodě. Žádá nové balení léků. Ukazuje protokol o odcizení z Policie, rozčílí se, když léky nedostane, verbálně agresivní. Stále jí někdo křivdí. Po určité chvíli a vysvětlení situace se omlouvá, ochotná odpovídat na dotazy. Při rozhovoru neklidná, prosí o možnost odskočit si vykouřit cigaretu, stále „posmrkává“. Komíhá nohama pod stolem.*



**1. Máte své stálé zaměstnání nebo příležitostnou brigádu ?**

No to nemám, já se vrátila nedávno z komunity, tak jsem na pracáku.

**2. Studujete?**

Docela bych měla jít někam dál, ale nevím, nemám čas, pořád jsem někde.

**3. Máte přítele?**

Jo. Má taky průšvihy, jsme stejný oba. Vy ho ale neznáte, je z Prahy.

**4. Máte nějaký oblíbený koníček nebo sportujete?**

Když jsem byla holka, dělala jsem moderní gymnastiku. A taky běhala.

**5. Máte často pocity nezdaru a dojem, že nic nemá cenu?**

To nevím, co chcete vědět? Už rozumím. Mám. Ale nevím proč ?

Ale chci si dát přihlášku na učňák, chtěla bych česat a stříhat vlasy. To by šlo.

**6. Cítíte relativně se zdráva?**

Nejsem nemocná, jenom mám nervy. Někdy se nemůžu udržet. Jako teď...

**7. Je pro Vás každý problém velkou zátěží?**

No to jo, nespravedlnost mě štve. Teď budu bez pilulí, tak nic moc. Nevěříte?

**8. Máte sílu a odhodlání být „čistá“?**

Odhodlaná sem, ale sílu nemám moc. Vůli nemám. Ale už musím začít.

(Rozpláče se, pokládá hlavu na desku stolu, chvíli přemlouvá, že recept na substituci nutně potřebuje, jinak bude muset jít „jinam“ a za víc peněz).

**9. Máte s rodiči slušný, normální vztah?**

Doma se vůbec neukazuju, ségra taky ne. Prej děláme jenom vostudu. Obě. Ségra začala pikem jako já. Teď je v diagnostáku, chytli jí bengy při pátrače.

## **10. Máte před sebou nějaké plány a cíle, které chcete uskutečnit?**

To jsou fakt divný otázky, nechci se dostat do průšvihů, do nějakého velkého.

A od kartářky třeba vědět, co bude dál, co mě čeká? A mít se krásně.

*4.3 Výsledná pojednání k řízeným rozhovorům, kterých se ochotně zúčastnilo sedm vybraných respondentů : Jakub, Jana, Michala, Šimon, Markéta, Michael a Lenka.*

Ze všech sedmi rozhovorů realizovaných v *první fázi léčby* vyplývá, že respondentům zabíralo jejich chování před zahájením substituční léčby většinu času a smyslu života. Bylo zjištěno, že to, že jsou rozhodnutí abstinovat neznámá, že ví, jak se chovat, aby přestali pocítovat jakési prázdno ve svém životě. Je jim vysvětlováno, že toto vakuum musí postupně nahrazovat novými sociálními kontakty a aktivitami. Že je třeba směřovat k nalezení nových kontaktů, změně stylu chování a vytváření nových, přínosných zálib. Dobré je s respondenty plánovat, co musí udělat v případě relapsu a minimalizovat tak poškození způsobené selháním. Také bylo nápadné, jak někteří respondenti v počátcích léčení vyjadřovali subjektivní pocity jakési výlučnosti či odlišnosti, na které kladli důraz a v průběhu rozhovoru se k těmto pocitům vraceli. Dovolávali se práv na léčbu, pracovních neschopenek, ohledů, pochopení a nijak se nesnažili ( například v čekárně) před ostatními svou závislost zastírat. Normou bylo opakované lhaní, chronické porušování pravidel a velká lhostejnost ke svému okolí. Bylo běžné, že klienti byli nepřijemní, nevrlí, egocentričtí i rozladění. Stávalo se, že docházelo k agresivním výstupům, to hlavně v momentech, kdy postrádali další dávku drogy. ( Toto chování ale po několika měsících léčby již nebylo tolik patrné ). Metodou uskutečněných rozhovorů bylo ještě zjištěno, že u pěti (ze sedmi) respondentů rodič poznal, že jeho dítě je pod vlivem drogy a lze tedy konstatovat, že mu byla věnována alespoň minimální pozornost, nutná k rozpoznání intoxikace. Při posuzování vlastních životů bylo vyjadřováno jednoznačně slabé sebehodnocení a pochybnosti o svých schopnostech, rovněž nízká slovní zásoba a neobratné vyjadřování.

#### 4.4 Grafická znázornění výsledků odpovědí všech sedmi vybraných respondentů při řízených rozhovorech

Graf 1.



Zdroj : vlastní výzkum

Na *dotaz první*, zda mají stálé zaměstnání odpovědělo záporně 5 respondentů, kladně 2. Někteří naznačovali, že pracují pouze bez smlouvy, jaksi „na černo“, ale zároveň při současné evidenci na pracovním úřadě, kam se dostavují na sjednané schůzky podle termínů, protože jsou si vědomi jistých výhod ve formě placení zdravotního a sociálního pojištění. Mnozí připustili, že nejsou schopni každý den ráno vstát a na čas se do zaměstnání dostavit. Poukazovali také na příliš nízké finanční ohodnocení, které je „výsměchem“. To, že nemají patřičné vzdělání nepřipouštěli. Prý by pracovali naplno, kdyby odměna byla adekvátní jejich úsilí. To znamená, že respondenti svou nezaměstnanost nevnímají jako trauma nebo znevýhodnění.

Graf 2.



Zdroj : vlastní výzkum

Na *dotaz druhý*, zda se vzdělávají, odpovědělo záporně 6 respondentů, kladně 1. Vyjadřovali se skepticky ke svým schopnostem učit se, vzpomínali na školní neúspěchy a potíže. Také na problémy se školní docházkou a často i samotnými pedagogy.



Graf 3.

Zdroj : vlastní výzkum

Na *dotaz třetí*, zda mají nějakou známost odpověděli záporně 2 respondenti, kladně 5. Až na jeden případ jde o známosti spíše krátkodobé, bez citového naplnění, inklinace k promiskuitnímu způsobu prožívání vztahů byla patrná.

Graf 4.



