

# RESOCIALIZACE DROGOVĚ ZÁVISLÝCH

Martina Freitagová

---

Bakalářská práce  
201x



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2018/2019

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Martina Freitagová**  
Osobní číslo: **H14975**  
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**  
Studijní obor: **Sociální pedagogika**  
Forma studia: **kombinovaná**  
Téma práce: **Resocializace drogově závislých**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti závislosti na návykových látkách, její léčby v terapeutické komunitě a resocializace.

Příprava metodiky empirické části, zpracování projektu výzkumu a stanovení výzkumného problému.

Realizace kvalitativního výzkumu formou rozhovoru.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

HELLER, Jiří a Olga PECINOVSKÁ a kol. Závislost známá neznámá. Praha: Grada Publishing, 1996. ISBN 80-7169-277-8.

HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum : základní teorie, metody a aplikace. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-485-4.

JÍLEK, Jan. Ze závislosti do nezávislosti (spoluzávislí a nešťastní). Praha: Roční období, 2008. ISBN 978-80-85524-03-1.

KALINA, Kamil a kol. Drogy a drogové závislosti. Úřad vlády ČR, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

KLEE, Hillary, MCLEAN, Iain and YAVORSKI, Christian. Employing drug users. Individual and systemic barriers to rehabilitation. York: Joseph Rowntree Foundation, 2002. ISBN 1 84263 053 9.

MAHDALÍČKOVÁ, Jana. Víme o drogách všechno? Praha: Wolters Kluwer, 2014. ISBN 978-80-7478-589-4.

NEŠPOR, Karel. Návykové chování a závislost. Praha: Portál, 2000. ISBN 978-80-7367-908-8.

POKORNÝ, V., J. TELCOVÁ a A. Tomko. Patologické závislosti. Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky, 2002. ISBN 80-86568-02-0. ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ a kol. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.

Vedoucí bakalářské práce:

**Mgr. Lenka Venterová**

Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce:

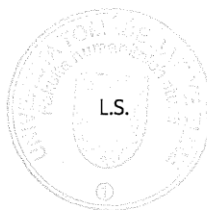
**10. ledna 2019**

Termín odevzdání bakalářské práce:

**26. dubna 2019**

Ve Zlíně dne 10. ledna 2019

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



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

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně ..... 26.4.2019

.....

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

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

## **ABSTRAKT**

Teoretická část se zabývá drogovou závislostí, léčbou závislosti včetně resocializace. Popisuje vznik a následky závislosti, možnosti léčby a systém následné péče. Praktická část se věnuje resocializaci drogově závislých, kteří absolvovali léčbu v terapeutické komunitě. Kvalitativní výzkum je rozdělen do dvou částí. První část obsahuje osobní a toxikologickou anamnézu účastníků výzkumu. Jednotlivé anamnézy odhalují jejich životní příběhy a jsou tak základním východiskem pro druhou část výzkumu. Jejím hlavním cílem je problematika resocializace, tedy znovuzapojení závislých zpět do života. Důležitým faktorem je zde léčba v TK, neboť tam celý proces resocializace začíná. Výzkumník má za cíl blíže proniknout do problematiky resocializace. Upozornit na získané dovednosti v TK a jejich využití při řešení krizových situací po léčbě. Celý výzkum poukazuje na demotivující prvky, podpůrné faktory a zásadní změny po léčbě ve vzájemném kontextu s udržení dlouhodobé abstinence.

Klíčová slova: drogy, závislost na drogách, léčba závislosti, terapeutická komunita, resocializace, doléčování

## **ABSTRACT**

The theoretical part deals with drug addiction, addiction treatment and resocialization. It describes the beginning and the consequences of addiction, possibilities of treatment and the system of aftercare. The practical part deals with resocialization of drug addicts that undergone treatment in a therapeutic community. Qualitative research is divided into two sections. The first part contains personal and toxicological history of research participants. Each individual anamnesis reveals their life stories and is a primary starting point for the second part of the research. Its main objective are problems of resocialization and reintegrating the addicted back to normal life. An important factor is the treatment in therapeutic communities since it's where the whole process of resocialization begins. The researchers aim to get more insight into resocialization, point out their gained skills in therapeutic communities and it's use when dealing with crisis situations after the treatment. The whole research points to demotivating elements, supporting factors and fundamental changes after treatment in the context of sustaining long-term abstinence.

Keywords: drugs, drug addiction, addiction treatment, therapeutic community, resocialization, after-treatment

Poděkování, motto a čestné prohlášení, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická, nahraná do IS/STAG jsou totožné ve znění:

Děkuji paní magistře Lence Venterové za čas, který mi věnovala při tvorbě mé bakalářské práce. Děkuji za odbornou pomoc. Její rady a připomínky byly pro mou práci velkým přínosem. Velké poděkování patří také všem informantům, kteří se tohoto výzkumu zúčastnili. V neposlední řadě děkuji i mé rodině a všem lidem, kteří mě v průběhu psaní bakalářské práce psychicky podporovali.

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



**OBSAH**

<b>I TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>11</b>
<b>1. ZÁVISLOST A LÉČBA.....</b>	<b>12</b>
1.1    VZNIK ZÁVISLOSTI .....	12
1.2    PREVENCE ZÁVISLOSTI .....	16
1.3    JAK PROBÍHÁ LÉČBA .....	23
<b>2    TERAPUTICKÁ KOMUNITA.....</b>	<b>27</b>
2.1    HISTORIE TERAPEUTICKÝCH KOMUNIT .....	27
2.2    KOMU JE LÉČBA V TERAPEUTICKÉ KOMUNITĚ URČENA? .....	30
2.3    ÚČINNÉ FAKTORY TERAPEUTICKÉ KOMUNITY V LÉČBĚ ZÁVISLOSTI .....	33
<b>3    RESOCIALIZACE - SOCIÁLNÍ REHABILITACE .....</b>	<b>34</b>
3.1    KLIENT PO LÉČBĚ .....	34
3.2    CRAVING NEBOLI BAŽENÍ .....	35
3.3    NÁSLEDNÁ PÉČE, DOLÉČOVACÍ PROGRAMY.....	37
<b>II. PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>41</b>
<b>4    METODOLOGIE VÝZKUMU.....</b>	<b>42</b>
4.1    ANAMNÉZA INFORMANTŮ .....	43
4.2    VÝZKUMNÝ PROBLÉM, CÍLE VÝZKUMU .....	53
4.3    VYHODNOCENÍ DÍLČÍCH CÍLŮ .....	61
4.4    ZÁVĚR PRAKTICKÉ ČÁSTI .....	66
<b>5    ZÁVĚR BAKALÁŘSKÉ PRÁCE .....</b>	<b>67</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>69</b>
<b>INTERNETOVÉ ZDROJE.....</b>	<b>71</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....</b>	<b>72</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>73</b>

## ÚVOD

V naší společnosti je ještě stále dost lidí, kteří drogovou závislost nepovažují za nemoc. Dalším faktem, o kterém ne všichni vědí je, že závislost je nemoc, která se dá léčit, ne však zcela vyléčit. Jedinou prognózou pro nemocného je tak dlouhodobá abstinence. Hlavním cílem této práce je přiblížit, jak složitá může být cesta k abstinenci. Cesta, která začíná léčbou, v našem případě léčbou v terapeutické komunitě a prakticky nikdy nekončí. Jak už jsme uvedli, závislost je celoživotní proces, proto jediným dobrým koncem může být jen dlouhodobá abstinence. V bakalářské práci se chceme konkrétněji věnovat systému resocializace drogově závislých, který započal léčbou v terapeutické komunitě. Resocializaci zde chápeme jako znovuzapojení drogově závislého zpět do života.

Praktická část je tedy realizovaná kvalitativním výzkumem rozděleným do dvou částí. Před realizací tohoto výzkumu jsme oslovili více než deset osob z řad drogově závislých. Poté jsme vybrali pět informantů, kteří odpovídali kritériím výzkumu. V první části, metodou rozhovoru, vytvoříme jednotlivé anamnézy neboli životní příběhy těchto informantů. Nastíní nám tak životní cestu informantů a měly by být základním východiskem pro druhou část výzkumu. V té se budeme věnovat problematice znovuzapojení do života. Problematiku jsme si rozdělili do několika dílčích cílů, které nám pomohu lépe pochopit vliv terapeutické komunity na klientův život po léčbě. Jaké informace a dovednosti získal během terapie v komunitě a zda je nějakým způsobem zúročil např. v rizikových situacích po léčbě. Prozkoumáme také zásadní změny, které klient ve svém životě musel podstoupit, aby si udržel abstinenci. Budou zajímat podpůrné a demotivující prvky v celém procesu resocializace. Informace získáme pomocí druhého rozhovoru s předem připravenými otevřenými otázkami.

Jednotlivé rozhovory pak rozebereme pomocí techniky otevřeného kódování. Z nově vzniklých kódů pak složíme nový text a vznikne nám několik konkrétních kategorií, které nám odkryjí společné prvky rozhovorů. Následná interpretace dat a dílčích cílů pro nás bude tak cestou k získání podrobnějších informací a objasnění hlavního cíle.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1. ZÁVISLOST A LÉČBA

Životní styl se v posledních letech od základů změnil a to nejen v uvažování, ale u mnohých lidí i v konkrétním způsobu života. Návykové látky, jež trvale provázejí člověka v jeho radostech a starostech, jej provázejí i v této změně. Nové společenské uspořádání provází řada problémů a zátěžových situací. Drogy nabízejí jednoduchou cestu k řešení. Bohužel však jsou v řešení problémů tím nejhorším rádcem (Heller, Pecinovská a kol., 1996, s. 9).

Obecně se závislost týká každého z nás a nelze ji od našeho života oddělit. Do jisté míry a s jistou intenzitou jsme vždy na něčem nebo někom závislí. Tato skutečnost však neznamená, že bychom si našich závislostí byly denně vědomi. Ale stejně jako naše emoce jsou trvale přítomny a kdykoliv se mohou přihlásit do našeho vědomí. Neexistuje téměř nic, na čem bychom se nemohli stát závislí. Pokud se jedná o tzv. "zdravou" závislost je pro náš život prospěšná a přináší nám duševní nebo fyzické uspokojení.(sport, hudba, rodina). Nebezpečná pro život člověka, je závislost patologická. O této závislosti můžeme hovořit, když v jejím důsledku dochází k utrpení jedince a to jak fyzického, tak i psychického, ale také k utrpení osob v jeho okolí. Jako patologickou označujeme i závislost na drogách (Pokorný, Telcová, Tomko, 2002, s. 13-14).

Podle WHO je drogová závislost psychický a někdy i fyzický stav vyplývající ze vzájemného působení mezi živým organismem a drogou, charakterizovaný změnami chování a jinými reakcemi, které vždy zahrnují nutkání brát drogu, a to stále nebo pravidelně pro její psychologické účinky a někdy i proto, aby se zabránilo nepříjemnostem vyplývajícím z její nepřítomnosti (Pokorný, Telcová, Tomko, 2002, s. 21).

Dle Nešpora (Nešpor, 2000, s. 14) můžeme o syndromu závislosti mluvit jako o „*skupině fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jednání, kterého si dříve cenil*“.

### 1.1 Vznik závislosti

Závislost na psychoaktivních látkách je chronická psychická porucha, která je charakterizována několika všeobecnými příznaky. Závislost vzniká, když jedinec užívá dost dlouhou dobu dostatečně velké dávky drogy. Motivem prvního užití drogy může být zvědavost,

snaha o dosažení příjemného psychického stavu anebo naopak, snaha o zmírnění již existujících nepříjemných pocitů. Na vzniku závislosti se podílejí tři skupiny etiologických faktorů. Patří mezi ně vlastnosti návykových látek, biologické a psychologické charakteristiky jedince a kulturní a sociální faktory-to jsou tzv. faktory prostředí. Pro závislost na drogách platí bio-psycho-sociální model nemoci. Význam jednotlivých faktorů je u každého jedince rozdílný, důležitá je jejich vzájemná interakce (Kolibáš, Novotný, 2007 s. 19-20).

Pokud chceme pochopit důvody, proč lidé užívají drogy, musíme se nejdříve zamyslet nad tím, co je k tomu vede. Předem je třeba zdůraznit, že při užívání drog nezáleží na věku, pohlaví, inteligenci a podobně. I když nelze s přesností určit jeden důvod, autoři, kteří se zabývají problematikou závislosti, se shodují hned na několika. Pro mladou generaci je jedním z hlavních důvodů určitě zvědavost, vzdor proti rodičům, únik z reality-od problémů a zodpovědnosti, přizpůsobení se partě, odbourání ostychu, protest proti okolnímu světu, snaha o zvýšení koncentrace a výkonnosti. V neposlední řadě bývá důvodem i zvyšování sebevědomí (Mahdalíčková, 2014, s. 30).

O drogové závislosti můžeme hovořit jako o psychickém a fyzickém stavu, který se projevuje vzájemným působením mezi živým organismem a drogou. Tento stav je charakterizovaný změnou chování a jinými reakcemi, které ale vždy zahrnují potřebu pravidelně užívat drogu pro její psychické účinky, nebo proto, aby zabránili nepříjemnému pocitu při nepřítomnosti drogy v organismu. Drogově závislý člověk nutně potřebuje drogu ke své každodenní existenci (Mahdalíčková, 2014, s. 31).

### **Diagnostika závislosti**

Mezinárodní klasifikace nemocí uvádí, že pro diagnostiku závislosti je třeba potvrdit během předešlého roku, alespoň tři z bodů ze seznamu příznaků závislosti. Do tohoto seznamu patří

- silná touha a nutkání užívat drogy
- problémy s kontrolou užívání drog
- užívání drog pro odstranění fyzických potíží
- zvyšování tolerance (člověk potřebuje čím dál větší dávku, aby dosáhl potřebného efektu)
- zanedbávání všech ostatních zájmů, které se netýkají drog

-pokračování v užívání drog, i přesto, že dotyčný ví, že mu droga škodí (Nešpor, 2000, s. 14).

Definitivní diagnózu závislosti můžeme stanovit teprve tehdy, pokud během jednoho roku dojde nejméně ke třem z těchto jevů. Zvláštností u drogové závislosti je, že jako drogově závislý může být uznán i ten, u nějž se neprojevují známky zvyšování tolerance ani abstinenci příznaky. Úplně stačí, pokud má nutkavou potřebu určitou látku užívat. V tomto případě se jedná o psychickou závislost (Mahdalíčková, 2014, s. 32). Závislost na drogách může mít psychickou nebo fyzickou podobu. Není vyloučené, že drogově závislý během své drogové kariéry projde oběma. Záleží na tom, jaký typ drogy nebo léku užívá. Nedá se s přesností tvrdit, která z těchto dvou závislostí je horší.

**Fyzická**, tedy tělesná má mnohem dramatičtější průběh. Jedná se o stav organismu vzniklý dlouhodobým užíváním drogy. Při vysazení drogy se dostávají abstinenci příznaky. Tzv. abstinenci syndrom. Jedná se o skutečnost, kdy si organismus zabudoval drogu do svého metabolismu. A pokud tato určitá látka (droga) není v organismu přítomna, nemohou jeho metabolické procesy probíhat normálním způsobem. Odvykací stav je velice nepříjemný a v některých případech může ohrozit i život člověka. Ale po několika dnech, max. týdnech abstinenci příznaky odezní. Je zajímavé, že u nelegálních drog (opiátů) bývá odvykací stav méně závažný než u některých léků na předpis (Pokorný, Telcová, Tomko, 2002, s. 22).

**Abstinenci syndrom** - nastává po vysazení některých léků nebo drog z těla drogově závislého. Jedná se o souhrn příznaků, které jsou důsledkem odnětí drogy z těla. Odvykací syndrom nastává po delší době braní poměrně vysokých dávek. Odvykací příznaky mohou být tělesné, nebo duševní (Nešpor, Provazníková, 1996, s. 21).

**Psychická** závislost je psychický stav vyvolaný podáváním drogy, který se projevuje různým stupněm přání drogu užívat. Tento stav se projevuje jako úzkost vyvolaná neodolatelnou touhou po droze. Tato úzkost způsobuje, že se dotyčný snaží drogu jakýmkoliv způsobem opatřit (Pokorný, 2002, s. 22). Psychická závislost byla dlouhou dobu hodně podceňovaná a přitom je závažná přinejmenším stejně tak jako ta fyzická. Pro zvládnutí psychické závislosti nestačí jen pevná vůle, je zapotřebí dlouhodobé léčby a terapie k zvládnutí tohoto problému. Právě kvůli psychické závislosti vznikly terapeutické komunity, které nabízejí svým klientům dlouhodobou léčbu. K jejímu zvládnutí je třeba i několik let. A i po

několikaleté abstinenci je tento typ závislosti příčinou relapsů a recidiv (kolektiv autorů sdružení SANANIM, 2007, s. 19).

### **Fáze závislosti**

Závislost na drogách můžeme rozdělit do několika fází, které nám pomohou určit, v jakém stádiu závislosti se daný jedinec nachází.

**Experimentální** - můžeme ji nazvat i fází počáteční. Závislost teprve začíná a uživatel drog zatím vidí jen pozitiva, které mu droga přináší. Droga je pro něj něčím novým a příjemným. Svět se mu zdá hezčí, přestává vidět problémy. Vše mu jde najednou samo, s nadhledem a z ničeho si nedělá starosti. V této fázi většinou okolí ani nepozná, že daný člověk experimentuje s drogami. Náznaky zde sice jsou, ale jeho blízcí si v této fázi sotva kdy připustí, že by tyto náznaky mohly mít něco společného s drogami. Ani experimentující jedinec si v této době neuvědomuje, na jak tenkém ledě se pohybuje. Díky tomu, že vyhledává drogy jen občas a prozatím malé množství, nemá finanční, ale vlastně ani jiné větší potíže.

**Sociální** - dotyčný si najednou nemá co říct s dosavadními přáteli a proto začíná vyhledávat společnost uživatelů drog. V této fázi se již pomalu začíná projevovat závislost. Dotyčný začíná mít problémy s okolím. Drogám začíná přizpůsobovat svůj denní rytmus. Začíná zanedbávat školu, či zaměstnání. Okolí si začíná všimnout, že daný jedinec je jiný. V této fázi se již objevují negativní příznaky zneužívání drog, jako jsou nespavost, nechut' k jídlu, změny nálad a agresivita. Jedinec začíná přicházet do konfliktu s rodinou i se širším sociálním okolím. Většinu si však ještě stále neuvědomuje závažnost situace.

**Každodenní užívání** - v této fázi je už člověk plně závislý. Ztrácí kontrolu jak nad drogou, tak nad sebou samým. Nic jiného než drogy už ho nezajímá. Problémy ve škole, či v práci jsou čím dál větší. Často přichází o zaměstnání. Začíná mít i velké finanční problémy. Uchyluje se ke krádežím, podvodům a jiné nelegální činnosti. A dost často přichází do konfliktu se zákonem. Dostává se do čím dál větších problémů, které vedou až na okraj společnosti.

**Užívání k dosažení normálu** - tato fáze je velmi nebezpečná, silně ohrožující zdraví, může končit až smrtí. Závislého nezajímá nic jiného než jak sehnat drogu. Je pro to ochoten udělat vše, neštítí se vůbec ničeho. Abstinenční příznaky jsou tak silné, že ho nic jiného nezajímá. A vzhledem ke špatnému zdraví a sociálním podmínkám, do kterých se kvůli drogám dostal, zpravidla na nic jiného již nezbyvá čas. Zkrátka ztrácí zájem o vše a jedi-

nou jeho prací, zábavou, kamarádem a společníkem je droga (drogy a drogová závislost, 2019).

### **Spoluzávislost**

Zabýváme-li se drogovou závislostí, je třeba zmínit se i o spoluzávislosti. Terapie spoluzávislých stejně důležitá, jako terapie závislých klientů. Považuje za důležité, aby spoluzávislí jedinci, docházející na terapii, měli pocit, že mají minimálně stejný důvod k terapii, jako jejich závislí příbuzní (Jílek, 2008, s. 14).

Spoluzávislost představuje určitý typický vzorec chování rodinných příslušníků závislého, kteří jsou stejně jako závislý klient chyceni v začarovaném kruhu závislosti. Snaží se závislému pomáhat za každou cenu a odsouvají na vedlejší kolej svůj vlastní život. Problémy blízkého- závislého se pro ně stávají prioritou a trvá dlouhou dobu, než si uvědomí, že mu svou přehnanou péčí vlastně ubližují (Jílek, 2008, s. 15). Spoluzávislost rodinných příslušníků můžeme rozdělit do několika fází. V první fázi se jedná o **utajování a skrývání**- spoluzávislý dělá vše proto, aby závislost svého blízkého a s ní spojené problémy, utajil před okolním světem. Půjčuje mu peníze, omlouvá jeho prohřešky, tají skutečný stav i před nejbližšími přáteli. Raději přijde a většinu přátel, jen aby skryl tento problém. V této fázi si většinou spoluzávislý ani neuvědomuje závažnost situace, ve které se ocitl nejen jeho závislý příbuzný, ale také on sám. Druhou fází označujeme jako **kontrolu**. Jedná se o přehnané hlídání a kontrolování všech aktivit závislého. V této fázi se u spoluzávislého objevuje pocit viny a je pro něj těžké přestat pomáhat. V poslední fázi dochází k **odmítání**. Rodina už není schopna dále vydržet chování závislého. Spoluzávislí si konečně začínají uvědomovat závažnost problému a dají závislému ultimátum, že mu budou nadále pomáhat, jen v případě, že se půjde léčit (Spoluzávislost, 2019).

