

Univerzita Hradec Králové  
Pedagogická fakulta  
Katedra sociální pedagogiky

**Resocializace osob závislých na stimulačních látkách  
po pobytové léčbě se zaměřením na doléčovací  
programy**

Diplomová práce

Autor: Bc. Alžběta Kechnerová  
Studijní program: N 7507 Specializace v pedagogice  
Studijní obor: Sociální pedagogika  
Vedoucí práce: Mgr. Gabriela Slaninová, Ph.D.

Hradec Králové

2016

## Zadání diplomové práce

**Autor:** Alžběta Kechnerová

Studium: P14K0280

Studijní program: N7507 Specializace v pedagogice

Studijní obor: Sociální pedagogika

**Název diplomové práce:** **Resocializace osob závislých na stimulačních látkách po pobytové léčbě se zaměřením na doléčovací programy**

Název diplomové práce A] A Social Rehabilitation of People Addicted to Stimulants After a Long-stay Treatment Focusing on Aftercare Programmes

### **Cíl, metody, literatura, předpoklady:**

Cílem diplomové práce bude popis a analýza doléčovacích programů a zjištění zkušeností bývalých a stávajících klientů s doléčovacími programy. Pozornost bude soustředěna k formám pomoci závislým jedincům po úspěšném absolvování pobytové léčby - se zvláštním zřetelem k závislostem na stimulačních drogách. Práce se bude zabývat průběhem resocializace těchto osob do společnosti. Ve výzkumném šetření bude využito ke sběru dat metody rozhovoru, data budou analyzována za využití elementů interpretativní fenomenologické analýzy.

KALINA, K. a kol. Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. 319, 343 s. ISBN 80-86734-05-6. KALINA, K. Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii. Praha: Grada, 2013. 527 s. ISBN 978-80-247-4361-5. ŘIHÁČEK, T., ČERMÁK, I., HYTYCH, R. a kol.: Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy. Brno: Masarykova Univerzita, 2013. ISBN 978-80-210-6382-2

Garantující Katedra sociální pedagogiky,

Pracoviště Pedagogická fakulta

Vedoucí práce Mgr. Gabriela Slaninová, Ph. D.

Oponent: PaedDr. Monika Žumátová, Ph. D.

Datum zadání závěrečné práce: 6. 11. 2014

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala pod vedením vedoucího diplomové práce samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Ústí nad Orlicí, dne

.....

Bc. Alžběta Kechnerová

## **Poděkování**

Ráda bych touto cestou poděkovala Mgr. Gabriele Slaninové, Ph.D. za odborné vedení práce a poskytování cenných rad.

Mé díky patří také vedoucím pracovníkům služeb následné péče a všem informantům, kteří se podíleli na výzkumném šetření.

## ANOTACE

KECHNEROVÁ, A. *Resocializace osob závislých na stimulačních látkách po pobytové léčbě se zaměřením na doléčovací programy*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2016. 81 str. Diplomová práce.

Cílem diplomové práce je popsat a na základě odborné literatury analyzovat doléčovací programy a zjistit zkušenosti bývalých a stávajících klientů s doléčovacími programy.

Diplomová práce se zabývá resocializací osob závislých na stimulačních drogách po absolvování základní pobytové léčby v České republice. Úvodní kapitola diplomové práce se věnuje příčinám, průběhu a komplikacím spojeným se závislostí na stimulačních látkách, včetně podrobného popisu této skupiny látek. Ve druhé kapitole se práce věnuje léčbě závislosti na stimulačních drogách se zaměřením na pobytová léčebná zařízení a jejich postavením v systému péče o drogově závislé jedince v České republice. Charakteristikou doléčovacích programů se zabývá třetí kapitola.

Výzkumné šetření diplomové práce zjišťuje pomocí kvalitativního výzkumu metody, formy a efektivitu doléčovacího procesu osob závislých na stimulačních látkách. Nástrojem je polostrukturovaný rozhovor s klienty a pracovníky doléčovacích programů.

**Klíčová slova:** resocializace, doléčovací program, závislost, stimulační drogy, systém léčby

## ANNOTATION

KECHNEROVA, A. *A Social Rehabilitation of People Addicted to Stimulants After a Long-stay Treatment Focusing on Aftercare Programmes*. Hradec Kralove: Faculty of Education, University of Hradec Kralove, 2016. 81 pp. Dissertation.

The aim of this thesis is a description and the based on professional literature analyze of aftercare programmes and finding the experience of former and current clients with aftercare programmes.

This thesis deals with a social rehabilitation of people addicted to stimulants after undertaking the basic long-stay treatment in the Czech Republic. The opening chapter of the thesis is devoted to the causes, the course and complications associated with addiction to stimulants, including a detailed description of this group of substances. The second chapter focuses on the treatment of addiction to stimulants with a focus on long-stay treatment facilities and their position in the system of care of drug addicts in the Czech Republic. The aftercare programmes characteristic is described in the third chapter.

With the help of qualitative research, the survey of the thesis finds methods, forms and efficiency of the aftercare process of people addicted to stimulants. The instrument is half-structured interviews with clients and staff of aftercare programmes .

**Keywords:** social rehabilitation, aftercare programmes, addiction, stimulants, treatment system

## Obsah

|  |    |
|--|----|
| <b>Úvod</b> .....  | 9  |
| <b>1. Závislost na stimulačních drogách</b> .....  | 12 |
| 1.1 Definice a popis pojmu závislost.....  | 15 |
| 1.2 Vznik, vývoj a udržování závislosti na stimulačních drogách.....                                 | 17 |
| 1.3 Důsledky závislosti na stimulačních drogách.....   | 19 |
| <b>2. Léčba závislosti na stimulačních drogách</b> .....   | 22 |
| 2.1 Způsoby léčby závislosti na drogách.....   | 24 |
| 2.2 Systém péče o drogově závislé v ČR.....  | 25 |
| 2.2.1 Složky systému léčby osob závislých na stimulačních látkách (zaměřeno na pobytovou léčbu)..... | 26 |
| 2.2.2 Národní registr léčby uživatelů drog.....  | 32 |
| <b>3. Doléčovací programy (následná péče)</b> .....  | 34 |
| 3.1 Typy služeb následné péče.....   | 37 |
| 3.2 Průběh resocializace osob závislých na stimulačních látkách v doléčovacím programu.....          | 38 |
| 3.2.1 Složky doléčovacího programu.....  | 40 |
| <b>4. Výzkumné šetření</b> .....   | 45 |
| 4.1 Cíle a výzkumné otázky výzkumného šetření.....   | 45 |
| 4.2 Výzkumný vzorek.....   | 46 |
| 4.3 Metodika výzkumné šetření.....   | 48 |
| 4.3.1 Transkripce dat.....   | 49 |
| 4.3.2 Etika výzkumného šetření.....  | 50 |
| 4.3.3 Limity výzkumného šetření.....   | 51 |
| 4.4 Postup zpracování a analýzy dat dle IPA metody.....  | 52 |

|  |    |
|--|----|
| 4.5 Výsledky výzkumného šetření .....                                    | 53 |
| 4.5.1 Výsledky analýz rozhovorů jednotlivých informantů .....            | 54 |
| 4.5.2 Interpretace výsledků společných témat .....                       | 68 |
| 4.5.3 Analýza rozhovorů s vedoucími pracovníky služeb následné péče..... | 73 |
| 4.6 Diskuze k výzkumnému šetření .....                                   | 75 |
| <b>Závěr</b> .....   | 79 |
| <b>Použitá literatura</b> .....  | 82 |
| <b>Seznam příloh</b> .....   | 89 |



## Úvod

Výrobu a užívání pervitinu<sup>1</sup> lze v tehdejší Československu mapovat zhruba od začátku sedmdesátých let minulého století. Po listopadu roku 1989 se drogy a drogová závislost stala netabuizovaným celospolečenským fenoménem, kdy se v České republice začalo s pervitinem a jinými drogami i obchodovat. V devadesátých letech 20. století se v České republice rozšířilo užívání i ostatních zástupců nelegálních stimulačních drog jako je MDMA, kokain a jiné amfetaminy.

S nárůstem počtu drogově závislých jedinců v ČR začali postupně svou činnost rozšiřovat kromě státních zařízení i nestátní a neziskové organizace zaměřené na pomoc a léčbu drogově závislých osob a postupně se tak budovala síť léčebné péče pro uživatele návykových látek. *„Pro první polovinu 90. let bylo typické postupné rozšiřování systému péče, a to především v závislosti na reálných potřebách různých cílových populací v terénu i s ohledem na výzkum efektivity léčby drogových závislostí, rozvoj a léčebných metod a terapeutických modalit v zahraničí a jejich postupné zavádění do ČR.“* (Bém, 2003-2, str. 155)

Doléčování bylo zahrnuto v léčbě závislostí na alkoholu a jiných návykových látkách již od poloviny 20. století docentem MUDr. Jaroslavem Skálou v tzv. Apolinářském (Skálově) modelu léčby závislostí, který byl založen na medicínském modelu léčby závislosti. Se zvyšujícím se počtem užívání nealkoholových drog se vytvořily nové potřeby závislých osob a postupně se tak přecházelo a přechází na bio-psycho-sociální model léčby závislosti. Tímto se rozšiřuje škála nabízených služeb a abstinence je brána jako prostředek k léčbě a ne jen jako její jediný cíl.

Rozvoj léčebné péče a navazujícího doléčování drogových závislostí zefektivňuje samotný výsledek resocializačního procesu. Léčba a resocializace závislých osob na stimulačních látkách (a ne jen na nich) začíná prakticky od chvíle, kdy se jedinci užívající drogy sami rozhodnou svůj stav změnit a o samotnou změnu se pokoušejí vlastními silami nebo využijí služeb, které jim k cílené změně pomohou. Závislost na stimulačních látkách vzniká poměrně rychle a lidé s jejich užíváním

---

<sup>1</sup> Výroba a užívání bylo v tehdejší době zaměřeno na pervitin a braun, který je zástupcem drog opiátového typu.

začínají v poměrně nízkém věku. Pokud se ke zmíněným přidá závislost trvající několik let, je potřeba léčbě věnovat delší čas.

V české společnosti není o možnostech doléčování mnoho informací. Často ani samotní uživatelé drog o doléčovacích institucích nemají tušení. Na rozdíl od zahraničí (především USA), kde je aktivita svépomocných skupin velmi rozšířená. Jedná se o organizace Anonymní narkomani a Anonymní kokainisti, které využívají zásad 12 kroků z prvotní organizace Anonymní alkoholici. Ráda bych se této problematice v diplomové práci věnovala, jelikož i kolem mne je mnoho lidí, kteří podstoupili léčbu ze závislosti na stimulačních drogách, ale doléčovací program buďto nevyužili nebo podstupovali pouze nepravidelné návštěvy u psychiatra, které se mi nezdály příliš efektivní a sami pacienti se takových návštěv brzy vzdali.

Diplomová práce se věnuje resocializaci bývalých klientů či pacientů pobytové léčby, kterým byla diagnostikována závislost na stimulačních drogách a kteří po jejím ukončení využívají nebo využili služeb následné péče. Práce je zaměřena na léčbu a resocializaci závislých jedinců na stimulačních drogách do společnosti za pomoci odborných institucí. Práce komplexně líčí o skupině stimulačních látek a popisuje vznik, průběh a možné komplikace při vzniku závislosti na nich. Práce také objasňuje nastavení a efektivitu systému péče o závislé na stimulačních drogách v České republice se zvláštním zřetelem k pobytovým léčebným zařízením. V neposlední řadě se práce věnuje doléčovacím programu, jakožto poslední složce v systému péče o závislé na stimulačních drogách a resocializaci v tomto typu programu.

Cílem diplomové práce je popsat a na základě odborné literatury analyzovat doléčovací programy a zjistit zkušenosti bývalých a stávajících klientů s doléčovacím programy.

Diplomová práce se bude zabývat resocializací těchto osob do společnosti.

Na základě studia odborných pramenů je předpokladem vysoká úspěšnost klientů doléčovacích programů se zařazováním mezi běžnou společnost. V souvislosti se zmíněným formuluji vědecko-výzkumný problém: zkušenosti bývalých a stávajících klientů s doléčovacím programy a tento je pak transformován do hlavní výzkumné

otázky ve znění: Jakou mají zkušenost bývalí a stávající klienti s doléčovacími programy?

Ve výzkumném šetření byla zvolena kvalitativní metoda, kdy sběr dat probíhal prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů s klienty a pracovníky doléčovacích programů a analýza probíhala za využití elementů interpretativní fenomenologické analýzy. Diplomová práce by mohla být užitečná pro pracovníky léčebných zařízení a doléčovacích institucí případně i dalším osobám profesně dotýkajících se dané problematiky.

Předložená diplomová práce je teoreticko-empirického charakteru.

## 1. Závislost na stimulačních drogách

Podle WHO<sup>2</sup> se pod pojmem **droga** rozumí látka, která je vpravena do organismu a mění jeho funkce. Aby látka mohla být označena za drogu, musí splňovat určitá kritéria. Má **psychotropní účinek** (působí přímo na CNS a mění naše chování, vnímání apod.) a vyvolává **závislost**. (NávykovéLátky.cz, 2016)

**Stimulační drogy** (nebo také psychomotorická stimulancia, psychostimulancia, psychoanalytika, psychomimetika) působí budivě na CNS a celý organismus. Zvyšují tedy jak fyzický, tak duševní výkon. Zástupci stimulačních drog jsou jednak nelegální (amfetamin, metamfetamin, kokain, MDMA), tak legální (kofein, nikotin). Patří sem i některé léky (metyfenidát, dexfenfluramin,...). K jedné z nejužívanějších drog v ČR patří metamfetamin (pervitin), který patří společně s dalšími budivými aminy mezi látky s vysokou mírou vzniku závislosti. Ve Výroční zprávě ve věcech drog z roku 2014 dosáhl střední odhad problémových uživatelů opiátů a pervitinu 47,7 tisíc (o 2 500 více než v roce 2013), z toho 36,4 tis. pervitinu. (Mravčík a kol., 2014)

### Zástupci stimulačních drog a jejich krátká charakteristika

**Metamfetamin** (pervitin, slangově perník, péčko, piko, v zahraničí je znám jako „čeko“, „meth“) je špinavě bílý nebo nažloutlý či nafialovělý krystalický prášek bez zápachu, hořké chuti. Aplikuje se intranazálně („šňupání“) a injekčně nebo inhalací z alobalu či perorálně v želatinových kapslích. Pervitin patří spolu s extází k druhé skupině nejvíce rozšířených nelegálních drog v ČR (své prvenství udržuje marihuana). Česká republika je v zahraničí nazývána „metamfetaminová kuchyňská laboratoř“ a to díky výrazně vyššímu množství vyrobené látky. Menší množství vyrobené látky je ale exportováno také do okolních států a to především na Slovensko a do Německa. (Problem amphetamine and methamphetamine use in Europe: selected issue 2010, 2010) Proto se Česká republika mnohými označuje za tzv. pervitinovou velmoc.

**Amfetamin** je rozšířen spíše v zahraničí než v ČR a znám je pod označením „speed“, „krystal“ nebo „ice“. Produkce amfetaminu se v Evropě koncentruje v Nizozemsku, Polsku a Belgii, často také v Estonsku, Litvě a Německu. (Problem amphetamine and methamphetamine use in Europe: selected issue 2010, 2010) Jedná se

---

<sup>2</sup> World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

o např. benzedrin - l-amfetamin, dexedrin - d-amfetamin nebo dexamfetamin. Drogy na bázi amfetaminu zvyšují hladinu neuromediátorů noradrenalinu (norepinefrinu), serotoninu, a dopaminu v mozku. (Minařík, Kmoch, 2015) Intoxikace metamfetaminy trvá zpravidla několik hodin (8-24hodin).

**MDMA** (extáze, slangově koule, koláč, éčko) patří mezi hlavní taneční drogy. Extáze má nejen stimulační účinek, ale také psychedelický. Svým chemickým složením patří mezi amfetaminy, ale většinou obsahuje i jiné příměsi, jako např. kofein, efedrin nebo ketamin. (Minařík, Páleníček, 2003). Prodává se ve formě tablet s vyrýsovanými motivy. Doba intoxikace je zhruba 5-7 hodin.

**Kokain** není v ČR natolik rozšířen jako pervitin, nicméně v jiných zemích, jako je USA, Kanada nebo Velká Británie, představuje kokain rostoucí problém. Kokain se získává z rostlin *Erythoxylum coca* (kokainovník pravý či koka pravá) a *Erythoxylum novagranatense*<sup>3</sup>. Pomocí chemikálií a chemickým zpracováním se z lístků stává hydrochlorid kokainu, jehož doba účinku klesá již po 30 minutách. Směsí kokainu a jedlé sody lze získat crack (volná báze kokainu)<sup>4</sup>, který se kouří ve zhruba 15 minutových intervalech, jelikož jeho doba účinku je kratší než u intoxikace kokainem. Užívání kokainu je převážně intranazální nebo injekční. Kokain zvyšuje výdej neurotransmiteru dopaminu v mozku.

**Kofein** je obsažen v čaji a kávě. Některé publikace přidávají ke stimulačním drogám také nikotin a to pro své mírné stimulační účinky. Nikotin je obsažen v tabáku. Kofein i nikotin jsou jako jediní ze zmíněných zástupců legální, návyk na nich má spíše duchovní charakter a nezpůsobuje vážné odvykací potíže. I přes to se, převážně při užívání obou látek v nadměrném množství, objevuje i fyzický návyk.

**Mefedron** (slangově mňau mňau) patří mezi nové syntetické drogy. Do roku 2011 byl v ČR volně prodejný v kamenných obchodech i na internetu. Mefedron je od roku 2013 připsán na seznam omamných a psychotropních látek, tedy ilegálních v ČR. Nejpravděpodobnější vznik závislosti na mefedronu je při injekčním užívání a jeho účinky jsou nejčastěji připodobňovány k účinkům MDMA.

---

<sup>3</sup> <http://www.extc.cz/extaze.html>.

<sup>4</sup> Tamtéž.

Mezi **společné účinky** stimulačních drog patří odstranění únavy, překotné myšlení, zvyšuje se psychomotorické tempo, zvýšené sebevědomí i hovornost, energie, euforie, nechutenství a snížení chuti k jídlu. Vysoká zátěž na organismus si vyžádá svoji daň a po odeznění hlavních žádoucích účinků přichází tzv. dojezd. K nežádoucím účinkům patří zvýšené pocení, sucho v ústech, bolesti v oblasti hrudi a srdce, úzkost, strach, pocit pronásledování (tzv. stíha), zvýšená koncentrace na jednu činnost (tzv. zásek, např. několikahodinové přehrabávání v kabelce). Amfetaminy mají podobné účinky jako metamfetaminy, jen o něco kratší a slabší. (Minařík, Kmoch, 2015), (Minařík, 2003-1) Užívání MDMA příliš rizikové není, pokud se ovšem nekombinuje s ostatními drogami. V této skupině drog jsou drogy amfetaminového typu a kokainového typu považovány za drogy s vysokým potenciálem závislosti.

Dlouhodobým užíváním u jedince dochází k výraznému zhubnutí a ke změně celkového vzhledu, může dojít k toxickým psychózám, ale především může dojít k závislosti psychického charakteru.<sup>5</sup> Vznik závislosti na stimulačních látkách není náhlý a obvykle má pravidelný průběh, který začíná experimentováním s drogou, kdy jedinec objevuje její příjemné prožitky. Výše zmíněné pro člověka pozitivní účinky stimulačních drog vzbuzují v jejich uživateli motivaci tyto drogy užívat i nadále.

V tzv. odměňovacím systému díky zvýšené hladině dopaminu vznikají příjemné pocity a to díky událostem či aktivitám (např. bungee dumping) a uměle také díky drogám. Jedinec častěji touží po navození příjemných pocitů a z experimentování s drogou se může (ale také nemusí) stát pravidelnější užívání nejprve o víkendech na párty, na bytech se známými. Někoho takové trávení volného času o víkendech omrzí a začne se věnovat jiným zájmům, někdo ale v užívání pokračuje dál a z víkendového, rekreačního užívání se může snadno stát užívání každodenní. V této fázi většina uživatelů, kteří tak ještě neučinili, přechází na injekční užívání, ztrácí nad užíváním kontrolu, život se jim začíná točit jen kolem drogy, shánění dávky či peněz na ní. Snadno lze pak takového jedince dříve nebo později najít ve stádiu závislosti, kdy

---

<sup>5</sup> Od rozdělování závislosti na psychickou a fyzickou se odstupuje. Závislost bývá označována jako závislost bez rozlišení. Závislost navozuje změny jak psychické, tak fyzické s důrazem k jedné z nich. (Fišerová, 2003-1) Jelikož při užívání stimulantů vzrůstá tolerance k látce, je tedy možná i fyzická závislost.

jedinec ztrácí plně svou důstojnost, nemá svůj život pod kontrolou. (Minařík, Kmoch, 2015), (Minařík, 2003), (Sananim, 2007)

### 1.1 Definice a popis pojmu závislost

Jak již bylo zmíněno na začátku kapitoly, drogy svými účinky vyvolávají závislost, proto je na místě se tomuto pojmu více věnovat a blíže ho specifikovat. V běžném životě se neseťkáváme pouze s drogovou závislostí. Závislost z pohledu psychologie je stav, kdy potřebujeme něco (nebo si to myslíme), bez čeho bychom nemuseli přežít. Ať je to voda, vzduch či osoba nebo pro drogově závislé jedince právě droga.

Patologická závislost je nekontrolovatelné nutkání konání, aniž by dotyčného odrazovaly dlouhodobé důsledky takového chování či jednání (závislost na internetu, workoholismus, alkoholismus apod.). Dle Pokorného (2002) se člověk může stát závislým na čemkoli, co pomůže zbavit se nepříjemných pocitů, ovšem dochází ke snížení a ochuzení kvality života závislého jedince.

Z pohledu sociální patologie (Ondrejko, 2000) představuje drogová závislost vážný sociálně patologický jev s neustále rostoucí tendencí s narůstajícím celospolečenským významem.

V základní terminologii se rozlišuje tzv. **úzus** psychoaktivní látky, kdy se jedná o jednorázové užití psychoaktivní látky nebo o opakované užití, ale bez jakéhokoli poškození jedince v rámci experimentování s drogou. Dalším termínem je tzv. **abúzus** psychoaktivní látky. V tomto případě se již mluví o škodlivém, rizikovém nebo dysfunkčním užívání. Posledním termínem je **syndrom závislosti**. (Jeřábek, 2008)

Z psychiatrického hlediska je závislost onemocněním. Na závislost jako na nemoc se pohlíží od poloviny 20. století, kdy jej takto formulovala WHO. Díky WHO vznikl dokument MKN-10<sup>6</sup>, který definuje syndrom závislosti: *„Je to skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si*

---

<sup>6</sup> Mezinárodní klasifikace nemocí - diagnostické jednotky skupiny „Poruchy duševní a poruchy chování vyvolané užíváním psychoaktivních látek“ F10-F19. V MKN-10 jsou Poruchy vyvolané účinkem kokainu označené kódem F14.x a Poruchy vyvolané účinkem jiných stimulancií, včetně kofeinu kódem F15.x, kde se za desetinnou čárku udává typ poruchy (např. F15.2 označuje závislost na pervitinu).