Zdroj : vlastní výzkum

Na *dotaz čtvrtý*, zda mají nějakou oblíbenou zábavu či sportují odpověděli záporně 4 respondenti, kladně 3. Uváděli všichni, že v minulosti koníčky a sport měli, avšak s nástupem životního způsobu s drogou už prý na nic jiného nezbyl čas ani energie.



Graf 5

Zdroj : vlastní výzkum

Na *dotaz pátý*, zda mají často pocity marnosti a beznaděje odpovědělo záporně 5 respondentů, kladně 2. Často bylo nutné smysl dotazu přiblížit, neboť respondentům nebyl zcela jasný. Také tvrdili, že nad tím nikdy nepřemýšleli.



Graf 6.

Zdroj : vlastní výzkum

Na *dotaz šestý*, zda se cítí zdraví, odpovědělo záporně 6 respondentů, kladně pouze 1. Závažná byla jejich častá lhostejnost ke svému zdravotnímu stavu a také neznalost symptomů některých i závažnějších onemocnění.



Graf 7.

Zdroj : vlastní výzkum

Na *dotaz sedmý*, zda je pro ně každý problém velmi zatěžující odpověděli záporně 4 respondenti, kladně jen 3, což hodnotím jako nečekané zjištění. Někteří - (asi polovina respondentů) nepochopili obsah dotazu, ale po krátkém vysvětlení sdělovali, že jsou připraveni se s nepříjemnostmi srovnat a řešit je.

Graf 8.



Zdroj : vlastní výzkum

Na *dotaz osmý*, zda mají v úmyslu setrvat v léčbě a ukončit svou drogovou závislost odpověděl záporně pouze 1 respondent s tím, že nemá žádný důvod ke změně, kladně odpovědělo zbývajících 6 respondentů – a to dosti rozhodným způsobem.

Graf 9.



Zdroj : vlastní výzkum

Na *dotaz devátý*, zda mají se svými rodiči pěkný, slušný vztah odpověděli záporně jen 3 respondenti, kladně odpověděli 4. Ale sdělovali shodně, že chápou nesouhlasný postoj rodičů ke své osobě a svému škodlivému jednání. Tvrdili, že oni sami v úloze rodiče by vůči svým potomkům jednali stejně či dokonce zasáhli ještě rázněji.

*Graf 10.*



Zdroj : vlastní výzkum

Na *dotaz desátý*, zda plánují a mají před sebou vytýčené nějaké cíle odpověděl záporně pouze 1 respondent, kladně odpovědělo zbývajících 6 s tím, že nejčastěji „touží“ po větších financích a svém vlastním zázemí - bydlení. Také vyjadřovali touhu vlastnit zpět několik osobních, konkrétních věcí, například „ztraceného“ mobilu, přehrávače, počítače a.p. Tyto věci musely být prodány za účelem získání finanční hotovosti, což někteří také přiznali. Výraznější ambice ovšem nebyly vysloveny.



#### *4.5 Výsledky k dotazníku měření zátěže*

Respondenti v první fázi pracovali celkem samostatně a ochotně, ale někteří se dotazovali, když zcela nepochopili smysl otázky, případně význam některých pojmů. Velkou překážkou byla věcná a také časová náročnost. Při rozdávání, vyplňování i sběru jsem někdy byla přítomna, ale někteří klienti se odmítli zúčastnit pro obšírnost dotazů ihned. Ti sice dotazník odnesli k vyplnění domů, neboť údajně neměli dost času a potřebnou náladu, ale následně jej již nevrátili, jiní ztratili nebo přímo sdělili, že je to nezajímá a nebaví. Někteří respondenti zvládli dotazník řádně vyplnit do několika málo minut, jiní ale opakovaně četli dotazy, škrtili již jednou vypsané a přepisovali, neorientovali se v termínech a často se dožadovali pomoci. Bylo zjištěno určité oslabení kognitivních funkcí a potíže se soustředěním. Zjevné byly i potíže s vyjádřením svých myšlenek a zásadních postojů. V druhé fázi výzkumu již situace byla o něco málo lepší, jen bylo obtížné respondenty znovu přimět k vyplnění téhož dotazníku.

#### *4.6 Výsledky k dotazníku sociální citlivosti*

Tento dotazník se respondentům jevil o něco méně náročný než předešlý, volba příslušných odpovědí probíhala lehčeji. K vypracování dotazníků přistupovali celkem ochotně, přestože rozsah práce byl značný a byli srozuměni s jeho účelem. Formulace dotazů a použitých termínů se nezdála složitá, někteří však během práce otevřeně sdělovali, že nikdy nečtou knihy (s výjimkou povinné literatury ve škole), nedívají se na žádná umělecká díla, nemají žádné hrdiny ani vzory a nepřemýšleli dosud o osudech druhých lidí. Smáli se nebo divili některým dotazům. Byly zjevné potíže se soustředěním a logickým uspořádáváním myšlenek některých respondentů. V druhé fázi výzkumu, po půlroční pauze byla situace dosti podobná. Byl zjištěn především nedostatek trvalejších a hlubších vztahů, nejen přátelských, ale i mileneckých. Vinu za svá veškerá zklamání a selhání často přisuzují „špatným“ okolnostem nebo ostatním lidem. Tyto postoje jim zřejmě umožňují udržet si alespoň trochu sebevědomí. Představy o sobě, které se vztahují k sebeúctě, mnohdy nebyli schopni dobře vyjádřit.

<b>Respondenti celkem</b>	<b>63</b>
z toho žen	26

Pre test i post test (obě fáze)

**1. dotazník k schopnosti snášet zátěž**

Obsahoval 29 výroků

muži	25
ženy	26
Celkem správně vyplnilo :	<b>51</b>

**2. dotazník k míře sociální senzitivity**

Obsahoval 28 výroků

muži	28
ženy	26
Celkem správně vyplnilo :	<b>54</b>

#### **4.6 Grafická znázornění výsledků k osobnostním dotazníkům**

V pre testu a post testu k zjištění odolnosti vůči zátěžím ( tabulka níže uvedená jako první ) představuje výsledná data diferencovaná podle pohlaví respondentů. Dle legendy dotazníku byly vyhodnoceny kategorie v hlubokém podprůměru, v podprůměru, mediánu, nadprůměru a vysokém nadprůměru. Nejčastěji se vyskytující hodnota medián se prokázala u 69% žen a 72% mužů.