## **1.2 Prevence závislosti**

Jako nejlepší způsob předcházení problémům s drogami můžeme označit prevenci. Proces a obsah prevence je v podstatě v základních rysech vymezen již na základě samotného významu slova prevence, jehož původní výraz *praeventus* znamená zákrok předem. Většinou se setkáváme s vysvětlením, že prevence je definována v tom nejširším smyslu, jako předcházení nějakým, většinou škodlivým, vlivům. Někteří autoři dále uvádějí, že se tento pojem používá ve vztahu k poruchám zdraví jedinců a populací, kde je prevence souborem



činností, které vedou k zabránění vzniku nemocí, vad, zranění a jejich následků a pomáhají udržet optimální stav zdraví, posilovat je a rozvíjet (Machalová, 2010, s. 45).

### Typologie prevence

Prevenčí závislostí rozumíme aktivitu, která vede k posílení a ochraně zdraví, ale také výchově ke zdravému způsobu života. Prevenci dělíme na primární, sekundární a terciální.

**Primární** - prevence je zaměřena na podporu zdraví jedince i společnosti. Jedná se o práci se zdravou populací a jde zde především o motivaci k plnohodnotnému životu. Prioritou je prevence soustředěná především na mladou generaci. Na školách je nutné, aby se problematika drog stala součástí edukačního procesu. Pro dosažení správných výsledků je nutno prevenci provádět odborně a přitom citlivě. Důležitá je též nízkoprahovost a komunikační bezbariérovost. K dosažení pozitivních výsledků je, ale také důležité zajistit výcvik pro pedagogy, aby získali nejen teoretické, ale i praktické dovednosti pro účinnou realizaci preventivních programů. Např. pokud má prevence za úkol místo užívání drog nabídnout a prosadit zdravý způsob života, měli bychom znát důvody proč zdravě žít a co za pozitiva nám může zdravý způsob života přinést.

**Sekundární** - prevence se orientuje na pomoc při vzniku již existujícího, reálného nebezpečí závislosti. Jde o snahu co nejdříve rozpoznat příznaky závislosti a eliminovat škody, které vznikají při nadměrném užívání drog. Cílem sekundární prevence je také včasné zajištění pomoci odborníků, která by měla vést k uzdravení.

**Terciální** - prevence se věnuje podpoře nového stylu života. Snaží se zabránit návratu akutního stádia závislosti. Upevňuje výsledky, získané během terapie (Heller, Pecinová, 1996, s. 150-155).

### Prevence v rodině

Můžeme začít otázkou. „*Není vlastně tou nejefektivnější prevencí kvalitní výchova v rodině?*“

Jak jsme se již zmínili, celá problematika prevence vlastně souvisí se zdravým životním stylem. Utváření životního způsobu i hodnotového systému je záležitostí čistě individuální a proto se zde dostáváme k možnosti ovlivňování výchovou. Jako nejpřirozenější prevence v prostředí rodiny se dá považovat výchova k uvědomování si odpovědnosti za své jednání, sebevýchova a ovládání svého jednání. Výchova je jedním z nejdůležitějších faktorů podílejících se na utváření osobnosti. V současné době by měla výchova předvídat potencio-

nální hrozby a na jejich základě rozvíjet aktivity, které tyto negativní vlivy pomohou překonat. Aby výchovné působení bylo, co možná neúčinnější je třeba začít s ním co nejdříve. Nejlépe úplně „odmalička“. V tomto smyslu můžeme výchovu chápat obecně, jako určitý proces záměrného působení na osobnost dítěte. Cílem je dosažení změn v jeho vývoji a tyto změny se projevují v chování a jednání daného dítěte. Jedná se zde o předávání určitých pozitivních vzorců, norem a pravidel chování a jednání. Pokud chceme u našich potomků vidět nějaké žádoucí chování, měli bychom je podle toho formovat a takovému chování učit. Metoda bezprostředního vzoru a příkladu je sice metodou účinnou, jen v praxi je třeba si dávat pozor na fakt, aby dítě nenapodobovalo vše, co jej obklopuje, co je mu blízké. Znamená to, že pak může dojít také k napodobování a osvojení nežádoucího chování, názorů a postojů. Při výchově tedy nemůžeme vše nechat jen na nezáměrném působení a spoléhat pouze na nepřímé metody. Zejména při výchově zaměřené na prevenci drogových závislostí je velmi žádoucí a důležité- monitorování chování dítěte, rozpoznání deviantního chování a trestání takového chování. Každé dítě je ve svých projevech příkladem toho, jak vyrůstalo, co mu rodina poskytla, čemu ho naučila, co od něho očekávala, jakou hodnotou pro ni bylo. Závěrem tedy můžeme už jen dodat, že ve formativních letech dětství má rozhodující úlohu rodina a kvalita prostředí, ve kterém dítě vyrůstá. Rodiče jsou prvními vychovateli, kteří formují názory a postoje dítěte, ovlivňují jeho zájmy, zvyky, chování a jednání. Každý rodič tedy velmi výrazně ovlivňuje život svého dítěte a to jak způsobem komunikace, tak i životním stylem, hodnotami a samozřejmě i postojem k sociálně patologickým jevům. Pokud se tedy vrátíme k otázce položené na začátku, trůfneme si odpovědět, že ano, kvalitní výchovu můžeme označit za nejefektivnější prevenci. Protože pokud rodina žije zdravým životním stylem, má žádoucí hodnoty a zvyky, tak je právě tohle tou nejlepší prevencí drogově závislosti (Machalová a kol, 2010, s. 54-59).

### **Negativní dopady závislosti**

Užití jakékoliv drogy může poškodit člověka ve všech oblastech života. Biologické, psychologické, sociální i celospolečenské problémy, může způsobit i jednorázové užití drogy. U pravidelných uživatelů drog se však tyto potíže, dříve či později, zaručeně objeví.

**biologické**

- celkové chátrání organismu, nezdravé hubnutí, špatná životospráva (u žen ztráta menstruace)
- nedodržování hygienických návyků, špatná hygiena, špatná pleť, vypadávání zubů
- poškození jater, ledvin, nervové soustavy, zažívací potíže
- riziko infekčních chorob – hepatitidy C, HIV - přenosných zejména společným sdílením injekčních stříkaček a jehel pro aplikaci drog
- abscesy, záněty a poruchy žilního systému

**psychické**

- poruchy emocí, labilita. Člověk, který bere drogy má sklony k přecitlivělosti
- poruchy paměti, které mohou vést až k demenci
- neschopnost aktivity nebo naopak extrémní nabuzení. Po užití drogy může nastat aktivita (např. pervitin) a stejně tak i útlum (např. heroin)
- změna hierarchie hodnot, ztráta zájmů. Dosavadní zájmy jsou postupně vytěsněny drogou, která se dostane na nejvyšší příčku hodnotového žebříčku
- celková degenerace osobnosti, úbytek schopností
- psychotické poruchy - halucinace, bludy, psychomotorické poruchy

**sociální**

- neplnění povinností, ztráta zaměstnání, vzhazov ze školy
- dochází ke ztrátě přátel. Uživatel na první místo staví drogy a tím i přizpůsobuje výběr přátel. Sociální kontakty jsou silně narušeny -rozpad rodiny. Závislý rodinu často rozbíjí, parazituje na ní, krade a prodává věci, aby měl na dávku. Nedokáže udržet vztah s partnerem. Jediným společným zájmem jsou drogy.

## **Celospolečenská negativa**

V naší společnosti je poměrně silná tendence drogově závislé odsuzovat a stigmatizovat. Celospolečenské odsouzení a nálepka "feťáka" vede drogově závislé spíše ke ztotožnění se s drogovou subkulturou a zařazení se do ní už proto, že jinde je člověk na drogách odmítán a je nepřijatelný. Odsuzující společnost je pro závislé rychlou cestou k přijetí společensky nežádoucích způsobů chování. Závislý člověk většinou nechodí do zaměstnání, vlastně na to ani nemá čas, neboť jeho celodenní prací je schánění drog, které jsou však velmi drahé a proto se ocitá v kolotoči schánění nejen drog, ale také peněz. Veškeré úsilí je přesunuto na drogu a kvalita člověka se snižuje. Potřeba financí se zase naopak zvyšuje. Pokud ještě nedošlo k úplné devastaci tělesné schránky, je častým způsobem získávání finančních prostředků, prostituce. Pokud je člověk mladý a dostatečně žádoucí, může si touto cestou vydělat dost peněz. S postupujícími léty a chřadnutím těla se možnost tohoto druhu příjmu snižuje. Drogově závislý již nemá mnoho možností jak rychle přijít k penězům. A vzhledem k tomu, že drogy jsou postupující závislostí čím dál nákladnější, dochází většinou k tomu, že se závislý uchyluje k trestné činnosti. Kriminální chování a trestné činy jsou dalším celospolečenským a velmi závažným problémem (negativní důsledky drogové závislosti, 2011).

## **Komplikace při užívání opiátů**

### **psychické**

Mezi krátkodobé psychické poruchy, vyvolaných užitím heroinu patří poruchy vědomí (intoxikace). Někdy se mohou objevit i paranoidní psychozy. Mohou vzniknout v průběhu intoxikace. Velmi časté jsou sexuální poruchy a neřídka dochází k poruchám spánku. U závislosti na heroinu se projevují úzkostné a depresivní stavy. Též se zvyšuje riziko sebevraždy. U pravidelného uživatele heroinu dochází ke změně chování. Mezi závislými jsou velmi časté i poruchy osobnosti.

### **somatické**

Opiáty samy o sobě nezpůsobují poškození orgánů. Většina somatických problémů souvisí s užitím vysokých dávek heroinu, s nesterilním způsobem aplikace a aplikací použitých přísad. K vážným somatickým komplikacím patří stafylokoková pneumonie, endokartritida

a abscesy. Při nesterilním podávání heroinu, hlavně při společném používání stříkaček dochází k přenosu různých nemocí. Mezi nejnebezpečnější a obtížně léčitelné patří různé druhy hepatitid a virus HIV. Závislí na heroinu si stěžují často na poruchy spánku, hučení v uších a zlé sny. Nápadná bývá voskově zabarvená kůže a hubutí. Uživatelé mají ve většině případů jaterní potíže a vzhledem k zanedbané hygieně se může objevit i napadení parazity (Zábranský, 1997, s. 29-33).

### **Komplikace při užívání pervitinu**

#### **psychické**

Při pravidelném užívání pervitinu se zvyšuje riziko vzniku vícero psychických poruch. Patří mezi ně třeba deprese a panický atak. Nejběžnější psychickou komplikací je toxická psychóza. Jde o paranoidní nebo paranoidně-halucinační psychózu, kde dominují vizuální halucinace. U některých uživatelů se tyto stavy podobají paranoidní schizofrenii. Pervitin má neurotoxické účinky a jeho opakované užívání poškozuje neurony. Dlohodobé užívání pervitinu vede k poruchám kognitivních funkcí (porucha paměti, špatný úsudek).

#### **somatické**

Jednorázové užití pervitinu zvyšuje chuť na sex, dlouhodobé užívání však může způsobit poruchu sexuální potence. Pervitin má špatný vliv na srdeční činnost, zvyšuje krevní tlak a je zde vysoké riziko cévní mozkové příhody a srdečního infarktu. Uživatel pervitinu bývá dost často hyperaktivní, zbrkle se rozhoduje, jeho sebevědomí bývá nezdravě vysoké a chování agresivní. Rizikově se chová i v oblasti sexuálních kontaktů a proto je zde i vyšší pravděpodobnost sexuálně přenosných nemocí (Kolibáš, Novotný, 2007, s. 151-152).

### **Komplikace při injekčním užívání drog**

Injekční užívání drog je rozšířené z důvodu rychlejšího a intenzivnějšího účinku. Přináší však také mnohem větší rizika:

- je těžké odhadnout sílu drogy
- zvyšuje se riziko vzniku závislosti
- zvyšuje se riziko nemocí, které se přenášejí krví

Píchat si drogy je nebezpečné také proto, že člověk se může stát závislý nejen na látce, kterou bere, ale také na injekčním podávání této látky (Goodyer, 2001, s.120-121).

## **Drogová mortalita v ČR**

Drogovou závislost provází řada negativních následků včetně těch fatálních. Umrtní předávkováním se vyskytuje častěji u dlouhodobých a zkušených uživatelů než u mladých a nezkušených. Riziko předávkování je nejvyšší u užívání drog intravenózním způsobem. K dalším rizikovým faktorům patří znovuzahájení užívání heroínu po určitém období abstinence. Během tohoto období se ztrácí tolerance uživatele k opiátům, což je skutečnost, kterou uživatelé dost často ignorují. Osoby, kteří si aplikují drogy na veřejných místech, bývají více ohroženi předávkováním. Studie poukazují na to, že mnoho případů předávkování se stává v přítomnosti jiného uživatele. Svědek předávkování však většinou reaguje nepatřičně anebo neraguje dostatečně včas. K důvodům patří strach z případných následků nebo nedostatečné znalosti.

Předávkováním lze předejít např. zapojením uživatelů heroínu do substituční léčby. Dalším důležitým krokem je ovlivňování neléčených uživatelů drog a vytváření kontaktů mezi nimi a službami určenými pro drogově závislé osoby.

## **Dělení drogových úmrtí**

Drogová mortalita se dále člení na podskupiny

- umrtí v důsledku úmyslného nebo náhodného předávkování
- neúmyslné předávkování (neznalost koncentrace užívané látky)
- sebevražda předávkováním (zlatá rána)
- úmrtí v důsledku dlouhodobého zneužívání drog-v důsledku infekce HIV/AIDS získané infikovanou injekcí
- v důsledku jaterního selhání po hepatitidě B nebo C
- selhání organismu v důsledku malnutrice (např.imunitní selhání)
- umrtí způsobené sepsí, endokartritidou std.
- sebevraždy, spojené se závislostí na drogách
- sebevraždy pod vlivem drog
- sebevraždy v abstinčním stavu
- smrtelné nehody a zranění ovlivněná drogami
- dopravní nehody pod vlivem drog

- zranění způsobená obsluhou nebezpečných strojů či zařízení pod vlivem drog
- pády z výšek pod vlivem drog atd. (Šejvl a kol., 2007, s. 20-21).

### 1.3 Jak probíhá léčba

Základními složkami léčebného programu je detoxifikace, následná psychoterapie a resocializační techniky (Heller, 1996, s. 87).

Každé zdravotnické zařízení má různá specifika. Obecně můžeme léčbu rozdělit na následující fáze.

**před léčbou** - Drogově závislý se dostává do ambulance, často na podnět blízké osoby. Dotyčný se nachází ve stavu, který zatím nehodlá opustit. Zde ho terapeut pozvolna doprovází a přivádí k uvědomění si závažnosti situace. Vlastně drogově závislého, nenuceně přiměje, aby vůbec chtěl nějakou změnu uskutečnit. Do té doby než proces uvědomění proběhne, doporučí terapeut klientovi proces ochrany. Ochrana probíhá, prostřednictvím K-CENTRA a spočívá v možnosti vyměňování injekčních stříkaček a jehel za čisté, získávání vitaminů, provedení HIV testů a zprostředkování odborných vyšetření.

**detoxifikace** - zpravidla týdenní pobyt na specializovaném oddělení, kde se pod lékařským dohledem překonávají tělesné potíže, vzniklé vysazením drogy (průjem, bolesti svalů, teplota pocení). Jde pouze o léčbu tělesné schránky nikoli o cílenou práci na změně vztahu k droze. Léčba na detoxu je jen začátek, přestupní stanice na opravdovou léčbu. Někteří drogově závislí si chybně myslí, že stačí týden na detoxu a budou vyléčení. Většinou se, ale brzy po detoxu, vrací do starých kolejí, protože detox neřeší to nejdůležitější- vztah k droze (Martin Hajný, Evžen Klouček a Robert Stuchlík, 1999, s. 48).

**Ambulantní léčba** může být poskytována různě. A to od krizových center přes centra poradenská, až po AT poradny (Matoušek, 2005, s. 215).

Opravdovou léčbou však bývá míněna **léčba ústavní**. V některých případech může probíhat i ambulantní formou. Každá léčebna má svoje specifika. Jiný přístup a pravidla jsou v léčbě probíhající v psychiatrickém zařízení a odlišné postupy jsou v terapeutické komunitě (Hajný, Klouček a Stuchlík, 1999, s. 48-49).

Cílem každé léčby, závislých, by měla být změna, přinášející zlepšení zdraví a kvality života na nejvyšší možnou míru. Podle WHO (1998) patří mezi hlasní cílové oblasti v léčbě uživatelů drog

-snížení závislosti

-snížení nemocnosti nebo úmrtnosti se spojením užívání drog

-podpora rozvoje tělesného, duševního a sociálního potenciálu klientů a dosazení plné sociální integrace.

### **Principy terapie drogové závislosti**

-Žádný typ terapie není vhodný pro všechny klienty. O úspěchu léčby může rozhodnout vhodná volba metody pro konkrétního jedince a její vhodné načasování.

-Terapie by měla být zvolena včas. Drogově závislý je v bludném kruhu a motivace bývá často kolísavá. Je důležité zachytit rozhodnutí klienta jít se léčit. I v době, kdy nejsou podmínky pro pobytovou léčbu, je třeba terapii neodkládat a navštěvovat prozatím jiný vhodnější program.

-Efektivní léčba by měla obsáhnout potřeby a problémy jedince v celé jejich šíři. Nejde tedy jen o samotné drogy. Program by měl být zaměřen na zdravotní, sociální, psychologické i právní aspekty problému.

-Pro úspěch terapie je rozhodující i délka léčby. Dolní hranice je 3 měsíce. V terapeutické komunitě může léčba trvat i více jak 12 měsíců.

-V terapii závislosti je důležitá individuální psychoterapie a skupinová terapie.

-Při léčbě závislosti je vhodná dobrá souhra různých odborníků. Někteří závislí mají ještě jiné potíže. Deprese, poruchy příjmu potravy atd.

-Detoxifikace je pouze začátkem léčby. Bez další léčby nebývá příliš úspěšná.

-Úspěšná terapie nemusí být úplně dobrovolná. Je zbytečné čekat na nějakou zázračnou motivaci. Tlak rodiny nebo partnera může závislému pomoci nastoupit na léčbu a najít tu správnou motivaci postupně.

-Léčba závislosti bývá dlouhodobým procesem. Zahrnuje relapsy- jednorázové i opakované. Může vyžadovat i opakované zařazení zpět do terapie (Hajný, 2001, s. 105-106).

### **Alternativní léčba-Ibogain**



Vědecké studie doložily, že ibogain zbaví jedince fyzické závislosti na opiátech. Detoxifikace pomocí ibogainu je bezbolestná a okamžitá. Abstinenční příznaky prý mizí krátce po podání a za jediný den je člověk vpořádku, rovnou schopen normálně fungovat. V mnoha zemích léta probíhá snaha o začlenění ibogainu do oficiální medicíny. Proti tomu však stojí zažitý strach ze změny vědomí o hlavně odpor farmaceutických firem. Ty samozřejmě preferují substituční preparáty, které se užívají dlouhodobě. Látka pro jednorázové využití je nezajímavá. Ibogain je prozatím povolen jen ve dvou zemích.

Doc. MUDr. Kamil Kalina píše o povzbudivých výsledcích léčby ibogainem. Zároveň však uvádí, že léčba závislosti za pomoci ibogainu, není v našem vědeckém a kulturním okruhu léčebnou metodou »dle pravidel« A varuje, že pokud se někde u nás používá, jde o nekontrolovatelnou alternativu, lidové léčitelství se všemi riziky (dekontaminace, 2016/1, s. 7-9).

### **Substituční program v ČR (léčba)**

Zahájení léčby na opiátech pomocí substituce metadonem, později i buprenorphinem, učinilo v léčbě revoluci, neboť tento způsob léčby poukázal na dříve neznámou schopnost, udržet pacienty v léčbě a omezit jejich užívání ilegálních drog (Rotgers a kol., 1999, s. 238).

V České republice je řada drogově závislých, kteří se nechtějí léčit, přesto by rádi změnili svůj dosavadní život. Jedná-li se o klienty užívající opiáty, může jim být nabídnuta substituční léčba. Jedná se o metadon, což je syntetický opioid, primární antagonist opioidních receptorů. Užívání metadonu má přísná pravidla. Klient, je povinen si pro metadon denně docházet na určené výdejní místo (Kuda, 2003, s. 221-222). Mnoho zemí od této terapie upouští, protože přináší mnoho problémů, jako je např. fyzická závislost, denní užívání, nevhodnost užívání u závislosti na jiných drogách, než opiátech, představuje nebezpečí silné otravy v kombinaci s jinou drogou (Illes, 2002, s. 35).