*kdy cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) užívat psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák“.* (Jeřábek, 2015)

### **Definice závislosti podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí z roku 1992**

Závislost definujeme až tehdy, jestliže dojde v průběhu jednoho roku minimálně ke třem z těchto jevů: ( Sananim, 2007)

- velká touha po dané látce a nutkání užívat látku;
- problémy v sebeovládání při užívání látky;
- užívání látky k odstranění tělesných odvykacích příznaků způsobené užitou předchozí látkou;
- zvyšuje se tolerance, dávky se zvyšují, aby se dosáhlo očekávaného stavu, který se před tím dostavil při menším požití;
- zanedbávají se jiné aktivity, které byly doposud v popředí, nyní je veškerý čas věnován shánění, užívání a zotavení se z dané látky;
- i přes jasné škodlivé následky stále dochází k užívání dané látky.

Zmíněná diagnostická kritéria nerozlišují jednotlivé třídy psychoaktivních látek. Určitá specifikace přišla až s DSM IV-R Americké psychiatrické asociace (APA), na kterou navazuje DSM-5. Pro diagnostiku závislosti v DSM IV musí klient vykazovat minimálně 3 z následujících projevů v rámci jednoho roku: tolerance, odvykací stav, intenzivnější nebo delší užívání, než jaké bylo zamýšleno, neúspěšná touha přestat nebo ukončit užívání drog, nadměrný čas strávený činnostmi k získání a užívání drogy nebo zotavování se z jejich účinků, dopad na sociální, profesní nebo rekreační aktivity, pokračování v užívání přes psychické a fyzické problémy související s užíváním drog.

Psychickou závislostí na droze, může člověk trpět po celý život. Ondřejkovič (2000) dále vyzdvihuje společenskou závislost, která je spojená s určitými rituály. Vznikají drogové subkultury s vlastními normami, výrazy a určitým druhem komunikace a vyjadřování (slang). Typickými scénami jsou techno subkultury.



Stimulační drogy patří mezi ty skupiny drog, které vyvolávají velmi silný **craving** (bažení, „chut“, dychtění či touhu po užití drogy). Bažení je subjektivně vnímaný psychický stav, při kterém se zhoršuje postřeh dotyčného, zhoršuje se oblast paměti, zvyšuje se krevní tlak, snižuje se kožní teplota a zvyšuje se aktivita potních žláz, jedinec může mít vzpomínky na příjemné pocity pod vlivem drog nebo také bažení formou snů. Vše zmíněné ale závisí na subjektivním stavu dotyčného. Zvyšuje se nebezpečí **recidivy**, ale naopak může dojít k opatrnosti do budoucna a člověk se na bažení lépe připraví.

**Abstinencí** (Jeřábek, 2008) se rozumí komplexní filozofie života a nastává po šesti měsících plné abstinence nebo po jednom **lapsu** (jednorázové užití psychoaktivní látky bez rozvoje komplikací). V případě **relapsu** jde o návrat k užívání látky, kdy se rozvíjí jeden nebo dva symptomy a v případě **recidivy** jde o plný návrat k drogám a opětovnému rozvoji syndromu závislosti. Při odnětí drogy následuje zmíněný silný craving, který je jedním ze znaků **odvykacího stavu**. Mezi další znaky odvykacího stavu po kokainu a jiných budivých látkách (zejm. pervitinu) patří dle Jeřábka (2015) např. únava, nepříjemné sny, zvýšená chuť k jídlu, zpomalení tělesného i duševního tempa, nespavost či přílišná spavost. V případě delší intoxikace nastává dlouhý spánek, který je ale spíše projevem spánkového dluhu, než odvykacím symptomem. **Tolerance** (vyžadování vyšších dávek) u stimulancií rychle roste (dlouholetý uživatel pervitinu spotřebuje až 1-2g látky denně, což je v přepočtu 1 000-2 000Kč). Podle Nešpora (2008) jedince vede vyšší tolerance k nitrožilnímu užívání drogy. U pervitinu a kokainu se tolerance zvyšuje vůči psychotropním účinkům látek. Jedinec dle Jeřábka (2008) v užívání pokračuje navzdory následkům (poruchy motivačního a behaviorálního charakteru), které užívání vyvolává.

## 1.2 Vznik, vývoj a udržování závislosti na stimulačních drogách

Nikdy nelze s určitostí říci, jaká příčina vyvolala u daného jedince vznik závislosti. Závislost má polyetiologický charakter, tudíž se nejčastěji jedná o kombinaci více faktorů. K faktorům vzniku drogové závislosti podle Urbana (1973) a Vágnerové (2004) patří faktory farmakologické, tedy složení psychoaktivní látky (**droga**). Stimulační drogy svými účinky vyvolávají především silné bažení a z něho plynoucí závislost a to téměř u všech uživatelů této skupiny drog.

Dalšími jsou somatické a psychické faktory. V tomto případě se tedy jedná o člověka a jeho **osobnost**. Výzkumy sice nepotvrdily dědičný charakter vzniku závislosti, ovšem genetika může zvýšit tendenci užívat drogu nebo se může jednat o nápodobu chování v rámci rodiny. Mezolimbický dopaminergní systém, který je nejvíce ovlivněn psychotropními látkami, bez ohledu na chemické složení psychoaktivní drogy toto její složení určitým způsobem v organismu zpracovává. Pokud tedy stimulační drogy působí na zvyšování hladiny dopaminu v mozku, snáze na tuto změnu reagují osoby s hladinou nízkou. Zařadit sem lze i prenatální, natální a postnatální vývoj dítěte. K psychickým ovlivňujícím faktorům lze zařadit únik před stresem či jinými negativními problémy či naopak najít a získat něco pozitivního a vyhnout se tím stereotypu a nudě. Náchylnějšími ke vzniku závislosti jsou schizofrenici, jedinci se sklony k depresím, s nízkou sebedůvěrou, se slabou vůlí, s disociální a labilní poruchou osobnosti, jedinci, kteří jsou méně flexibilní a nedovedou se poučit ze zkušenosti. Do psychologických faktorů lze zařadit vývojové aspekty jedince, kdy se člověk již od narození prochází vývojovými úkoly, které není lehké překonat. (Vágnerová, 2004), (Urban, 1973)

Při definování enviromentálních faktorů (**prostředí**) Urban (1973) vyzdvihuje primární skupiny jedince, mezi které patří rodina a přátelé, ale ten největší vliv přirovnává k rodině. Rizikový je autokratický a liberální styl výchovy dítěte, přítomnost drog v rodině nebo citová deprivace dítěte. V takových případech se děti a mladí lidé uchylují k navazování vztahů s pro ně rizikovými skupinami osob, které je mohou svést na scestí nejen drogové závislosti. Větší města a jejich části jsou daleko rizikovějšími místy než obce, vesnice a menší města, kde není téměř žádná anonymita a dostupnost drog je téměř nulová.

Urban (1973) dále uvádí faktory participační, tedy **podnět** či jinak spouštěč. V životě každého člověka vznikne náhlá událost, která ho zasáhne, jako například úmrtí blízkého člověka nebo se dotyčný zkrátka jen nudí a hledá vzrušení nebo je pouze zvědavý. Proto se mezi nejrizikovější skupinu řadí pubescenti, adolescenti a mladí lidé, kteří zkoušejí drogy ze zábavy nebo se chtějí vyrovnat světu dospělých. Posledním faktorem, nemálo podstatný, je dle Ondrejčkoviče (2000) **frekvence** neboli častost, tzn.

jak často se jedinec dostane do kontaktu s drogou. Čím častěji, tím více ohroženější vznikem závislosti člověk je a to především v mladším věku života.

Zmíněné možné příčiny vzniku závislosti mají celostní charakter. Vesměs je lze řadit do tří hlavních kategorií, do biologické, psychické a sociální. Od těchto kategorií lze odvodit současný model závislosti, tedy **bio-psycho-sociální** model závislosti. Velice často se začíná k tomuto modelu přidávat **spirituální** úroveň, kdy jde podle Kudrleho (2003-1, str. 93) o „*intimní oblast přímého prožitku toho, co je za každodenním úsilím, co dává smysl tomuto úsilí, co dává smysl životu vůbec*“. Jak poukazuje Rotgers (1999), mnoho lidí závislých na drogách a alkoholu trpí intenzivními pocity odcizení, izolací a ztrátou smyslu života. Každý myslící jedinec hledá odpovědi na své filozofické otázky bytí, snaží se porozumět životu, sám sobě i druhým, hledá své životní štěstí. Nezodpověděním otázek se dostává do frustrace, kterou může kompenzovat užíváním drog.

### **1.3 Důsledky závislosti na stimulačních drogách**

Ve stejné rovině lze pohlížet na důsledky, kterými závislý lidé, nejen na stimulačních drogách, trpí a které je potkávají. V souladu se způsobem užívání drogy souvisí poškození organismu.

#### **Zdravotní rizika**

V první řadě závislost na stimulačních drogách vyvolává obtíže s kardiovaskulárním systémem, který může být více poškozen, pokud si jedinec drogu aplikuje především injekčním způsobem. Tím mohou také vzniknout abscesy na rukách po vpichu. Nedodržováním hygieny, nepoužíváním kondomů a nepoužíváním nesterilního injekčního materiálu nejčastěji dochází k šíření hepatitid typu B a C (může vyústit v cirhózu jater či rakovinu jater) a HIV/AIDS. Injekční užívání drog je tedy nejrizikovější způsob užívání. Při inhalaci z aluminia se do plicních sklípků dostávají další nebezpečné látky a je zde možný vznik onemocnění dýchacích cest. V případě intranazálního užívání stimulačních drog dochází k poškození nosní sliznice a v horším případě k destrukci nosní přepážky. Perorální aplikace drog je riziková v neodhadnutí dávky a možnému poškození břišní stěny či trávicího traktu. Injekci si uživatelé rovněž aplikují do svalů, tedy intramuskulárně. Při promiskuitním chování, které je při užívání

této skupiny drog tak typické, může závislý jedinec přijít k pohlavním chorobám. Při dlouhodobém užívání pervitinu je typický extrémně zanedbaný chrup.

### **Psychické komplikace**

Toxická psychóza (paranoidně-halucinatorní syndrom, „*pervitinová psychóza*“ (Kalina a kol., 2015, str. 222) a slangově „stíha“) je typickým psychiatrickým onemocněním způsobeným dlouhodobým zneužíváním stimulačních drog. Lze ji zaměnit za schizofrenii. Její rozvoj je plíživý, nejdříve jedinec trpí zvýšenou vztahovačností, ale s náhledem na stav, později se ovšem může jednat o dramatický stav, kdy je jedinec nebezpečný sobě i okolí. Jedinec se bojí o život svůj nebo o život lidí v jeho okolí. Po odnětí drogy většinou stav odezní do několika dnů, může ale přetrvávat i nadále po vysazení, je proto nutná medikace a v závažnějších případech i hospitalizace. Zásadní je, zda duševní porucha vznikla působením drog či se u jedince vyskytovala před samotným užíváním drog. Může tedy docházet ke komplikacím již existujících psychických potíží (tzv. duální diagnózy), jako je ADHD, kdy se dětem při léčbě této nemoci předepisují stimulační látky (nejčastěji methylfenidát), které výrazně lepší jejich stav. (Gossop, 2013) Dále poruchy příjmu potravy, zhoršená paranoia a úzkostné či depresivní stavy, traumatické a stresové poruchy, poruchy osobnosti. (Nešpor, 2003-1) Se vznikem závislosti souvisí polymorfní závislost (zkřížená závislost), kdy spolu se závislostí na stimulačních látkách může jedinec trpět závislostí na dalších látkách nebo procesech (např. závislost na hracích automatech, kdy tato kombinace je vůbec nejrizikovější nebo závislost na sexu, jelikož při intoxikaci stimulačními látkami je sexuální apetit silnější). Ve spojení s „dojezdem“ dochází k poklesu nálad, podrážděnosti a tím pádem k bažení spojeného s dalšími negativně prožívanými psychickými stavy.

### **Sociální důsledky**

Sociální dopad závislosti na život jedince je více než příznačný. Veškerý svůj čas věnuje jak sháněním drogy, jejím užíváním, tak zotavování se z jejích účinků. Již nezbyvá čas na plnění svých sociálních rolí a plnění svých povinností. Přestává respektovat normy společnosti, přestává chodit do práce či do školy. Po ztrátě zaměstnání nemá potřebu hledat jiné uplatnění. Závislý jedinec vynechává svou oblíbenou činnost. Přichází o dobré vztahy s rodinou a svými nejbližšími.

Ti po několika nezdařených pokusech o abstinenci svého závislého člena, na další pokusy již rezignují. Jedinec se stává egocentrickým, sobeckým a bezohledným jedincem. Tím se jedinec vymaňuje ze „zdravé“ sociální sféry a v jeho okolí se vyskytují již jen lidé ve stejném stavu jako on. Drogy nebývají levnou záležitostí, závislý člověk se tedy může snadno dostat do dluhů, může přijít o bydlení a tím pádem velmi rychle propadnout sociální exkluzi.

### **Trestně-právní důsledky**

Ve spojení se sociálními důsledky a vysokou cenou drog, jsou častým důsledkem trestně-právní postihy drogově závislých. Přes drobné delikty, krádeže a přestupky se mohou závislí jedinci dopouštět loupežných přepadení, při kterých neberou ohled na druhé. Hojně diskutovaným tématem posledního roku je v ČR řízení aut mladými řidiči, kteří řídí pod vlivem metamfetaminu. Pod vlivem drog se závislí jedinci dopouštějí násilných trestných činů, majetkových i mravnostních, tedy sexuálních trestných činů. Závislí jedinci se dopouštějí drogové kriminality ve snaze získat finanční obnos, za který by si dávku drogy pořídily. Drogové kriminality jako takové se jedinci dopouštějí při výrobě drog, jejich prodeji, distribuci, či jiném nakládání, jak se píše v Trestním zákoníku č. 40/2009 Sb., trestního zákonu v §283. Ve snaze získat drogu či finanční obnos na ní se nejčastěji ženy dopouštějí prodeje vlastního těla, tedy prostituce.

Je otázkou, zda jedinec o své nemoci ví a plně si uvědomuje zmíněné důsledky nemoci na svůj život. Dokáže-li reálně uvažovat a vidí svůj život v troskách, přizná-li si, že kvůli své závislosti spadl na skutečné dno, to vše by ho mohlo svým způsobem motivovat ke změně. Zda v sobě najde ještě nějakou sílu a chtěl by svou situaci řešit, jsou pro něj dostupná centra po celé ČR. Těm se věnuje celá následující kapitola.

## 2. Léčba závislosti na stimulačních drogách

Hlavním cílem léčby závislých jedinců je dle Kaliny (2015) změna. Změna v pozitivním slova smyslu, která zahrnuje zlepšení zdraví a kvality života na co nevyšší možné stupně. Opakem nemoci (v našem případě závislosti) je zdraví, které podle WHO znamená „*stav tělesné, duševní a sociální pohody, ne pouze nepřítomnost nemoci či vady*“. WHO formuluje cíle léčby závislosti, mezi které tedy patří snížení závislosti na co nejmenší možný stupeň, snížení nemocnosti a úmrtnosti spojené nebo způsobené drogami a podpora v oblasti tělesné, duševní a sociální a také podpora při sociální integraci.

Zmíněné cíle nejsou ale dosažitelné pokaždé a u každého závislého jedince za stejných podmínek. Rozhodující činitelé jsou sice z největší části na straně klienta, ale i odborníci, kteří mohou ovlivnit a tím pádem zvýšit pravděpodobnost změny, mají zde své nezastupitelné místo.

Ze strany klienta k nejdůležitějším ukazatelům úspěšnosti či neúspěšnosti léčby patří věk při začátku závislosti (závislost vzniklá před dvacátým rokem věku nemá příznivější prognózu než závislost vzniklá v pozdějších letech), délka drogové kariéry (čím delší průběh závislosti, tím těžší dosažení vyléčení), psychopatologické komplikace, kriminální anamnéza a motivace, která je brána jako ten nejvýznamnější prediktor. (Kalina, 2015) Právě motivace je stěžejním faktorem v případech, kdy klient nastupuje do nedobrovolného léčení, i přes to, že léčení samo o sobě není pokaždé impulzem nemocné osoby. Za nedobrovolné léčení lze považovat nástup do léčby také z důvodu zdravotních komplikací, finančních potíží či špatných sociálních vztahů.

Miller a Rollnick (2003) upřednostňují nekonfrontační přístup ke klientovi před konfrontačním. Terapeut by měl nechat klienta rozhodnout se, zda se změní a nechat jen na něm, zda tak skutečně. Autoři dále popisují motivaci lidí ke změně závislého chování a stádia této změny. Motivaci definují jako „*stav připravenosti ke změně či touha po ní, tento stav se ovšem v různých situacích a s časem proměňuje. A lze jej ovlivnit*“. (Miller, Rollnick, 2003, str. 14) Změny v chování procházejí určitými stádii, která vytvářejí tzv. kolo změny (kruhový model změny), jelikož se mohou stádia cyklicky opakovat. Model vytvořený Prochaskou a DiClementim rozlišuje šest takových stádií a zdůrazňují, že v každém stádiu by měl terapeut využít jiný přístup

a metody. Při **prekontemplaci** klient ještě není vůbec motivován a cílem terapeuta je vzbudit v klientovi pochybnosti o jeho stavu, podat mu informace a převést tak klienta do stádia **kontemplace** (zvažování). V kontemplačním stádiu si jedinec své potíže uvědomuje, změnu si přeje, ale zároveň se mu do ní nechce. Je důležité u klienta podporovat myšlenky na změnu. Při fázi **rozhodnutí** již klient sbírá sílu k tomu, aby změny dosáhl, terapeut má na starosti vyprojektovat k tomu vhodné metody. Při **akci** klient dosahuje požadované změny. Terapeut mu podává rady a zpětnou vazbu. Při fázi **udržování** jde o udržování stávající změny v chování klienta a předcházení relapsu. **Relaps** buďto částečně nebo úplně navrácí klienta k návykovému chování a terapeutův úkol je, převést klienta co nejrychleji zpět do kontemplační fáze a to i v případě, pokud vypadne z kterékoli předchozí fáze.

Mezi další faktory, které mohou léčbu ovlivnit, dle Kaliny (2015) patří životní změny jako abstinence, přátelské, intimní a rodinné vztahy a práce nebo příprava na ní. Je-li abstinence od drog doprovázena dalšími změnami, je prognóza k vyléčení jedince velmi pozitivní. Vztahy přátelské a intimní si ve většině případů musí klienti vytvářet zcela nové, jelikož ty předchozí pocházeli z drogového prostředí. Rodinné bude muset napravovat a získávat si postupně od jejích členů novou důvěru v jeho osobu. Pokud závislost jedince vyřadila i ze vzdělávacího a pracovního procesu, bude muset započít či dokončit kvalifikaci a sehnat si zaměstnání a upevnit tak pozitivní podmínky pro život bez drog.

Činitelé související s průběhem léčby mají podle Kaliny (2015) charakter „vypadnutí“ z léčby, kdy není klient dostatečně motivován, má pesimistický postoj k léčbě, silný craving apod. K rizikovým faktorům patří také např. nižší důvěra k terapeutům, popírání problému nebo problémy s akceptací skupinových terapií. K problémům klientů v léčbě patří dále problémy sebepojetí, vztahové problémy a problémy v sociálních schopnostech. Úspěšné absolvování léčebného programu může zvýšit jeho přiměřená délka (kratší léčba než tři měsíce a delší než rok není příliš účinná), udržení v programu a zapojení do něj, vhodný výběr programu a integrita programu, kvalita terapeutického vztahu, obsah programu (komplexní léčba), kontinuita péče a realistické plánování.

Ve shodě s Kalinou je Radimecký (2006), který úspěšnost léčby přisuzuje týž faktorům. Vznik závislosti není pouze jen ve vztahu člověk-droga. Samotnou léčbu závislosti ovlivňuje jak osobnost jednotlivce, tak kvalita mezilidských vztahů, ve kterých jedinec žije nebo z nich pochází. Klíčovými faktory jsou tedy i prostředí, ve kterém se jedinec nachází a sociální podmínky, které představují např. dostupnost drog, normy společnosti, socioekonomické prostředí apod. Radimecký za důležité taktéž bere v potaz zvolený typ léčby, její délku, intenzitu, kvalitu a přístup pracovníků ke klientům a k práci.

## **2.1 Způsoby léčby závislosti na drogách**

Léčba závislosti na stimulačních drogách, stejně tak jako u jiných skupin látek, vyžaduje podporu řady metod a přístupů od farmakoterapie, přes poradenství, sociální práci, psychoterapii a další terapie (např. arteterapie, muzikoterapie atd.). Léčba závislosti má komplexní charakter, je tedy třeba aplikace mezioborového přístupu. Některé zmíněné léčebné přístupy a metody se mohou kombinovat, některé kombinovat nelze. *„Vzájemná provázanost jednotlivých metod je podmínkou každého dobře fungujícího a efektivního programu.“* (Miovský, 2003-2, str. 15)

Zmíněné metody a přístupy se zaměřením na jejich aplikaci v procesu následné péče, jsou podrobně popsány v poslední úvodní kapitole práce. Kapitola se věnuje všem přístupům a metodám, které klienta provází v pobytové léčbě a návazně v průběhu následné péče.

### **Přístupy léčení**

Jestliže je vznik závislosti přisuzován bio-psycho-socio-spirituálnímu modelu, tak by léčba měla probíhat pomocí těchto směrů. Biomedicínký model je charakterizován trvalou abstinencí, na závislost se pohlíží pouze z lékařského úhlu (závislost je pokládána za těžko léčitelnou, dokonce nevléčitelnou). Tento model se postupně rozvíjel o rozměry psychické a sociální (mezilidské). Další dimenzí spojenou se závislostí je dle Kaliny (2015) a Rotgerse (1999) spirituální (existenciální), ve kterém jde o pochopení a smyslu života, rozvíjení života, transcendentnost apod.



## 2.2 Systém péče o drogově závislé v ČR

Před zapojením klienta či pacienta do léčebného procesu se provádí správná diagnostika jeho stavu, při které se rozhodne o další léčbě. Aby ale zvolená léčba byla co nejvíce efektivní, je třeba klientovi či pacientovi přiřadit vhodnou intervenci. Nešpor (2003-1) vysvětluje pojem **matching** jako metodu, která nebere v úvahu pouze diagnózu, ale další faktory jako např. jak dlouho trvá problém s drogami, z jakého sociálního prostředí klient pochází, v jakém stadiu motivace se nachází, pohlaví, věk, náboženství atd.

Institucionalizovaná odborná pomoc osobám závislým na drogách, má v České republice svůj komplexní systém. Aby takový systém fungoval efektivně, měl by splňovat určitá kritéria. Dle Béma (2003-2) se jedná o kritéria z oblasti kvalitativní (struktura a provázanost sítě) a kvantitativní (rozsah a dostupnost péče). Bém zmíněná kritéria dále vysvětluje takto:

**Kvalitativní oblast** (vnitřní struktura) by měla být *komplexní*, tedy by být schopna zajistit potřeby všech cílových skupin s různými rozvoji závislosti nebo problémy související s užíváním drog. Celý systém se dle potřeb klientů neustále vyvíjí, nabízí širokou škálu programů a služeb a přizpůsobuje se aktuálním potřebám v terénu. *Provázanost systému péče* tkví v propojenosti a návaznosti všech služeb a programů. *Efektivní systém péče* je koordinován standardy odborné péče, akreditačními podmínkami.