V pre testu a post testu k ověření sociální citlivosti ( tabulka uvedená níže jako druhá ) předkládá zjištěná data diferencovaná podle pohlaví zkoumaných osob. Dle legendy dotazníku byly zjištěny kategorie v hlubokém podprůměru, v podprůměru, mediánu, nadprůměru a vysokém nadprůměru. Nejčastěji se vyskytující hodnota medián se objevila u 83% žen a 71% mužů. Ženy byly shledány o něco více sociálně senzitivní.

Dotazník vyznávající se se zátěžemi M1 a 2. fáze výzkumu /																
POHLAVÍ	POCET MUŽU		POCET ŽEN		HL.PODPR.		PODPRMER.		MEDIAN		NADPRMER.		VYS.NADPR.		PROCENTA	
	m	ž	m	ž	m	ž	m	ž	m	ž	m	ž	m	ž	m	ž
1. Pre test	25	26	1	0	2	3	16	18	5	4	1	1	20,00 %	20,00 %		
2. Post test	25	26	1	0	1	2	20	18	2	3	1	1	20,00 %	20,00 %		
Vyhodnocení			4,00%	0,00%	6,00%	9,62%	72,00%	69,23%	14,00%	17,31%	4,00%	3,85%				

Graf první

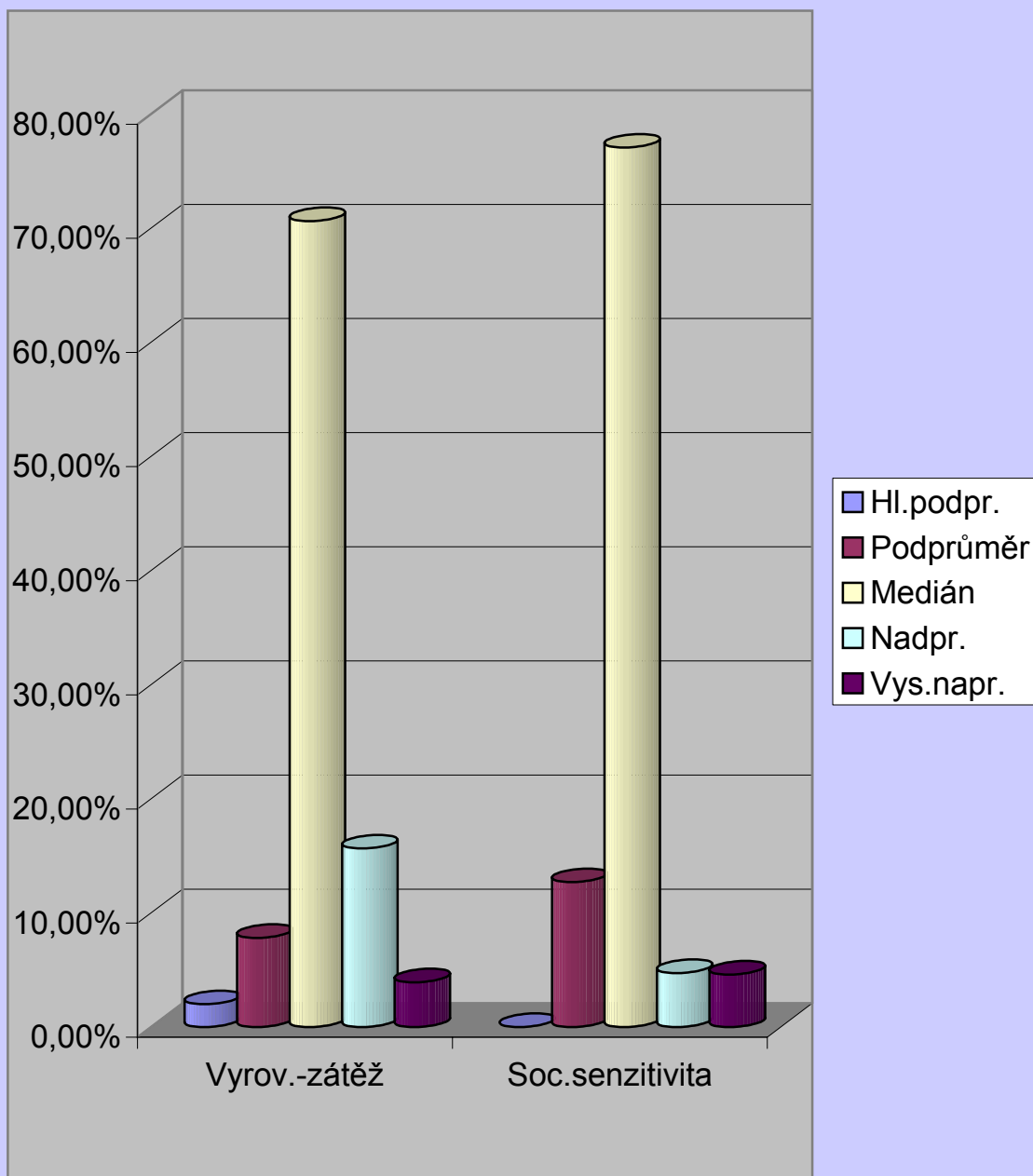
Zdroj : vlastní výzkum

Dotazník sociální senzitivity / 1. a 2.fáze výzkumu /																
POHLAVÍ	POCET MUZU		POCET ZEN		HL.PODPR.		PODPRÖMER		MEDIAN		NADPRÖMER		VYS.NADPR.		PROCENTA	
	m	ž	m	ž	m	ž	m	ž	m	ž	m	ž	m	ž	m	ž
1. Pre test	28	26	1	0	0	2	2	20	21	1	2	1	1	20,00 %	20,00 %	20,00 %
2. Post test	28	26	0	0	0	1	22	20	0	2	2	1	20,00 %	20,00 %	20,00 %	
Výhodnocení				0,00%	19,64%	5,77%	71,43%	82,63%	1,79%	7,69%	5,36%	3,85%				