Jako další náhražky heroinu můžeme jmenovat subutex, kde je účinnou složkou buprenorphin. U těchto léků nejsou tak přísná pravidla jako u metadonu. Může je předepsat i obvodní lékař, s tím, že drogově závislý, přinese doporučení od psychiatra.

Základním principem substituce je náhrada ilegálně a draze získávané, intravenózně aplikované a krátkodobě účinné drogy jinou látkou s obdobným účinkem, ovšem podávané pravidelně, legálně a zdarma(případně velmi levně), v čisté formě a perorálně( vyjimečně i jiným způsobem(Kuda, 2003, s.222). Někteří drogově závislí však i tento prostředek začali

užívat nitrožilně, proto na trh přišel buprenorphin v podobě suboxone. Suboxone obsahuje také látku naloxone, která by měla uživatelům zabránit v nitrožilním užívání. Látka naloxone by měla při nitrožilním užití vyvolat abstinenční příznaky (Fischer, Škoda 2009, s. 108-109).

### **Cíle substituční léčby**

Cílem těchto substitučních programů je, obecně, snížení konzumace ilegálních drog a kriminálního chování. Jde zde také o zlepšení zdravotních a sociálních potíží. **Jako obecné cíle můžeme uvést:**

- skončit s injekční aplikací drog
- omezit užívání ilegálních drog
- omezit rizika se získáváním a užíváním drog
- stabilizace užívání drog-stabilizovat či omezit užívání drog vůbec
- přestat s užíváním heroinu nebo jiných ilegálních opiátů.
- zlepšit své vztahy s okolím
- udržet si nebo znovu získat práci
- pokračovat ve studiu nebo jej zahájit (Popov, 2003, s. 223).

## 2 TERAPUTICKÁ KOMUNITA

Podle Kratochvíla (1979) je terapeutická komunita zvláštní formou intenzivní skupinové psychoterapie, kde klienti většinou různého věku, pohlaví a vzdělání, spolu určitou dobu žijí a kromě skupinových sezení sdílejí další společný program s pracovní a jinou různorodou činností, což umožňuje, aby do tohoto malého modelu společnosti promítali problémy ze svého vlastního života, zejména své vztahy k lidem (Kalina, 2008, s. 17).

Komunita se nazývá terapeutickou proto, že umožňuje svým klientům zpětnou vazbu o maladaptivním chování a podněcuje získání náhledu na vlastní problémy. O TK můžeme hovořit také jako o nácviku vhodnějších adaptivních způsobů chování.

Komunitní systém můžeme pojmut jako:

**Širší smysl TK** - je systém organizace léčebného oddělení, ve kterém se podporuje všestranně otevřená komunikace a v němž se na rozhodování podílejí všichni členové týmu i pacienti.

**Užší smysl TK** - je psychoterapeutickou metodou, při níž se užívají modelové situace malé společenské skupiny k projekci maladaptivních interpersonálních stereotypů prožívání a chování. Společné soužití klientů, každodenní bezprostřední kontakt, provádění různorodých činností, možnost diferencování rolí a poskytování vzájemné interakce. To vše se stává pro klienty určitým materiálem, na němž se učí týmové práci a spolupráci s ostatními klienty. Během terapie se učí rozpoznávat svůj podíl na vytváření, udržování a opakování svých životních problémů a konfliktů. Současně si mohou osvojovat nové, diferencovanější a přizpůsobivější modely chování (Adameček, Kalina, Richterová -Těmínová , 2003, s. 53).

### 2.1 Historie terapeutických komunit

Kořeny terapeutických komunit sahají do velmi dávné minulosti a jsou velmi úzce spojeny s náboženstvím (Glaser, 1981, s. 53).

V novověku byla zřetelným předchůdcem TK oxfordská skupina.

Mezi základní praktiky této skupiny patřilo:

-vyznání, nebo otevřené vyznání ze svých hříchů na velkých setkáních skupiny, či na večerních setkáních

- duchovní vedení- akceptování božské inspirace jako základního motivu chování člověka
- změna či konverze - obrácení se, často dramatické a emoční, obvykle se odehrávalo formou veřejného zážitku
- odčinění - dělo se v duchu “ *nemá cenu mluvit o odpuštění, pojďme proto něco udělat*“

Oxfordskou skupinou se inspirovalo hnutí anonymních alkoholiků, které převzalo ideje sebezpytování, přiznání si vlastních chyb, odčinění a práci pro druhé.

V polovině 20 století dochází k rozvoji TK v dnešním pojetí a to ve dvou směrech - psychiatrické komunity (pro psychicky nemocné klienty, zakladatelem byl Maxwel Jones) a pro drogově závislé (jsou spojené se jménem Charles Dederich).

Oba dva typy komunit mají společné to, že umožňují klientům podílet se aktivně na léčbě, podílejí se na rozhodovacích proces v TK, demokratický přístup, síla rovnocennosti lidí. Odlišnosti se týkají jen cílové skupiny klientů, pro které je TK určena (Adameček, Kalina, Richterová-Těmínová, 2003, s. 53-54).

Oxfordskou skupinou se inspirovalo hnutí anonymních alkoholiků, které převzalo ideje sebezpytování, přiznání si vlastních chyb, odčinění a práci pro druhé (Adameček, Kalina, Richterová-Těmínová, 2003, s. 53-54).

### **Společné znaky terapeutických komunit**

- aktivní podíl členů na léčení
- vytváření dobré komunikace na všech úrovních
- podíl členů na rozhodování
- kolektivnost
- sociální učení
- zpětná vazba

Terapeutické komunity pro léčbu závislostí mají svá specifika. K nim patří např. vnitřní diferenciací komunity. Členové, kteří jsou zde déle, získávají větší řadu výhod. Na druhé straně se od nich očekává větší míra zodpovědnosti. Většina terapeutických komunit má známá a pevná pravidla. Závažné porušení pravidel znamená okamžité ukončení léčby (Nešpor, Provozníková, 1996, s. 31).

### **Zvláštnosti terapeutických komunit pro drogově závislé**

TK pro drogově závislé vykazují určité jedinečné prvky. Všichni musí dodržovat stejná pravidla, ale ne všichni mají stejná práva a povinnosti. Většinu rozhodovacích povinností má komunita a je hierarchicky uzpůsobená. Klienti rozhodují o chodu domu, přestupu klientů z fáze do fáze, o sankcích, vyloučení z komunity, také o uzavírání kontraktů. Klienti a členové týmu mají většinou, stejný počet hlasů při spolurozhodování. Tým má určité omezené pravomoci, týkající se, především, odborné stránky a výjimek z pravidel. Vedoucí komunity má však právo VETA a to jak na rozhodnutí týmu, tak na rozhodnutí komunity. Další hierarchická struktura je ve skupině klienti, kteří mají rozdílná práva a to podle toho v jaké fázi se právě nacházejí. Dále je hierarchická poslušnost dána rozdílnými právy a povinnostmi jednotlivých funkcí - každá komunita má tudíž dosti složitou a propracovanou legislativu (Kalina a kol, 2003, s. 57).

### **Kořeny terapeutické komunity v České republice**

TK u nás vznikaly zpočátku výhradně ve zdravotnictví. První oddělení na principech TK (a jedno z prvních na světě vůbec) vytvářel od r. 1949 Jaroslav Skála v APOLINÁŘI. Skála přizpůsobil metodu TK léčbě lidí závislých na alkoholu. Dosahoval opravdu pozoruhodných výsledků. Režim byl přísný a kladl se důraz na kázeň a pořádek. Život v TK měl vést k novým zájmům, k posilování vůle a k navozování přirozených stavů euforie. Klienti se zde učili vypořádat se s kritickými stavy napětí, s frustrací a špatnou náladou, bez útěku k alkoholu. Pacienti byli záměrně vystavováni psychické a fyzické zátěži a tím vedeni k větší odpovědnosti za sebe. Tento model léčby přijala řada léčeben závislostí u nás. Ukázalo se však, že tento model není vhodný pro všechny. U drogově závislých a u mladší generace klientů se Skálův přístup neosvědčil, protože v něm obvykle neobstáli. S myšlenkou nabídnout, drogově závislým klientům novou službu vznikla první terapeutická komunita- TK Němčice. Zahájila svou činnost v lednu r. 1991. Zakladatelé (Těmínová a další) se částečně inspirovali organizacemi typu DAYTOP a PHONIX HAUSE. (Adameček, Kalina a Richterová-Těmínová, 2003, s. 53-54 ).

## 2.2 Komu je léčba v terapeutické komunitě určena?

„TK nabízí bezpečné a podnětné prostředí pro růst a zrání, které se děje především prostřednictvím sociálního učení v kontextu s jasnými a srozumitelnými pravidly“ (dle Kalina a kol. 2001, s. 201).

Léčba v TK je na bázi dobrovolnosti. Tudíž do komunity nemohou být přijati klienti s nařízenou soudní léčbou. Klient by měl být motivovaný a předem informovaný o tom, zda je pro něj léčba v TK vhodná. Dlouhodobý pobyt v TK je určen:

**-pro ty, u nichž závislost dosáhla určitého stupně závažnosti**

**-pro ty, kdo jsou tělesně a zejména duševně schopni takový pobyt zvládnout.** To bohužel většinou nejsou lidé s nejtěžšími formami závislosti, ani ti, kterým léčení závislosti komplikuje jiná závažná duševní nemoc

**-pro ty, kteří nemají dostatečné zázemí a kvalitní přátele,** takže by krátká léčba byla spojena s neúměrně vysokým rizikem recidivy

**-pro ty, kteří jsou ochotni takovou léčbu přijmout a dostatečně dlouho v ní setrvat.** Dobrou přípravou, na pobyt v TK, může být i krátkodobá nebo střednědobá léčba v psychiatrické léčebně (Nešpor, 2000, s. 94).

### Terapie v komunitě

Terapie v komunitě se prolíná celou léčbou. Chceme-li pochopit, na jakém principu je TK založena, měli bychom si objasnit, jaké druhy terapie se zde používají.

Pro většinu drogově závislých, kteří se rozhodnou pro léčbu v TK a následně pro život v abstinenci, bývá představa trvalé abstinence velmi těžko přijatelná. Asi pro každého je těžké přijmout skutečnost, že musí ve svém životě udělat ráznou a nekompromisní změnu. Před léčbou hrály drogy, pro závislého, hlavní roli. Na nic jiného nezbýval čas. Žádný klient, který se rozhodne pro léčbu, není připraven na prázdnotu, kterou život bez drog pro závislého nabízí. Proto cílem léčby není jen samotná abstinence. Důležité je naučit klienta jak žít, jak vyplnit čas a jak předcházet relapsům, či recidivám (Jílek, 2008, s. 99).

### Režim v terapeutické komunitě

Režim je tvořen pravidly TK. Zahrnuje časovou strukturu dne a týdne, která se podobá běžnému životu. Každý klient má své povinnosti, na základě kterých je hodnocen. V případě porušení pravidel či zanedbání povinností, je klientovi udělena sankce. Jedná se o

práci, kterou musí vykonat ve svém osobním volnu. V TK je několik zásadních, tzv. kardinálních pravidel:

**-zákaz užívání drog a manipulace s nimi**

**-zákaz násilného chování**

**-závazek podřídít se rozhodnutí komunity**

**-zákaz sexuálních vztahů**

Při porušení kardinálních pravidel musí klient opustit komunitu (Adameček, Kalina, Richterová-Těmínová, 2003, s. 203).

### **Jednotlivé aktivity v terapeutické komunitě**

**-setkání komunity** - probíhají denně a to formou ranní a večerní komunity. Slouží k řešení důležitých problémů života komunity. Každý člen komunity má právo sdělit ostatním co mu vadí, ohledně chodu komunity, upozornit na porušení pravidel jiného člena komunity. Zkrátka má na těchto sezení každý, včetně týmu, prostor, říci cokoli, co má na srdci.

**-pracovní terapie** - bývá smysluplná a s viditelným výsledkem. Jedná se o práci pro komunitu. Klienti jsou v terapii uspořádáni tak, že ty nejméně zodpovědné práce vykonávají ti, co jsou v komunitě kratší dobu, nebo jsou v nejnižší fázi.

**-individuální terapie** - je zajímavostí, že v TK se individuální psychoterapie, jako taková, neprovádí. Jde zde spíše o podporu jednotlivých klientů. Každý klient má určeného garanta (z řad terapeutů), který s ním pravidelně hodnotí plnění léčebného plánu.

**-rodinná terapie**- Je důležitou složkou celé léčby. Pracuje se s rodinnými příslušníky klientů. Děje se tak při jejich návštěvách v TK. Příbuzní klienta mohou strávit s klientem, třeba i týden v komunitě a prostřednictvím společného programu, navazovat ztracené rodinné vazby. V některých komunitách je rodinná terapie podmínkou pro řádné ukončení léčby.

**-vzdělávání v TK**- může probíhat formou seminářů a přednášek. Důležitá jsou témata prevence relapsu a také témata podporující praktické dovednosti- ve smyslu“ *schopnosti přežít*“, sestavování profesního životopisu, vyplňování složenek, vyhledávání jízdního řádu, orientace v síti úřadů a podobně. Témata si často připravují samotní klienti.

**-volnočasové aktivity** - jedná se o sportovní a zátěžové aktivity, které by měly být zdrojem pozitivních zážitků. Posilují odolnost klienta a stmelují, určitým způsobem, komunitu.

-**sociální práce** - pomáhá klientům v oblasti trestního práva, sociálně- pracovní či rodinné oblasti. Úkolem sociální práce v komunitě není však řešit problémy za klienty, ale s klienty. Komunita chce závislým ukázat, že závislost na sociálních dávkách není životním stylem příznivým pro abstinenci (Adameček, Kalina, Richterová- Těmínová, 2003, s. 204- 205).

-**skupinová terapie**- využívá různé psychoterapeutické metody a skupinovou dynamiku. Důležitá je vzájemná interakce mezi klienty TK a také interakce mezi terapeutem a klienty. Skupina probíhá i několikrát týdně. Může být otevřená nebo uzavřená. Skupinová terapie využívá mnoho terapeutických faktorů. Pocit sounáležitosti, sdílení zkušeností, předávání specifických poznatků a dovedností a možnost zpětné vazby (Pešek, 2018, s. 14).

### **Komunitní systém – fáze**

Léčba je rozdělena do několika fází. V počáteční a střední fázi je hlavním těžištěm terapie dosažení a udržení abstinence. Hlavním cílem terapie je naučit se abstinovat a udržet si svou abstinenci. Počáteční a střední fáze trvá zpravidla 6 až 9 měsíců a jednou z hlavních náplní je technika prevence relapsu.

### **Léčba během těchto fází zahrnuje:**

- identifikaci rizikových situací, spouštěčů touhy po droze a strategii, která by pomohla minimalizovat jejich výskyt
- osvojení schopnosti efektivně odolávat touze po droze
- učení jak se vyrovnat s maladaptivními myšlenkami na užívání drog a jak je zvládnout
- učení jak se vyhnout relapsu, když se jedinec ocitne v nevyhnutelné, ale vysoce rizikové situaci
- vytvoření krizového plánu, co dělat v takových rizikových situacích, ve kterých nefungují běžné schopnosti
- učení, jak kompenzovat pocity prázdnoty, jak nahradit ztráty po odstranění drog ze života (Rotgers, 1999, s. 82).

**V první fázi** by měl klient získat pocit závazku a pozitivní motivaci ke změně v chování. Ve druhé fázi probíhá zavádění změn v chování do praxe. V této fázi by měl klient ovládat získané dovednosti jako třeba zvládání negativních myšlenek na drogy, vypořádat se s chutěmi a umět odmítnout drogy. **Druhá fáze** se také zaměřuje na zlepšení klientovy sebereflexe. Některé komunity mají i třetí fázi, kterou můžeme přirovnat k doléčování. **Třetí fáze**



léčby je udržení změn v chování. Klient TK už si je jistý sám sebou a nestará se o léčbu tak jako na začátku. Je schopný samostatně čelit rizikovým situacím a umí efektivně používat získané dovednosti. Postupně se snižuje vnější kontrola a dotyčný klient je sám, tím kdo ovládá svůj život a průběh změn (Rotgers, 1999, s. 177-178).

### **2.3 Účinné faktory terapeutické komunity v léčbě závislosti**

- bezpečné prostředí- nabízí klientům osobnostní růst v bezpečném prostředí
- jednotná filosofie-pochopitelná, vysvětlitelná a podporovaná všemi klienty
- terapeutická struktura- jasně daná, srozumitelný jazyk
- rovnováha mezi terapií, demokracií a autonomií klienta
- probíhá zde sociální učení pomocí sociální interakce
- učení prostřednictvím krizí- používání krizových situací
- terapeutický dopad všech aktivit na chod komunity
- zvyšování sebehodnocení vlastním přičiněním
- zvnitřnění a přijetí pozitivního žebříčku hodnot
- konfrontace-počáteční tlak na nového klienta u něj nastartuje změnu v chování
- učení porozumět sobě samému a umění vyjádřit emoce
- změna negativních postojů k životu na pozitivní
- zlepšení vztahů s rodinou (dle úpravy Kaliny, 2000, s. 61-62).

### 3 RESOCIALIZACE - SOCIÁLNÍ REHABILITACE

Než se začneme věnovat samotné resocializaci drogově závislých, budeme se snažit vysvětlit si, co si pod tím slovem představít. V České republice, ale i v zahraničí je termín resocializace vysvětlován jako převýchova, náprava, režim, trest. Dost často se tohoto slova užívá u mladistvých delikventů. U dospělých, drogově závislých klientů však resocializace, neboli sociální rehabilitace má význam pozitivní. Jde o znovuzapojení do života. Naplňuje pravý smysl léčby. Každý z profesionálů se shodne na tom, že teprve reálná konfrontace se světem, mimo zdi léčebny, ověřuje, zda klienti dosáhli svého cíle (Dvořák, 2003, s. 63).

#### Proces resocializace

Resocializaci, tedy proces znovuzapojení do života můžeme pojmout ze dvou pohledů:

- postupy přimět závislého ke změně chování, myšlení a cítění. K tomu nám dobře poslouží terapeutická komunita
- činnost zaměřená na znovuzapojení závislého zpět do života, zlepšování sociálních vztahů a návrat zpět do přirozeného prostředí

Závislost změnila celý život daného jedince. Většinou nikdo nezvládne úplně sám tlak, který přijde po léčbě. Potřebuje pomoci a k tomu slouží právě proces resocializace či sociální rehabilitace (Machalová a kol., 2010, s. 126-127).

**Sociálně- rehabilitační procesy** lze popsat jako modely změn chování. Jedná se o zdánlivě nesouvisející otázky zaměstnání, sociálního zázemí, způsobu trávení volného času a podobně. Jedná se zároveň o upevňování postojů a chování posilující vlastní sociální hodnotu a identitu. O tomto procesu mluvíme jako o udržovací fázi. Je pro ni typické vytvořit si postoje a dovednosti související se změněným životním stylem. (Dvořák, 2003, s. 65)

#### 3.1 Klient po léčbě

Po ukončení léčby v TK by klient měl být dostatečně informovaný tak, aby jeho zapojení do života proběhlo, bez větších překážek. Objasníme si, které informace jsou pro klienta důležité:

- není dobré udržovat kontakty s lidmi, kteří berou drogy
- pokud je to možné, vyhýbat se prostředí, kde se berou drogy

- informovanost klienta o doléčování, výrazně zvyšuje úspěšnost léčby
- doléčovací centrum, často nabízí chráněné bydlení, které si klient zařizuje, již v průběhu léčby
- není dobré vrátit se ihned po léčbě do prostředí, kde klient bydlel před léčbou (Kolektiv sdružení SANANIM, 2007, s. 109).

### **Informovanost blízkých**

Rodina závislého by, po ukončení léčby, měla být také informována o jistých faktech a potížích, které mohou nastat.

- léčba je pouze prvním krokem a není zárukou, že se jejich blízký k drogám opět nevrátí
- závislost není chřipka a není jednoduché jí léčit. Klient se nemůže vyléčit, ale kvalitní léčba a doléčování, pomůže klientovi abstinovat. Závislý však zůstane celý život
- po léčbě klient může mít psychické i jiné problémy. V tom mu může pomoci vhodné doléčovací centrum, či odborník
- klient po léčbě potřebuje kvalitní zázemí, důvěru blízkých, se kterými bude moci své pochybnosti řešit, ne však přehnanou péči
- může se stát, že dojde k jednorázovému relapsu. Nemusí to však znamenat, že závislý začne brát drogy znovu. Je třeba situaci řešit s odborníky (Kolektiv sdružení SANANIM, 2007, s. 111).

### **3.2 Craving neboli bažení**

Po léčbě se klient TK určitě setká s bažením. Podle výzkumů bažení není totéž co obyčejná chuť. Kromě změn aktivity v mozku, dochází při bažení i k oslabení paměti, prodloužení reakčního času a výskytu specifických fyzických příznaků.