**Kvantitativní oblast** (vnější struktura) zahrnuje *rozsah systému péče*, který si definují orgány krajských zastupitelstev podle toho, v jaké míře je daný region drogovou závislostí postižen. Na to navazuje i *dostupnost systému péče*. Jedná se o dostupnost časovou i místní (časovou podle rytmu uživatelů drog a místní podle toho, kde se nejčastěji uživatelé drog vyskytují). Vnější struktura se průběžně monitoruje a vyhodnocuje.

Má-li být systém péče v procesu resocializace závislého jedince úspěšný, měl by to být systém provázaný a ucelený. Systém tvoří jednotlivé stupně pomoci klientovi od prvního navázání kontaktu se službou až po doléčovací programy a sociální reintegraci.

### 2.2.1 Složky systému léčby osob závislých na stimulačních látkách (zaměřeno na pobytovou léčbu)

**Terénní práce** míří k problémově dostupné cílové skupině uživatelů stimulačních drog. Probíhá v jejich přirozeném prostředí, v ulicích, na nádražích nebo v bytech uživatelů drog. „*Terénní programy jsou terénní služby poskytované osobám, které vedou rizikový způsob života nebo jsou tímto způsobem života ohroženy. Cílem služby je tyto osoby vyhledávat a minimalizovat rizika jejich způsobu života.*“<sup>7</sup>. Terénní služba je u některých drogově závislých vůbec první sociální službou, se kterou se setkávají. Díky ní se dovídají o dalších postupech v léčbě. Hlavním cílem těchto služeb je navázání kontaktu s lidmi, kteří ke změně svého chování nejsou motivováni. Terénní pracovníci poskytují sociální a zdravotní poradenství, potřebné informace a především výměnu injekčního materiálu, která slouží ke snižování zdravotních rizik („Harm Reduction“ a „Public Health“)<sup>8</sup> a pomáhá ke snadnějšímu kontaktování uživatelů drog. Terénní pracovníci jsou k dispozici pro klienty, kteří vypadli z vysokoprahových programů (např. léčebny) a zajišťují stálou komunikaci mezi drogovými službami a klientem. (Hrdina, Korčíšová, 2003-2) Je známo ze zahraničí, že terénní pracovníci navštěvují některá taneční parties, kde podávají informace o drogách formou letáčků, účastníci si s nimi mohou bezplatně a anonymně pohovořit. V ČR byla tato služba známá pod názvem Safer Party.

Na podobném principu, tedy nízkoprahovém principu (maximální dostupnost pro všechny uživatele drog), fungují také **nízkoprahová kontaktní centra**. Kontaktní centra (K-centra nebo slangově „Káčka“) svou prací navazují na terénní práci. Poskytují stejné služby jako terénní práce, jen s tím rozdílem, že nyní míří klienti do zařízení ze své vůle a s určitou zakázkou. Mezi služby K-center patří kontaktní práce, výměnný program, základní zdravotní péče (ošetření musí provést pouze zdravotnický personál nebo musí být proveden ve zdravotnickém zařízení), základní poradenství (o zdravotním stavu, minimalizace rizik, možnosti léčby a sociální rehabilitace, zprostředkování léčby apod.), další krátkodobé intervence, strukturované poradenství a motivační trénink, sociální práce a doplňkové služby (hygienický potravinový

<sup>7</sup> zákon o sociálních službách, § 69 - Terénní programy (Služby sociální prevence)

<sup>8</sup> Harm reduction = přístupy snižování či minimalizace poškození drogami; Public health = ochrana a podpora zdraví ve společnosti, prevence šíření HIV a žloutenek injekčním materiálem

a vitaminový servis). (Libra, 2003-2) Služby kontaktních center jsou v zákoně o sociálních službách definovány jako „sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, poskytnutí podmínek pro osobní hygienu.“<sup>9</sup>

Před zahájením léčby je důležité zbavit organismus návykové látky. Detoxifikace pomáhá překlenout abstinenční příznaky v bezpečném prostředí. Detoxifikační jednotky (detoxifikační centra, slangově „detox“) poskytují komplexní péči, která zahrnuje psychoterapii (tkví především v individuální psychoterapii, při které je pacient podporován a motivován k léčbě.), sociální práci (závažné sociální problémy) a farmakoterapii. Dle Nešpora (1999) odvykací stavy po stimulačních látkách zpravidla rychle odeznívají, v tomto případě nejsou hlavním problémem tělesné příznaky jako silný craving. Proto při detoxifikaci stimulačních látek farmakoterapie není tolik nutná (je potřebná pouze v případech akutní intoxikace, kdy se při kardiovaskulárních komplikacích podávají b-blokátory, při neklidu benzodiazepinové preparáty a u doprovodných psychopatologických stavů lze podpůrně podávat antidepresiva či hypnotika, v případě zánětlivých komplikací se podávají antibiotika). Některá pobytová léčebná zařízení vyžadují detoxifikaci jako podmínku nástupu, proto jsou v některých případech detoxifikační jednotky jejich součástí. Mohou být součástí nemocnic. Nově ambulantní služby začínají poskytovat detoxifikaci v domácím prostředí.

Hojně diskutované a zkoumané téma **substituční léčby** nepřineslo prozatím žádné konkrétnější výsledky, tudíž se nepodařilo najít konkrétní efektivní lék. Při léčbě závislosti na kokainu se podávají antidepresiva a při léčbě závislosti na amfetaminech se podává dexamfetamin. V ČR jsou registrované přípravky metylfenidát hydrochlorid (Ritalin) a modafinil (Modafinil-Teva). (Pavlovská, Minařík, 2015), (Gabrehlík a kol., 2010)

**Ambulantní léčba** je prováděna ve zdravotnických nebo nezdravotnických zařízeních, kam klient či pacient v pravidelných intervalech dochází, zároveň zůstává ve svém sociálním prostředí a nemusí opustit práci či školu. Ambulantní léčba je vhodnější pro klienty s podporujícím sociálním a rodinným zázemím, s lehčím stupněm závislosti

---

<sup>9</sup> Zákon o sociálních službách, §59 - Kontaktní centra (Služby sociální prevence)

a zároveň s motivací k léčbě. V různých typech zařízení je délka léčby a frekvence návštěv rozdílná. Ambulantní léčbu v České republice nabízejí AT ordinace, ambulantní programy nebo probíhá prostřednictvím psychiatrické léčby. AT ordinace zajišťují lékařskou (zdravotní) péči, která je v optimálním případě řízena adiktologem. Psychiatrickou léčbu zprostředkovávají psychiatři, kteří se mimo jiných poruch zaměřují na závislosti. Léčbu zprostředkovávají ve svých ambulancích. Ambulantní centra nabízejí ambulantní programy. Mezi poskytované služby ambulantní léčby jsou např. v Laxusu o.s. zveřejněny individuální poradenství, prevence relapsu, právní, sociálně-právní a pracovní poradenství, rodinné poradenství a farmakoterapie.

Jednou z forem ambulantní péče je také **denní stacionář**, který ve formě léčby závislých osob nemá v České republice ještě příliš dlouhou tradici. Denní stacionář je mezičlánkem ústavní a ambulantní léčby. Denní proto, že klient do nich dochází každý den na intenzivní strukturovaný program v trvání 4 - 5 hodin (v praxi program trvá i více hodin denně) po minimálně 3 až 5 dnech v týdnu v průběhu několika měsíců (udává se 3-6 měsíců). Klientela zpravidla nezahrnuje osoby mladší 17 let a starší 30 až 35 let. Mezi cíle strukturovaného programu patří dosažení abstinence od všech drog, změna životního stylu, určité změny v sebepojetí a vztazích klienta, lepší sociální fungování nebo osvojení si dovednosti k fungování v běžném životě. Vše je zahrnuto v aktivitách, kterých se klient v rámci programu účastní. Využívá spektrum psychoterapeutických, zdravotních a sociálních služeb. V léčebných programech typu „léčba vedoucí k abstinenci a změně životního stylu“ se klient účastní komunitních setkání, skupinových a individuálních terapií, pracovních terapií a klubových a volnočasových aktivit a v neposlední řadě je zde uplatňována sociální práce, která se zaměřuje na stabilizaci sociálních podmínek klienta pro léčení a abstinenci. Účinnost programu zvyšují skutečnosti, zda mu předchází předléčebné poradenství, přípravná skupina, případně detoxifikace a zda navazuje doléčovací program. (Kalina, 2003-2) V ČR funguje pro léčbu závislosti na stimulačních látkách (mimo dalších závislostí) Denní psychoterapeutické sanatorium Ondřejov, Sananim a Elysium, které ale neposkytuje intenzivní program. I denní stacionář má své místo v zákoně o sociálních službách<sup>10</sup>.

---

<sup>10</sup> Zákon č. 108/2006 Sb. (§ 46) - Denní stacionáře (Služby sociální péče).

V následujícím přehledu budou podrobně popsána a vysvětlena ústavní, tedy **pobytová léčebná zařízení**.

Ústav je pobytové zařízení. Mezi hlavní cíle ústavů dle Matouška (1999) patří:

1. Podpora a péče uskutečňována v např. kojeneckém ústavu, dětském domově nebo domově důchodců,
2. Léčba, výchova a resocializace, kdy se taková zařízení (nemocnice, léčebné a rehabilitační ústavy, výchovné ústavy apod.) snaží o změnu dosavadního stylu života a zároveň se předpokládá, že klient zařízení opustí v jiném (přinejlepším lepším) stavu, než v jakém přišel,
3. Omezení, vyloučení, represe uskutečňována ve věznicích, v psychiatrických léčebnách s nedobrovolným pobytem apod.

Ústavy by měly své klienty připravit na život venku, mimo chráněné prostředí, klienti by se v nich měly naučit zvládat situace, které je venku čekají. Ústavy by měly maximálně podporovat kvalitu klientova života. (Matoušek, 1999)

**Ústavní léčba** se poskytuje na specializovaném oddělení v nemocnicích nebo v psychiatrických léčebnách. Léčba tedy probíhá pod dohledem zdravotnického personálu a zároveň má svůj strukturovaný program. Vhodnými klienty jsou závislí lidé bez kvalitního sociálního okolí, s vysokým potenciálem pro relaps a s psychickými či somatickými komplikacemi. Dle délky pobytu se ústavní léčba dělí na krátkodobou a střednědobou. Krátkodobá léčba trvá zpravidla do dvou až tří měsíců od zahájení léčby, u střednědobé léčby je to od 2-3 měsíců do 6 měsíců.

Při **krátkodobé formě** ústavní léčby, převažuje samotná léčba nad resocializací a rehabilitací. Neočekává se zde velká změna životního stylu, převážně u dlouhodobějších uživatelů, přes to může být vodítkem k další a již dlouhodobější léčbě. (Kalina a kol., 2001)

Větších změn ve způsobu života může navodit **léčba střednědobá**. Průběh léčby lze rozdělit do 4 fází. V první fázi léčby (cca 1-3 týdny) dochází k detoxifikaci, provádí se vyšetření, buduje se terapeutický vztah a především se posiluje motivace k setrvání léčbě. Při druhé fázi (cca 1 měsíc) se klient adaptuje na chod, řád a režim zařízení.

Při další fázi (cca 2-3 měsíce) dochází k aktivnímu léčení, klient se již spoluúčastní na chodu léčebného společenství, provádí se rodinná terapie a klient využívá propustek. V poslední fázi (cca 1 měsíc) se klient připravuje na návrat z léčebny, plánuje si svůj budoucí život, případně následnou péči.

V programech střednědobé léčby převažují terapeutické přístupy, které mají zdravotnický a psychoterapeutický charakter a taktéž zahrnují sociální práci. Terapeutické metody při střednědobé léčbě mají formu psychoterapie skupinové, komunitní a individuální, rodinné terapie a pracovní terapie. Do programu jsou zahrnuty volnočasové aktivity, prvky edukativní a racionální terapie.

Příkladem může být Léčebna návykových nemocí v Nechanicích, ve které funguje příjem pacientů přes AT ambulanci FNHK. Pokud je potřeba, pacient před nástupem do léčby nastoupí na detoxifikaci. Po ní je pacient přijat do léčby na příjmové oddělení, které slouží jako příprava na přechod do terapeutické komunity (ve smyslu dlouhodobé léčby v terapeutické komunitě). Komunitní péče je zde v rozsahu minimálně 16 týdnů. Hlavní metodou je skupinová terapie. Mezi další metody se řadí pracovní terapie, arteterapie, relaxační aktivity, sportovní aktivity. Fungují zde jasná stanovená pravidla a sankce za jejich porušení, tzv. bodový systém. Léčebna nabízí abstinujícím pacientům možnost opakovací léčby („opakovačka“), která je vedena na způsob doléčování. Léčbu v LNN Nechanice plně hradí pojišťovna.

**Terapeutické komunity (tzv. rezidenční léčba)** nabízejí dlouhodobou léčbu v trvání 6 -12 měsíců. Některé komunity nabízejí také léčbu střednědobou v rozmezí 6 až 8 měsíců. Například Terapeutická komunita FIDES v Bílé Vodě nabízí dlouhodobou léčbu na 11 měsíců a střednědobou léčbu na 6 měsíců. Terapeutická komunita Karlov nabízí střednědobou léčbu pro mladistvé a dlouhodobou léčbu pro matky s dětmi.

V zákoně o sociálních službách (§68) patří terapeutické komunity mezi služby sociální prevence a poskytují „*pobytové služby i na přechodnou dobu pro osoby závislé na návykových látkách nebo osoby s chronickým duševním onemocněním, které mají zájem o začlenění do běžného života*“.

Nástupu do terapeutické komunity (dále jen TK) předchází předléčebné poradenství v AT ambulanci nebo v K-centru, kdy pracovníci o klientovi zjistí veškeré

potřebné informace a zároveň podají informace o možnostech léčby v TK. Čekací lhůta přijetí do TK, bývá většinou dlouhá, tudíž je možnost vyčkat v jiné formě pobytové léčby a mezitím si vše potřebné zařízovat. I nástupu do TK, předchází detoxifikace. Délka pobytu v TK má rozsah zpravidla 9-15 měsíců s maximálním počtem 20 klientů. Program v TK je zaměřen převážně na skupinovou terapii se zaměřením na vnímání vlastních emocí a pocitů a dosažení osobnostního vyvrátní.

Mezi poskytované činnosti TK Renarkon patří poskytnutí ubytování a stravy, skupinová terapie a individuální poradenství, pracovní terapie, arteterapie, dramaterapie, zátěžové programy, relaxace, kultura, osvojování sociálních dovedností, trénink odpovědnosti, tématické a vzdělávací skupiny, volnočasové aktivity, sociální poradenství, pomoc při vyřizování úředních záležitostí, práce s rodinou klientů a rodinná terapie, prevence relapsu, kontrola abstinence (orientační testy z moči) a péče o zdravotní stav klientů, krizová intervence, zprostředkování kontaktu do následných zařízení.

Kratochvíl (1979) mezi principy terapeutické komunity zahrnuje aktivní účast pacientů (klientů) na svém léčení, vytvoření dobrých vztahů a dobré komunikace na všech úrovních a sociální učení, které dává léčeným zpětnou vazbu o jejich chování k ostatním ve skupině. Dle Nešpora (2000), mají terapeutické komunity své jisté zvláštnosti, jako vnitřní diferenciaci komunity (např. výhody těch členů, kteří jsou v komunitě již delší dobu ve formě propustek, návštěv) a daná, známá pravidla mezi které patří absolutní zákaz veškerých drog. Při jejich porušení hrozí klientům sankce, o kterých jsou obeznámeni. Dle Kratochvíla (in Kalina a kol., 2013) k účinným faktorům společným pro psychoterapie patří vztah mezi pacientem a terapeutem, výklad poruchy, emoční uvolnění, abreakce, katarze, další je konforntace s vlastními problémy a posilování žádoucího chování.

Závěrečná fáze ústavní léčby by se měla zaměřovat na přípravu na život klienta mimo ústavní prostředí, klienta by měl vyzbrojit maximální odpovědností a soběstačností. Pro klienty, kteří pobývali v ústavu po delší dobu (a samozřejmě nejen pro ně), by mohlo k návratu do běžného života pomoci poloústavní prostředí. Pro děti vycházející z dětského domova jsou to Domovy na půl cesty nebo pro vězně opouštějící vězení tzv. Probační domy. V našem případě by klientům, opouštějícím ústavní

prostředí, mohly být nápomocny programy následné péče, chráněné dílny nebo chráněná práce.

**Následná péče** má v systému léčby závislých osob své nezastupitelné místo. Následná péče tvoří poslední fázi v procesu změny závislého jedince a patří sem veškeré intervence, které se snaží navozené změny udržet. Podrobněji se tématu následné péče a doléčování věnuje následující kapitola.

### **2.2.2 Národní registr léčby uživatelů drog**

2. března 2015 byl nově spuštěn Národní registr léčby uživatelů drog (NRLUD), který je zaměřen na shromažďování údajů o pacientech při vstupu do a výstupu z léčby závislosti včetně kontaktních, poradenských a resocializačních programů pro uživatele drog. Jako jeden z nových národních registrů je definován v zákoně č. 372/2011Sb. o zdravotních službách. Ze zmíněného zákona vyplývá hlásící povinnost zdravotnickým i sociálním zařízením, která provádějí léčbu a poskytují sociální služby drogově závislým klientům. Statistickou jednotkou je osoba s problémy způsobenými užíváním návykových látek nebo osoba na nich závislá. V „hlášení“ při započetí léčby se zjišťují osobní údaje klienta či pacienta (místo jména se uvádějí iniciály), sociodemografické údaje, charakter kontaktu, informace o užívání drog, rizikovém chování, o problémech v souvislosti s užíváním drog a jako poslední je uvedeno hodnocení zdraví, sociální fungování a kvality života. Registr umožňuje i hlášení ukončení léčby.

*„Věříme, že kvalitnější a úplnější údaje z léčby pomohou v konečném důsledku lépe vyhodnotit a prokázat efektivitu, kvalitu a dostupnost adiktologických služeb v ČR a také zlepšit pracovní podmínky profesionálů, kteří v nich pracují.“* (Nechanská, Mravčík, Popov, 2015, str. 118)

Je otázkou, jak registr vnímají pracovníci a klienti či pacienti adiktologických služeb. Pro pracovníky to jistě bude znamenat zvětšenou administrativní zátěž (některé informace získají při matchingu) a na klienty/pacienty čekají delší vstupní „výsledky“ a přijetí skutečnosti, že budou do registru zapsáni automaticky, bez souhlasu. I přes výhrady bude registr ku prospěchu pro přehlednější drogovou situaci v ČR.

Síť adiktologických služeb je v ČR propletená, dostatečně vzájemně na sebe navazující komunikující. Adiktologické zdravotní i sociální služby svým klientům



vytvářejí přehlednou soustavu pomoci. Dochází také k neustálému zefektivňování jednotlivých služeb. Pro jedince s diagnózou závislosti na stimulačních látkách jsou především určena pobytová léčebná zařízení, ve kterých se zvládne lépe zadaptovat na nový život, na život abstinenta. Pokud je takový člověk plně motivován k léčbě, je velmi velká pravděpodobnost, že takové změny nakonec skutečně dosáhne. Po odchodu z léčebných zařízení bývá riziko relapsu velmi vysoké a proto je důležité pacientovi (klientovi) poskytovat dostatečnou podporu, aby těžce dosažené výsledky v procesu léčby nebyly ztraceny (Gossop in Gossop, 2009) Posledním článkem systému léčby a péče o drogově závislé jsou služby následné péče, které napomůžou takovým klientům lépe zvládnout proces návratu zpět do zdravějšího sociálního prostředí.

### 3. Doléčovací programy (následná péče)

Po absolvování základní pobytové léčby je pro člověka, který před nástupem do léčby žil rizikovým životem, návrat zpět do stejného prostředí velmi náročný, složitý a stresující. Čím déle byl na drogách závislý a jeho závislost ho dostala na samý okraj společnosti, tím déle a hůře se bude dostávat z takového sevření zpět. Během pobytové léčby žil v prostorách mimo pro něj rizikový svět, v tzv. chráněném prostředí, kde se ze své nemoci postupně léčil. Proces léčby v terapeutické komunitě či psychiatrické léčebně, ještě zdaleka nekončí. Teprve nyní abstinující jedinci zakoušejí reálný svět se všemi jeho možnostmi, ale i komplikacemi. Zvláště v těchto případech jsou lidem toužícím po trvalé abstinenci nápomocny služby následné péče a související doléčovací programy (angl. aftercare, postcare). Matoušek (2005) hodnotí nejúčinnější způsob v bezprostřední návaznosti doléčování po absolvování základní léčby, jelikož se tím zvyšuje schopnost klienta udržet stav v abstinenci.

Dle Výroční zprávy ve věcech drog z roku 2014 je v ČR v Registru sociálních služeb evidováno 35 programů následné péče o uživatele návykových látek. Dle Sčítání adiktologických služeb 2014 sociální práci a podpůrné služby v doléčování a sociální integraci uživatelů drog poskytují desítky až stovky adiktologických programů. Chráněné zaměstnání poskytuje 25 programů, následnou péči s chráněným či sociálním bydlením deklaruje 23 zařízení s 254 lůžky. Všechny zmíněné služby mají stejný cíl, kterým je plnohodnotné zařazení uživatelů drog do běžného života. (Mravčík, 2014)

Podle Pavlovské a Dolanské (2015) se v české prostředí termíny *následná péče* a *doléčování* mylně zaměňují. Následná péče se nejčastěji používá ve smyslu péče o osoby propuštěné z výkonu trestu. Při následné péči dochází k udržování změn, které u závislého jedince nastaly po dosažení abstinence v průběhu léčby, případně spontánně či po jiných intervencích (detoxifikace). V našich podmínkách jsou tradiční tzv. opakovací léčby (služby opakovací léčby nabízí i Léčebna návykových nemocí v Nechanicích). Další formou následné péče jsou doléčovací skupiny, které se scházejí zhruba jednou týdně, při níž se scházejí klienti po ukončení základní léčby i klienti v léčbě. Dalšími formami jsou individuální pohovory, zajišťované AT ordinacemi, popřípadě K-centry nebo klinickými psychology, často však bez pomoci socioterapie. Doléčování se v Glosáři pojmů definuje jako „soubor všech služeb, které následují

*po ukončení základního léčebného programu (psychiatrická léčebna, terapeutická komunita, atd.) a které ve svém souhrnu pomáhají vytvářet podmínky pro abstinenci klienta v životě po léčbě.*“ (Kalina a kol., 2001) Tím, že doléčování podporuje a posiluje abstinenci po léčbě, se vymezuje jako část následné péče. Doléčování je tedy fáze, která nastává po ukončení základní léčby závislosti. A následná péče je to, co nastává po detoxikaci v rámci systému péče o drogově závislé.

Služby následné péče jsou ukotveny v zákoně o sociálních službách č. 108/2006 Sb. (§64): *„Služby následné péče jsou ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám s chronickým duševním onemocněním a osobám závislým na návykových látkách, které absolvovaly lůžkovou péči ve zdravotnickém zařízení, absolvovaly ambulantní léčbu nebo se jí podrobují, nebo osobám, které abstínují.“* K základním službám následné péče patří sociálně terapeutické činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Pokud následná péče poskytuje pobytovou službu, dále poskytuje také ubytování a stravu nebo zprostředkovává pomoc při jejím zajištění. Doplňující informace o službách následné péče podává Vyhláška č.505/2006 Sb. v §29, ve které je stanovena výše úhrady za poskytnutí ubytování. (Příloha A)

V zákoně č.379/2005 Sb. o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů jsou služby následné a doléčovací péče definovány jako programy, které se poskytují ve zdravotnických i jiných zařízeních, které následují po ukončení léčby a pomáhají svým klientům/pacientům vytvářet podmínky pro udržování abstinence.