Graf druhý

Zdroj : vlastní výzkum

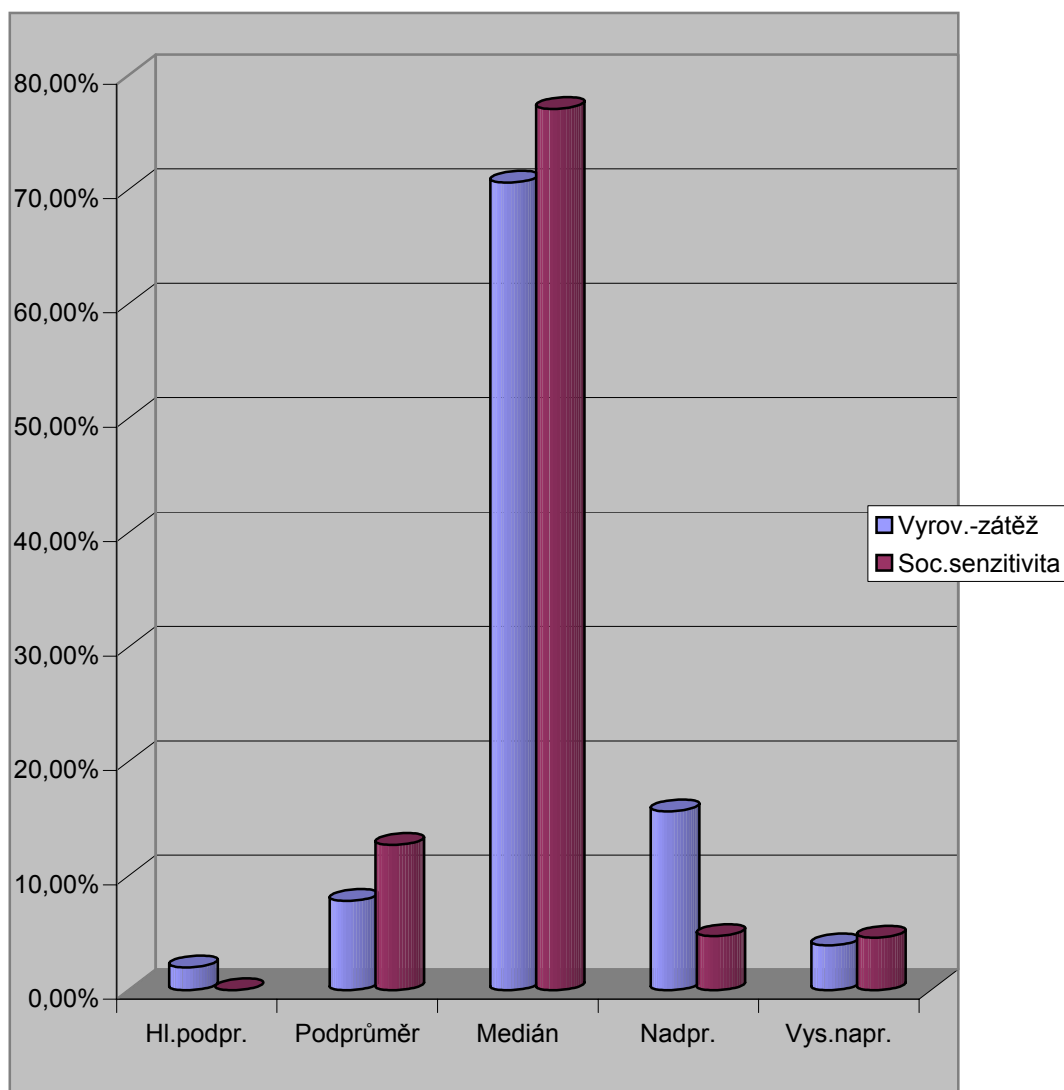
### Vyhodnocení obou dotazníků v pre testování i post testování respondentů



Žluté sloupce představují hodnoty mediánu v obou dotaznících. Výsledné hodnoty jsou zde vyjádřené současně pro obě pohlaví. V pásmu hlubokého podprůměru se v šetření senzitivity nevyskytl ani jeden respondent.