#### **Bažení může zesílit díky**

- spouštěčům (hudba, společnost, prostředí)
- negativním duševním stavům, ale i náhlé a silné radosti
- dostupnosti drogy
- předchozímu užití drogy (relaps)

### Způsoby jak se vyrovnat s bažením

- vyhýbat se situacím, které bažení vyvolaly
- připomenout si výhody abstinence
- uvědomit si negativní důsledky relapsu a závislosti
- soustředit pozornost na něco jiného (četba, hudba, koupel, procházka, sport)
- naučit se rozpoznat bažení včas a zarazit ho hned na začátku
- zavolat někomu blízkému nebo odborníkovi
- odejít do bezpečného prostředí
- napít se nealkoholického nápoje
- relaxační techniky, jóga
- nemít u sebe zbytečné peníze
- opakovat si nějaký slogan, heslo, které podpoří abstinenci
- nahlas nebo formou deníku zapisovat pocity při bažení
- zapisovat si, kdy craving vzniká a jak se mu bránit (Nešpor, 2001, s. 94-96).

### Relaps

Jestliže bylo pro drogově závislého obtížné přestat brát drogy, ještě obtížnější bude udržet si abstinenci. Slova relaps a recidiva mají podobný význam. Pojem recidiva je definován jako navrácení se k nemoci, která již byla léčena. V poslední době se více používá termín relaps, který značí vícero jednorázových uklouznutí.

Příčinou relapsů bývají často nezvládnuté **emoční stavy**, dále pak **sociální tlak**. A v neposlední řadě to jsou **mezilidské konflikty**. Obvykle předchází relapsu delší období, kdy se jedinec nebude cítit ve své kůži. Bude frustrovaný, vystresovaný a napjatý. Emočně vypjatá období jsou i ta, kdy se jedinci obzvláště daří a je spokojený. Pocity radosti a euforie bezprostředně předcházejí relapsu. Tyto emoce také oslabují obezřetnost ve vyhýbání se rizikovým situacím. U některých lidí pocity štěstí vyvolávají pocity úzkosti a viny, že si to či ono nezaslouží. A právě tyto situace bývají nejlepší cestou k relapsu (Pešek, s. 104-105).

K relapsu mohou vést také **výčitky svědomí**. Jedná se o morální bolest pociťovanou po nějakém provinění. U drogově závislých jsou výčitky svědomí, hlavně v době abstinence, dost častým jevem. Jsou zároveň trestem i potřebou potrestání. Mají charakter autoagrese, ale postrádají morální význam lítosti. Výčitky bývají často reakcí na minulost, kdežto lítost spíše na budoucnost. Výčitky jsou reakce já na pocit viny. Pocity viny, které mají vážné následky na duševní rovnováhu, vyvolávají silné bažení a následný relaps (Sillamy, 2001, s. 233).

Všechny nemoci mají tendenci se vracet. Je nutné se smířit s tím, že i drogová závislost je nemoc recidivující. „ *Nikdy neříkej nikdy*“ - tvrdí zkušení terapeuti i pacienti. Nezměkčují tím normy, ani to není nějaká laciná příprava na pozdější selhání. Jde tu jen o prevenci vážných krizí, které by mohli u pacientů a u jejich okolí při recidivě nastat. Je nutné se na recidivu připravit, případně si i sepsat, co dělat, když se tak stane. Je dobré začlenit do celého procesu i rodinu (Profous, 2011, s. 89). Je také dobré přestat se zabývat věcmi, které nejdou změnit. Zaměřit se na to změnit jde. Člověk se tak lépe vyhne rizikovým duševním stavům, které předcházejí bažení a relapsu. Některé věci v životě aktuálně změnit nejdou, lze je jen přijmout. Např. alkoholismus partnera, vážné zdravotní postižení dítěte či problémy v práci. Někdy pomůže, jen nechat to být a abstinovat. Časem se problémem třeba vyřeší lépe, než si člověk vůbec dokázal představit (Pešek, 2018, s. 94).

„*Recidiva není katastrofa, ale příležitost*“ (MUDr. Stanislav Kudrle)

### **3.3 Následná péče, doléčovací programy**

Základní tým následné péče musí obsahovat několik různých oborů. Měl by obsahovat profese jako psycholog, sociální pedagog a sociální pracovník. Podle Hellera je doléčování důležitou součástí léčby, je pravděpodobně dokonce důležitější z hlediska dlouhodobého udržení výsledků léčby (Heller, 1996, s. 100-105).

#### **Hlavní složky programu následné péče**

##### **psychoterapie**

V programu následné péče se setkáváme s pestrými symptomatologiemi klientů terapeutických komunit. Často se vynořují úplně nová témata, kterých se klient v průběhu léčby vůbec nedotkl a která je nutná řešit. V následné péči nám jde především o stabilizaci abstinence od primární drogy. K tomu by se měla zaměřit veškerá psychoterapie. Je nebezpečné, aby

se klient snažil vyřešit všechny svoje problémy prostřednictvím následné péče. Psychoterapeut by měl správně rozeznat, které problémy se vztahují k udržení abstinence a které už nikoliv (Kuda, 2003, s. 209). Po léčbě se často setkáváme s případy, kdy se nemocný neumí přizpůsobit svému okolí. Po léčbě touží po jiném světě, ale není schopen si ho sám vybudovat a často pak utíká zpět do drog. Ale tímto způsobem se nového zítřka nedočká. Drogově závislý není nikdy tak vyrovnaný a ukázněný, aby se bez cizí pomoci zvládl zapojit správně do společnosti. Je zde zapotřebí pomoci psychoterapeuta. Psychoterapeut zde má funkci pomoci závislému vyrovnat s pocity méněcennosti, nebo neschopnosti vypořádat se s těžkými životními situacemi (Bezděk, 2000, s. 58-59).

### **prevence relapsu**

Obava z možného selhání je hlavním motivačním faktorem závislého pro vstup do programu následné péče. Prevenci relapsu je nutno považovat za klíčovou složku následné péče. Má za úkol vybavit klienta dovednostmi a vědomostmi, které vedou k sebekontrolě.

### **sociální práce**

Je zaměřená na životní styl závislého. U klientů programů následné péče se škálou sociálně právních problémů.(dluhy, sociální dávky, trestní stíhání atd.). Pomoc v této oblasti musí být praktická, neboť mnoho klientů si není schopno tyto problémy řešit samostatně (Kuda, 2003, s. 209).

### **skupinová terapie**

Je velice účinná a dost často využívaná forma terapie v léčbě drogově závislých. Využívá různé psychoterapeutické metody, také skupinovou dynamiku. Jedná se o vztahy a interakce a to jak mezi členy skupiny, tak mezi členy a terapeutem. Skupiny mohou mít různou podobu a působí zde mnoho psychoterapeutických faktorů např. pocit sounáležitosti, společné sdílení zkušeností, vzájemné předávání informací a dovedností, a možnost zpětné vazby. Zpětná vazba od druhých je reakcí na chování člena skupiny, včetně toho co a jak říká. Taková informace je zdrojem cenných poznatků, které nejsou v běžném životě příliš dostupné (Pešek, 2018, s. 14).

### **práce s rodinnými příslušníky**

Výsledný efekt se prokazatelně zvyšuje, pokud se do procesu léčby daří zapojovat celou rodinu. V průběhu užívání drog dochází k úplné ztrátě důvěry ze strany rodičů. Jsou zklamáni a cítí pocity viny ze selhání v rodičovské roli. Mají i zkušenosti s několika odchody svého dítěte z léčby, v jejíž úspěch věřili. Proto jsou důležitou aktivitou skupiny rodičů,

jejíž děti se léčí se závislostí. Ty umožňují rodičům získat více informací a výměnu zkušeností s lidmi řešícími stejný problém (Kuda, 2003, s. 210).

### **přijmutí minulosti**

Je důležité umět se vyrovnat s minulostí. Pokud se nedokážeme vyrovnat s minulostí a naším vědomým heslem je moto „ *s minulostí se nikdy nesmírím*“, trpíme velkými vnitřními bloky. Mysl a případné výpadky paměti nás někdy mohou chránit před minulostí. Vnitřní bloky nás zase, v uvozovkách, chrání před vyrovnáním se s minulostí. Vnitřní bloky je třeba odbourat terapií (Helingerová, 2018, s. 27).

### **Chráněné bydlení**

Chráněné bydlení můžeme definovat jako sociální službu, která je součástí sociálních a zdravotních služeb. Chráněné bydlení je poskytováno pracovištěm léčebné a resocializační služby. Hlavním cílem je poskytovat ubytování lidem, kteří se účastní psychoterapeutického a resocializačního programu. Jde o lidi, kteří v místě svého bydliště nemají odpovídající služby nebo je pobyt v dřívějším bydlišti kontraindikací v úspěšné léčbě. Bydlení si klienti hradí sami nebo na něj přispívají. Je časově omezené a uzavírá se na něj smlouva. Základními pravidly jsou bezdrogové prostředí a respektování ostatních klientů. V české republice je doba chráněného bydlení určena nejdéle na rok. Na rozdíl od azylových domů je chráněné bydlení službou s výraznějším posilováním sociální kompetence klientů (Dvořák, 2003, s. 215).

### **Nový životní styl**

Zdravý životní styl je prevencí i důležitou součástí léčby návykových nemocí. Samozřejmě je i důležitou součástí života. K prvkům zdravého životního stylu patří racionální výživa a dostatek tělesného pohybu. Může prospět i používání relaxačních technik, zájmy a záliby napomáhající zdraví. V neposlední řadě k zdravému životnímu stylu patří dobré mezilidské vztahy, organizace času a racionální hospodaření s ním (Nešpor, Provazníková, 1996, s. 35).

Velké množství lidí s problémem závislosti potřebuje k abstinenci **pravidelnost**. Když si tělo zvykne pravidelně jíst, bude trávicí ústrojí v určenou hodinu připravené. Zvyk chodit pravidelně spát ve stejnou hodinu, usnadní usínání. Pravidelnost ve studiu nebo práci vede k lepším výsledkům. Zvláště drogově závislý po léčbě by si měl svůj den dobře rozvrhnout

a naplánovat. Předejde tak nudě, sebelítosti a rizikovým duševním stavům. Díky rovnováze a pravidelnosti se lépe udržuje dobré zdraví i duševní stabilita (Nešpor, 2015, s. 127).

Důležité je také posilovat **vlastní zdravé sebevědomí** a umět si ho udržet. Zdravě sebevědomý člověk si více váží sebe a svého zdraví. Dokáže spíše odmítat a to nejen drogu. A mnohem lépe dosahuje svých životních cílů (Nešpor, 2001, s. 26-27). Sebevědomí je někdy definováno jako postoj k sobě samému. Je to obecný výraz, pod kterým si mnoho lidí může představovat samolibost nebo třeba aroganci. Zdravé a přiměřené sebevědomí však představuje člověka s přesvědčením „*Já jsem OK, druzí jsou OK, život je OK*“ Toto rčení vychází hlavně z toho, jaký má člověk postoj sám k sobě. Pokud si o sobě myslí, že má určitou hodnotu a je sám pro sebe důležitý, obvykle má rád i život a také lidi, kteří jsou jeho součástí (Pešek, 2018, s. 77).

Závislost na drogách sice není legrace, ale smích může být velmi užitečný v prevenci problémů, které působí při léčbě i po ní. **Smích a humor** mohou usnadnit lidem s návykovými problémy nadhled a pomoci jim získat nějaký odstup od nebezpečných pocitů, myšlenek i chování. Díky humoru se také mohou dopracovat k větší kritičnosti vůči tomu, co dělali, aniž by tím snižovali svoji hodnotu nebo lidskou důstojnost. Smích pomáhá se vypořádat s rizikovými stavy lépe než rozhněvanost, unavenost nebo sebelítost (Nešpor, 2007, s. 70).

### **Tři pilíře životní spokojenosti**

K dobrému životnímu stylu jistě patří životní spokojenost. Jeden z modelů životní spokojenosti říká, že život každého člověka by měl stát na třech pevných bodech. **PRÁCE, RODINA A VOLNÝ ČAS**. Je důležité mít smysluplnou práci, která člověka částečně naplňuje, ale hlavně nestresuje. Je dobré mít chápajícího partnera. Zdrojem pozitivních emocí mohou být i děti, rodiče a prarodiče. Významným faktorem spokojenosti by měl být volný čas. Věnovat se koníčkům, zálibám a přátelům. Je výhodné, když jsou tyto tři oblasti rozprostřeny rovnoměrně. Pokud jedinec vynakládá příliš energie jen jedním směrem, např. moc pracuje, zanedbává potom ostatní důležité oblasti ve svém životě. Začne-li jedinec abstinovat od drog, měl dbát na rovnoměrné a zdravé udržování všech třech pilířů a měl by si dát pozor, aby se místo drog nezaměřil pouze na jeden pilíř, třeba práci. Z krátkodobého hlediska je sice zdravější být závislý na práci, na partnerovi, nebo třeba na Bohu, nicméně pro to dlouhodobější to pak může být jen přechod z bláta do louže (Pešek, 2018, s. 66-67).



## II. PRAKTICKÁ ČÁST

## 4 METODOLOGIE VÝZKUMU

Praktickou část jsme rozdělili do několika částí. V první části se seznámíme s metodologií výzkumu, objasníme si, jak jsme postupovali při výběru respondentů a navážeme anamnézou informantů, kterou jsme vypracovali na základě prvního polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovor byl zaměřen na několik oblastí. Zaměřili jsme se na dětství, rodinu, ve které informant vyrůstal, školu, koníčky a drogovou závislost od jejího vzniku, až po současnost. Jednotlivé anamnézy nám, alespoň z části odkryjí životní příběhy našich informantů. Anamnestické údaje informantů nám pomohou udělat si o každém z nich určitou představu. A díky tomu lépe pochopíme souvislosti celého výzkumu.

V další části si stanovíme výzkumný problém, ten nám objasní problematiku, kterou se budeme zabývat. Určíme si hlavní cíl výzkumu a několik dílčích cílů. K dosažení cílů výzkumu nám poslouží polostrukturovaný rozhovor.

Náš výzkum se bude zabývat resocializací drogově závislých, kteří prošli terapeutickou komunitou. Hlavním pojmem je pro nás znovuzapojení závislých zpět do života. Zajímá nás především jejich vlastní pohled na tuto problematiku. Pro tento výzkum jsme si zvolili kvalitativní přístup.

### **Kvalitativní výzkum**

Kvalitativním výzkumem rozumíme jakýkoliv výzkum, jehož výsledků se nedosahuje pomocí statistických procedur nebo jiných způsobů kvantifikace. Může to být výzkum týkající se života lidí, příběhů nebo chování. Pro kvalitativní výzkum je třeba, aby měl výzkumník určité dovednosti. Měl by umět odstoupit a kriticky analyzovat situaci, rozeznat a vyhnout se zkreslení, získat platné a spolehlivé údaje a v neposlední řadě nesmí chybět schopnost abstraktního myšlení (Strauss a Corbinova, 1999, s. 10- 11). Základními metodami sběru dat v kvalitativním výzkumu jsou přímé pozorování a hloubkový rozhovor. Pro náš výzkum jsme zvolili metodu polostrukturovaného rozhovoru. Můžeme jej definovat jako nestandardizované dotazování jednoho účastníka výzkumu jedním badatelem pomocí několika otevřených otázek. Prostřednictvím rozhovoru jsou tedy zkoumány členové určitého prostředí, určité specifické sociální skupiny s cílem získat stejné pochopení událostí, jakým disponují členové té skupiny. Polostrukturovaný rozhovor vychází z předem připraveného seznamu témat a otázek. Pomocí otevřených otázek může výzkumník porozumět pohledu jiných lidí, aniž by jejich pohled nějak omezoval (Švaříček, Šedřová a kol, 2007, s. 159-160).

### Výběr informantů

Výběr informantů pro náš výzkum jsme stanovili, až po určení výzkumného problému a cíle výzkumu. Výzkumný soubor byl tedy sestaven metodou záměrného výběru. Cílem není, aby reprezentoval určitou populaci, ale určitý problém. To znamená, že se výběr případů odvozuje od toho, jak je definován náš výzkumný problém a naše výzkumné otázky (Švaříček, Šedřová a kol, 2007, s. 72- 73). Některé informanty se nám podařilo oslovit na setkání abstinentů v jedné terapeutické komunitě, kterého jsme měli tu čest zúčastnit se. Tito oslovení informanti nám pak doporučili další klienty TK, které jsme později oslovili. S oslovených lidí jsme vybrali 5 informantů pro náš výzkum. Tito respondenti byli předem seznámeni s účelem a průběhem výzkumu. Byli ujištěni, že výzkum je zcela anonymní. Jména informantů byla pro účely výzkumu změněna.

### Kritéria výzkumu

Vzhledem k našemu tématu, resocializace drogově závislých po absolvování terapeutické komunity, byla stanovena tato kritéria. **Prvním kritériem** je diagnóza závislosti na tvrdých drogách (heroin, pervitin), **druhé kritérium** je věková hranice 30 let a více, **třetím kritériem** je alespoň jedna léčba v terapeutické komunitě. A **posledním kritériem** jsou, alespoň 2 roky abstinence.

### Analýza dat

Analýza dat – **kódování** - otevřené kódování je technika, která je díky své jednoduchosti a zároveň účinnosti používaná ve velmi široké škále kvalitativních projektů. Obecně kódování představuje operace, pomocí nichž jsou údaje rozebrány a složeny novým způsobem. Text je rozbit na jednotky, jednotkám jsou přidělena jména a s takto nově označenými fragmenty textu výzkumník pak dále pracuje. Postupujeme tak, že přepsaný rozhovor rozdělíme na jednotky (slovo, sekvence slov, věta, odstavec). Hranice jednotky by neměla být volena formálně, ale spíše podle významu. Každé takto vzniklé jednotce je přidělen nějaký kód, slovo nebo krátká fráze. Po volbě kódu si klademe otázku- „o čem daná sekvence vypráví“. Seznamy kódů nás přivedou k vytvoření kategorií (Švaříček, Šedřová a kol, 2007, s. 211-212).

## 4.1 Anamnéza informantů

Anamnestické údaje informantů jsme získali pomocí prvního rozhovoru. Údaje jsme rozdělili do dvou anamnéz. Ta první bude anamnézou osobní a bude obsahovat informace o

dětství, rodině, školním prospěchu, koníčcích. V té druhé, nazvané toxikologické se budeme věnovat drogové závislosti informantů a její léčbě.

## DAVID

34let, svobodný, bezdětný, pracující, závislost na pervitinu-nitrožilně, 3 léčby v TK

### Osobní anamnéza

David bydlel na vesnici. Do 15 let býval často nemocný (chřipky, angíny, zápal plic). David je jedináček a vychovávala ho převážně jen matka. Rodiče se rozvedli, když bylo Davidovi 6 let a s otcem se stýkal jen minimálně. Prázdniny trávil u babičky z matčiny strany, se kterou měl velice blízký vztah. Když mu bylo 15 let, babička zemřela a David se cítil velice osaměle. Žili skromně, občas se dostávali i do finančních potíží. Matka pracovala jako dělnice v továrně na tři směny a David tak často býval sám doma. Byl introvert a kamarádů moc neměl, takže většinu volného času trávil sám doma. Výjimkou byly fotbalové tréninky. Bylo to jediné místo, kromě školy, kde se stýkal se svými vrstevníky. Fotbal ho bavil, ale s ostatními spoluhráči si rozuměl prý jen na hřišti. Na základní škole se učil průměrně. Většinou nějaké trojky. Ve vyšších ročnících občas i čtyřka z matematiky, které nerozuměl a nebyl prý nikdo, kdo by mu ji vysvětlil. Učil se sám, maminka neměla čas. S chováním doma, ani ve škole problémy neměl. Učiliště však nedokončil.