Ve Standardech odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby (Standardy služeb pro uživatele drog, závislé a patologické hráče) z roku 2013 jsou doléčovací programy definované obdobně a to ve speciálním standardu „Doléčovací programy, včetně programů chráněného bydlení a chráněných pracovních míst a rekvalifikace“. (Libra et al., 2012)

Základním úkolem následné péče je pomoci klientům postupně se postavit na vlastní nohy, žít zodpovědnější, zdravější a kvalitnější život. Následná péče a doléčování, podle Národní strategie protidrogové politiky z let 2001-2004, podporuje své klienty v udržování změn vedoucí k vyšší osobní spokojenosti v oblastech

zdravotní, psychické a sociální stabilizace, osvojování dovedností a znalostí pro každodenní život, řešení vztahových a rodinných problémů, řešení otázek spojených s prací, pracovním uplatněním, kvalifikací, řešení otázek spojených s bydlením, uspokojování duchovních potřeb a vytváření hodnotového systému, samotné přijetí sociální normy. Dle Dvořáka (2003-2) je také důležitý aspekt zvládnutí sociálních rolí. K potřebám uživatelů služeb následné péče řadí Radimecký (2012) nejen jejich základní fyziologické potřeby, ale také potřeby sociální a zdravotní (práce, vzdělání, volný čas, budování a udržování zdravých mezilidských vztahů a řešení zdravotních komplikací) a potřeby v oblasti osobnostního rozvoje a růstu.

Cílovou skupinou doléčovacích programů (následné péče) jsou klienti s diagnózou závislosti na alkoholových nebo nealkoholových drogách nebo patologičtí hráči s minimální dobou abstinence 3 měsíce. Preferují se osoby s absolvovanou deifikací a s minimálně krátkodobou léčbou (ambulantní či pobytovou formou) s motivací k abstinenci. Následná péče je v doléčovacích centrech poskytována buďto ambulantní formou nebo formou ubytování/chráněné bydlení. Různá zařízení nabízejí různé služby pro jiné věkové kategorie. Příkladem může být Doléčovací centrum Prevent, které poskytuje formu ambulantního doléčování i doléčování s ubytováním. Doléčovací centrum Prevent od svých potencionálních klientů vyžaduje doloženou abstinenci v minimálním rozsahu tří měsíců (ihned po léčbě). Do ambulantní formy jsou přijímáni klienti starší 15 let (se souhlasem zákonného zástupce) a možnost ubytování nabízejí pro klienty starší 18 let. U ambulantní formy se musí klienti účastnit všech aktivit, proto musí bydlet v blízkosti služby. Je důležitá motivace k životu bez drog. Tu zhodnotí terapeutický tým na základě vstupního pohovoru, písemné žádosti, životopisu a vyjádření týmu z předchozí léčby.

Doléčovací programy fungují odpoledne, částečně na způsob odpoledních stacionářů v délce minimálně 6 měsíců s doporučenou maximální délkou 1 roku. Doléčovací program poskytuje podpůrnou individuální a skupinovou psychoterapii, sociální práci, prevenci relapsu, nabídku volnočasových aktivit a dle svých možností nabízí i chráněné bydlení, chráněnou práci anebo rekvalifikaci. (Pavlovská, Dolanská, 2015) Terapeutický tým programů následné péče je svým složením multidisciplinární. Součástí týmu je psycholog, sociální pracovník, lékař a adiktolog. Pavlovská

a Dolanská mezi základní předpoklady těchto pracovníků řadí základní psychoterapeutický výcvik a dovednost prevence relapsu.

### 3. 1 Typy služeb následné péče

Dolčování v **dolčovacích programech** jsou programy formou ambulantního docházení skupin jednou týdně nebo jako intenzivní strukturovaný program doplněný volnočasovými aktivitami. Makovská Dolanská (2007) doplňuje informace, že by se provoz dolčovacích center měl prodlužovat do večerních hodin tak, aby klienti mohli chodit přes den do zaměstnání a účastnit se tak terapeutického programu. Klienti si podle svých možností vytvářejí tzv. týdenní program, který schvaluje jejich garant.

**Chráněné bydlení** patří v Zákoně o sociálních službách mezi služby sociální péče (v §51). Zákon jej definuje jako *„pobytovou službu poskytovanou osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Chráněné bydlení má formu skupinového, popřípadě individuálního bydlení.“* K základním činnostem chráněného bydlení patří poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Chráněné/podporované bydlení svým klientům slouží jako prostředek sociální stabilizace klienta a to formou přechodného ubytování. Ubytování je časově ohraničeno maximálně na 1 rok, je na ně uzavřena smlouva a klienti za něj hradí či na něj přispívají. Chráněné bydlení je propojeno s dolčovacími programy. (Dvořák, 2003-2)

Při využívání služby chráněného bydlení je důležité dodržovat daný řád a pravidla služby, mezi které patří striktní nedrogové prostředí a plné respektování práv ostatních ubytovaných. Potencionální klient služby musí podat žádost o přijetí.

**Chráněné/podporované zaměstnání** slouží k podpoře klientů ke snadnějšímu uplatnění na trhu práce, k zvyšování pracovní kvalifikace, k rekvalifikaci, ke zpevnění pracovních návyků. Těm klientům, kteří ještě nikde nepracovali a nemají tak žádné

pracovní zkušenosti, se doporučuje využít práce v chráněné dílně. Práce v chráněné dílně trvá zpravidla od 4 měsíců do 1 roku. V Mezioborovém glosáři pojmů (2001) jsou zmíněny příklady dobré praxe: čajovna, vývařovna, truhlářská dílna. Chráněné dílny spolupracují se středními školami, učilišti, firmami a agenturami, které poskytují v daném oboru rekvalifikace.

Chráněná práce i chráněné bydlení Dvořák (2003-2) vymezuje jako tzv. chráněný sociální prostor, do kterého patří i terapeutické komunity. Terapeutické komunity fungují na principu sociálně tréninkových aktivit. Každý člen komunity se podílí na chodu zařízení, starají se o přerozdělování práce, úklid, hospodaření, vaření, využívání volného času apod.

Některá resocializační zařízení pro závislé klienty provádějí **rekvalifikaci**, při níž dochází k osvojování určitých dovedností a jsou zakončeny rekvalifikačními zkouškami. Od rekvalifikací prováděných resocializačními zařízeními se spíše ustupuje a tato činnost se přenechává rekvalifikačním programům a organizacím, jako je např. úřad práce.

### **3.2 Průběh resocializace osob závislých na stimulačních látkách v doléčovacím programu**

S doléčováním a léčbou souvisí pojmy, jako je sociální rehabilitace/resocializace a rehabilitace. Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí odděluje léčbu a rehabilitaci, které se zaměřují na somatické a psychické poškození a sociální rehabilitaci/resocializaci, které se zaměřují na získání potřebných sociálních znalostí a dovedností u klientů/pacientů. Všechny tři typy intervencí spolu ale úzce souvisí a vzájemně se doplňují.

V souvislosti s **rehabilitací** se očekává sociální reintegrace do společnosti. Pojem rehabilitace zná každý, kdo prodělal nějaké onemocnění či úraz. Při rehabilitaci jde o co nejoptimálnější zdravotní a psychický stav, obnovu (náhradu) ztracených (omezených) schopností a dovedností a dobré sociální fungování. U duševních nemocí by měla rehabilitace začít v co nejkratším čase od začátku léčby (při léčbě závislostí začíná rehabilitace po detoxifikaci a další lékařské a psychiatrické péči). Rehabilitace využívá skupinovou terapii, kognitivně-behaviorální terapii k prevenci relapsu, účast

na svépomocných skupinách, léčba v terapeutické komunitě, pobyt v chráněném bydlení, rekvalifikace a chráněná pracovní místa. (Mezioborový glosář pojmů, 2001)

**Sociální rehabilitaci** (§70) definuje zákon o sociálních službách jako „*soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí. Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb.*“

Sociální rehabilitaci Dvořák definuje jako: „*(re)integraci závislého do společnosti prostřednictvím (znovu)nabytých sociálních a profesních dovedností a podpůrného sociálního prostředí a vztahů*“. (Dvořák, 2003-2, str. 64) Cíl sociální rehabilitace nespočívá v pouhé abstinenci od drog, abstinence se v tuto chvíli stává prostředkem k dosažení integrace závislého jedince.

Pojem **resocializace** je odvozen od slova socializace. Při socializaci si dítě osvojuje a sžívá se s pravidly života ve společnosti, ve které vyrůstá a to například identifikací, nápodobou, výchovou, díky kterým se může začlenit do společnosti a účastnit společenského života. Při resocializaci dochází k znovupřijetí norem, hodnot, způsobů chování a pravidel. Ne každý jedinec závislý na drogách je sice sociálně vyčleněn ze společnosti, ale téměř každý z nich potřebuje pomoci naučit se základním sociálním znalostem a dovednostem. Nejčastěji se o resocializaci mluví v souvislosti o znovu začlenění propuštěných vězňů do společnosti nebo, podle Czapowa a Jedlewskiho (1981), při převýchově dětí ve výchovných ústavech.

Dříve byly resocializační programy chápány jako služba následující po léčbě (detoxifikace-léčba-resocializace), ale vzhledem k poskytovaným resocializačním aktivitám terénními nebo nízkoprahovými středisky se od vnímání resocializace následující striktně po léčbě ustupuje. Resocializace má v léčbě závislých osob několik podob. Jde o formy od pracovní terapie až po chráněné dílny, od sociálního poradenství až po socioterapeutické kluby, od výuky sociálních dovedností až po rekvalifikační programy apod. (Mezioborový glosář pojmů, 2001)

S resocializací a sociální rehabilitací se setkáváme při indikované, tedy **terciární prevenci**. Terciární prevence představuje činnosti zaměřené na předcházení recidivy u drogově závislých. Hlavním cílem je předcházení zhoršování stavu závislého a eliminovat počet recidiv. (Emmerová, 2007) Terciární prevence se týká i injekčních uživatelů drog, kdy jsou preventivní opatření zaměřená na snížení přenosu infekčních nemocí nazvaná Harm Reduction.

### 3.2.1 Složky doléčovacího programu

Léčba vycházející z bio-psycho-socio-spirituálního modelu by se měla praktikovat ve všech složkách systému péče o drogově závislé jedince a měla by z něj vycházet, a to i v doléčovacím procesu. Při práci s klienty se používají následující formy práce a zároveň složkami doléčovacích programů je psychoterapie (jak individuální, tak skupinová), rodinná případně partnerská terapie - práce s rodinnými příslušníky, sociální práce, prevence relapsu, farmakoterapie - lékařská péče, toxikologické vyšetření, krizová intervence, volnočasové aktivity, doplňkové programy (informace, poradenství a edukace). (Pavlovská, Dolanská, 2015), (Radimecký, 2012) Dle Makovské Dolanské (2007) se doléčovací program nezaměřuje primárně psychoterapeuticky, ale psychosociálně.

Vezmeme-li v úvahu, že závislost na stimulačních drogách je psychická, léčba spočívá převážně v psychoterapii, která je dlouhodobá a zahrnuje dlouhodobou podporu v abstinenci. **Psychoterapie** je dle Vymětala (2003) „*interdisciplinární a transdisciplinární obor vycházející z psychologie a pomáhající člověku prostřednictvím psychologických prostředků v dosahování normality*“ (Vymětal, 2003, str. 17) Psychoterapie má pomoci klientovi zpracovat vše, co se mu odehrálo s životem, aby vše pochopil a dokázal s tím smysluplně žít v budoucnu. (Helus, 2011)

Psychoterapie má široké využití a očekává se od ní zmírnění nebo odstranění psychologických potíží a v nejlepším případě i odstranění příčin těchto potíží. (Miovský, Bartošíková, 2003-2). Psychoterapii může vykonávat pouze kvalifikovaný psychoterapeut.

Psychoterapie při následné péči je zaměřena na stabilizaci klientovy emotivity. Psychoterapie zde navazuje na psychoterapie využívané při základní léčbě. Na rozdíl



od předchozí léčby v pobytových zařízeních v terapeutických komunitách a psychiatrických léčebnách (nemocnicích), je psychoterapie v doléčování zaměřena spíše na individuální psychoterapii. (Růžička, Prachařová a kol., 2014), i přes to na psychoterapii v následné péči navazuje psychoterapie uplatňována při základní léčbě. Objevují se nevyřešená témata z doby užívání drog nebo ještě starší, Zároveň se objevují úplně nová témata, která klient po odchodu z léčby řeší. „*Nelze hovořit o nějaké „hlubší“ psychoterapii, spíše se jedná o podpůrnou psychoterapii zaměřenou na stabilizaci klienta.*“ (Kuda, 2003-2, str. 209)

Skupinová terapie je typická při setkávání **svépomocných skupin**. Svépomocné skupiny jsou hojně využívány především v zahraničí, kde mohou být dokonce soudem nařízené. Kromě nejznámější skupiny Anonymních alkoholiků se setkávají skupiny jako Anonymní narkomané, Anonymní kokainisté, ale setkávat se mohou i lidé, které nepotkal žádný drogový problém, ale nějaká nemoc či jiná životní událost. Jde o skupinovou terapii bez přítomnosti odborníků a terapeutů. Hnutí Anonymních alkoholiků stojí na zásadách nazvaných Dvanáct kroků, ze kterých vycházejí i Anonymní narkomané atd. V ČR těchto skupin není mnoho. Na webových stránkách Anonymních narkomanů jsou v kontaktech uvedena místa setkávání v Praze, Brně a Ostravě.

Pavlovská a Dolanská (2015) v doléčování upřednostňují využití skupinové psychoterapie, na rozdíl od Prachařové (Růžička, Prachařová a kol., 2014), která upřednostňuje psychoterapii individuální. Obě formy psychoterapie jsou v doléčování ale uplatňovány. Při pobytové léčbě je důležité udržování klienta v léčbě, aby nedošlo k jejímu předčasnému ukončení. I v průběhu doléčování je na místě s klientem vytvářet a udržovat dobrý terapeutický vztah. Terapeut klientovi pomáhá se postupně osamostatňovat a jeho role je nyní spíše pasivnější, než jak tomu bylo v průběhu léčby, kdy klientovi ukazoval přesnou cestu.

**Prevence relapsu** je v doléčovacím programu základním tématem. Makovská Dolanská (2007) uvádí, že do prevence relapsu patří veškerá témata, která se týkají aktuálně prožívané situace, vztahů a plánů. „*Prevence relapsu je kognitivně-behaviorální přístupem, který se zaměřuje na zvyšování kontroly kombinováním nácviku dovednosti zvládnání, kognitivní restrukturalizace a intervencí zaměřených na stabilizaci*

životního stylu“ (Kuda, 2003-2, str. 117) Při prevenci relapsu nejde ani tak o to, naučit klienta vyhýbat se rizikovým situacím, ale jde i o to vybavit klienta dovednostmi, díky kterým se riziko relapsu sníží. K rizikovým situacím patří negativní emoční stavy, interpersonální konflikty nebo sociální tlak. Velmi rizikovým spouštěčem je v případě osob závislých na stimulačních látkách je craving. (Kuda, 2003-2) Craving může nastat i při banálním odebírání krve bývalého injekčního uživatele. Jelikož se nedá předejít tomu, aby ke cravingu nedošlo, je důležité, naučit se s ním pracovat. Dojde-li k jednorázovému užití drogy („laps“), abstinující člověk by se měl umět vyrovnat i s touto událostí a předejít tím dalším relapsům tak, aby nedošlo k plné recidivě. Každý klient se stále učí, jak těmto situacím přecházet nebo pokud přijdou, jak se s nimi vyrovnávat. Někdo si pustí příjemnou uklidňující hudbu, někdo relaxuje, dá si teplou koupel či naopak studenou sprchu apod. Strategií je hned několik, stačí se naučit ty, které jsou pro daného jedince užitečné. Učením těchto strategií se relaps paradoxně stává pro klienta pozitivním významem, jak nese název článku od Pavli Makovské Dolanské v časopise Sociální práce (2007). Při programech prevence relapsu se proto užívá kognitivně-behaviorální terapie.

Článek Mýty v doléčovacím procesu od K. Havlové (2009) se zaměřuje na změny v chování, postojích, hodnotách, volných vlastnostech, životního stylu a návyků a zevnějšku v procesu změny klientů. Právě poslední fáze v „kruhovém modelu změny“ je fáze udržování, která se ověřuje v procesu udržování. Doléčování je na tuto fázi tudíž nastavené. Ne ale každý klient v doléčování se v udržovací fázi může nacházet. Nezralá motivace klientů i v procesu doléčování vede k častým relapsům těchto klientů. To samé se týká abstinence. Pokud je jedinec nucen k abstinenci jinými okolnostmi, než vlastním rozhodnutím, změna se u něj nedá očekávat. Pokud jedinec je k abstinenci nucen, to k uzdravení nestačí vůbec, pokud abstinovat chce, ale neví dostatečně proč a jak, i to pro uzdravení nestačí. Pokud je ale přesvědčen, že abstinovat může z vlastní vůle a že neužívat drogu dokáže, je velmi velká pravděpodobnost, že to taky dokáže. (Havlová, 2009)

**Rodinná terapie a práce s rodinou** bývá pro lidi závislé na stimulačních látkách také důležitá, jelikož jejich uživatelé jsou v průměru mladší než uživatelé jiných látek. Rodina bývá frustrována několika neúspěšnými pokusy o vyléčení závislosti

svého člena. Proto se dlouze a intenzivně pracuje na budování zpětné důvěry. Faktor rodiny je v léčbě a doléčování velmi důležitý. I přes skutečnost, že situace v rodině závislé osoby vstupující do resocializačního centra je problematická a vztahy s příbuznými jsou deformované, je to právě pomoc rodiny, kterou považují za důležitou a pravděpodobně svou rodinu vnímají jako nejbližší zdroj podpory v jejich situaci. (Pavelová, 2014) Obdobou je i partnerská terapie. Studia ukazují, že větší část klientů resocializačních center nežije ve stabilním vztahu

**Sociální práce** se při nástupu do doléčovacího programu stejně jako při nástupu do základní pobytové léčby, soustředí na pomoc při adaptování jedince na léčebné zařízení. Z tohoto důvodu je nutné vytvoření dobrého terapeutického vztahu jako prevenci vypadnutí z léčby. Jedinci závislí na stimulačních látkách se pravidelně dostávají do konfliktu se zákonem například prodejem nebo výrobou drog, mají dluhy (o kterých třeba ani nevědí), nemají kde bydlet nebo zkrátka neví, jak si sepsat životopis. Sociální pracovník klientovi pomáhá a radí, kam zajít, kde se zeptat atd.

**Lékařská péče** je pro klienty závislé na stimulačních látkách velmi důležitá. Mnoho z nich trpí společně se závislostí duálními poruchami nebo důsledkem závislosti je nakažen infekcí. Klientovi by se mělo pomoci zajistit odbornou lékařskou službu pro různé oblasti.

**Nabídka volnočasových aktivit** pomůže klientům, kteří žádnou volnočasovou aktivitu nikdy neprovozovali, najít tu správnou, která by je naplňovala a bavila. Klienti se naučí zdravě trávit volný čas, díky nim se snadněji dostanou k zdravé populaci, ve které si mohou budovat svou novou sociální skupinu.

### **Příklad fází doléčovacího programu DC Sananim**

V **1. fázi** se klient v tzv. „přípravné fázi“ seznamuje s prostředím, kde bude nyní trávit několik měsíců, je kladen důraz na intenzivní individuální přístup ke klientovi, je důležité s klientem zmapovat jeho základní okruhy problémů. Klient se zhruba po 14-ti dnech po domluvě s garantem účastní skupinových aktivit. Dochází k e stabilizaci života po léčbě. Dále se klient učí postupně zvládat situace běžného života, učí se zorganizovat si svůj čas, denní program, zjišťuje situace, kdy dochází k bažení a učí se jej zvládat nebo se jim vyvarovat. Každý klient má svůj osobní plán doléčování, který

mu pomůže plnit úkoly, které by měl zvládnout. Klient si hledá zaměstnání, k dalším úkolům patří zajistit si splácení dluhů, klienti se řídí vytvořenými finančními plány, díky nimž se naučí hospodařit s penězi, řeší si právní problémy, učí se komunikovat s rodinou a rodiči. Přechod do druhé fáze následuje po posouzení větší stability v abstinenci a splnění všech úkolů z první fáze, poté klient může požádat garanta o přestup do druhé fáze. Žádost o přestup se také sděluje na skupině, kde se celá první fáze hodnotí, skupina ale na přestup nemá vliv.

Pro **druhou fázi** je hlavním úkolem udržení změn, které si klient vytvořil v první fázi a dochází tak k upevňování zvládnání svých povinností. Druhá fáze se zaměřuje na sociální okolí klienta. Klient si hledá zdravé vztahy jak partnerské tak přátelské, učí se smysluplně využívat svůj volný čas, hledá si koníčky. Opět jsou úkoly sestavené v osobním plánu ve spolupráci s klientovým garantem. Ke konci třetí fáze se klient většinou cítí být připraven na to, žít samostatně. Někteří ale dobrovolně ještě zůstávají a nastupují do třetí fáze.

Při **třetí fázi** se klient postupně odpoutává od odborné péče v doléčovacím programu, především pro klienty chráněného bydlení. Horní časová hranice pro ukončení třetí fáze je 1 rok od zahájení účasti doléčovacího programu. Ukončení třetí fáze již není doprovázeno rituálem, stačí domluva s klientovým garantem

Renarkon o.p.s. v Ostravě také nabízí **Klub Absolvent**, který je pod záštitou DP-DC Renarkon. Jedná se o dobrovolný program pro bývalé klienty terapeutických komunit, psychiatrických léčeben a ambulantní léčby, při kterém dochází ke vzájemnému předávání zkušeností ze života po léčbě. K setkávání dochází pod odborným dohledem koordinátora a to 4x ročně. Členové a koordinátor se setkávají o víkendech na předem dohodnutých místech.

Výzkumy naznačují, že úspěšnost léčby závislostí a udržení změn v chování uživatelů návykových látek dosažených v léčbě, zejména pak abstinence, zvyšují služby následné péče až o 80 %. (Radimecký, 2012) Všichni ti, kteří se skutečně chtějí své nemoci zbavit a vyléčit se, by měli následnou péči v doléčovacích programech zvážit. Přeci jen i člověk, který se navrácí do předchozího rizikového prostředí a navštěvuje alespoň ambulantní následnou péči, je stále v kontaktu s odbornou službou, kde jsou pracovníci připraveni mu s jakýmkoli vzniklým problémem pomoci.

## 4. Výzkumné šetření

Drogová závislost změní od základu život nemocnému jedinci, i jeho nejbližšímu okolí. Jedinec se díky své nemoci dostal do problémů jak se zákonem, tak do potíží finančních nebo dokonce existenčních. Každý z nich svou situaci prožívá individuálně. Stejně rozdílně svou situaci každý z nich vnímá. Někteří svůj závislý a rizikový život změnit nechtějí a nemyslí, že by jakoukoli pomoc potřebovali. Jiní si zase změnu přejí a touží po novém, zdravém a bezpečném životě. Těmto lidem jsou k dispozici programy a instituce, kterým jim v jejich cestě k vyléčení pomohou. Doléčovací programy patří k jedněm z nich. V doléčovacím procesu dochází k adaptování se na život ve společnosti bez drog.