Zdroj : vlastní výzkum

### Porovnání - skóre

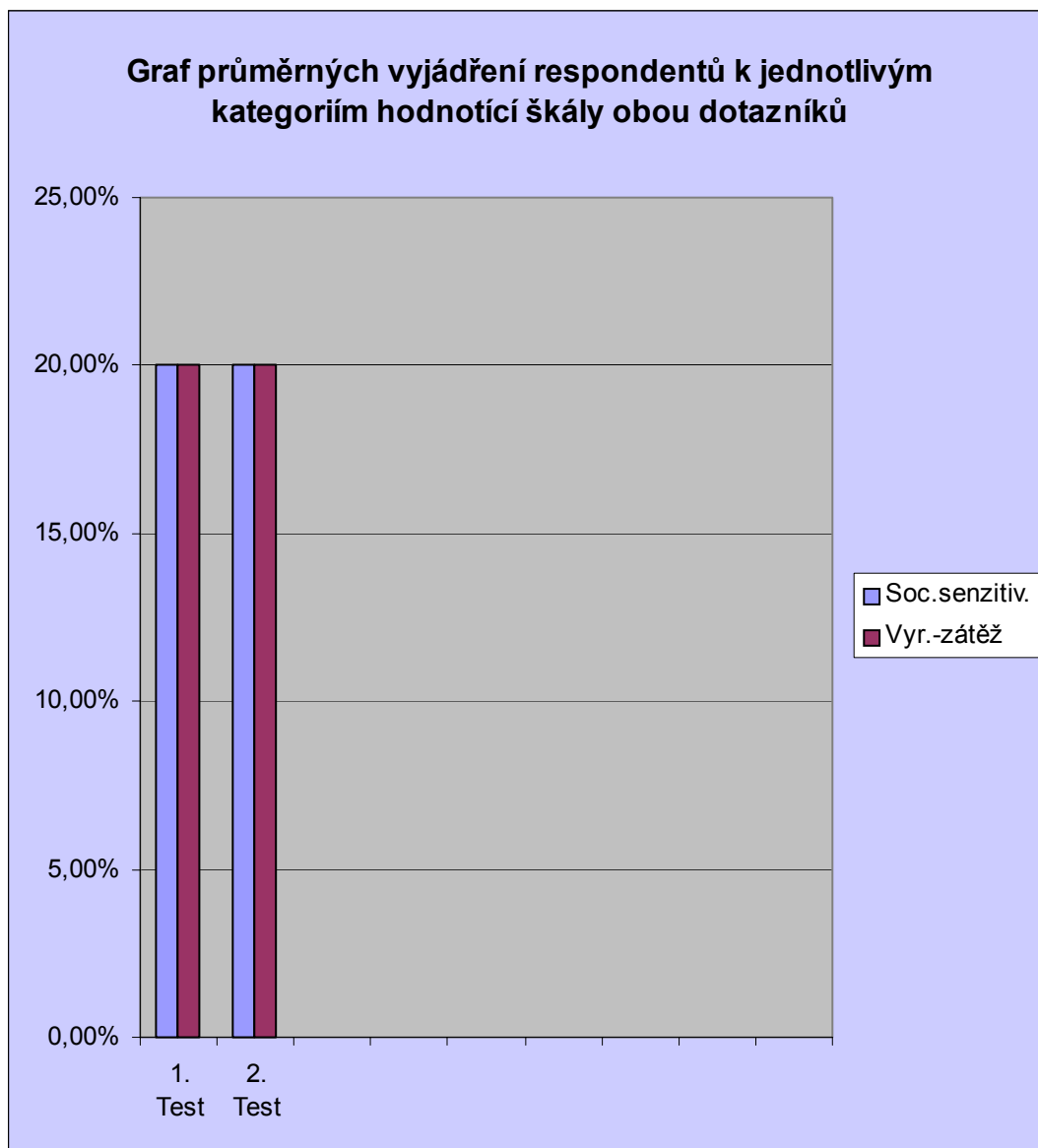


Porovnání – skóre mezi zjištěnými daty obou dotazníků. Modré sloupce značí první dotazník odolnosti vůči zátěži, fialové sloupce dotazník sociální senzitivity.

Zdroj : vlastní výzkum

Zdroj : vlastní výzkum

<b>VYHODNOCENÍ mediánu podle výsledku testů</b>		
PRE TEST A POST TEST OBOU DOTAZNÍKŮ	1. Test	2. Test
<b>Sociální senzitivita</b>	20,00%	20,00%
<b>Vyrovňávání se se zátěží</b>	20,00%	20,00%



Zdroj : vlastní výzkum

## 5. Diskuse

### 5.1 Diskuse k první části výzkumu

Výzkumu pod názvem „*Osobnostní posun drogově závislého zařazeného do substitučního programu*“ se zúčastnilo celkem 63 respondentů. Otázky byly cílené na zkoumanou realitu, na určité postoje a myšlenky respondentů, na to, jak jsou schopni přijímat životní výzvy, jak velká je u nich frustrační tolerance. Skupina, jejíž rozsah v posledních letech roste, jsou duševní poruchy vyvolané abusem návykových látek. Dochází často a velmi nenápadně ke změnám v hierarchii životních hodnot, k nemožnosti ovládat své jednání, k nezájmu o vlastní budoucnost a prosperitu. (8) Problém drogové závislosti není problémem látky, ale jedince, který tuto látku užívá. Působnost drogy závisí dost podstatně na situaci toho, který ji bere, jeho náladě, sociálním prostředí i konstituci těla. Příčinu musíme hledat ve vývoji a sociálních podmínkách. (24) Zjistila jsem, že zkoumaní klienti na počátku substituční léčby měli tendence chovat se v krizích nedospěle, unikat do nereálného světa, do jakéhosi zapomnění nebo i nadměrného spánku. Bývalo změněno vnímání, postoje i myšlení. Postupně se měnil životní styl, hodnocení všech momentů života, zájmy, klienti byli postupně sociálně izolováni a s tím jako by narůstala citová zploštělost. Vyhasínaly citové vazby k blízkým lidem v rodině. Setkávala jsem se s problémem, že chováním klientů na droze trpí právě nejbližší rodina a neví, jak správně jednat. Droga může totiž nabudit stav lhostejnosti a apatie, kdy jedinec nemá vůbec zájem o to, co se kolem něj děje, nemá velké nároky, potřebuje jen jídlo, pití a klid bez výčitek a požadavků. K normálnímu životnímu stylu jej nic nedonutí, když mu rodina alespoň to základní zajistí, což se děje. Zcela normální je lhaní, zkreslování všeho, co se přihodilo, vyžadování peněz nebo dokonce vynášení předmětů z domácnosti se snahou tyto prodat. Drogu pak užívají proto, aby se vyhnuli „duševním úrazům“, které jsou pro ostatní lidi běžně snesitelné. Jsou náchylní k užívání drogy, neboť nemají vyvinuté účinné obranné mechanismy proti silným afektům a unikají svým vnitřním stavům. Každý člověk je jedinečný a mělo by se k němu přistupovat a hodnotit jej individuálně.



## 5.2 Diskuse k druhé části výzkumu

Struktura osobnosti určuje stereotypy v chování a prožívání. Jedinci se specifickou životní zkušeností (ve výzkumu drogovou závislostí) a její následnou léčbou se snažili ze své současné pozice vyléčeného člověka v rozhovorech vysvětlit, proč užívání vlastně podlehl. Motivace k užívání psychoaktivních látek mohla znamenat jejich potřebu nějak řešit problémy, dosáhnout slasti, uspokojení a uniknout stereotypům a nudě. Později docházelo k akceptaci subkultury, v níž se nacházeli, užívali drogy a trávili svůj čas. Skutečnost, že respondenti prošli vesměs dlouhodobou a často opakovanou léčbou je důležitá pro převzetí odpovědnosti nejen nad svou minulostí, ale také budoucností. Okrajově se také sledovalo, jak respondenti odůvodňují skutečnost, že závislosti propadli, proč se rozhodli podstoupit substituční léčbu a hlavně jaké strategie používají v současnosti pro naplnění svých záměrů a cílů po ukončení léčby. Šetřilo se, co nyní považují za nejdůležitější, co jim pomůže vyrovnat se s minulostí a jak hodnotí svůj další osud. Jak projektují svou budoucnost, jakým způsobem budou příště reagovat na stresovou zátěž, která se dostaví a jak se pravděpodobně adaptují na všechny následné změny ve svém dalším životě. Z výsledků zjištěných porovnáním obou fází léčby respondentů jsem došla k závěrům, které se nepředpokládaly. Všeobecně známé je tvrzení, že nucená léčba nebývá účinná. Výzkumný soubor tvořili klienti, kteří o léčbu zažádali sami a dobrovolně, někdy však pod určitým tlakem své rodiny. Přesto nebyla potvrzena ani jedna ze tří předpokládaných hypotéz. Jak je z grafů a tabulek výše uvedených patrné, *vyšší odolnost vůči zátěžím ani větší míra sociální senzitivity se u sledované skupiny neprokázala.*

Výsledky ukázaly, že ženy mají o něco málo vyšší skóre v měření sociální citlivosti oproti mužům a to jak v prvním, tak i druhém testování. U všech zkoumaných bylo zjištěno určité vyhýbání se veškerým emocím, uzavřenost a nedůvěra vůči ostatním.