### Anamnéza toxikologická

Pervitin začal užívat v 16 letech, okamžitě nitrožilně. Dostal se k němu náhodou přes jednoho známého, se kterým hrál fotbal. Nejdříve užíval pervitin jen víkendově, po čase se intervaly mezi užíváním zkracovali. Matka o pervitinu delší dobu nevěděla. Na užívání pervitinu se mu líbilo, že ho dokázal zbavit nesmělosti a že si skrz drogy našel konečně kamarády, kteří ho brali a se kterými si rozuměl. Po necelém roce užívání pervitinu odešel z učení. Hlavním důvodem byl prý nadbytek neomluvených hodin. Máma se prý o tom, že David nechodí do školy, dozvěděla až půl roku po jeho vyloučení. V 18 letech u něj v pokoji máma našla jehlu a tak se vlastně dozvěděla, že fetuje. David ji nechtěl trápit, tak raději odešel z domova. Žil na ulici nebo u kamarádů feťáků. Vystřídal spoustu brigád a zaměstnání, ale nikde kvůli drogám dlouho nevydržel. Na drogy si proto vydělával krádežemi a zhruba ve 23 letech začal mít vážné potíže se zákonem. Hrozilo mu vězení a tak se rozhodl léčit. Chvilí byl v psychiatrické léčebně a poté nastoupil do terapeutické komunity. V léčbě vydržel několik měsíců, ale nedokončil ji. Uvádí, že se tehdy léčit nechtěl, takže

mu léčba nic nepřinesla. Brzy po léčbě začal znovu fetovat. Ne však nadlouho, protože musel nastoupit roční trest ve vězení. Už ve vězení se rozhodl, že se půjde znovu léčit. To také udělal. Tentokrát léčbu v terapeutické komunitě dokončil a po léčbě nastoupil na do-  
léčovací centrum. Pobyt tam hodnotí negativně. I přesto, že po léčbě několikrát zrelapsoval a do komunity se ještě jednou vrátil, daří se mu abstinovat. S odstupem času tvrdí, že všechny léčby byly přínosné pro jeho život. Zdravotně je na tom celkem dobře, jen si z období drog odnesl nemoc žilní trombózu, se kterou se léčí dodnes. Závažné onemocnění, žloutenku typu C, zvládl pomocí léčby interferonem vyléčit. Nyní David již tři roky abstinguje, má přítelkyni a je spokojený.

## **VOJTA**

38 let, ženatý, 1 dcera, 2roky, pracuje, závislost na pervitinu a heroinu-nitrožilně, 5 léceb v TK

### **Osobní anamnéza**

Vojta pochází z finančně dobře situované rodiny. Na dětství vzpomíná rád. Byl zdravé a veselé dítě. Do 15 let žil s oběma rodiči. V 15 letech mu maminka zemřela na rakovinu a Vojta zůstal jen s otcem a starší sestrou. Sestra pak částečně zastupovala roli matky. Otec byl podnikatel a řídil vlastní firmu, která prosperovala. Často nebýval doma a na Vojtu neměl moc času. Vojta byl velice živé dítě a měl hodně kamarádů. S otcem měl celkem dobrý vztah. S mámou, než umřela, měl velice blízký vztah a zrovna tak i se sestrou. Učení na základní škole mu nedělalo vůbec žádné potíže. Pokaždé měl vyznamenání, aniž by se musel nějak zvlášť učit. Gymnázium též absolvoval bez problémů. Vysokou prý díky drogové závislosti nedokončil. Bavilo ho všechno možné. Rád četl, poslouchal hudbu, hrál na kytaru- měl dokonce i vlastní kapelu, chodil do kina, do divadla, rád sportoval. Než matka zemřela, dokázal se nadchnout pro všechno. Po smrti matky se uzavřel do sebe a pomalu ztrácel i zájem o se nadchnout pro všechno. Po smrti matky se uzavřel do sebe a pomalu ztrácel i zájem o koníčky a přátele. Ve škole se sice stále učil dobře, protože byl chytrý, ale už to nebylo ono. Máma mu hrozně chyběla. Ve škole měl trochu problémy s chováním. Vždycky řekl učitelům, upřímně, co si myslí. Ti to však brali jako drzé chování a tak často vyfasoval napomenutí nebo třídní důtku. Doma potíže s chováním nebyly, protože mu vlastně nikdo nic nezakazoval. Mohl si dělat, prakticky, co chtěl.

### **Toxikologická anamnéza**

Pervitin začal užívat v 18 letech. Ze začátku jenom šňupal. Dostal se k němu náhodou na diskotéce. Užívání pervitinu bral dlouhou dobu jako zábavu a neviděl v tom žádný problém. Pervitinovou éru svého života hodnotí jako zábavnou zkušenost bez větších negativních následků. Jednou, to mu bylo asi 20 let, kamarád místo pervitinu donesl heroin a doporučil mu, aby si drogu píchl. Vojta to udělal a vzpomíná, že poprvé mu bylo hrozně špatně, zvracel a bolela ho hlava. Když bral Vojta jenom pervitin, otec to tušil, ale nijak to neřešil. Sestra věděla, že Vojta bere pervitin a snažila se mu všemožně domluvit, ale bylo to marné. S Vojtou tehdy nebyly větší potíže, proto rodina, braní pervitinu, tolerovala. S heroinem to však bylo jiné. Vojta se změnil. Byl protivný, náladový a někdy i zlý. Hlavně když neměl svoji dávku. Začal se stýkat s pochybnými lidmi, lhát a podvádět. Přestal si rozumět nejen s tátou, ale i se sestrou. Problémy se zákonem neměl. Otec sice s jeho stylem života nesouhlasil, ale přesto mu dával dostatek peněz. Vojta tedy nemusel krást ani páchat jinou trestnou činnost, aby si obstaral heroin. Otcovi šlo o pověst rodiny a tak se snažil minimalizovat škody alespoň tím, že mu dával peníze. Vojta po celou dobu bydlel doma. Sestra už se nemohla dívat na to jak se Vojta ničí a přiměla ho k první léčbě v terapeutické komunitě. Vojtovi se na léčbě nelíbilo. Nebyl zvyklý pracovat a žít skromně, což se v TK vyžadovalo. Po dvou měsících z léčby odešel a okamžitě začal znovu fetovat. Poté v jeho životě nastal kolotoč fetování a léčeb v komunitě. Často bojoval s relapsem a často ho neustál. Vyzkoušel i doléčovací centrum, což mu dost pomohlo. Po páté léčbě začal Vojta dlouhodobě abstinovat. Jako zdravotní problémy, z období drog, uvádí maniodepresi. Nyní je čtyři roky čistý, oženil se a má dvouletou dceru.

### **ARIAN**

32 let, svobodný, bezdětný, pracuje, závislost na pervitinu-nitrožilně, 2 léčby v TK

### **Osobní anamnéza**

Na dětství nemá příliš hezké vzpomínky. Vyrůstal se dvěma bratry na vesnici v rodinném domě. Rodiče se rozvedli, když byl hodně malý a po dvou letech se k nim nastěhoval mámin přítel. Arianův nevlastní otec. S vlastním otcem se téměř nestýkal. S nevlastním otcem žil od svých 5 let, staršímu bratrovi bylo 7 let. Mladší bratr byl nevlastní, byl to syn jejich

matky a nevlastního otce. Otčím vždy více upřednostňoval vlastního syna a na Ariana a jeho bratra byl velice přísný. Měl na ně vysoké nároky a používal tělesné tresty. Matka tomu přihlížela a nikdy se Ariana, ani bratra nezastala. Arian už jako malý musel tvrdě pracovat okolo baráku. Na učení, na kamarády ani na koníčky nezbýval čas. Vlastně si ani nevzpomíná, že by ho někdy něco bavilo nebo zajímalo. V 9 letech měl ošklivý otřes mozku, se kterým se dlouhou dobu léčil v nemocnici a ještě nějaký čas doma. Úraz se mu stal, když pomáhal otčímovi se stavbou kůlny. Matka pracovala jako učitelka ve školce a otčím byl podnikatel ve stavebnictví. O peníze nouzi neměli. Ve škole se Arian učil průměrně. Většinou měl na vysvědčení dvojky, trojky. S chováním ve škole neměl problémy, jen jednou dostal dvojku z chování za neomluvené hodiny. Když to otčím zjistil, dostal výprask a půl roku domácího vězení. Učiliště dodělal jen s velkými obtížemi. Mámu měl rád, ale otčíma přímo nenáviděl. S oběma bratry měl hezký vztah. Ve škole měl jednoho nejlepšího kamaráda, se kterým trávil většinu volného času.

### **Toxikologická anamnéza**

Pervitin začal užívat v 17 letech, šňupal. Zhruba po roce si začal píchat. K drogám se dostal přes staršího bratra, který už tak rok příležitostně fetoval. Když se o drogách dozvěděl otčím, tak Ariana vyhodil z domova. Arian z počátku bydlel na ubytovně a vydělával si jako číšník. Byl číšníkem vyučený, takže nebylo těžké sehnat práci. Navíc, jak uvádí, zaměstnání číšníka mu poskytovalo stálý přísun pervitinu. V tomto zaměstnání je prý brání drog na denním pořádku. Většina jeho kolegů brala pervitin, práce prý šla lépe od ruky. Nějakou dobu to fungovalo, ale čím více pervitin bral, tím větší měl v práci potíže. Nebyl na něj spoleh, a když se stalo, že po několikáté nepřišel do práce, vyhodili ho. Sehnal si sice novou práci, ale i z té ho za chvíli vyhodili. A tak to bylo stále dokola. S otčímem se nestýkal, vídal se jenom s mámou, která se ho snažila přesvědčit, aby se šel léčit. V době aktivního fetování se objevily i problémy se zákonem. Dostal podmínku za napadení veřejného činitele. Prý se, pod vlivem pervitinu, popral s policajtem. Po delší době užívání se u něj objevily deprese a to pro něj byl hlavní impuls pro léčbu. Léčbu nastoupil v necelých 22 letech. Nejdříve vyzkoušel léčbu v psychiatrické léčebně, ale ta prý byla o ničem a tak si vyjednal léčbu v terapeutické komunitě. Terapeutická komunita mu prý úplně změnila život. Nastoupil po ní na doléčovací centrum, jehož součástí bylo chráněné bydlení a poté vydržel dva roky abstinovat. Po dvou letech zrelapsoval, relaps neustál a vrátil se zpět k drogám. Pár měsíců fetoval a pak nastoupil znovu na léčení do komunity. Tato léčba byla

úspěšná. Arian už 6 let abstínuje. Uvádí sice nějaké krátkodobé relapsy, ale tentokrát už je ustál a v užívání drog nepokračoval. Arian nyní abstínuje, pracuje a zvládá i své deprese.

## LIVIE

31 let, svobodná, bezdětná, nepracuje, závislost na pervitinu, 1 léčba v TK

### Osobní anamnéza

Vyrůstala v jižních Čechách jako jedináček v úplné rodině. Byla zdravé a veselé dítě. S rodiči měla vždy skvělý, přátelský vztah. Na dětství vzpomíná ráda. Rodiče se jí plně věnovali a plnili prakticky každé její přání. Rodina žila v bytě 3+1 v panelovém domě. Po finanční stránce byla Livie zabezpečena dobře. Rodiče nebyli bohatí, ale nestrádali. Livii nikdy nic nechybělo. Maminka pracovala jako fyzioterapeutka, tatínek byl dělník, Livie brala v pubertě své rodiče spíše jako kamarády. Rodiče jí hodně povolovali. Ještě jí nebylo ani 15 let a už mohla chodit na diskotéky a být pryč i přes noc. V 15 letech si našla chlapce, se kterým si rodiče také rozuměli. Na základní škole ji to moc nebavilo, často chodila za školu. Rodiče o tom věděli a tolerovali jí to. Školní výsledky byly v horším průměru, někdy podprůměru. Učení moc nedala, ale od malička se věnovala tanci a malování. Měla talent a přemýšlela, že po skončení základní školy půjde na uměleckou školu. Příjímací zkoušky neudělala a to pro ni bylo velkým zklamáním. Nastoupila tedy na SOU s maturitou, na které se prý zázrakem dostala. Ale nebavilo ji to tam a školu nedokončila. S chováním na základní škole neměla větší potíže. Na střední přišly problémy s neomluvenou absencí a užíváním drog. Livie byla oblíbená a měla hodně přátel.

### Toxikologická anamnéza

K pervitinu se dostala přes přítele, se kterým začala chodit, když jí bylo 15 let. Přítel byl starší a užíval drogy již v době, kdy se seznámili. Livie o tom nejdříve nevěděla. Když se to dozvěděla, snažila se příteli pomoci a postupně ji začalo zajímat, co na těch drogách vlastně vidí a tak to vyzkoušela také. Nejdříve pervitin jen užívala, ale zhruba v 17 letech ho začala i prodávat. Brzy se stala jednou z hlavních dealerek v jejich městě. Prodej drog byl pro ni výhodný, nejen kvůli stálému přísunu pervitinu, ale také proto, že si zvykla na peníze. Z jejího života se stal kolotoč užívání a prodávání drog, který nešel zastavit. S přítelem se rozešla, ale fetovat, ani prodávat drogy nepřestala. Rodiče o její závislosti věděli od začátku. Máma měla podezření a Livie jí hned řekla pravdu. Chtěli jí prý pomoci, ale nevědě-



li jak a tak s ní o tom, alespoň často mluvili. Rozebírali s ní situaci a zajímali se o to, zda užívání pervitinu neohrožuje Livii zdraví. Časem si na situaci zvykli a pomáhali Livii, aby se doma cítila dobře. O prodeji drog rodiče nevěděli. Dozvěděli se to teprve, když jim Livie řekla, že je obviněná z prodeje drog. Tento fakt ji přiměl v 19 letech nastoupit léčbu v TK. Tři měsíce pře nástupem do TK ještě Livie strávila v psychiatrické léčebně. Pobyt tam hodnotí jako nutné zlo. Rodiče ji od začátku léčby podporovali. V TK si dala Livie do pořádku svůj hlavní zdravotní problém, který si přinesla z období užívání drog, a to byl úbytek váhy. Na léčbě v TK se zamilovala do jiného klienta, se kterým po léčbě začala žít. Vztah nevydržel, protože její partner začal brzy po odchodu z léčby znovu fetovat. Livie začala chodit znovu do školy. Bohužel ji chvíli před maturitou vyhodili za prodej drog ve škole. Po léčbě v TK vydržela Livie asi 2 roky abstinovat. Potom začala znovu fetovat a prodávat drogy. Do léčebny už nikdy nenastoupila, přesto je nyní čistá. Ale přiznává, že vydrží vždy jen nějaký čas a začne znova. Prý jí to tak vyhovuje. Nyní je zhruba dva roky čistá.

## **EMA**

41 let, svobodná, 1 syn 15 let, nepracuje, závislost na pervitinu a heroinu, 2 léčby v TK

### **Osobní anamnéza**

Pochází z úplné rodiny a má jednoho staršího bratra. Dětství hodnotí jako normální. Matka pracovala jako sekretářka a otec jako dělník. Finanční stránka rodiny byla průměrná. Rodiče se často hádali a matka prý byla velice dominantní. Diktovala všem, co mají dělat a hlavně jak to mají dělat. Hlavně tátovi. Ema neměla moc dobrý vztah s mámou. Tvrdí, že se o ní i o bratra staral od malička hlavně otec. Máma tam sice fyzicky byla, ale jako by tam nebyla. Otec s ní a s bratrem jezdil na výlety, hrál si s nimi, učil se s bratrem, chodil na besídky i na rodičovská sdružení. Máma jí prý nebyla ani na maturitním plese, což ji velice zklamalo. Ema si však nerozuměla moc ani s bratrem a většinu raného dětství trávila sama. Teprve když začala chodit na základní školu, našla si kamarádky. Ve škole se učila dobře, většinou jedničky, dvojky občas nějaká trojka. Někaké předměty jí nešly, ale táta se učil jenom s bratrem a ona na to byla sama. Rodiče byli s jejím školním prospěchem spokojeni, takže to nějak neřešili. Na střední škole začala mít závažnější problémy s chováním. Nejdříve to byly dvojky z chování za neomluvenou absenci. Ve třetím ročníku dostala dokonce trojku z chování za drzé jednání s učiteli. V dětství ani dospívání neměla žádné

zdravotní problémy. Od 8 let chodila do vodáckého oddílu, kde trávila většinu volného času i prázdniny. Začala tam chodit, aby nemusela být doma a poslouchat hádky. Bavilo ji také čtení a hudba. Ve čtvrtém ročníku přerušila studium na střední škole, které po dvou letech dokončila. V 18 letech se u ní objevily první deprese.

### **Toxikologická anamnéza**

Ema poprvé pervitin vyzkoušela v 18 letech. Nabídl jí ho kamarád a ona neodmítla. Hned napoprvé si drogu aplikovala nitrožilně. Z jehel tehdy měla panickou hrůzu a proto i první zážitek s drogou nebyl příliš pozitivní. Přesto si pervitin vzala znovu, tentokrát nosem a to se jí zalíbilo. Pervitin jí prý zbavil depresí a pomohl překonat stud. O fetování mluví jako o něčem co ji velmi bavilo. Pár let šňupala a potom přešla na jehlu. Asi ve 22 letech začala užívat heroin-nitrožilně. Na heroinu se stala velmi rychle závislá. Peníze většinou obstarával její přítel. Když se rodiče dozvěděli, že fetuje, snažili se jí pomoci. Donutili ji navštívit psychiatra, ale bylo to zbytečné. V 19 letech měla první a jediný konflikt se zákonem. Dostala podmínku za krádež a později už žádnou trestnou činnost nespáchala. Díky podmínce si částečně uvědomila, že její život není úplně v pořádku a s pomocí rodičů si vyjednala léčení v psychiatrické léčebně. Léčba neměla žádný efekt a Ema se brzy vrátila k drogám. Psychiatrickou léčebnu vyzkoušela ještě několikrát, ale bez většího úspěchu. Ve 24 letech se rozhodla pro léčbu v terapeutické komunitě. Léčbu dokončila. V komunitě se seznámila s klientem, s budoucím otcem jejího dítěte. Po skončení léčby spolu odešli na doléčovací centrum. Poté spolu začali žít a Ema velice brzy otěhotněla. Už v průběhu těhotenství provázely jejich vztah vážné komplikace. Přítel začal zase brát drogy a Emu fyzicky napadal. Jejich vztah vydržel ještě zhruba 2 roky po narození syna. Ema chodila do práce a starala se o syna i o přítele, který fetoval. Bylo to neúnosné a tak se Ema po 2 letech odstěhovala zpět k rodičům. Život s mámou však pro ni byl také utrpením a brzy se vrátila zase k drogám. Díky závislosti se po čase nebyla schopná postarat o syna. Její otec, dědeček syna jí navrhl, že se o chlapce postará, když se půjde léčit. Ema souhlasila a rozhodla se znovu pro léčbu v TK. Bylo jí tehdy 30 let. Léčba byla vcelku úspěšná. Po léčbě si našla partnera, který nikdy drogy nebral, a když měla zajištěné zázemí, požádala si o syna zpět do své péče. Od té doby sice několikrát zrelapsovala, ale zvládá to a abstinuje. Jako podpůrnou berličku k abstinenci využívá substituci. Díky ní prý může žít normální život.

### **Shrnutí osobní anamnézy**

Výzkumu se účastnilo celkem pět informantů, z toho tři muži a dvě ženy. Věková hranice informantů je od 31 let do 41 let, takže průměrný věk informantů je 36 let. Hlavní diagnózou u všech pěti informantů je závislost na pervitinu. Vojta a Ema jsou k tomu závislí ještě na heroinu.

Žádný z informantů nebyl komplikovaným dítětem, se kterým by byly závažnější potíže. Co se týče finanční stránky rodiny, byli všichni informanti zajištěni. Vojta pocházel z bohaté rodiny, u ostatních informantů byly rodinné příjmy průměrné. Finanční stránka rodiny tedy zřejmě nehraje žádnou větší roli při vzniku závislosti informantů. Školní prospěch Davida, Ariana a Emy byl průměrný, u Livie mírně podprůměrný a u Vojty nadprůměrný. Inteligence tedy asi také nebude, v našem případě, zásadním faktorem vzniku závislosti u informantů. Co se týče koníčků, tak všichni informanti, kromě Ariana, měli nějaké koníčky. David hrál fotbal, Vojtu bavilo všechno možné – četba, hudba, kytara, sport, Livie se věnovala tanci a malování a Ema chodila do vodáckého oddílu. Nedá se tedy říct, že by to byli děti, které by se flákali od ničeho k ničemu, nebo že by se stýkali se špatnou společností. Byli to normální děti. Ani jeden z informantů neměl v dětství ani dospívání žádnou duševní poruchu ani závažnější psychické potíže. Po fyzické stránce býval často nemocný jen David (chřipky, angíny, zápal plic). Arian uvádí v dětství úraz (závažný otřes mozku). Ostatní informanti byli zdraví.

Z osobní anamnézy vyplývá, že rodina je možným faktorem ovlivňujícím vznik drogové závislosti informantů. V každé rodině našich informantů byl nějaký problém, který bránil správné funkčnosti rodiny. David a Arian pochází z rodin, kde se rodiče rozvedli. Davida vychovávala jenom matka, jako samoživitelka. Neměla na Davida dostatek času. Ariana vychovával otčím, který mu ale tátu nedokázal nahradit. Byl na něj přísný, měl vysoké nároky a praktikoval nepřiměřené tělesné tresty. Navíc viditelně upřednostňoval svého vlastního syna. Arian necítil ani žádné porozumění ze strany matky. David i Arian se cítili osaměle. Vojta byl sice spokojené dítě, vyrůstal s oběma rodiči, ale v kritickém věku 15 let mu zemřela maminka na rakovinu. Otec byl podnikatel a byl příliš zaměstnaný. Na Vojtu neměl skoro žádný čas. Ema měla sice oba rodiče, ale maminka neplnila příliš roli matky. Ema cítí, že jí velice chyběl vztah s matkou. Díky tomu své dospívání hodnotí jako dost komplikované. Livie pochází také z úplné rodiny, s rodiči měla vždy pěkný, přátelský vztah. Zdánlivě vypadá, že v této rodině nebyl žádný problém. S anamnézy však vyplývá,

že rodiče Livie byli až příliš benevolentní. Livie si mohla dělat prakticky, co chtěla, neměla určené žádné hranice.