Výzkumné šetření diplomové práce je zaměřeno na prožitky klientů v doléčovacích programech. Byla zjišťována zkušenost s těmito programy od stávajících a bývalých klientů těchto služeb se zaměřením na klienty s diagnostikovanou závislostí na stimulačních látkách. Výzkumné šetření se dále zaměřilo na průběh resocializace těchto osob v průběhu doléčování.

### 4.1 Cíle a výzkumné otázky výzkumného šetření

Cíl práce byl ve výzkumném šetření specifikován jako zjišťování zkušeností bývalých a stávajících klientů s doléčovacími programy.

Na základě studia odborných pramenů byla předpokládána vysoká úspěšnost klientů doléčovacích programů se zařazováním mezi běžnou společnost.

V návaznosti na cíl práce byl formulován vědecko-výzkumný problém: zkušenosti bývalých a stávajících klientů s doléčovacími programy. Tento byl pak transformován do hlavní výzkumné otázky ve znění: Jakou mají zkušenost bývalí a stávající klienti s doléčovacími programy?

Byl také zjišťován postoj těchto lidí k doléčovacím programům, co a jakým způsobem je v těchto programech podporuje v abstinenci a učí žít zdravější a kvalitnější život. Dále bylo zjišťováno, jak oni sami celý uzdravovací proces a život bez drog vnímají a jakým způsobem probíhá jejich resocializace do života ve společnosti.

Dílčí cíle zjišťovaly:

- motivaci absolventů základní pobytové léčby využít služeb následné péče;
- efektivitu služeb následné péče z pohledu personálu.

#### 4.2 Výzkumný vzorek

Z důvodu zaměření diplomové práce bylo k výběru výzkumného vzorku využito **záměrného (účelného) výběru přes instituce**, který Miovský (2006) popisuje jako metodu, „*kdy využíváme určitého typu služeb či činnosti nějaké instituce, určené pro cílovou skupinu, která nás výzkumně zajímá.*“ (Miovský, 2006, str. 138)

*„Záměrný výběr je důležitý proto, aby vybrané osoby byly vhodné, tj. aby měly potřebné vědomosti a znalosti z daného prostředí. Tyto osoby výzkumník vyhledává a podrobuje je zkoumání. Výběr je vždy „reprezentativní“, i když ne z hlediska matematické statistiky - osoby dobře reprezentují dané prostředí.“* (Gavora, 2000, str. 144)

Informanti byli voleni dle několika kritérií. Odpovídajícím osobám musela být v minulosti diagnostikována závislost na stimulačních látkách, s minimální dobou abstinence 9 měsíců (tzn. úspěšně absolvovaná minimálně krátkodobá tři měsíční léčba a minimálně šesti měsíční pobyt v doléčovacím programu). Jelikož léčbu samotnou absolvují v početnější míře muži, je mezi informanty i jedna žena a tři muži, ve věku 24 let (muž), 28 let (muž), 29 let (žena) a 30 let (muž), tedy v průměrném věku 27,75 let. Dva muži ve věku 24 let a 30 let byli klienti Služby následné péče v Olomouckém kraji, žena ve věku 29 let absolvovala program následné péče v ambulantním centru ve Středních Čechách a muž ve věku 28 let absolvoval program následné péče z ambulantního centra v Pardubickém kraji.

Výběr probíhal prostřednictvím konkrétní pobytové formy Služby následné péče a zároveň prostřednictvím konkrétní ambulantní formy Služby následné péče. Úspěšný výběr vzorku byl uskutečněn v pobytové formě Služby následné péče, kde byli klienti prostřednictvím terapeuta informováni o možném rozhovoru se studentkou vysoké školy. S rozhovorem původně souhlasili tři klienti, ale k uskutečnění rozhovorů došlo ovšem pouze u dvou z nich. Prostřednictvím ambulantní formy programu následné péče

rozhovory uskutečněny nebyly. Vedoucí ambulantního centra upozorňoval na fakt, že si klienti nepřejí mluvit o svých problémech s někým mimo pracovníků zařízení a také samo zařízení garantuje, že nebude své klienty identifikovat coby uživatele drog dalším osobám (základní právo na zachování anonymity). Proto byl z těchto důvodů navržen přepis rozhovorů prostřednictvím pracovníků ambulantního centra, k čemuž nakonec z časových a kapacitních důvodů centra nedošlo. Jeden z rozhovorů byl proveden s bývalým klientem ambulantního centra na základě osobní známosti, který svým výrokem jen potvrdil nezájem klientů ambulantní formy služby následné péče hovořit o svých problémech s jinými lidmi, než s pracovníky. Řekl: „*No já bych asi u těch terapií taky nechtěl další nějakou cizí holku.*“ Druhý rozhovor proběhl s bývalou klientkou ambulantního centra na doporučení předešlého informanta.

Záměrný výběr přes instituce probíhal i v případě výběru pracovníků doléčovacích programů, kdy je tento způsob výběru považován za tu nejlepší volbu. (Miovský, 2006) Přes e-mailovou komunikaci bylo osloveno několik doléčovacích organizací, z nichž mi odpověděl vedoucí doléčovacího centra (jiného, než ve kterém probíhaly rozhovory s informanty) a ambulantního centra. Oba mi zodpověděli otázky vedoucí k výzkumné otázce zaměřené na efektivitu služeb následné péče.

#### **Charakteristika informantů:**

- **Pavel** (25 let): závislost na pervitinu 7 a půl let, z toho 2 roky nitrožilně, byl 4 krát hospitalizován v psychiatrické léčebně s nedokončenou léčbou. Dokončil 15 měsíční léčbu v terapeutické komunitě. Má nařízené obecně prospěšné práce se 4 podmíněnými tresty. První doléčovací program s chráněným bydlením ukončen po 14 dnech. Nyní 6 měsíců v doléčovacím centru s chráněným bydlením. Vyléčená žloutenka typu C. Nyní bez práce a bez vážného vztahu, je bezdětný. Abstinuje necelé dva roky.

- **Adam** (30 let): závislost na pervitinu 9 let, z toho nitrožilně 8 let, byl dvakrát ve výkonu trestu za krádeže, byl 3 krát hospitalizován v Bohnicích v psychiatrické léčebně. Byl dvakrát v terapeutické komunitě bez úspěšně ukončené léčby. Má úspěšně absolvovanou 9 měsíční léčbu v terapeutické komunitě. Má diagnostikovanou tzv. toxickou psychózu. Nyní je v doléčovacím centru rok, s dvouletou abstinencí, v době rozhovoru bez práce, ale hledá ji. Nyní je bez vztahu a bezdětný.

- **Lenka** (29 let): závislost na pervitinu 10 let, z toho 9 let nitrožilně, byla 2 krát hospitalizována v psychiatrické léčebně, má úspěšně ukončenou krátkodobou léčbu s následnou neukončenou léčbou v terapeutické komunitě, absolvovala šesti měsíční doléčovací léčbu, nyní 5 let abstínuje. Měla žloutenku typu C. Je vdaná, má 2 děti (jedno stále v péči prarodičů), je zaměstnaná.

- **Filip** (28 let): závislost na pervitinu 10 let, z toho 10 let nitrožilně, první nástup do terapeutické komunity byl neúspěšný, úspěšně absolvoval tři měsíční léčbu v psychiatrické léčebně, nyní 3 roky abstínuje. Pracuje v gastronomickém průmyslu, ale hledá si nové zaměstnání, žije s družkou a je bezdětný.

#### **Charakteristika vedoucích služeb následné péče:**

- Vedoucí doléčovacího centra: 14 let praxe v oboru adiktologie, pracuje na plný úvazek, s klienty v doléčovacím procesu se setkává denně, má magisterský titul ze sociální práce, adiktologie a etiky, absolvoval 5ti letý psychoterapeutický výcvik

- Vedoucí ambulantního centra: 8 let praxe v oboru, pracuje na plný úvazek a s klienty se setkává denně, má magisterský titul z pedagogiky, sociologie a tender studies, má absolvován 5ti letý sebezkušenostní výcvik, nyní studuje obor adiktologie

#### **4.3 Metodika výzkumné šetření**

Pro výzkumnou část diplomové práce byla zvolena kvalitativní metoda. Dle Gavory (2000) je hlavním cílem kvalitativního výzkumu porozumění člověku. Jde o pochopení jeho vlastních hledisek. *„Cílem je objasnit jak se lidé v daném prostředí a situaci chovají, proč jednají určitým způsobem, jak organizují své každodenní aktivity a interakce.“* (Žumárová in Skutil, 2011, str. 70)

**Metodou vyhodnocení dat** byla zvolena **IPA metoda** (interpretativní fenomenologická analýza) založená Jonathanem Adamem Smithem. Metoda má své kořeny v hermeneutice, fenomenologii a ideografii. (Šuráňová, 2013) Koutná Kostínková a Čermák (2013, str. 9) IPA metodu popisují jako *„porozumění žité zkušenosti člověka“*. Šuráňová (2013, str. 105) zase jako metodu, která *„zjišťuje a popisuje zkušenost respondentů z hlediska toho, jak oni sami utvářejí a konstituují realitu, a toho, jaký jí oni sami dávají význam, smysl“*. Interpretativní fenomenologická



analýza pomůže nahlédnout do žité zkušenosti jedinců se závislostí a na pomoc a léčbu jejich závislosti ve formě doléčovacích programů.

**Sběr dat** probíhal formou polostrukturovaných rozhovorů a metodou kvalifikovaného odhadu. **Polostrukturovaný rozhovor** je nejčastější používanou metodou v IPA. Představuje flexibilní metodu, díky které může respondent volně mluvit o tématu. Umožňuje výzkumníkovi držet se předem připravených otázek, ale zároveň se v průběhu rozhovoru doptávat na nejasnosti. Doplňujícími otázkami se zjistí, zda je vše správně pochopeno a s jejich pomocí se téma rozpracuje do hloubky, pokud je to užitečné směrem k cílům a výzkumným otázkám. (Miovský, 2006) Polostrukturovaný rozhovor „*tvoří soubor otázek v pevném pořadí a stejně formulovaných. Formulace sleduje maximální srozumitelnost pro informanty*“. (Žižlavský, 2003, str. 120) Otázky v polostrukturovaném rozhovoru jsou volnější než při strukturovaném rozhovoru, ale zároveň jsou organizovanější než při nestrukturovaném, tedy volném rozhovoru.

Další doplňující metodou sběru dat byl vybrán **kvalifikovaný odhad**, jenž Miovský (2006) označuje jako metodu, při které se, prostřednictvím experta na daný fenomén, může výzkumník dovědět co nejvíce informací, které potřebuje zjistit ke svému výzkumnému účelu. Díky tomu, že je tento expert s daným fenoménem v intenzivním kontaktu, má s ním spojené i bohaté zkušenosti a může tak posloužit jako důležitý zdroj dat. Získávání dat probíhá formou rozhovorů. Je důležité, aby si výzkumník získal o expertovi na fenomén důležité informace. Zpravidla se posuzuje jak dlouhá je zkušenost experta s daným fenoménem, jak intenzivní je zkušenost v praxi, jaké je vzdělání experta, jak často se s daným fenoménem setkává, popř. jaká je četnost fenoménu a jakou má přímou zkušenost s fenoménem. (Miovský, 2006)

#### **4.3.1 Transkripce dat**

Rozhovory byly se souhlasem informantů pořízeny pomocí diktafonu a následně doslovně přepsány do písemné podoby v Microsoft Office Word za pomoci techniky doslovné transkripce. Díky audiozáznamu pomocí diktafonu mohl rozhovor probíhat plynule bez rušení. Diktafon vystihuje tón hlasu informanta při vyprávění nebo délku pomlky, tedy například i jeho emoce a náladu při vzpomínání na události a je tedy zcela autentický (Miovský, 2006). Diktafon byl velmi malý a nepůsobil tak rušivě při průběhu rozhovorů, mohl tedy na něj informant snadno „zapomenout“ a nevnímat tak nahrávání,

kteře může působit značný stres a zároveň by mohl způsobit nevěrohodnost či neúplnost odpovědi.

Klíčovým faktorem pro podrobnou analýzu dat je v IPA metodě doslovný přepis rozhovorů. Z doslovné transkripce vychází komentovaná transkripce, která slouží k označení mimoslovních projevů. (Hendl, 2005) Zásadní je ale stále obsah sdělení. V přepsaném textu jsou označeny především neverbální projevy informantů (smích, přemýšlení,...), které napomohou lepšímu vcítění se do osoby informantů. V případě odpovědi prostřednictvím chatu přes sociální síť byly nápomocny tzv. emotikony, které slouží jako náhražky prožívané emoce. V případě zmínění názvu města, které by mohlo snadno identifikovat informanta, bylo v doslovném přepise označeno jako (město). Nesrozumitelná slova byla označena takto (...). (Příloha B)

#### **4.3.2 Etika výzkumného šetření**

Informanti byli o rozhovorech informováni přes personál, který je s nimi v každodenním kontaktu. Při pravidelné skupinové terapii v doléčovacím centru v Olomouckém kraji<sup>11</sup> zjišťoval hlavní terapeut souhlas klientů s uskutečněním rozhovorů se studentkou vysoké školy v rámci zpracovávání výzkumného šetření v diplomové práci. Bez jejich souhlasu by nebylo možné rozhovory uskutečnit. Při osobním setkání s informanty v doléčovacím centru byli všichni seznámeni s výzkumnými cíli diplomové práce a sledem okruhů a témat v rozhovoru. Dále byli informováni o anonymitě rozhovorů. Anonymita je zabezpečena i smyšlenými jmény, veškeré osobní údaje, které by mohly vést k identifikaci účastníka rozhovoru, budou v přepisu rozhovoru pozměněny nebo nebudou publikovány. Před zahájením rozhovorů bylo informanty svoleno nahrávání rozhovorů na diktafon, který nebude rušit průběh rozhovoru. Informanti byli upozorněni na přepis rozhovorů z diktafonu a následnému smazání z něj, jelikož rozhovory poslouží pouze pro účely výzkumné části diplomové práce. Jelikož se otázky dotýkaly citlivých témat, bylo informantům zdůrazněno jejich právo vyhnout se odpovědím, které by jim byly nepříjemné. Dále pokud neporozumí některé z otázek nebo je bude cokoli zajímat, mohou se kdykoli během rozhovoru zeptat a vše jim bude vysvětleno a zodpovězeno. Na konci rozhovoru bylo ověřeno, „*zda mají účastníci pro sebe všechny témata uzavřena a nebo potřebují čas na jejich uzavření.*“

---

<sup>11</sup> Z důvodu ochrany osobních údajů klientů není možné specifikovat konkrétní zařízení ani město

(Miovský, 2006, str. 169) Na úplném konci rozhovoru proběhlo s informanty poděkování a rozloučení.

Obdobný průběh mělo kladení otázek klientům ambulantního centra. Stejně jako při uskutečněných rozhovorech s informanty ve Službě následné péče, byli klienti ambulantního centra seznámeni se všemi výše uvedenými etickými zásadami. Byl jim vysvětlen účel rozhovoru, jeho anonymita a cíle výzkumné části diplomové práce. S oběma klienty probíhala konverzace prostřednictvím chatu přes sociální síť. Komunikace s nimi probíhala postupným kladením otázek, kdy účastníci rozhovorů v průběhu několika dní zasílali své odpovědi nazpět.

Rozhovory s vedoucími pracovníky byly taktéž anonymní a to z důvodu co největší otevřenosti a pravdivosti odpovědí. Zachována zůstala lokace služeb následné péče v rámci krajů.

#### **4.3.3 Limity výzkumného šetření**

Nemožnost setkat se osobně s klienty ambulantní formy programu následné péče a neslyšet a nevidět je tak při odpovídání na otázky, mohlo zkreslit pochopení jejich odpovědí. I přes tento fakt informanti ve svých odpovědích zasílali tzv. emotikony a v případě nejasností bylo potřebné vysvětleno. Dalším limitem k získání bohatých informací a dat mohla být nezkušenost s vedením rozhovorů s touto specifickou skupinou osob a možné vyhnutí se důležitým faktům, které sahají do hlubší zkušenosti informantů s doléčovacím programem a s resocializací v nich.

Další překážkou je možné zkreslení výsledků výzkumného šetření, jelikož svolní k rozhovorům mohli být pouze ti jedinci, kteří s doléčovacím programem nemají problémy a hodnotí je pouze kladně. Pokud by jedním z informantů byl ten, který má léčbu a následné doléčování nařízené soudem a je tedy v léčbě nedobrovolně, nemusel by souhlasit jak s prací doléčovacího programu, tak s uskutečněním rozhovoru.

#### **4.3.4 Validita výzkumného šetření**

V rámci rozhovorů je důležité mezi jeho účastníky vybudovat důvěru. Ta je zajištěna krátkým představením výzkumníka, vyřčení motivace k tvorbě daného tématu a seznámením s účelem výzkumného šetření.

Rozhovory s klienty pobytové formy služby následné péče probíhaly v prostředí jim známém, a kde se cítí bezpečně. Jednalo se o budovu, ve které sami bydlí a místnost, ve které se účastní skupinových terapií. Z jejich přístupu k rozhovoru a obsáhlým odpovědím bylo patrné, že obdobná témata mají s terapeuty již probraná. To samé se dá říci o odpovědích informantů, kteří odpovídali přes sociální síť. Vzájemné seznámení s informantku prolomilo ostych a odpovědi k otázkám byli více než obsáhlé. Pravdivost odpovědí je zajištěna anonymitou informantů. K vyšší validitě bylo zapotřebí si nastudovat potřebné množství poznatků z dané problematiky

#### **4.4 Postup zpracování a analýzy dat dle IPA metody**

Autoři IPA metody doporučují začátečníkům strukturovaný a jednoznačný postup analýzy, dle kterého bylo postupováno i v diplomové práci. Zpracováno dle Koutné Kostínekové a Čermáka (2013) a Šuráňové (2013).

0. Reflexe výzkumníkovy zkušenosti s tématem je podrobněji popsána v úvodu diplomové práce. „*Uvědomění a reflexe zkušeností výzkumníka slouží v IPA ke zvýšení efektivity a validity samotné analýzy.*“ (Finlay a Evans in Šuráňová, 2013, str. 107)

1. Fáze pročitání. Při této fázi si výzkumník několikrát čte participantovy výroky, aby poznal, „*jaké to je, být v respondentově kůži a dívat se na svět jeho očima*“. (Koutná Kostíneková, Čermák, 2013, str. 17)

2. Při další fázi dochází k tvoření počátečních poznámek a komentářů. Výzkumník si všímá toho, co je pro něj v textu nějakým způsobem zajímavé, významné. Jako pomocná metoda sloužila dekonstrukce textu, kdy si výzkumník čte po odstavcích pozpátku a lépe se tak orientuje v příběhu. Poznámky a komentáře byly psány metodou tužka a papír, kdy taková metoda „*navozuje intimnější sepětí s textem, příběhem i samotným výzkumem*“. (Koutná Kostíneková, Čermák, 2013, str. 18)

3. K rozvíjení témat dochází v době, kdy výzkumník pracuje více se svými poznámkami, než s výtoky respondentů. Vybírají se data, jež rozvíjí téma.

4. K hledání souvislostí napříč tématy sloužil způsob rozstříhání sepsaných témat, které byly rozloženy na ploše a podle svých podobností přiřazovány pod sebe. Takovým

tématům pak byly některé nadřazené a u některých vznikaly nové názvy nadřazených témat. Ve výsledných analýzách jsou sepsána jak hlavní témata, tak jejich podtémata.

5. Při další fázi se opakují fáze 1 - 4.

6. Po dokončení analýzy jednotlivých případů se hledají témata společná u všech respondentů.

#### **4.5 Výsledky výzkumného šetření**

Následující část se věnuje interpretování výsledků analýz jednotlivých informantů a následně společným výsledkům analýz všech informantů. Postupná analýza jednotlivých rozhovorů dala vzniknout nadřazeným tématům, která jsou označena **tučně**. Příběhy informantů jsou prokládány jejich vlastními slovy. Jména informantů jsou smyšlená. Dále analýza výroků pracovníků, která probíhala induktivní metodou, kdy se ze zjištěných faktů o efektivitě doléčovacích programů na základě výroků vedoucích pracovníků služeb následné péče dospívá k obecným závěrům.

#### **Sled pokládání otázek v polostrukturovaných rozhovorech s klienty doléčovacích programů**

Důležité bylo zjistit, jak informanti svou závislost od jejího počátku až do jejího překonání sami vnímají a jak hodnotí svou životní situaci a před a po vzniku závislosti. Jedna z dílčích výzkumných otázek zjišťuje motivaci klientů doléčovacích programů využít těchto služeb, proto je nutné znát, z jakých důvodů se rozhodli do celkového léčebného procesu vstoupit. Díky otázkám v rozhovorech bylo zjišťováno, jak hodnotí průběh léčby v pobytových zařízeních, kde svou závislost léčili, od koho a jakým způsobem se v průběhu léčby o doléčovacích programech dověděli a z jakého důvodu se rozhodli, že služeb následné péče využijí. Je podstatné také znát, jak klienti doléčovacích programů nabízené služby hodnotí, zda by v nich nastavili služby jiným způsobem nebo by potřebovali nějaké služby k ostatním přidat. V neposlední řadě bylo podstatné zjistit, jak doléčovací programy své klienty připravují na život mimo chráněné prostředí a představu klientů o budoucím životě, plánech a snech.

Otázky pro pracovníky doléčovacích programů:

- Jak se klienti nejčastěji o následné péči dovídají?
- Jak probíhá komunikace s adiktologickými organizacemi, především s psychiatrickými léčebnami a terapeutickými komunitami?
- Jak hodnotíte efektivitu služeb následné péče v systému léčby závislých jedinců? Daří se klientům po odchodu z následné péče se plně začlenit do společnosti?
- Jak dlouho se takovými klienty pracujete? Jak intenzivně? Jak často se s nimi setkáváte? Jaké je Vaše vzdělání?