Testováním odolnosti respondentů vůči zátěžím se potvrdilo, že skóre jak u žen, tak u mužů jsou téměř vyrovnaná. Byla zjištěna snadná unavitelnost, kdy typicky docházelo k sociálnímu stažení a hledání úlevy od potíží, které se vyskytovaly, ale neřešily.

## 6. Závěr

Protože tento kvantitativní výzkum byl zaměřen na *osobnostní rysy osob*, které podstoupili dlouhodobou, odvykací, substituční protidrogovou léčbu, v praxi lze snad práci využít především pro potřeby odborné veřejnosti, např. pedagogů, sociálních pracovníků, v nemocnicích, v léčebnách či jiných institucích, kde přichází běžně s těmito jedinci do kontaktu a zvláště s těmi, kteří chtějí pomoci a být orientováni. Snahou této práce bylo také upozornit na důležitost této problematiky a stimulovat odborníky k zahájení zvýšení prevencí všech stupňů a řešit případné nedostatky. Vypracováním této práce jsem usilovala o větší pochopení klientů, kteří jsou v dlouhodobém substitučním léčení ze své závislosti na droze. Přínosem tohoto výzkumu do zdravotně sociální oblasti je snaha o poskytnutí snad alespoň základních informací o potížích jedinců, kteří mají snahu vyléčit se z drogové závislosti, ale následně se vyrovnat s orientací v celé společnosti. Musí obstát v kontaktech s úřady, začlenit se do pracovního kolektivu a *adaptovat se na běžné „překážky“*, které budou přicházet. Také se šetřila *úroveň sociální senzitivity* těchto respondentů před zahájením a po ukončení substituční léčby (ambulantní formou). Za symptom úzdravy lze považovat již fakt, že se klient začne zajímat o to, co se kolem něj děje a bere události ve svém blízkém okolí v potaz. Laická veřejnost se na závislé dívá a také k nim přistupuje s velkými předsudky, čemuž se nelze divit. Běžně nepovažuje závislost za chorobu a závislého člověka posuzuje tak, že se do potíží dostal pouze svou vinou a zastává názor, že kdyby závislý chtěl, pomůže si sám. Myslím si ale, že se také často přímo my, erudovaní pracovníci (všech pomáhajících oborů) neumíme vždy správně chovat. Jde o to, přistupovat k těmto závislým klientům, kteří teprve hledají cestu „k relativní normě“ tak, aby jim bylo účelně pomozeno a nezapomínat na citlivý, empatický přístup, ovšem s jasnými a srozumitelnými doporučeními a požadavky. Uzavírám zde nahlédnutí do problematiky, se kterou se všichni setkáváme, ale často se v ní neorientujeme. Lékaři, sestry, ostatní zdravotničtí pracovníci, pedagogové, vychovatelé, trenéři a hlavně rodiče by měli uplatňovat svůj vliv při práci s mladými lidmi, kteří mohou být závislostmi ohroženi. Je třeba stále zdůrazňovat nevhodnost požívání alkoholu, tabáku a škodlivé užívání návykových látek především.

Studiem odborné literatury, přípravou, šetřením a následným pečlivým vyhodnocováním výzkumných materiálů byla snaha dosáhnout stanoveného cíle, který spočíval ve *zjišťování způsobů vyrovnávání se se zátěžovými situacemi* respondentů v životě. Cíl spočíval také ve *zjišťování určité míry sociální senzitivity* respondentů.

*Podle mého úsudku byl vytýčený cíl splněn.*

*Ve výzkumu jsem ověřovala pravdivost předem stanovených tří hypotéz.*

**Hypotéza první** zněla : „Klienti po ukončení substituční léčby vykazují vyšší hladinu odolnosti vůči zátěžovým situacím“. Tato hypotéza na podkladě otázek dotazníků, neřízeného pozorování a rozhovorů s respondenty dle mého názoru nebyla potvrzena.

**Hypotéza druhá** zněla : „Klientky vykazují větší diferenci v odolnosti vůči zátěži po ukončení léčby ve srovnání s muži“. Tato hypotéza po vyhodnocení všech výsledků testování také nebyla potvrzena.

**Hypotéza třetí** zněla : „Klienti po ukončení substituční léčby projevují vyšší sociální citlivost ve srovnání se stavem před zahájením léčby“. Tato hypotéza po vyhodnocení všech zjištěných, výzkumných faktů rovněž nebyla dle mého úsudku potvrzena. Zjistila se jen nepatrně vyšší sociální citlivost zkoumaných žen vůči mužům.

## 7. Seznam použité literatury

1. ATKINSON,R.L. *Psychologie*. Přel.Herman,E. et al. 2.vyd. Praha: Portál, 2003. 752str. ISBN 80-7178-640-3.
2. BAŠTECKÝ,J. Šavlík,J. Šimek,J. *Psychosomatická medicína*. 1.vyd.Praha: Grada Avicenum, 1998. 368str. ISBN 80-7169-031-7.
3. BERGERET,J. *Toxikomanie a osobnost*. Přel.Misařová,V. 1.vyd. Edice Vědět víc.:Victoria publishing, 1995. 83str. ISBN 80-7187-003-X.
4. CIBIS,N. et al. *Člověk*. Přel.Linc,R. 1.vyd. Praha: Scientia, 1996. 215str. ISBN 80-7183-031-3.
5. DICK,W.F. Ahnefeld, F.W. Knuth,P. *Průvodce urgentní medicínou*. Přel. Vyoralčková,J. Praha: Sdělovací technika, 2002. 201str. ISBN 80-901936-5-X.
6. DOLEŽAL,X.J. *Bariéry* časopis listopad 1999,č.3.,strana 20, Hl.téma: *Drogy*.
7. DROSTE,C. Planta von M. *Memorix-vademecum lékaře*. Přel.Víšek,V. Praha: Scientia media, 2002. 336str. ISBN 80-85526-04-2.
8. DUNOVSKÝ,J. et al. *Sociální pediatrie* Praha:Grada Publishing, 1999. 275str. ISBN 80-7169-254-9.
9. EVANS,K. *Válka bez konce aneb o dlouhé válce proti drogám*. Přel.Krejčí,J.1.vyd. Praha:Volvo Globator, 2003.110 str. ISBN 80-7207-508-X.
10. FÜRST,M. *Psychologie vývojová, psychologie výchovy*. Přel.Horák,J. Olomouc:Votobia,1997. 259str. ISBN 80-7198-199-0.
11. GÖHLERT,F.Ch. Kühn,F. *Od návyku k závislosti*. Přel.Lieblová,D. 1.vyd. Praha: Ikar 2001.144str. ISBN 80-7202-950-9.
12. HINTNAUS,L. *Člověk a rodina*. Stud.mater. Jihoč.univerzity, 1.vyd.Čes.Bud.1998. 79str. ISBN 80-7040-315-2.
13. HORKÝ,K. et al. *Lékařské repetitorium*. Praha: Galén, 2003. 788str. ISBN 80-7262-241-2.
14. KALINA,K. et al. *Drogy a drogové závislosti I. Mezioborový přístup*. 1.vyd.Praha: Úřad vlády ČR 2003, 319str. ISBN 80-86734-05-6.