Rodinné klima může tedy být jedním ze zásadních faktorů vzniku drogové závislosti u všech informantů.

### **Shrnutí toxikologické anamnézy**

Hlavní diagnózou Davida, Ariana a Livie je závislost na pervitinu. Vojta a Ema mají kombinovanou závislost na pervitinu a heroinu. Všichni informanti uvádí, že jejich první drogou byla látka- pervitin. První užití pervitinu bylo u všech informantů v rozmezí 16 až 18 let. Takže všichni informanti si poprvé vzali drogu na rozhraní dospělosti. David a Livie začali brát pervitin v 16 letech, Arian v 17 a Vojta s Emou v 18 letech. Heroin začali brát jak Vojta, tak Ema o několik let později než pervitin. V jejich případě heroin nahradil užívání pervitinu a téměř okamžitě se pro ně stal primární drogou. David, Vojta a Ema se dostali poprvé k drogám přes kamaráda. Arianovi první dávku poskytl jeho starší bratr, který už nějaký čas drogy užíval. Livie se k drogám dostala přes svého tehdejšího partnera, který užíval drogy již v době, kdy se poznali. Všem informantům drogová závislost nějakým způsobem ovlivnila život. David a Livie díky drogám nedokončili střední školu. Ema kvůli užívání drog přerušila studium ve čtvrtém ročníku střední školy. Na nátlak rodičů střední školu po pár letech dokončila. Vojta nedodělal vysokou školu. Arian učení sice dokončil, ale jen s velkými obtížemi. David a Arian měli, díky drogám, velké potíže i v zaměstnání. Většinou je vždy vyhodili. David si pak na drogy přivydělával krádežemi. Vojta, Ema ani Livie nepracovali. vyhodili. David si pak na drogy přivydělával krádežemi. Vojta, Ema ani Livie nepracovali. Vojtu sponzoroval otec. Peníze mu stačili jak na živobytí, tak na drogy. Pracovat tedy nemusel. Emu finančně podporoval její přítel, takže dost dlouhou dobu také nemusela pracovat a Livie prodávala pervitin. Prodej drog byl způsobem její obživy.

Drogová závislost téměř u všech informantů ovlivnila i rodinné vazby. David a Ema odešli sami z domova. Ariana otčím vyhodil, Vojta sice zůstal bydlet doma, ale přestal si rozumět jak s otcem, tak se sestrou. Přesto, že rodinné vazby byly narušené, byla to právě rodina, kdo se snažil pomoci informantům v řešení závislosti. U Ariana to byla maminka, kdo se ho snažil přimět k léčbě, Vojtovi se snažila pomoci sestra, Ema a Livie měli oporu ve svých rodičích. Všichni informanti prošli léčbou v terapeutické komunitě. Arian, Livie a Ema se před komunitou léčili v psychiatrické léčebně. Pro čtyři informanty byl jedním ze zásadních faktorů, k nastoupení první léčby, konflikt se zákonem. Kromě Vojty měli

všichni informanti co dočinění se zákonem. David a Vojta nastoupili první léčbu v TK ve 23 letech, Arian ve 21 letech, Ema ve 24 a Livie se šla prvně léčit v 19 letech. Livie se léčila v TK jednou, ostatní informanti opakovaně. Všichni, kromě Livie mají zkušenost s doléčovacím centrem. Úplně všichni informanti mají zkušenost s relapsem. Všichni informanti uvádí nějaké zdravotní potíže z období drog. Arian a Ema -deprese a špatný chrup, Livie- úbytek váhy, Vojta-maniodeprese, špatný chrup, David- špatný chrup, trombóza, hepatitida typu C.

## 4.2 Výzkumný problém, cíle výzkumu

Výzkumným problémem, kterým se budeme zabývat je znovuzapojení se zpět do života u drogově závislých klientů, kteří absolvovali léčbu v terapeutické komunitě. Jde nám o vlastní pohled a vnitřní prožívání klientů terapeutických komunit. Zaměříme se na období procesu resocializace počínaje léčbou v TK. Zajímají nás podpůrné a demotivující prvky v tomto procesu.

### Cíl výzkumu

Hlavním cílem výzkumu je porozumět problematice procesu znovuzapojení klientů TK zpět do života. Chtěli bychom blíže prozkoumat léčbu v TK a popsat období, kdy se drogově závislý, po několika měsíční léčbě v TK, vrací zpět do života. Je třeba si uvědomit, že léčba je jen začátek. Po ukončení léčby přichází další krok uzdravovacího procesu. Období po ukončení léčby, může být mnohem náročnější než samotná léčba. Prioritou pro nás je pochopit a blíže popsat jednání klienta TK v tomto období. Chceme přiblížit faktory, které mohou proces resocializace zkomplikovat, ale i ty, které ho naopak mohou zjednodušit.

### Dílčí cíle

1. Zjistit motivační prvky vedoucí informanty k léčbě v TK
2. Popsat dovednosti získané během léčby v TK.
3. Prozkoumat rizikové situace a jak se s nimi informanti vypořádali
4. Obsáhnout změny, které informanti po léčbě udělali, aby si udrželi dlouhodobou abstinenci

## Metoda výzkumu

Tento kvalitativní výzkum jsme provedli pomocí druhého polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovor nám poskytli ti samí informanti, u kterých jsme již zjišťovali anamnestické údaje. Rozhovor se skládá z otevřených otázek, které jsou tvořeny tak aby nepředurčovali informantům odpovědi a aby zároveň zachytily důležité prvky výzkumu. Rozhovor probíhal v klidném domácím prostředí informantů.

## Analýza dat

### 1. KROK ZE TMY- léčba jako životní zlom

#### Kódy pro první kategorii

Záměr, životní zlom, očekávání, nastartování, rozhodnutí, procitnutí, emoce, nové dovednosti, škola života, svoboda, rodina, radost ze života, pravidla, pozitivní myšlení, smysl života, zodpovědnost, sebedůvěra, jistota, sebereflexe, návrat identity, podpora, nový stereotyp, životní šance

První kategorii jsme nazvali- krok ze tmy. Název vlastně symbolizuje ten zásadní první krok, kterým je léčba v TK. Pro všechny naše informanty byla léčba v terapeutické komunitě důležitou životní etapou. Dlouhodobá léčba v TK trvá většinou 12 měsíců. Je to vážně docela dlouhá doba, ale vezmeme-li v úvahu o jak závažné onemocnění se jedná, není to zase tak moc. Závislost je recidivující onemocnění, které může končit i smrtí. Arian trefně řekl *“co je rok proti celému životu“*. O tom, že je léčba drogové závislosti opravdu náročná, svědčí i fakt, že se všichni informanti, kromě Livie léčili opakovaně. Z výpovědí všech pěti informantů vyplývá, že za neúspěchem první léčby, může být i skutečnost, že ani jeden z nich nenastoupil poprvé do léčby s pevným rozhodnutím zbavit se závislosti. David tvrdí *“Ta první léčba byla spíše účelová, hrozil mi kriminál a tak jsem se potřeboval někam uklidit. Na káčku mi poradili komunitu a tak jsem šel. Nějak jsem o tom víc nepřemýšlel“*. Stejně důvody vedli k léčbě Livii a Ariana. Vojtu k první léčbě přiměla sestra a Ema se rozhodla k první léčbě z finančních důvodů. Ema *„ heroin stál dost peněz, a když přišla doba, kdy už jsem potřebovala dávku každý den, bylo to neúnosné. Nejsem moc typ, který by si dokázal sehnat peníze nějakou trestnou činností, nebo třeba prostitucí, takže finance*

*pro mě byl opravdu velký problém. Když tak nad tím přemýšlím, šla jsem se léčit kvůli tomu, že jsem na drogy neměla dost peněz a ne kvůli drogám samotným.“*

Všichni informanti si zpětně uvědomují, že základním faktorem pro úspěšnost léčby je dobrovolnost a vlastní rozhodnutí přestat fetovat. Pozitivní motivace a pevné rozhodnutí s drogami opravdu skončit je důležitou součástí léčebného procesu. Pokud se někdo nechce léčit, nepomohlo by mu ani, kdyby v komunitě strávil let několik. Na druhou stranu jsme došli k názoru, že rozhodně není ani špatně, když drogově závislý nastoupí na léčbu i z jiných důvodů než je úplná abstinence. Takový jedinec totiž může v průběhu léčby najít tu správnou motivaci a uvědomit si, že se chce opravdu léčit. Livie je typickým příkladem toho, že teprve v průběhu léčby je možné dojít k rozhodnutí skoncovat s drogovou závislostí. Livie „*až na léčení mi došlo, že už nechci fetovat, že bych ráda žila jinak*“. Každá i ta zdánlivě nejnesmyslnější motivace, která vede drogově závislého k rozhodnutí se jít léčit, je tedy dobrá.

Informanti ve svých výpovědích zhodnotili rozdílnost léčby v terapeutické komunitě a psychiatrické léčebně. Mluví o nedostatečné terapii a neosobním přístupu v psychiatrických léčebnách. Terapeutická komunita je podle nich nejlepší volbou k léčbě dlouhodobé drogové závislosti. Terapie v komunitě je individuálně zaměřená a umožňuje každému klientovi dostatečný prostor pro sebevyjádření. Většina drogově závislých začala s drogami ještě před dovršením dospělosti a tak vlastně nemají vůbec žádnou představu o tom, co obnáší běžný život dospělého jedince. Režim a prostředí v terapeutické komunitě tak trochu imituje skutečný život. Součástí léčby je naučit klienty, jak se orientovat v běžných životních situacích. Livie vnímá léčbu v komunitě jako přípravu na běžný život. Livie „*No já v podstatě vidím každodenní život v komunitě, jako přípravu na můj život po léčbě. Podle mě, každý den každá činnost, každé sezení komunity, každé plnění funkce je přípravou na reálný život*“. Z toho vyplývá, že denní režim, ranní vstávání, pracovní terapie, oběd, úklid, řešení konfliktů mezi klienty učí drogově závislé běžnému dennímu stereotypu a zodpovědnosti. Aktivní uživatel drog zodpovědnost většinou postrádá. Naši informanti otevřeně hovoří o své drogové závislosti jako o rozpadu vlastní identity. Díky terapii v komunitě se jim podařilo změnit nejen myšlení, ale také se jim podařilo získat zpět svoji ztracenou osobnost. Vrátilo se jim ztracené sebevědomí, také emoce a někteří mluví i o tom, že se po dlouhé době zase cítili svobodní. Vojta nám k tomu řekl: *Heroin mi vzal veškerou osobní svobodu, ovládal mé tělo i mysl, řídil každý můj den a měl nadvládu nad celým svým životem. Neměl jsem proti němu žádnou šanci. Teprve v komunitě jsem se cítil*

*zase svobodný. Zase jsem měl svůj život ve vlastních rukou“.* Je zajímavé, že právě touha po svobodě je jedním z faktorů co mladé lidi přivádí k drogám. A přitom jsou to právě drogy, které je o tu svobodu nakonec úplně připraví.

Drogová závislost je nemoc celé rodiny a proto je důležitou součástí léčby také rodinná terapie, bez ní prý nelze řádně ukončit léčbu. Rodinná terapie v praxi znamená, že rodinný příslušník závislého klienta nastoupí na nějaký čas do komunity a podrobí se stejné terapii jako ostatní klienti. Záměrem této terapie je zlepšit vzájemné vztahy mezi závislým a rodinou. Dalším důvodem je, aby rodinný příslušník lépe porozuměl problematice drogové závislosti. Davidova výpověď je příkladem toho, že rodiče mohou mít někdy zkreslené představy o závislosti David „ *Když jsem byl na první léčbě, máma si myslela, že se závislostí je to stejný, jako třeba se zápalem plic, že nastoupím do nemocnice, budu tam určitou dobu a oni mě tam uzdraví. Teprve, když přijela na rodinnou terapii, pochopila jak to se závislostí skutečně je“* Smysl rodinné terapie vidíme i v tom, že je pro závislé velice důležité mít po léčbě někoho blízkého, osobu na kterou je možné se, v případě nějaké krize, obrátit. Člověk, který je seznámen se závislostí jedince, je schopen v kritických situacích lépe porozumět a tak i lépe pomoci. Informanti se v této kategorii shodují o účinnosti léčby v terapeutické komunitě. Režim a terapie je přizpůsobená potřebám drogově závislých. Dlouhodobá terapie dává dostatek prostoru k uzdravení nejen těla, ale také duše. Délku léčby sice informanti vnímají trochu jako problém. David“ *Nikdo tě nepřipraví na to, že si rok někde zavřenej, prakticky na jednom místě, mezi stejnejma lidma. Najednou jsem byl v úplně jiným světě. Cejtil jsem se jak mimozemšťan“.* Nicméně je to jen malá daň za nový život bez drog.

## **SPÍCÍ HAD- chutě, relaps**

### **Kódy pro druhou kategorii:**

Krok zpět, pád, bezmoc, výčitky, zmatek, ztráta sebedůvěry, konec světa, varování, zklamání, strach, skrytá hrozba, nebezpečí, volání o pomoc, krizový plán

Druhou kategorii jsme nazvali spícím hadem. Prezentuje ohrožující situace, které vedou k relapsu. Z výpovědí informantů nám vyšlo, že chutě a relaps jsou vlastně sami o sobě nejvíce ohrožujícími situacemi po skončení léčby. Relaps je jedním z největších problémů při resocializaci drogově závislého. My zde budeme popisovat, co vlastně relapsu předchází, jak se s ním vypořádat a kde hledat první pomoc. Spícím hadem jsme kategorii nazvali



proto, že chutě a následný relaps je něčím, co má každý závislý, i po roční léčbě, stále v podvědomí a je jen otázka času, kdy se podvědomí ozve nebo probudí.

Informanti zde popisují komplikace, které se po skončení léčby vyskytly a které je nezřídka kdy přivedly k relapsu. Jednou z nich je osamělost. David“ *Cejtil jsem se najednou hrozně sám, v komunitě jsem měl kolem sebe spoustu lidí, navázal jsem nový přátelství, cejtil jsem blízkost a podporu. A najednou samota, na kterou jsem nebyl připravenej*“. Je možné, že právě osamělost může být důvodem, proč se po léčbě vrací klienti zpět mezi staré známé feťáky, i přesto, že vědí, jak je to riskantní. Vojta“ *Po první léčbě jsem se vrátil mezi staré známé kamarády, netrvalo dlouho a začal jsem znovu fetovat*“. Další ohrožující situací je vztah se závislým klientem, i když abstinujícím. Ema a Livie uvádí, že se v komunitě zamilovali, i přesto že pravidla TK vztahy mezi klienty zakazují. Srdci se dá ale asi jen těžko poručit. Nicméně toto pravidlo má svůj smysl. Vždy je tu nebezpečí, že jeden z klientů selže a stáhne sebou i toho druhého. Ema popisuje svůj vztah s klientem TK takto. Ema „*Tak dlouho jsme se oba podporovali v chutích, až jsme si dali. Navíc jsem brzy po tom otěhotněla a nastalo velké dilema. Drogy nebo dítě. Vybrala jsem si dítě, ale život se závislým partnerem byl neúnosný. Musela jsem odejít*“ Partner Livie také začal fetovat. Livii se naštěstí podařilo včas odejít. Dalším problémem je neočekávaná situace. David se setkal s drogami tam, kde by je nečekal a kde by se vyskytovat opravdu neměly. David“ *Na doléčováku jsem se setkal s drogama a terapie v tomhle prostředí pro mě postrádala smysl. Báł jsem se to oznámit, abych neměl problémy s ostatníma a tak jsem radši vdešel*“. I přesto, že by se na doléčovacím centru drogy objevovat neměli, nedá se to vyložit. Je třeba se i na tuto možnost předem připravit.

Většina závislých se díky drogám dostane do dluhové pastí. Všichni informanti se shodují na tom, že tuto skutečnost je třeba řešit již během léčby. Nejlepší je požádat si o splátkový kalendář a začít splácet už během léčby. Neřešené dluhy mohou drogově závislého po léčbě pořádně rozhodit. Jedná se pak o začarovaný kruh, který vede zpět k závislosti. Arian vidí jako největší problém po léčbě nadbytek volného času, se kterým si nevěděl rady. Arian“ *Před léčbou jsem celý den scháněl prachy a drogy, v komunitě jsme měli celý den do poslední minuty nalajnovanej a po léčbě jsem si uvědomil, že nevím co s časem*“. I výčitky svědomí mohou po léčbě ohrozit abstinenci. Je třeba asi za minulostí udělat tlustou čáru a moc se v tom nerýpat. Ema uvádí „*Nemohla jsem se smířit s tím, co jsem na drogách všechno udělala, pořád se mi to honilo hlavou a měla jsem chuť si znovu dát*“. To všechno může být podnětem k chutím a následným relapsům.

Chutě na drogy však mohou přijít i bez nějakého zjevného důvodu. A co s nimi? Ema tvrdí „*Důležité je vědět, že tak jak chutě přijdou, zase odejdou. Někdy trvají kratší dobu, někde delší, ale skončí a to je jistota. Když tohle víš, můžeš to nějak ustát*“ David říká něco podobného. Arian se nejlépe s chutěmi na drogy vypořádával tím, že si pokaždé řekl „*dneska si nedám, nechám to na zejtrěk*“ Dost často mu to chutě pomohlo překonat a vyhnul se tak relapsu. Informanti se shodují, že je dobré mít někoho, na koho se mohou v případě chutí i relapsu obrátit. Komu můžou v kritické situaci třeba zavolat. Informanti se také shodují, že na relaps je třeba být připraven. Jednoduše mít v hlavě plán- „*co budu dělat, když už k relapsu dojde?*“.

Z výpovědí informantů vyplívá, že relaps nemusí být jen ke škodě. Je to sice krok zpět, ale může být také varováním a pomoci drogově závislému v tom, že si uvědomí, že je něco špatně a začne to řešit. Pokud se drogově závislý neumí s relapsem vypořádat sám, pomocnou ruku mu může podat opět terapeutická komunita. Nabízí totiž svým klientům možnost opakovací léčby. Jednoduše pokud cítí drogově závislý, že se blíží nějaké nebezpečí v podobě relapsu, nebo už relaps proběhne, může se klient na nějaký čas vrátit zpět do komunity. David „*Když přišla největší krize, zavola jsem si do komunity a zařídil si opakovačku*“

## POZITIVNÍ ZÁVISLOST

### Kódy pro tuto část analýzy

Pevná vůle, pomocná ruka, koníčky, sport, zábava, volný čas, umění žít, prevence relapsu, náhrada

Třetí kategorii jsme se rozhodli nazvat pozitivní závislost. Jako pozitivní závislost si představujeme něco, co našim informantům pomohlo nahradit závislost na drogách. Jedná se v podstatě o činnost, kterou drogově závislý vyplňuje svůj volný čas. Lidově řečeno, jsou to koníčky. Koníčky fungují dobře jako prevence proti relapsu. David „*Když přišly krizové situace, právě třeba v podobě chutí, pomohl mi sport, jízda na kole, nebo jsem si šel zaběhat, nebo do posilovny*“ David mluví o tom, jak mu pomáhal sport. Sport je dobrou volbou pro náhradu drogové závislosti. Nejen, že jím lze vyplnit přebytek volného času, přináší i fyzické uspokojení a díky vyplavování endorfinů i to psychické. Arianovi dokonce pomohl sport i s tím, že poznal nové přátele, kteří sice nevěděli nic o jeho minulosti, ale svou přítomností mu pomáhali překonat krize. Arian „*Chodil jsem běhat a hrát šipky, na šipkách*

*jsem poznal lidi se kterejma jsem se stýkal i mimo šipky“* Vojta měl kromě sportu ještě hru na kytaru, četbu, divadlo a kino. Vojta“ *Stal jsem se doslova závislý na chození do divadla, nemohl jsem se dočkat dalšího představení“*

Livie si koupila psa. Livie“ *Můj Kenny byl mou velkou oporou, byl tu pro mě kdykoliv a já jsem si už nedokázala představit život bez něj“* Livie také začala chodit do školy, do práce a vrátila se zpět ke svému velkému koníčku, kterým bylo malování. Livie“ *Malování jsem milovala už od malička. Kdysi jsem malovala, jen protože mě to bavilo a přinášelo pocit radosti. Ted' maluju kdykoliv na mě přijde nějaký splín. Pomáhá mi to“*. Ema si zase nedokáže představit život bez svého deníku. Ema „ *nejvíc mi pomáhá můj deník. Když je mi zle, můžu se ze všeho vypsat a hned je mi líp“* Ema našla kromě sportu a přírody ve svém životě něco úplně nového. Něco o čem by nikdy ani nepřemýšlela. Je to víra. Ema“ *Byla jsem vždycky ateistka a nevěřila v Boha. Po léčbě jsem se nastěhovala do silně katolické vesnice a skrze svoji obvodní doktorku jsem se dostala na mše sloužené v latině. Nestala se ze mě ze dne na den katolička, vlastně vůbec nejsem katolička. Ale začala jsem věřit. Věřit ve stvořitele a v anděly. A v těžkých situacích je to právě ta víra, co mi pomáhá.“*

Každému v udržení abstinence pomáhá něco jiného. Ale všichni informanti se shodují, že je třeba něco si najít, něco co člověka bude opravdu bavit. A vůbec není na škodu, když se abstinující od drog stane na nějaké pozitivní činnosti tak trochu závislý. Léčba v komunitě poskytuje svým klientům dostatek prostoru k tomu, aby se naučili volný čas využívat sportem. Individuální přístup v léčbě se snaží v závislých probudit zpět zájem o činnosti, které je bavili, než začali užívat drogy.