**4.5.1 Výsledky analýz rozhovorů jednotlivých informantů**

**Adam (30 let)**

Přehled hlavních témat a podtémat:

**1. Bezstarostný život (počátek závislosti)**

- a) Místo školy v zaměstnání
- b) Zábava a euforie
- c) Přednost mělo pouze užívání pervitinu
- d) Krádeže, které procházely

**2. „Závislost změnila celý život“**

- a) Negativní důsledky závislosti (vězení, dluhy a nemoc)
- b) Časté recidivy i přes zjištěnou nemoc

**3. V terapeutické komunitě změna postoje**

- a) Motivace nemoc a nová motivace rodina a sport
- b) Apelování terapeutů na doléčování

#### 4. Pomoc v návratu

- a) Velký skok, obrovská pomoc
- b) Našel sám sebe
- c) Závislost jako minulost
- d) Stále dlouhá cesta ke klidnému životu

#### Popis tématu **Bezstarostný život (počátek závislosti)**

Adam začal užívat pervitin ve svých 17 letech. Střední odborné učiliště, kde studoval, ve druhém ročníku ukončil. Škola pro něj neměla takřka žádný význam. *„Školu jsem neudělal, protože jsem se na to vykašlal, se mi nechtělo prostě no.“* Jeho užívání pervitinu předcházelo pravidelné užívání marihuany. Své experimentování s pervitinem ze začátku popisoval jako víkendové záležitosti. *„To byly spíš ty víkendy jenom a pak jsem se šel pobavit na diskotéky, jsem se šel pobavit, na sex hlavně to bylo dobrý no (úsměv). Jsem měl dlouhou výdrž, no, jako bylo to dobrý no. Bavilo mě to.“* Užívání pervitinu bral jako zábavu, bavilo ho to a účinky si užíval. Vydržel déle, než jak by tomu bylo bez něj a to ho lákalo. Užívání pervitinu se postupně stávalo pravidelnější záležitostí. Adam dokonce dal přednost užívání přes spoluzítí s rodiči a raději se přestěhoval na ubytovnu. *„Aby nebylo zle doma, jsem se radši přestěhoval, bydlel jsem na ubytovně radši, začal jsem bydlet sám.“* V tu chvíli začal Adam užívat pervitin takřka denně a po čase přešel na injekční užívání drogy. V době, kdy si Adam našel vážný vztah, dokázal téměř dva roky abstinovat. *„To jsem jenom hulil věčně, ale pervitin jsem nebral.“*

Ovšem po dvou letech došlo k rozchodu a Adam se plně navrátil k užívání pervitinu, tzv. se vrátil do starých kolejí. Rozchod, jako značná stresová situace, způsobil plnou recidivu. Adam se s rozchodem nedokázal vyrovnat a jako únikovou strategii si zvolil opětovné užívání pervitinu, díky kterému utíkal před reálným a pro něj komplikovaným světem.

Recidiva způsobila Adamovu ztrátu zaměstnání. *„Zhroutil se mi svět.“* Jako východisko si Adam zvolil ne příliš šťastnou cestu. K návratu v užívání pervitinu se přidala trestná činnost ve formě krádeží. *„Začal jsem krást, jsem patřil k takovému*

*gangu menšího v Ostravě, ten se soustředil na Kauflandy, a vybírali Kauflandy, měly takový tašky velký a vybírali jsme to.“* Tímto způsobem získával Adam na pervitin finanční prostředky. Ke krádežím se přidalo půjčování peněz, čímž se klient dostal do finančních dluhů, se kterými se potýká dodnes. Krádeže vyvrcholily odnětím svobody. *„Prošlo nám to, bylo to (...), bylo na mejdany, jenže potom jednoho dne přijela pro nás kriminálka a šel jsem na vazbu a hned jsem dostal na tvrdo 17 měsíců. Dvakrát jsem seděl, jednou v Kynšperku a jednou ve Stráži.“* Nyní svou předešlou situaci hodnotí jako *„špatnou volbu.“* Adamova každodenní rutina se točila pouze kolem obstarávání drog (krádežemi) a jejich užívání.

### **Popis tématu „Závislost změnila celý život“**

Adam po znění otázky *„Jak se Váš život změnil v době závislosti“* odpověděl: *„Úplně se změnil celý život“*. Díky závislosti na pervitinu se Adam dvakrát dostal do vězení a do obrovských dluhů. Důsledkem dlouhodobého užívání byla Adamovi diagnostikována toxická psychóza. *„Jsem slyšel hlasy, jsem slyšel, bylo to hodně nepříjemný, jsem utíkal, jsem házel po lidech kamenama. Lidi mě nadávali do feťáků a já jsem slyšel, jak nadávají prostě.“* Tímto se Adam dostal po prvé do psychiatrické léčebny v Bohnicích, kam byl převezen rychlou záchrannou službou a byl hospitalizován. Přes veškeré negativní důsledky, které mu závislost na pervitinu způsobila, nebyl Adam ještě k léčbě připraven. Přes projevy nemoci a mnohočetné hospitalizace v psychiatrické léčebně nadále recidivoval. Nebyl nijak k léčbě motivován. *„Jsem si řekl, že pojedou dál, že budu dál fetovat ... Jsem tam byl spíš schovanej, před těma bludama. A potom jsem vyšel ven, zase jsem si dal prostě a zase to bylo to samí dokola.“*

### **Popis tématu V terapeutické komunitě změna postoje**

Zlom v Adamově postoji k léčbě závislosti a způsobu života nastal po nástupu do terapeutické komunity, kde dokázal 9 měsíců abstinovat. Zde se mu vrátily projevy toxické psychózy. *„Jsem slyšel hlasy, tak jsem nesměl ani na vycházky chodit, ven prostě, jsem byl zavřenej furt tam prostě, no a od té doby už vlastně nefetuju.“* Adamovi se v terapeutické komunitě podařilo uvědomit si rizika své nemoci, a to jak závislosti na pervitinu, tak toxické psychózy. Vnímal zlepšení svého zdravotního stavu v době abstinence. Léčba toxické psychózy se pro něj stala tou hlavní motivací, ke které se



postupně přidaly další. Velmi podstatné bylo, že Adam začal komunikovat s rodinou, převážně s matkou a bratry, kteří pro něj byli oporou. Další motivací, které Adam přiklání nemalý význam, bylo nalezení nových zájmů, převážně sportu. Díky nástupu do terapeutické komunity se Adam dostal do prostředí, kde je jistý pravidelný režim, platí přísný řád a pravidla, která se musí dodržovat, což do dosavadní chvíle Adamovi chybělo.

### Popis tématu **Pomoc v návratu**

Adam si při pomyšlení na venkovní prostředí ještě zdaleka svou abstinencí nebyl jistý, a proto dal na doporučení terapeutů, aby po skončení léčby nastoupil do doléčovacího procesu. *„Ty terapeuti apelujou na to, abychom si zařídili doléčování po léčbě. Apelujou na nás.“* Adam si ve své abstinenci ještě zdaleka nevěřil, potřeboval pomoci v několika oblastech. *„Aby mi pomohli, hlavně ta práce, aby mi pomohli s tím, že nesmím pít, nesmím fetovat, že mi s tím ještě někdo pomůže, prostě jsem si nebyl stoprocentně jistej, že bych to zvládl venku sám. Tak jsem věděl, že půjdu sem. A s tím mi hodně pomohli.“* Stěžejním úkolem tedy pro Adama bylo sehnat zaměstnání, jelikož se stále potýká s velkou zadlužeností. V době rozhovoru byl Adam 14 dní bez práce a v průběhu rozhovoru na něm bylo znát, že mu tyto dny bez práce silně nevyhovují. Z důvodu velké zadluženosti si Adam zvolil pobytovou formu následné péče. *„Tady platím 3 500,- a tam bych platil 5 000,- někde za bydlení, to nechci prostě. Je tady všechno, jako v normálním bytě. Televize, kastrolý a tak.“* Uvědomuje si, že dluhy bude splácet ještě velmi dlouho. *„No hodně věcí ještě. Dlouhá cesta ještě. Splácet dluhy, splácet no, to je furt dokola. Je toho moc.“*

Adam hodnotí průběh doléčování velmi kladně. Velký podíl na jeho postoji mají terapeuti. *„Snažej se z nás co nejvíc vyždímat. A to je na tom to nejlepší právě.“* Svou situaci nyní, oproti situacím v době závislosti, přirovnává k velkému skoku. *„Hodně velkej rozdíl, velkej skok teda ... našel jsem tady sám sebe.“* Dříve nebral léčbu vůbec v potaz, v léčebnách se pouze schovával a na léčbu nepomýšlel. Nyní o své závislosti mluví jako o minulosti. *„Jsem dokázal přemoci tu svoji nemoc s drogami ... něco jsem dokázal.“*

Adam se těší na budoucnost bez starostí, kterých má ještě mnoho a chtěl by *„mít nějaký domeček, tady ve vesnici někde. V lese, nějaký malinkej domeček a mít svůj*

*klid*“. Klidem Adam rozumí nemít již starosti s dluhy a exekucemi, které bude ještě několik let muset řešit. Jeho vyslovené sny a přání nejsou nereálné a může tak pro jejich splnění udělat maximum.

**Filip** (28 let)

Přehled hlavních témat a podtémat:

### **1. Liberální prostředí**

- a) Příliš liberální výchova (a bez autority k otci)
- b) Vyhledávané drogové prostředí

### **2. Znaky závislosti**

- a) Prodej pervitinu spojený s jeho četným užíváním
- b) Uvědomované negativní chování
- c) Přes snahu k léčbě chybí motivace

### **3. Motivace díky terapiím**

- a) Vnější motivování k léčbě v ambulantním centru
- b) Důraz na práci terapeutického týmu
- c) Důvěra a síla vůle

### **4. „Pomocná berlička“**

- a) Pomoc a podpora v řešení důsledků závislosti
- b) Důležitost kontaktu se zdravým sociálním okolím
- c) Porovnání priorit a zodpovědnost

Popis tématu **Liberální prostředí**

Filip vyrůstal v mnohogeráčním domě, ve kterém ho vychovávala matka s babičkou a dědou. V domě žil se svou mladší sestrou a nevlastním mladším bratrem,

který je synem jeho nevlastního otce, který s nimi v domě pobýval. Vlastní otec žije s přítelkyní, která není pro děti vhodným vzorem, jelikož ji Filip popsal jako „alkoholičku“. Jak Filip, tak jeho sestra k němu chodili neradi na návštěvy a pokud, převážně v době, kdy se macecha nezdržovala doma. Filip si pamatuje na dobu, kdy začínal kouřit cigarety a otec jeho návyk zjistil. „*Chtěl po mně, ať před ním vykourím celou krabičku tvrdých Peter, abych se z toho pobil a už nechtěl kouřit, jenže já se nepobil, ale i kdyby jo, tak budu kouřit dál.*“ Takto nešťastným způsobem se otec snažil o výchovnou lekci pro svého syna. Nicméně Filip k otci nechoval respekt a ze snahy otce si ponaučení nevzal. Filip začal s drogami experimentovat před dokončením základní školy, kdy chodíval do místního „pajzlu, kde se scházeli huliči, alkáči a smažky“. V jeho případě ho spíše vychovávala babička než matka, která více svého času věnovala jeho nejmladšímu sourozenci. Filip se ale naučil, jak babičku obalamutit a uklidnit. Ve zmíněné hospodě se Filip seznámil s lidmi z místní drogové scény a tím pádem neměl daleko k experimentování s pervitinem. „*Jo to vím, kdy to bylo prvně, to bylo u kámoše z knajpy, tak u něj na baráku, kde valil fakt každej.*“ Rodina o jeho životním stylu neměla tušení, pouze o tom, že kouří marihuanu a cigarety a občas přišel domů pod vlivem alkoholu.

#### Popis tématu **Znaky závislosti**

Filip začal pravidelně pod vlivem pervitinu jezdit na tekno akce, kde se postupem času dostal k dealerování drog. Nejprve prodával extáze, posléze se přidal prodej pervitinu. Tím se spíše dostával do finančních problémů a pod množstvím pervitinu, který měl u sebe, také hlouběji do závislosti. „*Vydělával jsem spíš s těma koláčema na těch akcích, protože ten pervitin, místo abych prodával, tak jsem ho spíš sjel no a to mi pak už dost chyběly peníze a začal jsem valit každej den.*“ Filip euforickým účinkům drogy začal postupně více a více propadat. Přestával brát ohledy na ostatní lidi kolem sebe. Věnoval se především užívání pervitinu a obchodování s drogami, které již vůbec nevynášelo, ba naopak. Postupně začínal propadat do dluhů a peníze již sháněl jakoukoli formou. Jeho trestná činnost vyvrcholila uloženým alternativním trestem. K léčbě se rozhodl sám, z vlastní vůle. „*K léčení jsem se rozhodl ve chvíli, kdy už nebylo moc jiných řešení. Bez pervitinu jsem nedokázal být déle jak den.*“ Přes jeho „*odhodlání změnit vše špatné v mém životě*“ si na svou první léčbu vezl

marihuanu. Dvakrát zmínil, že „pro jistotu“, kdy z konverzace vyplynulo, že se za takový čin stydí. Báł se, co ho čeká a zda léčbu bez drog zvládne. Filip nastoupil do terapeutické komunity Fides. „Bohužel mi to tam neseslo už od začátku. Bylo to na mě strašně všechno přehnaný. Jak kdybych se přidal k nějaké sektě, no tak jsem to zabalil po pár dnech a vrátil se domů.“ Tato situace svědčí o Filipově nepřipravenosti k léčbě v prostředí, kde se dodržují řád a pravidla, které z venkovního prostředí neznal. Takového prostředí se zalekl a raději pobyt v něm co nejrychleji ukončil.

### Popis tématu **Motivace díky terapiím**

Po odchodu z terapeutické komunity zůstal Filip v léčebném procesu díky docházení do ambulantního centra, kde mu byly podporou terapie. „Díky nim jsem v době mezi léčbami nefétoval.“ Filip vyzdvihoval práci konkrétní terapeutky. „Za její pomoci jsem cca po měsíci nastoupil do druhého léčení.“ Filipův náhled na svou situaci se razantně změnil v době, kdy nastoupil do psychiatrické léčebny v Jemnicích. „Celej program byl postaven prvořadě na důvěře a síle vůle. Tady jsem se z nějakého důvodu začal cítit lépe.“ Filip se zde dokázal léčit 3 měsíce a úspěšně tak ukončil krátkodobou léčbu.

### Popis tématu „Pomocná berlička“

Filip v rozhovoru vyzdvihoval práci terapeutky v ambulantním centru v průběhu doléčování. „Byla to podpora, kterou jsem potřeboval. Neočekával jsem nic jiného, než pomocnou berličkou a opravdu tím i byla.“ Filip velice kladně hodnotil podporu v řešení problémů, které si posléze dokázal řešit sám a bez pomoci. Filip si svůj život dokázal tzv. dát do kupy. Přestal se stýkat s lidmi, kteří by ho mohli snadno stáhnout zpět k užívání drog, převážně pervitinu. „Docházel jsem sem na doléčování půl roku, během této doby jsem si porovnal priority a zodpovědně přistupoval k věcem, na které jsem před tím kašlal.“ Filip začal přistupovat k životu zodpovědnějším způsobem, než jak tomu bylo před a v době závislosti. „Dřív nebylo nic problém. Dřív to byla všechno větší zábava... Do všeho jsem se vrhal po hlavě a neřešil, že by to mohlo bejt špatně.“ Filip má již jisté závazky. Pravidelně chodí do práce (kuchař) a ještě nedávno měl v plánu si otevřít vlastní restauraci a tam být šéfkuchařem. Do budoucna by se ale raději tomuto povolání vyhnul a „mít pracovní dobu jako každý normální člověk.“ Rád by si se svou družkou, v budoucnu založil rodinu.

## **Pavel (25 let)**

### Přehled hlavních témat a podtémat:

#### **1. „Dokonalý život“**

- a) Nedokončená škola
- b) Experimentování s drogami
- d) Pravidelné návštěvy drogového prostředí
- d) Počáteční euforie z účinků pervitinu

#### **2. Bludný kruh závislosti**

- a) Trestná činnost
- b) Mnohočetné relapsy
- c) Nepřipravenost k doléčování
- d) Negativní důsledky závislosti

#### **3. Nutkání řešit stav**

- a) Léčba nemoci (žloutenka typu C)
- b) Potřeba povídat si a poradit

#### **4. Přijetí zodpovědnosti**

- a) Vlastní přesvědčení o důležitosti abstinence
- b) Srovnat si život
- c) Uvědomění si vlastního úsilí

## 5. Obavy z nedostatků

- a) Nefunguje sto procentně
- b) Velký spouštěč - alkohol
- c) Obava z možné recidivy (ve formě nudy a spouštěčů)
- d) Nutná práce s volným časem

### Popis tématu „Dokonalý život“

Pavel po znění první otázky ihned odpověděl, že „*měl vlastně dokonalý život*“. Navázal informací o jeho nevlastním otci, který se o něj staral od jeho 3 let a vlastního biologického otce vlastně nikdy nepoznal. Pavel tedy považuje nevlastního otce za vlastního a vychází s ním dobře. Pro Pavla škola neměla téměř žádný význam. „*Ve škole jsem byl lajdák, nechtěl jsem se učit, ne že bych byl blbej, ale nechtěl jsem. Tvrdil jsem, že školu nepotřebuju.*“ Již na rozhraní základní a střední školy začal Pavel experimentovat s drogami. S pervitinem se poprvé setkal při pravidelné návštěvě techno akce, kdy mu jej byl kamarádem nabídnut. Pavel přesně vystihl zážitky z účinků pervitinu při první aplikaci této drogy a zážitky při dalších aplikacích, které zažívá téměř každý uživatel. „*Poprvé? Takové (přemýšlí), podruhé to bylo lepší. Poprvé to byla taková novinka, že jsem nevěděl, co od toho čekat, jak se chovat vlastně, po druhé už to bylo něco jiného, to už jsem si to vlastně zamiloval.*“ Pervitin Pavlovi svými účinky ukázal něco zvláštního, něco, co mu do této chvíle chybělo. Před tím mu užívání cracku, který má obdobné, ale ne tak intenzivní účinky, něco takového ještě nepřineslo.

### Popis tématu **Bludný kruh závislosti**

Pavel pod opojením účinků drogy, kterou již zdaleka neužíval pouze na parties, přestával chodit do školy, jelikož rekonvalescence z dlouhého užívání zabrala i několik dní. „*Potom jsem učňák nedodělal, nechodil jsem do školy, protože jsem bral pervitin a chodil jsem za školu, a když jsem jel pět, šest dní, tak jsem potom spal a pořád dokolečka.*“ Pavel se přestal věnovat jiným zájmům, které ho dříve bavily a jediné co ho zajímalo, bylo sehnat si pervitin. Pro to, aby si mohl Pavel drogu znovu aplikovat, dokázal podniknout skutečně cokoli. Drogu si začal zprostředkovávat trestnou činností.

*„No a s postupem času se všechno tak zkomplikovalo, že jsem začal dělat trestní činnost, kradl jsem, kradl jsem ve velkém.“* Pavlovi za trestnou činnost několikrát hrozilo odnětí svobody, vždy ale soud uložil podmíněný trest. Dobu, kdy Pavel začínal užívat pervitin injekční cestou, popisoval jako *„úplný konec“*. Trestná činnost tomuto stavu předcházela. *„To už bylo, jak já jsem kradl, tak ještě než jsem vytáhl jehlu z ruky, tak už jsem přemýšlel nad tím, kde co ukradnu, abych si zas moch dát zase, takže jsem kradl fakt ve velkém.“* Pavel se mezitím několikrát dostal do psychiatrické léčebny. Do třetí léčebny ho z důvodu předávkování odvezla rychlá záchranná služba. Na čtvrtém léčení byla v jeho přístupu k léčbě vidět patrná změna, kdy byl za své chování personálem pochválen. V pokračování v léčbě mu byla doporučena terapeutická komunita, ale díky jeho tehdejší přítelkyni se Pavel dostal do doléčovacího centra v Ostravě. Zde ovšem po 14 dnech drogu opět užil a odpovědnému pracovníkovi nic nenahlásil. *„Už mně hrabalo v hlavě, už jsem přemýšlel zas, kde bych co ukradnul a prostě zpeněžil, abych si moch jít zase dát. Nicméně to přešlo, šel jsem za přítelkyní, té jsem to řekl no a tak jsme to nějak přežili a nenahlásil jsem to a za dva, tři dny přišel vedoucí toho doléčováku s tím, že bude testování a já přemýšlel, jak to obchcat, aby na to nepřišli, tak jsem teda za ním přišel, že jsem si teda dal a potom mě vlastně vyhodili.“* Pavel tomuto incidentu věnoval poměrně značnou část rozhovoru. Bylo tedy patrné, že nad vzniklou událostí přemýšlel a patřila k hlavním tématům řešeným při psychoterapiích. Zmíněná událost naznačovala Pavlovi nepřipravenost k doléčování. Pavel se, dle kola změny, pravděpodobně stále nacházel mezi fázemi kontempace a rozhodování. Převážně z tohoto důvodu mu byla doporučena léčba v terapeutické komunitě.

#### **Popis tématu *Nutkání řešit stav***

Pavel se rozhodl nastoupit do terapeutické komunity v Opavě, kde mu diagnostikovali žloutenku typu C. Takovéto zjištění pro něj znamenalo jistý impuls k léčbě. *„Zjistili, že jsem pozitivní na žloutenku typu B, teda C, céčko, tak to mě též celkem dostalo, ale řekl jsem si, že s tím budu něco dělat a zahájil jsem léčbu interferonem.“*

Pavel byl z Opavy vyslán do psychiatrické léčebny v Horních Holčovicích. Díky silné motivaci dokázal v terapeutické komunitě vydržet 15 měsíců v abstinenci. A to i přes nelibost k programu, který v ní byl zaveden. *„Musel jsem tam zůstat, i když se mi*

*tam nelíbilo, největší fakt proč jsem tam chtěl zůstat, bylo to Céčko, to jsem chtěl vyléčit.“* Pavel je komunikativní člověk a potřebuje se ze svých problémů vypovídat a přesně to mu v psychiatrické léčebně chybělo. *„Já jsem chtěl zůstat v Opavě, kde byly ty skupiny, bylo prostě co řešit, probírat, přál jsem si to, to mi dávalo, nechtěl jsem do Holčovic, kde to je pracovní tábor, tam se ani nepracuje, tam se lidi prostě zašívají.“* Pavel měl nyní jistou motivaci ke změně. Uvědomil si, že mu jde nyní o život a musí on sám chtít se svým stavem něco udělat.

### Popis tématu **Přijetí zodpovědnosti**

Pavel novou dávku zodpovědnosti dokázal zužitkovat při volení si místa doléčovacího programu. *„Přemýšlel jsem, že bych šel zpátky do Ostravy, ale říkal jsem si, že Ostravu už ne, tam jsem znal dealery, a je to takové velkoměsto, tady nikoho z minulosti a celkově neznám.“* Z obavy možného relapsu mimo chráněné prostředí se Pavel rozhodl do doléčovacího programu nastoupit v ten samý den, kdy opustil psychiatrickou léčebnu. Pavel se stále potřeboval vymanit z problémů, které mu závislost na pervitinu přinesla. *„Tady je to testování, dohlíží na mě s tou abstinencí, já jako, co se týče chutí, tak ty přestaly a ta vize toho, že mi tady můžou pomoci s tou brigádou, s tím bydlením, pomoc ve skupinách, srovnat si věci v hlavě a hodit mě trochu do pořádku a to se mi líbilo.“* Pavel si současně uvědomuje důležitost vlastního úsilí, ví, že terapeuti jsou tu pro své klienty vždy s pomocnou rukou. *„Tady nám ukážou cestu a je to hlavně ve mně.“*

### Popis tématu **Obavy nedostatků**

Pavel přes veškeré úsilí, které věnuje své abstinenci od drog, vnímá jisté nedostatky, se kterými musí ještě pracovat. Jako svůj ústřední problém, který mu vytkli i ostatní klienti na skupině, je jeho práce s volným časem, se kterým ještě úplně neví, jak naložit. *„To je pro mě něco fakt strašného si zorganizovat, to já skutečně nevím ... Na tom se fakt snažím zapracovat, na tom volném čase.“* Pavel správně chápe, že by ho takový problém mohl v budoucnu připravit o tak vydřenou abstinenci. Pavel má obavy z budoucího života mimo chráněné prostředí a to především z toho, že se bude nudit a nebude si umět zorganizovat umět zorganizovat volný čas. Pak je pro něj rizikový jeho nejsilnější spouštěč ve formě alkoholu, kterého se prozatím nechce vzdát. *„Vypiju půl piva a už tam jsou takové myšlenky, dám si druhé třetí a už jsem tam. Pak už nemám*



*chut' ani pít, ale už lítám a sháním pervitin ... nejsem alkoholik, ale. S tím musím nějak zapracovat, ať si to dám do pořádku hlavně.*“ Dle Pavlových slov chutě, tedy bažení po pervitinu, jsou v jeho případě pryč a nad vodou ho drží silná motivace a „*ten chtíč, že už opravdu nechcu a nemůžu.*“ Zmíněné slovo „nechci“ je evidentním posunem Pavlova názoru na svou drogovou závislost, jelikož slovo „nemůžu“ je stále tou vnější motivací.