15. KALINA,K. et al. *Drogy a drogové závislosti II*. Meziobor.přístup. Národní monitorovací středisko pro drogy a drog.závislosti.1.vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. 343str. ISBN 80-86734-05-6.
16. KOHOUTEK,R. *Poznávání a utváření osobnosti*. Brno: Akadem.nakl.Cerm, 2001. 275str. ISBN 80-7204-200-9
17. KOPŘIVA,K. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha : Portál, 2000.147str. ISBN 80-7178-429-X.
18. KOUKOLNÍK,F. Drtinová,J. *Vzpouřa deprivantů – nestvůry,nástroje,obrana*. Praha: Galén, 2006. 327str. ISBN 80-7262-410-5.
19. KRŽÍŽ,J. *Duševní poruchy a poruchy chování u dětí a mladistvých*. 2.vyd.České Bud.: JU Zdrav.soc.fakulta, 2004.127str. ISBN 80-7040-724-7.
20. LANGMEIER,J. Krejčířová,D. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada, 2000. 343str. citace str.149 a 150. ISBN 80-7169-195-X.
21. MATOUŠEK,O. Havránková,O. *Metody a řízení sociální práce*. 1.vyd. Praha: Portál, 2003. 384str. ISBN 80-7178-548-2.
22. MIOVSKÝ,M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada publishing, 2006. 332str. ISBN 80-247-1362-4.
23. MOUREK,J. *Fyziologie učebnice pro studenty*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 204str. ISBN 80-247-1190-7.
24. NAKONEČNÝ,M. *Základy psychologie*. 1.vyd. Praha: Academia, 2004. 590str. ISBN 80-200-1290-7.
25. NEŠPOR,K. *Vaše děti a návykové látky*. Praha: Portál, 2001. 157str. ISBN 80-7178-515-6.
26. NEŠPOR,K. Csémy,L. *Léčba a prevence závislostí*. 1.vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 1996. 199str. ISBN 80-85121-52-2.
27. PAYNE,J. et al. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. 629str. ISBN 80-7254-657-0.
28. POKORNÝ,V. Telcová,J. Tomko,A. *Patologické závislosti*. 2.vyd. Brno-Ústav psychol.poradenství a diagnostiky, 2002.194str. ISBN 80-86568-02-04.

29. RABOCH,J. Doubek,P. Zrzavecká,I. *Psychiatrie v medicíně a medicína v psychiatrii*. 1.vyd. Praha: Galén, 2002. 295str. ISBN 80-7262-162-9.
30. RABOCH,J. et al. *Psychiatrie pro XXI.století*. 1.vyd. Praha: Galén, 2000. 158str. ISBN 80-86257-18-5.
31. REVUE objevů,vědy,techniky a lidí – *21.století extra*. 2/2005 Praha: RF Hobby, ISSN 1214-1097. Nové zázraky ve světě moderní medicíny.
32. ROTGERS,F. et al. *Léčba drogových závislostí*. Přel. Hajný,M. Sláchalová,M. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. 264str. ISBN 80-7169-836-9.
33. SEIFERTO VÁ,D. Praško,J. Höschl,C. *Postupy v léčbě psychických poruch*. 1.vyd. Praha: Academia Medica Pragensia, 2004. 472str. ISBN 80-86694-06-2.
34. *Světová zdravotnická organizace – Studie substituční terapie závislosti na opioidech*. Manuál postupu pro evaluaci výsledku. Sponzor: WHO 2006. 42str.
35. TYLER,A. *Drogy v ulicích*. Mýty, fakta, rady.1.vyd. Praha: Železný, 2000. 426str. ISBN 80-237-3606-X.
36. VÁGNEROVÁ,M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 1.vyd. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-214-9.
37. VOKURKA,M. Hugo,J. et al. *Velký lékařský slovník*. 1.vyd. Praha: Jesenius Maxdorf, 2004. 966str. ISBN 80-7345-037-2.
38. VAVROŇ,J. článek v deníku *Právo* 6.-7.1.2007. Drogy zkusil už každý čtvrtý Čech.
39. VEČEŘOVÁ,L. Přehled drog, bulletin *Andělé na jehle netančí*. Praha: MV ČR, 10/2000. 32 str.
40. VONDRÁČEK,V. Holub,F. *Fantastické a magické z hlediska psychiatrie*. 1.vyd. Praha: Columbus, 2003. 324str. ISBN 80-7249-139-3.
41. ZÁBRANSKÝ,T. et al. *Zaostřeno na drogy – Role substituce v oblasti léčby závislosti na drogách*. 5/2003. ISSN 1214-1089. Vydal Úřad vlády ČR.
42. *Zaostřeno na drogy – Mezinárodní úmluvy*. 8/2005. 11str. ISSN 1214-1089.
43. *Zaostřeno na drogy – Léčba a doléčování*. 11/2005. 11str. ISSN 1214-1089.
44. *Zaostřeno na drogy – Léčba uživatelů drog*. Praha: Úřad vlády ČR, 5/2004.
45. *Závislosti a my – 2/2007*.Ústí/n.L. čtvrtletník - 30str. ISSN 1213-8584.

## **8. Klíčová slova**

závislost

substituční léčba

osobnostní vlastnosti

motivace

frustrační tolerance

poruchy chování

emocionální stabilita

## **9. Přílohy**

**Úplný výčet otázek kladených při řízených rozhovorech s vybranými klienty.**

1. Máte stálé zaměstnání nebo příležitostnou brigádu ?
2. Studujete ?
3. Máte přítelkyni, přítele ?
4. Máte nějaký koníček nebo sportujete ?
5. Máte často pocity nezdaru a dojem, že nic nemá cenu ?
6. Cítíte se relativně zdrav, zdráva ?
7. Je pro Vás každý problém velkou zátěží ?
8. Máte sílu a odhodlání být stále „čistý“ ?
9. Máte s rodiči slušný, normální vztah ?
10. Máte před sebou plány a cíle, které chcete uskutečnit ?