Pozitivní závislost je jedním z funkčních prostředků k udržení dlouhodobé abstinence.

## **ŽIVOTNÍ ZMĚNY**

### **Kódy pro poslední kategorii**

Změna, oběť, bydlení, staří známí, vzhled, zodpovědnost, životospráva, nový život, dlouhodobá abstinence, dospěl jsem?, stop alkohol

Poslední kategorii jsme nazvali životní změny. Každý z našich informantů po léčbě musel ve svém životě udělat nějaké změny. Tyto změny byly důležitým faktorem pro udržení dlouhodobé abstinence. Někteří informanti dokonce pociťují změnu, kterou museli udělat, jako velkou osobní oběť.

Všichni informanti se shodují na jedné zásadní změně a tou byla změna dosavadního bydliště. Důvodem nebylo jen osamostatnění, ale hlavně nevrátit se do místa, kde užívali drogy. David“ *Tak první zásadní změnou bylo to, že jsem se po léčbě nevrátil domů. Respektive do místa, kde jsem fetoval. Zvolil jsem město na druhé straně republiky*“. Pro Vojtu změna bydliště byla nutnou obětí. Vojta“ *Změna, kterou jsem nesl dost těžce, byla změna bydliště. Rozhodl jsem se tak, až po čtvrté léčbě. I když se mi do toho moc nechtělo, věděl jsem, že je to nutné*“

Další co musel Vojta obětovat, z důvodu udržení dlouhodobé abstinence, bylo dlouhodobé přátelství. Vojta“ *Můj nejlepší kamarád si čas od času dal perník. Ujišťoval mě sice, že kvůli mně přestane, ale já už nechtěl riskovat. Měl mi to dost za zlé a bral to tak, že jsem se na něj vykašlal*“. Arian dokonce musel přerušit kontakt se svým vlastním bratrem. Arian „*Brácha pořád fetoval a mě bylo jasné, že když se s ním dál budu stýkat, stáhne mě sebou. Brácha byl jednou z mých nejbližších osob. Byla to pro mě velká ztráta*“.

David se rozhodl, že přestane úplně pít i alkohol a pro jistotu se začal vyhýbat i hospodám. Vojta se vzdal svých oblíbených technoparty, protože by se tam mohl setkat s drogami a alkoholem. Vojta“ *Další čeho jsem se musel vzdát, ač velice nerad, byly mé oblíbené technoparty. Mám rád veškerou muziku a techno zbožňuji. Ale na technu bývá dost rizikové prostředí a tak jsem přestal chodit*“. Určitě je dobré se po léčbě alkoholu vyhýbat. Alespoň na nějaký čas. Pokud možno co nejdelší. I když drogově závislý nikdy nebyl závislý na alkoholu, je tu dost velké riziko, že drogovou závislost vymění za závislost na alkoholu. Navíc drogově závislí jsou více náchylní ke vzniku jakékoli závislosti, než lidé, kteří žádnou závislostí nikdy netrpěli.

Arian po léčbě usoudil, že by bylo dobré změnit zaměstnání. Je vyučený číšníkem a podle jeho slov je zaměstnání číšníka velice rizikové povolání, co se užívání drog týče. Arian „*Rozhodl jsem se také změnit práci. Když to přeženu, tak každý druhý číšník fetuje a já už nechtěl riskovat. Udělal jsem si rekvalifikaci na zámečníka a hledal práci v tomto oboru*.“

Arian a Livie mluví o celkové změně vzhledu. Změna oblékání a třeba i účesu je také určitě dost důležitým faktorem. Pokud se abstinující závislý chce vyvarovat tomu, aby byl nápadný pro ty, co užívají drogy je otázka vzhledu na místě. Drogově závislí mají vlastní styl oblékání a vyjadřování. Takový styl je vlastně určitým znamením a zárukou, že se mezi sebou vzájemně poznají. Změnit styl oblékání a vyjadřování dává tak abstinujícím lepší šanci zapadnout mezi normální lidi. A také šanci nevyčnívat a neupozorňovat na sebe ak-

tivní uživatele drog. Arian „*Dřív jsem měl barevnou hlavu s provokativním účesem. Rád jsem nosil černé, otrhané hadry. Prostě pank. Během léčby jsem se nechal ostříhat, skoro všechny svoje hadry vyhodil a pořídil si postupně nové. Hned po léčbě jsem si všiml ty změny. Cizí feťáci si mě ani nevšimli. Byl to fakt dobrej pocit*“.

Všichni informanti uvádí, že k dosažení úspěšné abstinence je třeba přerušit veškeré kontakty se starými známými. Pokud abstinent tento krok neudělá a dál se stýká s uživateli drog, závažně tím ohrožuje svou abstinenci. Výpověď Davida nám ukazuje význam tohoto kroku. David „*Změnu, kterou jsem udělal, až po třetí léčbě bylo, že jsem se přestal stýkat s kámošema feťákama. Dokonce jsem jim ani neodpověděl na pozdrav. Bylo mi to sice nepříjemný, ale jinak to nešlo. Byla to nutnost*.“ Ema se sice přestala bavit téměř se všemi starými známými, ale s jedním člověkem kontakt přerušit nedokázala. Ema „*Moje nejlepší kamarádka fetovala a já jsem věděla, že bych se s ní neměla bavit, ale nedokázala jsem to. Znalý jsme se od mala. Upřímně musím říct, že právě ona byla příčinou několika mých relapsů*.“

V podstatě z výpovědí všech informantů vyplývá, že po léčbě změnili zásadně přístup ke svému životu. Začali o sebe více pečovat a také se naučili stavět k problémům čelem. Neodkládat je na neurčito a hledat co nejdříve nějaké řešení. Jako příklad můžeme uvést splácení dluhů. Jak naši informanti uvádí, podařilo se jim najít řešení v podobě splátkového kalendáře. Vojta nemusel řešit dluhy, protože pochází z bohaté rodiny a tak měl to štěstí, že se do žádných dluhů nedostal. Jeho výpověď nám však odhaluje také dost zásadní změnu vlastního přístupu. Vojta „*Po léčbě jsem dospěl k rozhodnutí, že už se nechci nechat financovat od táty. Začal jsem pracovat a žil pouze z peněz, které jsem si sám vydělal*.“

Každý z našich informantů musel po léčbě něco změnit. Z výpovědí všech vyplývá, že jsou dvě změny, na kterých se shodli všichni. Tou první je změna dosavadního bydliště a tou druhou je ukončení kontaktů se starými známými. Ostatní změny jsou sice individuální, ale stejně tak důležité.

### 4.3 Vyhodnocení dílčích cílů

Na základě rozhovorů s informanty byly zodpovězeny výzkumné otázky, které jsme si stanovili na začátku výzkumného šetření a které vedli k dosažení dílčích cílů. Hlavním cílem bakalářské práce bylo porozumět problematice znovuzapojení zpět do života klientů terapeutických komunit. Odkrytím dílčích cílů se přiblížíme k porozumění hlavního cíle.

## Jednotlivé dílčí cíle:

### 1. Motivační prvky, které vedli informanti k rozhodnutí se jít léčit

Hlavním motivačním prvkem u všech informantů bylo opravdové rozhodnutí přestat brát drogy, neboli úplně abstinovat. K tomuto rozhodnutí však naši informanti nedošli již při první léčbě. Nejdříve si tedy objasníme důvody, které vedli informanty k prvnímu léčení.

Problémy se zákonem- *David, Livie*

Deprese- *Arian*

Finanční problémy - *Ema*

Nátlak sestry - *Vojta*

Všichni naši informanti, kromě Livie, se léčili opakovaně. A všichni uvádí, že teprve ke druhému léčení je, mimo jiné, vedlo vlastní rozhodnutí. Shodují se na tom, že vlastní vnitřní rozhodnutí-skončit s drogami je nejdůležitějším faktorem k léčbě. Léčba nemůže být příliš úspěšná, pokud není jedinec pevně rozhodnut, že se chce léčit a že chce abstinovat. Jako další faktory vedoucí informanty k léčbě můžeme uvést:

*David* - zdravotní důvody

*Vojta* - hnusil se sám sobě, rodinné důvody

*Arian* - maminka, nechtěl dopadnout jako jeho bratr, který bral drogy a byl na tom velice špatně.

*Livie* - zdravotní důvody, rodinné důvody

*Ema* - syn, rodina, zdravotní důvody

Z výpovědí informantů vyplívá, že k první léčbě je vedli převážně sociální důvody. Motivační pro další léčbu byly hlavně rodinné a zdravotní důvody.

### 2. Dovednosti získané během léčby v TK

Zajímalo nás, zda terapie v komunitě bude nějak prospěšná informantům i po léčbě. Zda využijí nějaké informace, či dovednosti, kterým se v léčbě naučili i po jejím skončení. Všichni informanti uvádí, že se v léčbě naučili praktickým dovednostem, jako je vaření, praní, uklízení. Kromě praktických dovedností je léčba naučila řádu a zodpovědnosti. Po-

tom jsou tu ještě některé dovednosti, které jsou pro naše informanty odlišné: Hospodaření s penězi - *Vojta, Ema*

Umění otevřené komunikace - *Arian, David*

Práce s volným časem - *Ema*

Dále se všichni shodují na urovnání rodinných vztahů, což je po léčbě velice důležité. Je dobré mít se, v kritických situacích, na koho obrátit. A jako neméně potřebné, zmiňují teoretické znalosti rizikových situací, informace ohledně chutí a prevenci relapsu. Příprava na případný relaps je důležitou součástí léčby. Pokud se klient již v léčbě nepřipraví na fakt, že může relaps přijít, tak relaps s největší pravděpodobností neustojí a vrátí se zpět k drogám. Naopak pokud bude jedinec na relaps připravený, bude mít nachystaný krizový plán, jak se zachovat, v případě relapsu, může pak relaps brát jako varování a ukončit ho jednorázovým uklouznutím.

### **3. Rizikové situace a jak se s nimi informanti vypořádali**

K udržení dlouhodobé abstinence je důležité vyhýbat se rizikovým situacím, a pokud už přijdou rizikové situace, tak se v nich umět orientovat, umět požádat někoho o pomoc a hlavně rizikové situace rozeznat. Rizikové situace informantů jsou různé:

Osamělost- *David, Ema*

Rizikový partner- *Livie, Ema*

Staří přátelé-*Vojta, Arian, Ema*

Nuda, volný čas- *Arian*

Drogově závislý bratr-*Arian*

Alkohol- *Vojta*

Alkohol je velice nebezpečným rizikovým faktorem. I přesto, že není stěžejní závislostí dotyčného, může se stát, že jedinec vymění jednu závislost za druhou. To znamená, že závislost na drogách vymění za závislost na alkoholu. Alkohol může být nebezpečný také z důvodu, že se může stát snadnou cestou k relapsu. koníčky. Činnost, která je baví a která jim pomáhá vyplnit volný čas. Ať už je to hudba, četba, sport, kultura, příroda, či jakékoliv zájmové činnosti, vše je dobré. Cokoliv pozitivního, co dokáže vyplnit prázdnotu, která zbyla po drogách je přijatelné. Koníčky jsou tím nejlepším způsobem jak předejít riziko-

vým situacím. Důležitá je i smysluplná, nestresující práce, rodinné zázemí a spolehliví přátelé. To vše může být dobrý způsob jak si udržet dlouhodobou abstinenci.

Z výpovědí informantů jsme vyzorovali, že někdy pojem dlouhodobá abstinence může závislého děsit. Dlouhodobá abstinence je vlastně cestou s dosti neurčitým a hlavně vzdáleným cílem. Pro závislého, který právě začal abstinovat, je tedy lepší rozdělit si cíl celoživotní abstinence do kratších časových úseků. I naši informanti raději volili kratší cíle, ve smyslu- dnes si nedám, zítra se uvidí. Ať už se jednalo o den, týden, měsíc, či rok, byly to pro informanty přijatelnější cíle, než aby si hned na startu své abstinence řekli, že už si nikdy nic nedají a že budou až do konce života abstinovat.

Zhodnotili jsme si, čemu je dobré se vyhýbat k udržení abstinence a teď si ještě řekneme, co nám pomůže dlouhodobou abstinencí udržet. Všichni informanti se shodují, že jim pomáhají

#### **4. Změny, které po léčbě informanti udělali ve svém životě**

Všichni informanti museli ve svém životě něco změnit. Byly to dost zásadní změny a ne všechny byly pro informanty příjemné. Nýbrž všechny byly nutné k tomu, aby minimalizovali ohrožení abstinence. Všichni informanti se shodují na nutnosti změny bydliště. Vrátit se do míst, kde fetovali je prý značně nebezpečné. Další změnou, na které se shodli, je změna dosavadních přátel. Respektive ukončení kontaktů s drogově závislými. Tuto změnu někteří nesli velice těžce. Třeba Vojta musel ukončit kontakt se svým nejlepším kamarádem. Ema uvádí, že se jí podařilo ukončit styky se všemi, kromě své nejlepší kamarádky. Uvádí také ale fakt, že právě její drogově závislá kamarádka byla příčinou několika jejích relapsů. Další změny, které popisují informanti odlišně:

*Vojta-* přestal se nechat financovat otcem, začal pracovat a žít ze svého

*Arian, Livie-* změna stylu oblékání, vzhledu

*Ema-* víra v Boha

*Livie-* začala chodit do školy, pořídila si psa činnosti, vše je dobré. Cokoliv pozitivního, co dokáže vyplnit prázdnotu, která zbyla po drogách je přijatelné. Koníčky jsou tím nejlepším způsobem jak předejít rizikovým situacím. Důležitá je i smysluplná, nestresující práce,



rodinné zázemí a spolehliví přátelé. To vše může být dobrý způsob jak si udržet dlouhodobou abstinenci.

Z výpovědí informantů jsme vyzorovali, že někdy pojem dlouhodobá abstinence může závislého děsit. Dlouhodobá abstinence je vlastně cestou s dosti neurčitým a hlavně vzdáleným cílem. Pro závislého, který právě začal abstinovat, je tedy lepší rozdělit si cíl celoživotní abstinence do kratších časových úseků. I naši informanti raději volili kratší cíle, ve smyslu- dnes si nedám, zítra se uvidí. Ať už se jednalo o den, týden, měsíc, či rok, byly to pro informanty přijatelnější cíle, než aby si hned na startu své abstinence řekli, že už si nikdy nic nedají a že budou až do konce života abstinovat.

#### **4. Změny, které po léčbě informanti udělali ve svém životě**

Všichni informanti museli ve svém životě něco změnit. Byly to dost zásadní změny a ne všechny byly pro informanty příjemné. Nýbrž všechny byly nutné k tomu, aby minimalizovali ohrožení abstinence. Všichni informanti se shodují na nutnosti změny bydliště. Vrátit se do míst, kde fetovali je prý značně nebezpečné. Další změnou, na které se shodli, je změna dosavadních přátel. Respektive ukončení kontaktů s drogově závislými. Tuto změnu někteří nesli velice těžce. Třeba Vojta musel ukončit kontakt se svým nejlepším kamarádem. Ema uvádí, že se jí podařilo ukončit styky se všemi, kromě své nejlepší kamarádky. Uvádí také ale fakt, že právě její drogově závislá kamarádka byla příčinou několika jejích relapsů. Další změny, které popisují informanti odlišně:

*Vojta-* přestal se nechat financovat otcem, začal pracovat a žít ze svého

*Arian, Livie-* změna stylu oblékání, vzhledu

*Ema-* víra v Boha

*Livie-* začala chodit do školy, pořídila si psa

*Arian-* ukončil kontakt se svým drogově závislým bratrem

*David-* začal se vyhýbat hospodám

*Vojta-* musel si odpustit své oblíbené technoparty

I když změny, které informanti museli uskutečnit, byly někdy bolestivé, ukázaly se jako nezbytnou součástí k jednoduššímu zapojení se do života. Třeba změna vzhledu a oblékání nám připadá jako velice dobrá volba. Styl oblékání je přesně to co může nějakým způsobem nechtěně upozornit jiné drogově závislé. Hospoda a technoparty jsou jasně riziková

místa I když změny, které informanti museli uskutečnit, byly někdy bolestivé, ukázaly se jako nezbytnou součástí k jednoduššímu zapojení se do života. Třeba změna vzhledu a oblékání nám připadá jako velice dobrá volba. Styl oblékání je přesně to co může nějakým způsobem nechtěně upozornit jiné drogově závislé. Hospoda a technoparty jsou jasně riziková místa a proto je dobré se jim vyhýbat.

#### 4.4 Závěr praktické části

Hlavním cílem bylo porozumět problematice znovuzapojení zpět do života u lidí, kteří prošli terapeutickou komunitou. Díky stanovení dílčích cílů jsme se dozvěděli, co motivuje drogově závislé k rozhodnutí se jít léčit, také jaký vliv měla terapie na jejich život po léčbě. Podařilo se nám odkrýt způsob udržení dlouhodobé abstinence ve smyslu předcházení rizikovým situacím a zaměřili jsme se i na to, co vše museli drogově závislí po léčbě, ve svém životě, změnit. Všechny tyto poznatky nám pomáhají pochopit složitost znovuzapojení se do života u drogově závislých. Je důležité vědět, že drogově závislý nemůže zpět navázat na život, který žil, ještě před tím, než začal užívat drogy. To je téměř nemožné, neboť samotná závislost dává prostor ke vzniku tolika problémů, které se ani abstinencí nedají úplně vyřešit. Zkrátka osobnost člověka se na drogách změní na tolik, že i když začne závislý abstinovat, je z něj už úplně jiný člověk než před vznikem závislosti. Nejde tudíž navázat na starý život, ale je třeba začít žít úplně nový život.

Znovuzapojení drogově závislých je komplikovaný proces, na který je nutno pohlížet individuálně. Z výpovědí našich informantů vyplývá, že každý z nich tuto etapu prožíval jinak. I přesto, že některé prvky mají společné jako třeba vliv terapie a některé rizikové situace, je zde spousta faktorů, které jsou odlišné. Závislost na drogách je celoživotní záležitostí, jedná se o nevléčitelnou nemoc. Nejlepším a vlastně jediným osvědčeným lékem je celoživotní abstinence. Naším informantům se daří dlouhodobě abstinovat a náš výzkum ukazuje, jak náročná cesta k abstinenci může vést. Každopádně náš výzkum ukázal také to, že drogová závislost není neřešitelný problém. Každý drogově závislý má naději, že svou závislost zvládne a vrátí se zpět do normálního života.

## 5 ZÁVĚR BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

V úplném závěru jsme se rozhodli porovnat teoretickou a praktickou část. Zásadní rozdíl je asi ten, že v teoretické části jsme popisovali vznik závislosti, léčbu a resocializaci. To vše na odborné bázi. Popisujeme zde jaké možnosti doléčování má klient terapeutické komunity po skončení léčby.

V praktické části jsme se soustředili na emoce a prožívání informantů a zajímalo nás, jak se s problematikou znovuzapojení do života poperou sami. Jaké dovednosti získali během léčby v terapeutické komunitě a jak je zúčtovali po léčbě. Jak se orientovali v rizikových situacích a jak předcházeli relapsu. V neposlední řadě nás také zajímalo, co všechno museli podstoupit za změny k udržení dlouhodobé abstinence. Všechny pět informantů absolvovalo léčbu v terapeutické komunitě, někteří i opakovaně. Stěžejní pro nás bylo, jak se informanti dokázali vlastními silami zapojit do života a vypořádat s krizovými situacemi. Výhodou našeho výzkumu byly bohaté zkušenosti informantů, které pramenily jak z opakovaných léčeb, tak z dlouhodobé abstinence. Menší nevýhodou byl dlouhý časový odstup, který uplynul od doby, kdy naši informanti podstoupili a ukončili léčbu. Uběhla tedy dlouhá doba, kdy u nich proběhlo znovuzapojení do života.

V žádném případě tímto výzkumem nechceme nijak shazovat či podceňovat odborné doléčování, jen nás zajímalo, jak se s problémem doléčování vypořádají a jak ho prožívají sami klienti. A to bez ohledu na to, jaký způsob doléčování si vyberou.