### **Lenka (29 let)**

#### Přehled hlavních témat a podtémat:

#### **1. Vzdor roli „holčičky“**

- a) „Žít jinak“
- b) Brzké injekční užívání pervitinu
- c) Rychlý pád na dno

#### **2. Souhlas s léčbou**

- a) Popud rodičů
- b) Uvědomovaná závažnost aktuální situace
- c) Recidiva po 5 letech abstinence

#### **3. Sebetrest (léčebna = ponaučení)**

- a) V terapeutické komunitě bez rodiny
- b) Negativní důsledky závislosti
- c) Ztráta všeho důležitého a podstatného
- d) „Lekce jak se nevrátit k drogám“

#### **4. Důležitost léčby (doléčování)**

- a) Možnost svěřit se někomu s problémy
- b) „Hlavně už být čistá“

c) Zbavit se problémů a „Chut' žít dál“

c) Náprava chyb

## **5. Vlastní motivace a touha po změně**

a) Porovnání se s ostatními z drogového prostředí

b) Hrdá na to, co dokázala

c) Přes překážky nadále abstinuje

### **Popis tématu Vzdor roli „holčičky“**

Lenka během psaní odpovědí několikrát zmínila své rodiče. Bylo evidentní, že ji mrzí, jak hodně je zklamala a jak hodně jim ublížila. Přesto s experimentováním drog začala v poměrně brzkém věku, a to ve svých 13 letech. Jak sama psala, chtěla být odlišná, než jaká do té chvíle byla a vymanit se tak z role „holčičky“. *„Asi vím, že to zní blbě. Snad hloupě, ale byla jsem holčička ještě. Cítila jsem v sobě, že chci žít trochu jinak.“* Ve svých 14 letech Lenka navázala partnerský vztah s 16letým přítelem, který ji naučil si drogu aplikovat právě tímto způsobem. Oba spolu vzájemně hlouběji upadali do závislosti. Přítel jí ukazoval, co skutečné dno drogové závislosti obnáší. Nebyl schopen si vše potřebné k aplikaci drogy a drogu samotnou sehnat svým vlastním úsilím. Veškeré prostředky k aplikaci drogy a drogu samotnou opatřovala pouze Lenka. Často také z jeho strany docházelo k fyzickému napadání Lenky. *„Moc mi pomohlo (ironicky), že jsem si tenkrát ve 13 našla 16letého chlapce, kterež mi začal mlátit. Naučil mě píchat si peří. Bít mě kvůli cisty 'jehle' brat mi drogy se lžičky. Každý den schánět blbou dávkou do žily pro mě a mého 'přítele' po stovce. A to až šestnáctkrát za den.“* Vše, co se do této chvíle odehrálo, vyvrcholilo situací, kdy ji vlastní přítel chtěl začít tzv. prodávat za drogy.

### **Popis tématu Souhlas s léčbou**

Lenka si vedla, jako každá dospívající dívka, vlastní deníček. Do něj si Lenka vypisovala skutečně vše, co se jí honilo hlavou a potřebovala nějakým způsobem ze sebe dostat ven. Ovšem rodiče tento deníček našli a dočetli se v něm o injekčním užívání pervitinu své dcery. *„Naši naaahodou přišli na můj deníček. Jak si píchám peří.“*

*Což vše prasklo. Pro mě úleva. Pro mé rodiče asi velká bolest, dnes už chápu.* “Jak vyplývá z napsaného textu, Lenka se domnívá, že rodiče na deníček nepřišli náhodou. Je více než pravděpodobné, že rodiče z jejího chování vyčetli zvláštní odchylku a přečtením deníčku se chtěli ve svém tvrzení pouze přesvědčit, jelikož v té době mezi nimi neprobíhala komunikace na dobré úrovni nebo vůbec. Rodičům slíbila abstinenci od drog, ale jak sama píše: *„Feťák hledá jen cestu jak si znova šlehnout. Takže jsem doma slíbila hory doly a snažila se obalamutit je. Cca pul roku mi to ještě vycházelo.“* Když viděla, jak se její přítel pod vlivem závislosti na pervitinu chová, jak se nedokáže ovládat a jak se chová k ní samotné, přistoupila na léčbu a to mimo rizikové prostředí, se kterým měla užívání pervitinu spojené.

Po tříměsíční léčbě Lenka abstinovala téměř pět let. Poté ale plně recidivovala. I přes dlouholetou abstinenci Lenka nezvládla pobyt v nechráněném prostředí.

#### Popis tématu **Sebetrest (léčebna = ponaučení)**

*„Brala jsem to jako trest. Jdeš do programu mezi partu feťáků. Musíš se zavřít na konec světa. Bez vycházek rodiny. Bez okolního světa. Věděla jsem ze jen chci už přestat brat. Lekce jak už se nevrátit k drogám. Já nevím.. Komunita pro mě byla to nejhorší. Nedokončila jsem to. Ale už jsem věděla že to je lekce. A už jsem se tam nikdy vrátit nechtěla. Od té doby abstinuju. Návštěva rodiny tam funguje až po pul roce???!!!!!!???? Hnus.“*

Z výroků Lenky je zřejmé, jak díky pobytům v léčebných zařízeních si postupem času začala uvědomovat, že takovým způsobem života žít již nechce. Pobyt v léčebnách a návštěvy doléčovacího programu brala jako trest a zároveň jako ponaučení. Lenka často zmiňuje svou rodinu, je tedy evidentní, že je pro ni rodina důležitá. Lenka v době po doléčovacím procesu ještě sice relapsovala, proto chtěla ještě zkusit pobyt v terapeutické komunitě, ve které ale vůbec neuznávala pravidla a pobyt v ní tedy předčasně ukončila. Přesto zvládá po ukončení pobytu abstinovat již pátým rokem. V rámci hodnot došlo u Lenky během pobytů v léčebných zařízeních ke změně a posunu.

Současně Lenka pochopila, co je pro ni významné a podstatné. Narozený syn jí byl v době závislosti odebrán z péče, onemocněla žloutenkou typu C, zadlužila se, přišla

o důvěru své rodiny a nevěděla co dál se životem. V takové situaci po druhé otěhotněla a začala si postupně uvědomovat závažnost svého stavu. *„Když ti droga vše sebere všem kolem ublížíš a asi ztratíš samu sebe... závěr byl ze bud umru jako fetak což bude trvat docela dlouho nebo se seberu a začnu žít.“*

#### Popis tématu **Důležitost léčby (doléčování)**

Lenka chtěla své dosavadní chyby z doby závislosti postupně napravovat. Jako první pro ni bylo stěžejní již nepodlehnout svodům drog a vyhnout se jim velkým obloukem. Chtěla pervitin dostat ze svého těla a mysli navždy pryč. *„Jediný co jsem chtěla, bylo být čistá.“* Lence byly nejvíce nápomocny terapie, díky kterým si mohla o svých problémech s někým povídat, s někým, kdo ji pomůže se vymanit ze svých potíží. *„Povídat si o problémech je moc fajn, když ti někdo naslouchá.“* Lenka potřebovala v těch nejtěžších chvílích mít dojem, že se má o koho opřít a kdo by ji pomohl sjednat nápravy, které ji drogová závislost připravila.

#### Popis tématu **Vlastní motivace a touha po změně**

*„Pokud nebudeš chtít v sobě něco změnit, nikdy to nezměníš.“* Lenka se již ke své situaci dokázala postavit čelem a dokázala svou nemoc porazit. Lenka přes veškeré překážky již pátým rokem abstínuje. Stále napravuje chyby, které učinila. *„Některé věci na drogách nespravíš vůbec. Musíš jít dál.“* Lenka se v rozhovoru porovnávala s ostatními toxikomany, kteří byli ve stejné nebo horší situaci jako kdysi ona. *„Par lidi z léčebny už jsou dávno po smrti a to tě posílí.. Určitě mi taky těší ze jsem z mala feťáků čistá A můžu byt na sebe tak trochu hrdá... Pak jen se chytit prvního krůčku a dá se to.“*

#### **4.5.2 Interpretace výsledků společných témat**

- a) Drogy jako únik či revolta
- b) Bludný kruh závislosti na pervitinu
- c) Změna postoje k abstinenci díky vlastnímu impulsu
- d) „Pomocná berlička“

## a) Drogy jako únik či revolta

Informanti pochází z odlišného rodinného prostředí, ve kterém byly uplatňovány rozdílné výchovné styly. Pavel své rodiče označil za skvělé rodiče. Pavla vychovával jeho nevlastní otec a svého biologického otce nikdy nepoznal. Rodiče mu vycházeli vstříc a z jeho strany vznikala dojem neohrazených mantinelů v chování. Adam i Filip také vyrůstali bez svých otců, kteří se po rozvodu od rodiny odstěhovali. Lenka sice vyrůstala v péči obou svých rodičů, ti ale byli ve výchově až příliš liberální a v době, kdy Lenka potřebovala jasně stanovené hranice, již rodiče takřka nerespektovala. Mezi Lenkou a rodiči neprobíhala dobrá komunikace, o čemž také svědčí čtení jejího deníčku.

Informanti začali s užíváním drog v pubescentním období (mezi 13. - 15. rokem věku). Pro pubescentní období je charakteristické hledání a rozvoj vlastní identity jedince. U dívek k dospívání dochází dříve než u chlapců. O touze změnit svou roli v tomto vzdorovitém období nejvíce svědčila výpověď Lenky, která nejen, že začala užívat drogy již ve svých 13 letech, ale také se chtěla výrazně vymanit ze své dětské role. Informanti se dostali do prostředí, kde se drogy užívají a ani neuvažovali nad tím, že by dělali něco špatně. Naopak je takové prostředí lákalo a vyhledávali ho.

Od experimentování s tzv. měkkými drogami již byla poměrně rychlá a snadná cesta k užívání pervitinu. Filip a Adam měli užívání pervitinu spojené s pravidelnými návštěvami freetekno parties<sup>12</sup>. Filip, Pavel i Lenka se pravidelně pohybovali v prostředí, kde se drogy vyskytují a měli tak snadnější cestu k užívání pervitinu. Adamovi pervitin přivezl jeho bratranec, do té doby Adam kouřil marihuanu se svými známými ze zaměstnání.

Co se týče školní docházky, tak Adam, Pavel i Lenka nedokončili střední školu, neměli ke vzdělání patřičný vztah a poté, kdy začali experimentovat s drogami, se jejich negativní vztah ke škole ještě více prohloubil. Filip dokončil střední odbornou školu, v oboru zůstal i v době, kdy hledal zaměstnání. Filip si našel obor, který ho bavil, což ho v učení se nadále udržovalo. U ostatních informantů tomu tak nebylo a zvolené obory na střední odborné škole nedokončili.

---

<sup>12</sup> Undergroundový druh elektronické hudby s rovným rytmem, jež je podobné šamanskému bubnování.

Informanti velmi rychle propadli pozitivním účinkům drogy. Začátky užívání pervitinu je bavily, užívali si nezávazně, pro ně bezproblémové období. Neuvědomovali si a ani si nepřiznávali, že si takovým konáním ubližují a na rady ostatních lidí nebrali ohledy.

### **b) Bludný kruh závislosti na pervitinu**

Z rozhovorů vyplynulo, že informanti přešli z nazální na intravenózní aplikaci. Filip a Lenka si začínali uvědomovat negativní důsledky svého chování, ale účinky drogy byly tak silné, že i dobrovolná snaha o vyléčení nedopadla u Lenky a Filipa zcela úspěšně, jelikož nebyli dostatečně k léčbě motivováni. Adam a Pavel byli oba hospitalizováni na detoxifikačním oddělení, kam byli odvezeni rychlou záchrannou službou. Adam z důvodu projevů toxické psychózy a Pavel z důvodu předávkování. I přes jasné negativní důsledky závislosti Adam a Pavel několikrát recidivovali. K recidivám docházelo u informantů na úkor negativních důsledků.

Díky počátečním euforickým účinkům, které pervitin nabízí, se informanti postupně dostávali do spletité situace. Filip, Adam i Pavel začali páchat trestnou činnost. Adam a Pavel se dopouštěli krádeží, kdy se Adam přidal k organizované trestné činnosti a byl dvakrát odsouzen k odnětí svobody. Pavel má uložené čtyři podmíněné tresty s uloženými obecně prospěšnými pracemi. Filip se nejprve dostal k obchodování s drogami, ovšem posléze, když neměl dostatek peněz na drogy, začal páchat drobnou kriminalitu, za což mu byl uložen taktéž alternativní trest. Lenka, Adam i Pavel se díky závislosti na pervitinu dostali do vysokých dluhů, které budou ještě dlouho splácet, což jim značně znepříjemňuje uzdravující se proces. Informanti se, až na Lenku, v době své závislosti postupně odpoutali od svých rodičů a začali žít samostatně, a to na místech, kde to bylo možné.

### **c) Změna postoje k abstinenci díky vlastnímu impulsu**

Informanti zmiňovali výrazné sociální, trestně-právní a zdravotní důsledky závislosti, díky kterým pochopili závažnost svého stavu. Informanti se nacházeli v bezvýhodných situacích a nevěděli, jak se svým životem naložit.

Po mnohočetných recidivách se podařilo Adamovi a Pavlovi zvládnout několikaměsíční abstinenci od drog, a to v terapeutických komunitách. Pavel

do terapeutické komunity přešel z doléčovacího centra, kde mu byl nástup do terapeutické komunity doporučen pracovníky, jelikož na doléčování ještě nebyl připraven. Jak Pavla, tak Adama držela v léčbě zjištěná nemoc. Adam trpěl toxickou psychózou a Pavlovi byla zjištěna žloutenka typu C. Žloutenkou typu C, onemocněla i Lenka, které byl z důvodu závislosti na drogách dokonce odebrán syn.

Právě vnější činitelé drogové závislosti donutili informanty přemýšlet a hluboce uvažovat nad svým dosavadním způsobem života. Lenka, Pavel i Adam si uvědomili, že takovým chováním ohrožují své zdraví a vše může skončit tragicky. Filip a Lenka měli závazky vůči členům svých vlastních rodin, zranili své rodiny a nyní jim chtěli vše špatné, co se mezi nimi odehrálo, vynahradit. Díky pevnému řádu a pravidlům, která se v psychiatrických léčebnách a terapeutických komunitách uplatňují, se informanti dostali do prostředí, ve kterém mohli najít sami sebe, mohli se učit respektu k sobě samým a samozřejmě také k ostatním lidem. V terapeutických komunitách a v psychiatrických léčebnách se naučili žít se sebou samými i se svými klady a zápory.

#### **d) „Pomocná berlička“**

Adamovi, Filipovi a Pavlovi byla služba následné péče nápomocna v návratu do pro ně rizikového venkovního prostředí. Adam s Filipem si ještě nebyli jisti, zda by návrat zvládli sami bez odborné pomoci. Pavel se potřeboval dostat z rizikového prostředí, proto si zvolil doléčovací centrum v jiném kraji, než ve kterém do té chvíle pobýval. Lenka jako svůj poslední léčebný program podstoupila pobyt v terapeutické komunitě, ve které změnila názor na drogy a uvědomila si, že život s drogami už žít nechce.

Informantům pomáhaly terapie a pracovníci, kteří s nimi o jejich problémech hovořili. Lence pomáhala psychoterapie, ve které své problémy mohla řešit s někým, o kom věděla, že jí svou pozornost skutečně věnuje. Adam s Filipem si pomocí doléčovacího programu dokázali sehnat zaměstnání, díky kterému mohou splácet své dluhy a zvládnou tak snadněji hospodařit s penězi. Lenka si v době, kdy opustila terapeutickou komunitu a pobývala v azylovém domě, zajistila také stálé zaměstnání, ve kterém je zaměstnána dodnes. Pavel zaměstnán není a v průběhu doléčovacího programu si zatím žádné zaměstnání nesehnal (což mu bylo na skupině v doléčovacím programu ostatními klienty vytčeno).

U informantů se projevila větší zodpovědnost k léčbě závislosti. Adam a Pavel si pro pobyt v doléčovacím centru zvolili odlišné od místa, kde užívali drogy. Vyhnuli se tak případným svodům „drogových přátel“. Filip s Lenkou ukončili styk s takovými lidmi a našli si zdravější sociální prostředí. Informanti hledali v doléčovacích programech útočiště při návratu zpět do společnosti. Doléčovací programy jim byly oporou. Filipovi, Adamovi a Pavlovi ale doléčovací programy také sloužily jako dohled při abstinenci od drog.

Psychoterapie v doléčovacím centru pomohla Adamovi najít sebe samotného, Lenka si mohla své tělo a mysl vyčistit od drog, Filip a Pavel si zase díky psychoterapii srovnali svůj život. Informanti zásluhou práce psychoterapeutů pochopili účel svého pobytu v doléčování. Od okamžiku nástupu do doléčovacího programu musí vynaložit převážně vlastní úsilí, zda a jak se s životem vypořádají, záleží nyní jen na nich. Po mnohačetných recidivách a nezdařilých pokusech v léčbě Lenka a Adamovi docházely síly, které ale v průběhu doléčování opět nabraly. I kdyby opět podlehli, mohou se podívat zpětně na to, co dokázali, jak dlouhou cestu ušli a mohou plnou recidivu zavčas zastavit. Největší podporu rodiny a motivaci má Lenka s Filipem, Adam svojí nemocí a získaným zaměstnáním a Pavel svým odhodláním při pomyšlení na nešťastnou minulost.

Informanti mají reálné cíle svých cest a nyní již vědí, kam směřují. Nejčastěji se jedná o založení rodiny (Adam, Filip), postavení si vlastního domu mimo civilizaci (Adam), nalezení vážného vztahu s přítelkyní (Pavel, Adam), vyřízené veškeré pohledávky (Lenka, Adam, Pavel), nalezení si stálého (jiného) zaměstnání (Pavel, Adam, Filip), získání syna zpět do péče (Lenka). Informanti si ale plně uvědomují, jak dlouhá cesta ke splnění cílů a přání je čeká a kolik úsilí budou muset ještě vynaložit. Informanti jsou ale k životu bez drog dostatečně motivováni. Obavy z možných recidiv jsou však namísto vždy a informanti je berou na zřetel.



### 4.5.3 Analýza rozhovorů s vedoucími pracovníky služeb následné péče

Pomocí induktivní metody se vycházelo z výroků informantů, ze kterých se vyvozovaly obecné závěry. Zodpovězení dílčí otázky s názvem „Jaká je z pohledu personálu efektivita služeb následné péče?“ poslouží k doplnění a ověření tvrzení informantů o přechodu mezi psychiatrickou léčebnou, terapeutickou komunitou a službou následné péče. Odpověď na zmíněnou výzkumnou otázku odhalí úspěšnost klientů v léčbě a doléčování i při navracení do společnosti. Sběr dat probíhal metodou kvalifikovaného odhadu.

Způsob, jakými se klienti psychiatrických léčeben a terapeutických komunit dovídají o službách následné péče, je především informování z řad terapeutů daných léčebných zařízení. *„O následné péči se nejvíce dovídají v zařízení, ze kterého k nám přicházejí - jedná se tedy o pobytové léčebny, věznice, terapeutické komunity, pobytové doléčovací programy.“*(VAC) *„Od terapeutů v léčebnách a komunitách, na základě návštěv pracovníků DC v TK a PL (představení programů), od spoluklientů, z letáků na nástěnce.“*(VDC)

Vedoucí pracovník pobytové formy služby následné péče i vedoucí pracovník ambulantní formy následné péče jsou ve shodě, když považují komunikaci mezi službou následné péče a léčebnými zařízeními za kvalitní. *„Spolupráce probíhá oboustranně velmi dobře zejména s komunitami a léčebnami v regionu (pravidelné návštěvy, reference klientů v obou směrech, spolupráce během konferencí atd.).“* Takto probíhá komunikace doléčovacího centra. Co se týče komunikace ambulantní formy služby následné péče s léčebnými zařízeními, není komunikace tolik pravidelná. *„Komunikace probíhá spíše nárazově - jednou cca za rok zašleme do pobytových zařízení letáky týkající se následné péče.“* V obou formách následné péče musí být klient tím aktivnějším aktérem, musí tedy s pracovníky daného zařízení začít komunikovat ze své vlastní iniciativy. Jak poznamenal vedoucí pracovník ambulantní formy následné péče: *„klienti a klientky si pak volají sami a domlouvají si termíny, kdy k nám mohou dorazit“*. Vše z důvodu zjištění míry motivace k doléčování a pozvolnému osamostatňování klienta.

Vedoucí pobytového doléčovacího centra dodatečně podotknul aktuální rozchod mezi psychiatrickými léčebnami a jejich zařízeními, kdy se spolu neshodnou na cílové

skupině „Ze strany PL je tendence posílat co nejproblematičtější klienty (ti lepší se o sebe postarají). Výsledkem je pak větší množství klientů s duální diagnózou, starších, hůře adaptabilních klientů bez motivace, kteří ani do doléčování nechtějí. Toto nastavení pak znemožňuje naši práci, která stojí na intenzivní psychoterapii (skupinové i individuální) mnohdy více než v léčebnách – ta zase vyžaduje motivaci indikaci k psychoterapii.“

Jak odhaduje vedoucí pobytového zařízení služby následné péče, v jejich zařízení se pohybuje úspěšnost léčby klientů okolo 60%, „u léčeben je uváděna nižší“. To, zda se klient dokáže integrovat do společnosti, záleží na mnoha faktorech. „Nastavení klienta, kolikátá je to léčba, jaký je jeho statut - rodina. Roli hraje i to, kam odchází po doléčování, zda jde bydlet sám, či s kolegou z léčby.“ (VDC) Roli hraje také to, zda „přijmou svoji minulost a jak“ (VDC).

Samotnou úspěšnost je těžké posuzovat, v pobytovém doléčovacím centru se evaluace provádí 6 měsíců po doléčování. Evaluace se zaměřuje „kromě abstinence i na práci, volný čas, spokojenost ... atd.“. (VDC)

„Úspěšný klient je pro nás ex uživatel heroínu, který roky po doléčování pracuje, má rodinu, je bez dluhů, bydlí ve svém, tráví volný čas uspokojivě, a jednou za dva týdny si zajde na pivo. Pro léčebny a donátory toto není úspěšný klient, alespoň papírově.“ (VDC)

Jak vedoucí pracovník pobytové formy následné péče, tak vedoucí pracovník ambulantní formy služby následné péče zdůrazňují významnost doléčovacích programů v přechodu mezi základní léčbou a běžným životem ve společnosti. „Teorie uvádí doléčování jako dobrý nástroj k „zefektivnění léčby“ či ukotvení a přenesení pozitivních změn z léčby do praxe.“ (VDC) „Dá se tedy říci, že pro klienty je snazší nebrat, pokud dále zůstávají v kontaktu s nějakým odborným zařízením.“ (VAC)

### Použité zkratky:

VDC = vedoucí doléčovacího centra

VAC = vedoucí ambulantního centra

PL = psychiatrická léčebna

TK = terapeutická komunita

## **4.6 Diskuze k výzkumnému šetření**

V úvodní části výzkumného šetření diplomové práce jsou stanoveny výzkumné otázky týkající se objasnění zkušenosti stávajících a bývalých klientů služeb následné péče s doléčovacími programy, podnětů k využití služeb následné péče a efektivity služeb následné péče.