Dobrý den, jmenuji se Dominika Donnerová a jsem studentkou třetího ročníku dálkového studia Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. V současné době vypracovávám bakalářskou práci na téma Osobnostní posun drogově závislého zařazeného do substitučního programu. K jejímu zdárnému sepsání a ukončení potřebuji získat informace zodpovězením 29 postojů a názorů k řešení různých situací právě od Vás. Za jejich poskytnutí Vám velice děkuji.

Děkuji také za otevřené a pravdivé údaje, které jsou anonymní a proto se nepodepisujte, pouze označte, zda jste muž nebo žena. Zkontrolujte prosím, zda jste odpověděli na všechny dotazy a nic nevynechali. Nenaleznete zde ani správné, ani špatné odpovědi, protože jde o dotazník zjišťující způsoby toho, jak se dokážete vypořádat se životními událostmi.

**Dotazník šetření rozsahu schopností vyrovnávání se se zátěžemi. Několik stanovisek je zde uvedeno pro představu čtenářů.**

Respondent specifikoval nejvhodnější subjektivní variantu v sedmi bodové škále.

1. Mám pocit, že mi ostatní lidé nerozumí, hovořím-li s nimi. ( Nikdy x Vždy )
2. Mám dojem, že to, co se kolem děje, mne nezajímá. ( Zřídka x Velmi často )
3. Lidé, kterým jsem hodně důvěřoval mne zklamali. (Nikdy x Vždy )
4. V minulosti byl můj život plný změn. ( Plný nejistoty x Plynul v pohodě )
5. Mám pocit, že je ke mně okolí nespravedlivé. ( Nikdy x Někdy x Vždy )
6. Můj život dosud neměl jasný cíl, účel ani důvod. ( Měl x Neměl )
7. Mám pocit, že v neznámé situaci dobře nevím, co si počít. ( Velmi často x zřídka x Nikdy )
8. Obtížný problém je pro mne často neřešitelný. ( Řešení je jasné x nejasné x těžko se nalézá )

9. Stává se mi, že mám pocity, které bych raději neměl. (Velmi často x Zřídka x Nikdy )
10. Nevím, zda se dovedu vždy plně ovládnout. ( Často x Nikdy )
11. Nevím, zda dobře zvládnou obtíže, s nimiž se setkám. ( Často x Zřídka x Nikdy )
12. Mívám často nejasné představy a pocity. ( Velmi často x Někdy )
13. Když mám každý den dělat to samé, je to pro mne radost nebo trápení? (Radost x Trápení x Nuda )
14. Občas mne v minulosti překvapilo jednání lidí, které dobře znám. ( Nikdy x Vždy x Občas )
15. V minulosti jsem se cítil poražený a smutný. ( Nikdy x Velmi často )
16. Někdy přemýšlím, proč vlastně žiji. ( jsem rád, že žiji x ptám se, proč vlastně žiji )
17. Obvykle se mi stává, že přecením nebo podcením dění kolem sebe. ( Ano x Ne x Vidím dění kolem sebe správně )
18. Život je pro mne - ( Zajímavý x Velmi zajímavý x Běžný )
19. V budoucnu budu mít kolem sebe ty, na které se půjde spolehnout. ( Určitě x Pochybují )
20. Když přemýšlím nad problémy, které v životě přijdou, mám dojem, že- ( to zvládnou x nezvládnou )

V tomto dotazníku jsou otázky, které se týkají vašeho citění a jednání. Pracujte prosím rychle a nezdržujte se příliš u jednotlivých výroků, protože důležitá je Vaše první reakce a ne dlouhé přemýšlení. Nejsou zde správné ani špatné odpovědi, protože jde o dotazník zjišťující Vaše emocionální chování, Vaši společenskou citlivost. Nepodepisujte se, šetření je anonymní. Zkontrolujte, zda jste nic nevynechali. Děkuji Vám za upřímnost, Váš čas a ochotu ke spolupráci.

### **Dotazník k šetření sociální senzitivity. Ukázka několika tvrzení pro ilustraci.**

Respondent kroužkoval příslušnou subjektivní hodnotu myšlenek a pocitů v rozličných situacích v pětibodové škále. U každé z 28 položek jsou dány možnosti od „Nevystihuje mne správně“ až po „Vystihuje mne správně“.

1. Často sním a hloubám o věcech, které by se mi mohly stát.
2. Zjišťuji, že je těžké vidět věci z pohledu druhého člověka.
3. Někdy nemám soucit s těmi, kteří mají problém.
4. Mám občas pocity bezmoci a bezvýchodnosti.
5. Když vidím u druhého šikanu, mám ochranné tendence.
6. Když vidím utrpení druhého, mívám sklon být klidný.
7. Představuji si, že jsem hrdina z románu nebo filmu.
8. V emocionálních situacích bývám dosti rozrušený.
9. V situacích nouze nebo nehody jsem dost aktivní.
10. Mám sklony ztrácet hlavu, když o něco podstatného jde.
11. Jsem zřejmě ovlivnitelná osoba s měkkým srdcem.
12. Smůla a neštěstí jiných lidí mne příliš nezneklidňují.

13. Jsem často dotčen událostmi, které přichází.
14. Když někoho kritizuji, říkám si, jak bych se asi cítil já na jeho místě?
15. Je u mne vzácné vžít se do děje nějaké knihy nebo filmu.
16. Když se dívám na film, děj mne neovlivní.
17. Existuje několik pohledů na věc a já to беру v úvahu.
18. Když jsem přesvědčen, že mám pravdu, neposlouchám argumenty ostatních.
19. Než se rozhodnu, zamyslím se i nad tím, co mi radí druzí.
20. Když vidím, že je někdo nešťastný, mám pocity soustrasti a starost.

Vysvětlení některých výrazů z řízených rozhovorů :

Kérka – tetováž

Čistý – bez škodlivé drogy, stav střízlivosti

Dýlování – překupnictví, prodej

Háčko – heroin

Buchna – injekční stříkačka

Subáč – Subutex tabletky

Matroš – zboží, v tomto případě droga

Frčet – být pod vlivem drogy, být „in“

Hustej – být drsný

Benga – policisté

Piko - pervitin

Hákovat – nejít do školy nebo práce

Nastřelit se – aplikovat (intravenózně) drogu