Závislost na drogách je dlouhodobá záležitost. Jedná se o náročný a urputný boj, který si zaslouží ocenění. Abstinence a nový život je jistě odpovídajícím oceněním, ale i v běžném životě je lidskou potřebou ocenění od jiných lidí, od společnosti. Drogově závislí by se měli připravit na fakt, že v této oblasti se pravděpodobně příliš velkého ocenění nedočkají. Pro většinu lidí je normální drogy nebrat a tak se klidně může stát, že se i po takové výhře, kterou abstinence bezpochyby je, dočkají naopak negativních reakcí ze strany společnosti. Rodina může být, v tomto směru, také opatrná, protože na ni ještě doléhají činy z období aktivní závislosti a také opakované selhání jejich blízkého. Důležité tedy je, aby se abstinents za svou abstinenci dokázal patřičně ocenit sám.

Hlavním cílem bylo objasnit problematiku zapojení do života po léčbě v terapeutické komunitě. Nepodařilo se nám sice najít nějaký universální systém, který by zaručeně fungoval pro

všechny závislé. Došli jsme k závěru, že tento problém je značně individuální, přesto se nám, jak ukazuje výzkum, podařilo najít společné faktory v této problematice a nabídnout tak možnosti řešení.

Výzkum by tak mohl být nápomocen nejen rodinám drogově závislých, ale i samotným závislým.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

- (1) ADAMEČEK, David, KALINA, Kamil a Martina RICHTEROVÁ-TĚMÍNOVÁ, 2003. *Terapeutická komunita jako metoda a systém*. In: KALINA, Kamil a kol., 2003. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-05-6.
- (2) BEZDĚK, Ctibor, 2000. *Záhada nemoci a uzdravení*. Český Těšín: Fontána. ISBN 80-86179-45-1.
- (3) DVOŘÁK, Dušan, 2003. *Sociální rehabilitace*. In: KALINA, Kamil a kol., 2003. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-05-6.
- (4) FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA, 2014. *Sociální patologie*. 2. Vyd., Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5046-0.
- (5) GOODYER, Paula, 2001. *Drogy. Drogy a teenageři*. Praha: Slovanský dům. ISBN 80-86421-44-9.
- (6) ILLES, Tom, 2002. *Děti a drogy*. 2.upravené vyd., Praha: ISV nakladatelství. ISBN 80-85866-50-1.
- (7) HAJNÝ, Martin, 2001. *O rodičích a dětech*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0135-9.
- (8) HENDL, Jan, 2016. *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0778-8.
- (9) HAJNÝ, Martin, Evžen KLOUČEK a Robert STUHLÍK, 1999. *Akta Y*. Olomouc: Votobia. ISBN 80-7220-022-4.
- (10) HELLER, Jiří a Olga PECINOVSKA A KOL., 1996. *Závislost známá neznámá*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-7169-277-8.
- (11) HELINGEROVÁ, Marta, 2018. *Uzdravte svou duši*. Cesta k vnitřní svobodě a zdravým vztahům. Praha: Alféria. ISBN 978-80-247-3111-7.
- (12) JÍLEK, Jan, 2008. *Ze závislosti do nezávislosti*. Jílek. ISBN 978-80-85524-03-1.
- (13) KALINA, Kamil a kol., 2003. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-05-6.

- (28) POKORNÝ, Vratislav, Jana TELCOVÁ a Anton TOMKO, 2002. *Patologické závislosti*. 2. Vyd. Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky. ISBN 80-865-68-02-4.
- (29) POPOV, Petr, 2003. *Programy metadonové a jiné substituce*. In: KALINA, Kamil a kol., 2003. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-05-6.
- (30) PROFOUZ, Jiří. *Průvodce alkoholovou závislostí*. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-820-9.
- (31) ROTGERS, Frederick a kol., 1999. *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-836-9.
- (32) SILLAMY, Norbert, 2001. *Psychologický slovník*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-0249-1.
- (33) STRAUSS, Anselm a Juliet CORBINOVÁ, 1999. *Základy kvalitativního výzkumu*. Praha: Portál. ISBN 80-85834-60-X.
- (34) ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ, 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.
- (35) ŠEJVL, Jaroslav, 2007. *Fatální předávkování*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1349.
- (36) VONDRKA, Josef, 2004. *Smrt jménem závislost*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-884-8.
- (37) ZÁBRANSKÝ, Tomáš, 1997. *Racionální protidrogová politika*. Olomouc: Votobia. ISBN 80-7198-250-4.

## INTERNETOVÉ ZDROJE

- (1) Drogy a drogová závislost. *Monika Plocová*. [online] ©2019. Branické sanatorium Moniky Plocové [cit. 2019-1-19]. Dostupné z: <https://monikaplocova.cz/drogy-drogova-zavislost>
- (2) Spoluzávislost. *Monika Plocová*. [online] ©2019. Branické sanatorium Moniky Plocové [cit. 2019-02-10]. Dostupné z: <https://monikaplocova.cz/spoluzavislost>
- (3) Negativní důsledky drogové závislosti. *Drogy*. [online] ©2011. [cit. 2019-02-15]. Dostupné z: <https://drogy1.webnode.cz/negativni-dusledky-drogove-zavislosti/>

## SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

TK – terapeutická komunita

WHO – Světová zdravotnická organizace



## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P 1: Informovaný souhlas

Příloha P 2: Seznam terapeutických komunit

Příloha P 3: Doléčovací centra v ČR

Příloha P 4: Hantýrka drogově závislých

Příloha P 5: Otázky k rozhovoru

Příloha P 6: Ukázka rozhovoru

## **PŘÍLOHA P 1: INFORMOVANÝ SOUHLAS**

Jedná se o výzkum na téma resocializace drogově závislých. Výzkum se bude skládat ze dvou zhruba hodinových rozhovorů. Bude zcela anonymní. Veškerá jména informantů budou pro účely práce změněna. Informant je předem seznámen s faktem, že výzkumník bude rozhovory nahrávat na diktafon. Výzkumník se zavazuje, že po vyhodnocení výsledků nahrávku ihned vymaže. Informant má právo odmítnout odpovědět na otázku. Má právo v průběhu výzkumu odstoupit a to bez udání důvodu.

## **PŘÍLOHA P 2: SEZNAM TERAPEUTICKÝCH KOMUNIT**

Terapeutická komunita ADVAITA

Nová Ves 55, 463 31 Nová Ves

Terapeutická komunita Fénix

Ves Bílá Voda 24, 790 69 Bílá Voda

Terapeutická komunita Fides

Bílá Voda 1, Ves Bílá Voda, 790 69 Bílá Voda

Terapeutická komunita Harmonie

Bílá Voda 1, Ves Bílá Voda, 790 69 Bílá Voda

+420 588 517 555

Terapeutická komunita Krok

tř. Komenského 2124/88, 697 01 Kyjov

Terapeutická komunita Magdaléna

Včelník 1070, 252 10 Mníšek pod Brdy

Terapeutická komunita Podcestný Mlýn Kostelní Vydří 64, 380 01 Kostelní Vydří

Terapeutická komunita Renarkon

Čeladná 383, 739 12 Čeladná

Terapeutická komunita Salebra

Tavíkovice 56, 671 40 Tavíkovice

Terapeutická komunita SANANIM Karlov

Karlov 3, 398 04 Smetanova Lhota

Terapeutická komunita SANANIM Němčice-Heřmaň

398 11 Heřmaň 36

Terapeutická komunita Sejřek

Sejřek 13, 592 62 Sejřek

Terapeutická komunita Vršíček

Litohlavy 50, 337 01 Litohlavy

Zdroj: (Terapeutické komunity ČR, 2019)

### **PŘÍLOHA P 3: DOLÉČOVACÍ CENTRA V ČR**

Renarkon

Dům na půl cesty – Doléčovací centrum

Mariánskohorská 1328/29

702 00 Ostrava

P – Centrum

Adresa: Lafayetteova 47/9, 772 00 Olomouc

DC Restart Darmoděj

Darmoděj z.ú. - Služba následné péče

Nábřeží 539/4, 790 01 Jeseník

Darmoděj z.ú. - Služba následné péče  
Hlavní 198, 790 84 Mikulovice

Doléčovací centrum v Brně  
Hapalova 22, 621 00 Brno

o.s. Krok Kyjov  
Program následné péče  
Sídliště Za Stadionem 1358, 697 01 Kyjov

Doléčovací centrum Prevent  
Tylova 156/23, 370 01 České Budějovice

Sananim  
Doléčovací centrum s chráněnými byty (DC)  
Ovčí hájek 2549/64A, 158 00 Praha 13

Magdaléna  
Pod Vyšehradem 1, 147 00 Praha 4 -Podolí

Zařízení sociální intervence Kladno  
Následná pobytová péče při Terapeutické komunitě Kladno-Dubí  
ul. Gen. Eliáše 483, 272 03 Kladno – Dubí

Doléčovací centrum Advaita  
Rumunská 14/6, 460 01 Liberec 6 (ambulantní forma), Krejčího 1178/15, 460 06 Liberec 6  
(pobytová forma)

Děčínské doléčovací centrum (DDC)  
Fügnerova 665/18, 405 01 Děčín I

WHITE LIGHT I.  
Následná péče

Pražská 166/47, 400 01 Ústí nad Labem

Program následné péče (PNP)

Doudlevecká 71, 301 00 Plzeň

Následná péče Jihlava

Mahenova 16, 586 01 Jihlava 1

Zdroj: vlastní vyhledávání pomocí příruček a internetu

## **PŘÍLOHA P 4: HANTÝRKA DROGOVĚ ZÁVISLÝCH**

A

abst'ák - abstinenční syndrom

apač- apaurin (komerční výraz pro diazepam)

B

bad trip, horor trip - špatný trip, špatný výlet

bahno - hašiš

béčko - braun

bedna - krabička léků

buchna - jehla, inzulínka, injekční stříkačka

C

cukr - kokain

cumlat - dát si LSD

Č

český heroin - braun

český morfin - kodein

čistý - ve spojení „být čistý“ nebrat drogy

čokoláda - hašiš

čórka - krádež

## D

Dealer - člověk, který prodává drogy

diják - diazepam

dojezd - stav při odeznívání účinků drogy

dvojka - dvě dávky drogy éčko - extáze

efko - efedrin, výchozí látka pro výrobu efedrinu

eič - heroin

elpaso - loupežné přepadení

emko - morfin

esko - subutex, suboxone- substituční látka na heroin

## F

fet - drogy

fetovat, smažit - brát drogy

flash back - jedná se o návrat stavu prožitého při intoxikaci s časovým odstupem zhruba 1 rok.

## G

ganža - marihuana, THC

gembler - patologický hráč

## H

háčko - heroin

haš - hašiš

hero - heroin

houbičky - halucinogenní houby, u nás lysohlávky

## CH

chemky - suroviny pro výrobu drog, nejčastěji pervitinu

## J

jednička - jedna dávka

joint - cigareta marihuany K

káčko - kontaktní centrum

klepky - prášky, tablety

koks - kokain

koláč - extáze

L

lajna - dávka ke šňupnutí

lovec lebek - směs marihuany a hašiše

M

makovice - opium

marijánka, maruška, mařena - marihuana

matroš, materiál - drogy obecně

metadon - substituční preparát

N

nájezd - stav po aplikaci drogy

nášleh - dávka injekční drogy

P

paket - psaníčko s heroinem či pervitinem

papír - LSD

péčko, perník - pervitin

peří, piko - pervitin

přestřel, přešleh - předávkování

psaníčko - papírek složený do tvaru psaníčka obsahující dávku pervitinu či heroinu

R roháč - rohypnol

rozdělat - rozmíchat drogu před injekční aplikací

S

sjet se - aplikovat si drogu

skunk - silná holandská marihuana

sníh - kokain

speed - směs heroinu a pervitinu

stíha - iracionální pocity sledování

subáč - subutex

## Š

šit - hašiš

šleh - injekční dávka drogy

šmé, šmėčko - podraz, nekvalitní droga

šutr, kámen - heroin prodávaný ve formě hrudky

## T

tėčko - toluen

terėňáci - pracovníci terėnních programů

thajská kočka - bílý heroin

tráva - marihuana

trip - LSD, halucinogen

## V

var - načerno vyráběný pervitin

vařič - člověk pokoutně vyrábějící drogy

vobloř, voblořit - okrást někoho o peníze, o drogy vobloř, voblořit - okrást někoho o peníze, o drogy

vykroucenec - člověk pod vlivem pervitinu se specifickými pohyby

## Z

zásek - stav kdy člověk, pod vlivem drogy, delší dobu něco stereotypně dělá. Třeba vybírá popelnice

zboží - drogy obecně

zlatá - dávka, kterou si člověk záměrně aplikuje pro ukončení života

Zdroj: Launer (2001, celá příručka)

Vondrka (2004, s. 184-187)

## PŘÍLOHA P 5: OTÁZKY K ROZHOVORU

1. Proč si se rozhodl jít léčit do terapeutické komunity? Jaká byla tvá největší motivace?
2. Jaké informace a dovednosti si získal během pobytu v TK? Byly ti nějak prospěšné po odchodu z TK?



3. Jaké situace po léčbě pro tebe byly rizikové? Jak si se s nimi vypořádal? Co ti pomohlo překonat je?

4. Co jsi musel ve svém životě po léčbě změnit? Jaké zásadní změny jsi musel udělat, aby sis udržel dlouhodobou abstinenci?

## PŘÍLOHA P 6: UKÁZKA ROZHOVORU

David

1. Proč si se rozhodl jít léčit do TK?

*„V komunitě jsem byl třikrát. Každá ta léčba pro mě znamenala něco jinýho. Ta první byla spíše účelová. Hrozil mi kriminál a tak jsem se potřeboval někam uklidit. Na káčku mi poradili komunitu a tak sem si vyřídil nástup a šel jsem tam.“*

*...takže si se moc léčit nechtěl? Nebo se pletu?.. „Máš pravdu nijak zvlášť jsem se léčit nechtěl. I když z prostředí komunity jsem byl mile překvapenej. Představoval jsem si to jinak. Docela se mi tam líbilo, ale léčbu jsem moc vážně nebral. Nic moc jsem tam neřešil, prostě jsem tam jen potřeboval bejt. Každopádně, ikdyž ta léčba neúspěšná, byla velkým zlomem v mém životě.“*

*...jak to myslíš?...*

*„Myslím tím, že sem si, až mnohem pozdějc uvědomil, že se mi tam úplně změnilo myšlení. Já jsem se změnil a myslím, že k lepšímu“*

*...A pomohla ti léčba nějak s výkonem trestu?*

*„To ne, jen jsem si to oddálil. Odsedět jsem si to musel a až v krimu jsem se rozhodl, že se chci léčit a hned po výkonu jsem znovu nastoupil do komunity. Byla to druhá léčba a já už věděl co očekávat. Jiné bylo to, že tentokrát jsem byl přesvědčenej, že chci přestat fetovat.“*

*...A důvody?*

*„No jednoduše jsem chtěl skoncovat s tímhle životem, nechtěl jsem znovu do vězení, chtěl jsem to udělat i pro mamku, chtěl jsem normálně žít. Vedly mě k tomu i zdravotní důvody. Měl jsem žloutenku typu C a podmínkou pro léčbu byla roční abstinence. Je pravda, že jsem se do komunity ještě vrátil a ta třetí léčba byla úspěšná“*

2. Jaké informace a dovednosti si získal během léčby v TK?

„No, abych pravdu řekl první léčba mi nic nedala, šel jsem tam jen kvůli kriminálu. Máma tu léčbu, ale brala vážně a myslela si, že je to třeba jako se zápallem plic, že po pobytu v nemocnici budu zdravý. A mě to bylo jedno. Teprve druhý léčení, kide jsem šel dobrovolně pro mě bylo přínosem. Snažil jsem se a bral to vážně“

...Jak vážně?..

„No vážně, poslouchal jsem. Zapojoval jsem se do terapie. Začal jsem mít znovu radost ze života. Naučil jsem se vařit, komunikovat s lidmi, starat se o sebe, pracovat s volným časem, posilovat sebevědomí, urovnat vztahy v rodině“ ...A co minulost, řešil si?...

„Vyřešil jsem si svou minulost tím, že jsem začal řešit přítomnost. Začal jsem žít a poprvý se dostavila radost a euforie z abstinence. Po léčení jsem si zařídil chráněné bydlení a už se těšil na život venku, ale realita byla jiná“

...jaká?...

„No nikdo tě nepřipraví na to, že si rok někde zavřenej, s těma samejma lidma. Cejtil jsem se jak mimozemšťan. Byl jsem na pokraji deprese a nevěděl co s tím. Navíc na chráněném bydlení se objevily drogy a to jsem fakt nečekal. Svůj pobyt na doléčováku hodnotím jako velkej průser.“

...a vydržel si tedy abstinovat?..

„Jo, nákej čas sem to vydržel, chodil jsem do práce, našel si přítelkyni, začal sportovat. No a pak přišla rána v podobě rozchodu s přítelkyní a já to neunesl, začal jsem pít a jednou když jsem byl ožralej, tak jsem si dal perník. Druhej den jsem z toho byl tak hotovej, že jsem si dal znova a pak už to šlo rychle“

...A v čem teda vidíš největší problém?.....

„No myslím, že jsem si spíše neuvědomoval, co všechno se vvenku může stát. Po třetí léčbě jsem už byl moudřejší, soustředil jsem se na rizikové situace a práci s relapsem“

...Takže když bys měl shrnout v čem tě léčba připravila a v čem zase ne?...

„No když tak přemejšlim, léčba mě neshodila ke změně, vrátila mi identitu, pomohla mi urovnat vztahy s rodinou, posílila ztacené sebevědomí. Jen mě moc nenaučila, jak s tím vším pracovat venku. Na to jsem potřeboval tři léčby“

3. Jaké situace pro tebe byly po léčbě rizikové?

„Komplikací po léčbě bylo docela dost. Jednou z největších pro mě byla náhlá osamělost. Cejtil jsem se najednou hrozně sám. V komunitě jsem měl kolem sebe spoustu lidí, navázal jsem nový přátelství, cejtil jsem blízkost a podporu. A nejednou samota na kterou jsem nebyl připravený.“ ...a co rodina, pomáhala ti nějak?...

„Ale jo, mamka mi dost pomáhala, ale byla daleko. Vlastně jsem po léčbě nastopil na doléčovník, do úplně cizího města, s úplně cizíma lidma. Bylo to pro mě dost stresující. S bejvalejma kámošema jsem se nechtěl a nemohl stýkat. Většina z nich furt fetovala.“

...ještě nějaké komplikace tě po léčbě potkaly?...

„No myslím, že je vopravdu třeba se připravit na ten život venku už v léčbě předem. Těch komplikací totiž přijde hodně. Splácení dluhů, hledání práce, komunikace s novejma lidma, hledání novejch kamarádů. Je třeba hodně síly, aby to člověk zvládnul. Každá i ta sebe-menší komplikace je cesta zpátky k fetům.“

...co vnímáš u sebe jako největší komplikaci?...

„No rozhodně relaps. Bylo jich několik a každé probíhal trochu jinak. Po první léčbě byly dva relapsy. Ten první jsem se snažil ustát, ale brzy přišel druhý a ten už jsem nezastavil. Nebyl jsem na to připravený, nevěděl jsem co si počít. Po druhý léčbě sice taky přišel relaps, ale na ten už jsem byl tak trochu připravený. Měl jsem krizovej plán v hlavě, jako co dělat, když se to stane a fakt mi pomohl.“

...a měl si někoho, kdo ti v krizi pomohl? Nebo něco co ti , v tu chvíli, pomohlo?...

„paradoxně, co se týče lidí, tak to byli lidi s komunity. A to hlavně ze začátku, dali sme si kontakty a když mi bylo nejhůř, nebo jsem se cejtil osamělej, zavola jsem jim a hned mi bylo líp. Pomáhala mi i mamka, ale spíš v oblasti materiální, v oblasti chutí nebo relaspu jsem se na ni obrátit nemoh, nepochopila by to. Jinak mi pomáhal sport, jízda na kole, posilovna. Když přišla úplně ta nejhorší krize, zavola sem si do komunity a šel sem na vopakováčku“

4. Jaké zásadní změny si musel ve svém životě po léčbě udělat?

„po první léčbě jsem neudělal žádný změny a tak to taky dopadlo. Po těch dalších dvou už jsem byl donucený ke změnám. I k těm, který se mi moc nezamlovaly. Ta první zásadní změna, byla ta, že jsem se po léčbě nevrátil domů. Respektive do místa, kde sem fetoval.“

*Další změnou bylo to, že jsem se přestal stýkat s kámošema z dřívějšíka “ ...ještě nějaké změny?...*

*„ další třeba, že jsem hned po léčbě začal splácet dluhy, vyřídil jsem si splátkovej kalendář. Přestal jsem pít úplně alkohol, vlastně jsem přestal chodit i do hospody. Začal jsem sportovat a psát si plán na další den. Dále jsem podstoupil dost náročnou léčbu žloutenky typu C. Léčba interferonem byla těžká a stresující, ale teď jsem zdravěj“*