Přes fakt, že je diplomová práce zaměřena primárně na stimulační látky, oslovení informanti trpěli závislostí na **methamfetaminu**. V léčebných zařízeních v České republice se ze závislosti na jiných stimulačních látkách léčí téměř nulový počet lidí. Léčených jedinců ze závislosti na pervitinu je v léčebných a doléčovacích zařízeních nejvyšší počet, následují léčení ze závislosti na opiátech (nejčastěji heroinu) a na alkoholu. Léčba závislosti na jiných stimulačních drogách by ale probíhala stejným způsobem, jako při léčbě závislosti na pervitinu.

Výzkumného šetření se zúčastnila jedna žena a tři muži. **Gender** nepoměr mezi ženami a muži je ve všech typech léčebných zařízení. Ženy mají větší strach ze stigmatizace. „Ženy se obávají být spojovány s drogovou závislostí, jelikož to daleko více ohrožuje jejich společenskou roli, než je tomu u mužů.“ (Růžička a kol., 2013, str. 96)

Oslovení informanti začali s drogami experimentovat v průběhu **pubescentního období** jejich života. Jedinec chce mít pocit, že je již dospělý a za dospělého chce být pokládán. Období pubescence je obdobím odporu vůči autoritám (emancipace). Pubescenti odmítají normy stanovené dospělými. (Vágnerová, 2000) V tomto období dospívající jedinec přijímá normy stanovené vrstevníky, které mají přednost

před normami rodiny. Zda se dospívající člověk setká s drogou, velmi rychle může podlehnout jejím účinkům, a poté ho v jeho vývoji, který je pro něj již dost složitý, výrazně brzdí. Dospívající jedinec si tím pádem nestihne vybudovat vlastní identitu. Takto mladí lidé snadněji podlehnou svodům pozitivních účinků drogy, než lidé vyzrálí, s již vytvořenými životními hodnotami a jasným postojem k životu.

Lenka, Adam a Pavel nemají dokončenou střední **školu**. Pokud pubescenti nejsou ve škole úspěšní, cítí se v učení nejistí a „*nesrozumitelné učivo pro ně znamená pouze nutné zlo*“. (Vágnerová, 2000, str. 235)

Informanti nebyli zvyklí na pravidelný režim a řád a stanovená pravidla, která se musí v léčebných zařízeních dodržovat. Proto se potýkali s četnými recidivami a předčasným ukončením léčby, která jim „nesedla“. Informanti při prvních pokusech o léčbu zápolili s nepřípraveností k léčbě. Při hospitalizaci z důvodu předávkování (Pavel) či projevů akutního stavu toxické psychózy (Adam), nebyli informanti o závažnosti své nemoci plně přesvědčeni. Dle „**kola změny**“ se tak nacházeli ve fázi prekontemplace. Mezi fázemi kontemplace a rozhodnutí se nacházel Filip a Lenka. Lenka do léčby vstupovala na popud svých rodičů a zároveň si uvědomovala, že změnu životního stylu skutečně potřebuje. Filip byl přesvědčen, že tak jako doposud, již žít nechce. Přesto při nástupu do terapeutické komunity z léčby předčasně odešel. Filip díky odhodlání skutečně změnit svůj stav, udržoval kontakt s léčebnou institucí a nastoupil do druhé léčby. Adam s Pavlem se během recidivování v psychiatrických léčebnách stále nacházeli ve fázích kontemplace. Do další fáze rozhodnutí a akce se dostali v terapeutické komunitě, kde úspěšně dokončili základní léčbu a od té doby stále abstinují. Nyní se Adam i Pavel nacházejí ve fázi udržování.

Je složité u klientů, kteří byli mnoho let závislí na drogách, vzbudit pochybnosti o jejich stavu a správně je motivovat k léčbě i v průběhu doléčování. Šťastná (2010) ve svém článku vysvětluje aplikaci a účinnost incentivní terapie. Při incentivní terapii dochází k odměňování (nebo neudělování odměn) závislých jedinců za dodržování či nedodržování stanovených pravidel léčebného programu (nejčastěji se jedná o průkaznou abstinenci od drog a dochvilnost na domluvené schůzky). „*Řada studií prokázala, že incentivní terapie je efektivní při udržování klientů v léčbě a při redukci užívání drog.*“ (Šťastná, 2010)

Informanti v době závislosti přešli na injekční užívání pervitinu. Zásadou injekčního užívání se Pavel a Lenka infikovali žloutenkou typu C. V úvodních kapitolách diplomové práce bylo zmíněno o uchýlení se uživatelů k injekční aplikaci drogy. Injekční užívání drog je spojeno s určitým rituálem, který sám o sobě uživatelům přináší uspokojení. Ve většině případů tak může vedle závislosti na droze dojít k vývoji dalšího fenoménu a tím je **závislost na jehle**. Při závislosti na jehle dotyčného uspokojí již pouhé propíchnutí kůže. Stačí, aby si jedinec aplikoval např. vodu do žíly. Samotný úkon mu dokáže navodit stav podobný stavu intoxikace drogou. Přes fakt, že informanti takovou zkušenost nezmiňovali, je obdobná varianta více než pravděpodobná a je důležité jí během léčby věnovat pozornost. Injekční aplikací pervitinu se droga rychleji vpraví do těla a pod náporom intenzivních účinků vzniká závislost rychleji.

Filip a Lenka úspěšně zvládli krátkodobou léčbu v psychiatrické léčebně, kde se úspěšně dostali do fáze rozhodnutí a následné akce. Po absolvování doléčovacích programů se Filip i Lenka nacházeli ve fázích udržování, kdy ale Lenka opět recidivovala. Recidiva u Lenky však nedosáhla velké intenzity. Další pokus o léčbu v terapeutické komunitě se rozhodla předčasně ukončit, jelikož již taková zkušenost pro ni byla poučením. Od ukončení pobytu v terapeutické komunitě již pět let abstínuje.

Oslovení informanti se odhodlávali k léčbě závislosti z důvodu **vnější motivace**. Vnější motivace k léčbě měla formu popudu rodičů (Lenka) a ztráty zdravého sociálního okolí (Lenka, Filip) či poškozeného zdraví (Adam, Pavel). V průběhu léčby se přidaly další motivy jako ztráta syna (Lenka) a dluhy (Lenka, Adam, Filip). K rozhodnutí k doléčování všechny zmíněné motivy předcházely. K zmíněným motivům se přidaly další, jako hledání zaměstnání (Filip, Adam, Pavel) a bydlení (Adam, Pavel). K vnějším motivům se připojily motivy vnitřní. Objevovaly se motivy, jako touha najít sám sebe (Adam), zbavit se myšlenek na drogy (Lenka), odhodlání změnit svůj život (Pavel, Adam, Lenka, Filip), touha po klidném životě (Adam, Filip), touha najít si vážný vztah s přítelkyní (Pavel, Adam), touha získat důvěru rodiny a žít bezstarostným životem (Adam, Lenka, Filip, Pavel). K připojení vnitřních motivů docházelo v průběhu základní léčby. Svým dílem k nim přispěl terapeutický tým, který s klienty intenzivně pracoval a napomáhal jim v odhodlání se změnit.

Informanti se potýkají, a ještě dlouho budou, s **negativními důsledky** svých závislostí. Ty více či méně jejich cestu k integrovanému životu ohrožují. Adam stále užívá medikamenty na zklidnění stavu toxické psychózy. Lenka, Adam i Pavel se potýkají s vysokými dluhy a exekucemi, Lenka přišla o syna a snaží se ho dostat zpět do své péče. Lenka, Adam, Pavel i Filip ztratili důvěru svých rodin a přátel, kterou se stále snaží získat zpět.

Informanti z řad klientů doléčovacích programů i pracovníci doléčovacích programů se shodli na tvrzení o komunikaci mezi léčebnými zařízeními a službou následné péče. Informování klientů spočívá převážně formou brožurek a vyvěšených letáků služeb následné péče informování o doléčování ze strany personálu v léčebném zařízení. Aktivnější se v tomto ohledu zdají být pobytová doléčovací zařízení. Služby následné péče dbají na samostatnost klientů. Klienti si sami aktivně zajišťují nástup do doléčovacího programu a následně mají hlavní slovo při sestavování jeho průběhu.

Úspěšnost integrace doléčovací programy značně zvyšují. Pracovníci programů pomáhají svým klientům k úspěšnému návratu mezi zdravou většinovou společností. Naplňují potřeby svých klientů ve sférách zdravotních, sociálních i psychických. Doléčovací programy usilují o co největší samostatnost klientů a to již při zařizování si nástupu do programu.

Informanti svůj proces **socializace** v pubescentním období experimentováním s drogami narušili, či přerušili. Jelikož nedokážou plnit požadavky společnosti, stávají se sociálně vyloučenými a od většinové společnosti se tak více oddalují. Je nezbytné, aby je pracovníci učili osvojovat si sociální dovednosti a navrátili je tak ke způsobilosti k sociálnímu uplatnění. (Navrátil, 2003-2)

Informanti mají stále obavy, že mohou zklamat, a to sebe i své blízké, kteří jim jsou na blízku a v abstinenci je podporují. Informanti jsou si plně vědomi, že musí oni sami vyvinout činnost a úsilí, aby dosažených cílů dosáhli a veškeré negativní důsledky svého konání v průběhu závislosti, napravili.

Všechny stanovené výzkumné otázky ve výzkumném šetření diplomové práce byly zodpovězeny.

## **Závěr**

Z výsledků výzkumného šetření je více než patrné, jak jsou doléčovací programy svým klientům v mnohém nápomocny. Právě při přechodu z uzavřeného léčebného prostředí potřebují vedle sebe někoho, kdo jim bude oporou, kdo jim bude naslouchat a kdo jim bude pomáhat řešit důsledky závislosti, se kterými se ještě plně nepoprali. Jelikož si informanti nebyli v úspěšném návratu do běžné společnosti jisti, využili takovouto formu pomoci.

Jsem si vědoma, že počet čtyř respondentů nemůže zdaleka vypovídat o celém okruhu těchto osob v plném měřítku, ovšem i přes takto malý počet se výroky informantů shodovaly. Jejich potřeby a požadavky si byly navzájem podobné. Informanti se v důsledku užívání drog v brzkém věku dostali do stavů, kdy z důvodu závislosti na droze nedodělali školu, byli nezaměstnaní, bez finančních prostředků, dostávali se do dluhů, páchali trestnou činností související s drogami, ztráceli důvěru rodiny a přátel, svůj volný čas vymezili pouze na shánění drogy či k jejímu užívání. Veškeré důsledky drogové závislosti se násobili jejich nízkým věkem, kdy se teprve učí sociálním dovednostem a kdy hledají svou identitu. Užíváním drog museli „dospět“, emancipovali se od rodin, které o ně měli ještě několik let pečovat a vychovávat je. Rychlým spádem se tak dostávali do sociální exkluze, ze které se s těžkostí osvobozují i několik let. Docházelo u nich k rozvoji duálních diagnóz, častým recidivám i přes zjevně negativní důsledky a obavy z jejich návratu v budoucnu. Takto mladí lidé se závislostí na stimulačních látkách potřebují dlouhodobou intenzivní péči, aby zvládli svou nemoc porazit a dokázali se integrovat mezi běžnou komunitu. Každý z nich má ale jasně stanovený cíl, který nechtějí vzdát.

Pracovníci léčebných a doléčovacích zařízení byli informantům k dispozici jako autority a vzory, jaké do té chvíle nepoznali. Terapeuti byli pro klienty zdrojem, jejichž zásluhou si osvojovali základní sociální dovednosti. Díky práci terapeutů a personálu služeb následné péče se respondenti dokázali postavit na vlastní nohy, našli si práci a mohli tak začít splácet své dluhy, začali plnit závazky vůči svým rodinám a snáze zvládají přechod do nechráněného prostředí plného svodů.

Při práci s touto specifickou skupinou osob je důležité se zaměřit na zvládání cravingu, který pro ně představuje celoživotní boj. Na rozdíl od častých recidiv

v minulosti jsou nyní i při mírném uklouznutí v podobě lapsu připraveni nadále setrvat v abstinenci a nevrátit se zpět k recidivám. O zmíněném svědčí i jejich ochota poskytnout rozhovory a aktivita při odpovídání na otázky.

Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že jsou klienti s doléčovacími programy spokojeni a doléčovací programy zvládají plnit svůj účel. Opačně by nejspíše hovořili ti klienti, kteří léčbu a doléčování mají např. nařízené soudně, klienti nemotivovaní. Právě tito lidé si nepřáli rozhovory poskytnout, tudíž nebylo možné zjistit více informací o jejich pobytu v doléčovacích programech.

Z teoretického východiska diplomové práce i z výzkumného šetření práce je evidentní daleko vyšší úspěšnost v resocializaci u závislých lidí, kteří využívají při návratu z léčebného prostředí služby následné péče než u lidí, kteří tyto služby nevyužijí. Doléčovací programy upevňují nově získané návyky v chování a jednání, které se klienti naučili během pobytu v léčebných zařízeních. Efektivita služeb a úspěšné návraty závislých jedinců do společnosti ale záleží i na tom, zda je komunikace mezi zařízeními na kvalitní úrovni a zda je systém léčby propojenou sítí. Jak ale vyplývá z výroku vedoucího střediska doléčovacího centra, psychiatrické léčebny mají tendence do doléčovacích programů zasílat problematictější klienty, a ty, kteří na doléčování nejsou ještě připraveni a interakce s nimi tak stěžuje práci s ostatními klienty. Za posledních 27 let se v České republice podařilo vybudovat kvalitní adiktologické služby naplňující potřeby klientů a které jsou již v mnoha ohledech srovnatelné se službami zahraničních států.

Menší nedostatek, co se doléčovacích programů týče, vidím v jejich dostupnosti. Tento aspekt se ukázal být hlavním problémem při hledání informantů vhodných k výzkumnému šetření. Počet služeb následné péče a jejich kapacity nekorrespondují s počtem a kapacitou v psychiatrických léčebnách a terapeutických komunitách. V regionech, kde služby následné péče nejsou provozovány vůbec nebo v minimálním rozsahu, jejich funkci zastávají psychiatři.

Cílem diplomové práce bylo popsat a na základě odborné literatury analyzovat doléčovací programy a zjistit zkušenosti bývalých a stávajících klientů s doléčovacími programy. Při výzkumném šetření byla zjištěna motivace klientů k využití doléčovacích



programů, zkušenosti informantů s těmito programy, principy práce fungující v doléčovacích programech a úspěšnost klientů při návratu do společnosti.

Jak ale uvádí Rubeš (1987) efektivita léčby závisí i na postoji společnosti k těmto lidem, který je stále, bohužel, aktuální. „*Nevidí v nich nemocné, kteří potřebují náročnou léčbu, ale jen méněcenné slabochy a požitkáře.*“ (Rubeš, 1987, str. 181)

K prohloubení vhledu dodané problematiky dalším výzkumem bych doporučila zaměřit se na rodinnou terapii s mladistvými uživateli drog a jejich rodinami, jelikož právě rodina je drogovou závislostí svého člena nejvíce zatížena a na jeho léčbě má značný vliv. Dále bych doporučila zaměřit se na prevenci relapsu a udržování takto mladých lidí v léčebném procesu z důvodu častějších recidiv během léčby, než je tomu u dospělých osob.

I přes uvedené limity výzkumného šetření považuji cíl práce za splněný.

## **Použitá literatura**

BÉM, P. Složky systému péče. In KALINA, K. et al.: *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2*. 1.vyd. Praha: Národní monitorovací středisko - Úřad vlády ČR, 2003, 343 s. ISBN 80-86734-05-6.

CZAPÓW, C., JEDLEWSKI, S. *Resocializační pedagogika*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1981, 414 s. Obory speciální pedagogiky.

DVOŘÁK, D. Chráněné bydlení a chráněná práce. In KALINA, K. et al.: *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2*. 1.vyd. Praha: Národní monitorovací středisko - Úřad vlády ČR, 2003, 343 s. ISBN 80-86734-05-6.

DVOŘÁK, D. Sociální rehabilitace. In KALINA, K. et al.: *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2*. 1.vyd. Praha: Národní monitorovací středisko - Úřad vlády ČR, 2003, 343 s. ISBN 80-86734-05-6.

EMMEROVÁ, I. Charakteristika a druhy prevence. In KRAUS, B., HRONCOVÁ, J. *Sociální patologie*. Vyd. 1. Hradec Králové: Gaudeamus, 2007, 325 s. ISBN 978-80-7041-896-3.

FÍŠEROVÁ, M. Neurobiologie závislostí. In KALINA, K. et al.: *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 1*. 1.vyd. Praha: Národní monitorovací středisko - Úřad vlády ČR, 2003, 319 s. ISBN 80-86734-05-6.

GABREHLÍK, R., ŠŤASTNÁ, L., HOLCNEROVÁ, P., MIOVSKÝ, M., MINAŘÍK, J. Aktuální otázky léčby závislosti na metamfetaminu. *Adiktologie*. 2010, 10(2), 92-100 s. ISSN 1213-3841.

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000, 207 s. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-85931-79-6.

GOSSOP, M. *Living with drugs*. London: Ashgate Publishing, 2007, 229 s. ISBN 978-1-16094-6.

GOSSOP, M. *Léčba problémů spojených se zneužíváním drog: důkazy o účinnosti*. 1. vyd. v jazyce českém. Praha: Úřad vlády České republiky, 2009. Monografie (Úřad vlády České republiky), 104 s. ISBN 978-80-87041-81-9.

HELUS, Z. *Úvod do psychologie: učebnice pro střední školy a bakalářská studia na VŠ*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011, 317 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3037-0.

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, 407 s. ISBN 80-7367-040-2.

HRDINA, P., KORČIŠOVÁ, B. Terénní programy. In KALINA, K. et al.: *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2*. 1.vyd. Praha: Národní monitorovací středisko - Úřad vlády ČR, 2003, 343 s. ISBN 80-86734-05-6.

JEŘÁBEK, P. Psychopatologie závislosti. In KALINA, K. et al.: *Základy klinické adiktologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 388 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1411-0.

JEŘÁBEK, P. Psychopatologie závislosti. In KALINA, K. et al.: *Klinická adiktologie*. Vydání 1. Praha: Grada Publishing, 2015, 696 stran. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4331-8.

KALINA, K. Denní stacionáře. In KALINA, K. et al.: *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2*. 1.vyd. Praha: Národní monitorovací středisko - Úřad vlády ČR, 2003, 343 s. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, K. *Klinická adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2015, 696 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4331-8.

KALINA, K. Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii. Praha:Grada, 2013, 527 s. ISBN 978-80-247-4361-5.

KALINA, K. a kol. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. o.s.Filia Nova pro Radu vlády ČR - Meziresortní protidrogovou komisi, 2001. ISBN 80-238-8014-4.

KOUTNÁ KOSTÍNKOVÁ, J., ČERMÁK, I. *Interpretativní fenomenologická analýza*. In. ŘIHÁČEK, T., ČERMÁK, I., HYTYCH, R. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Vyd. 1. Brno: Masarykova univerzita, 2013, 192 s. ISBN 978-80-210-6382-2.

- KRATOCHVÍL, S. *Terapeutická komunita*. 1. vyd. Praha : Academia, 1979, 122 s.
- KUDA, A. *Následná péče, doléčovací programy*. In KALINA, K. et al.: *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2*. 1.vyd. Praha: Národní monitorovací středisko - Úřad vlády ČR, 2003, 343 s. ISBN 80-86734-05-6.
- KUDRLE, S. *Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti*. In KALINA, K. et al.: *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 1*. 1.vyd. Praha: Národní monitorovací středisko - Úřad vlády ČR, 2003, 319 s. ISBN 80-86734-05-6.
- LIBRA, J. *Nízkoprahová kontaktní centra*. In KALINA, K. et al.: *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2*. 1.vyd. Praha: Národní monitorovací středisko - Úřad vlády ČR, 2003, 343 s. ISBN 80-86734-05-6.
- LIBRA, et al. *Inovované Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby (Standardy služeb pro uživatele drog, závislé a patologické hráče)*. Verze 2.4 : Po připomínkách resortů MPSV, MZ, září 2012.
- MAKOVSKÁ DOLANSKÁ, P. *V doléčovacím centru má často relaps pro klienta paradoxně pozitivní význam*. *Sociální práce - Sociálna práca: časopis pro teorii, praxi a vzdělávání pro sociální práci*. 2007(3), 32-35 s. ISSN 1213-6204.
- MATOUŠEK, O. *Ústavní péče*. 2.vyd. přeprac. a rozš. Praha: Sociologické nakladatelství, 1999, 159 s. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-85850-76-1.
- MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J. (eds.). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, 352 s. ISBN 80-7367-002-X.
- MINAŘÍK, J. *Stimulancia*. In KALINA, K. et al.: *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 1*. 1.vyd. Praha: Národní monitorovací středisko - Úřad vlády ČR, 2003, 319 s. ISBN 80-86734-05-6.
- MILLER, W. S., ROLLNICK, S. *Motivační rozhovory: příprava lidí ke změně závislého chování*. 1. vyd. v českém jazyce. Tišnov: Sdružení SCAN, 2003, 311 s. ISBN 80-86620-09-3.

MINAŘÍK, J., KMOCH, V. Přehled psychotropních látek a jejich účinků. In KALINA, K. et al.: *Klinická adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2015, 696 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4331-8.

MINAŘÍK, J., PÁLENÍČEK, T. MDMA a jiné drogy „technoscény“. In KALINA, K. et al.: *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 1*. 1.vyd. Praha: Národní monitorovací středisko - Úřad vlády ČR, 2003, 319 s. ISBN 80-86734-05-6.

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 332 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.

MIOVSKÝ, M. Problémy mezioborového přístupu k léčbě závislosti. In KALINA, K. et al.: *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2*. 1.vyd. Praha: Národní monitorovací středisko - Úřad vlády ČR, 2003, 343 s. ISBN 80-86734-05-6.

MIOVSKÝ, M., BARTOŠÍKOVÁ, I. Možnosti a meze psychoterapie v léčbě závislosti. In KALINA, K. et al.: *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2*. 1.vyd. Praha: Národní monitorovací středisko - Úřad vlády ČR, 2003, 343 s. ISBN 80-86734-05-6.

MRAVČÍK, V., CHOMYNOVÁ, P., GROHMANNOVÁ, K., JANÍKOVÁ, B., GROLMUSOVÁ, L., TION LEŠTINOVÁ, Z., ROUS, Z., KIŠŠOVÁ, L., NECHANSKÁ, B., SOPKO, B., VLACH, T., FIDESOVÁ, H., JURYSTOVÁ, L., VOPRAVIL, J., MALINOVÁ, H. 2015. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2014 [Annual Report on Drug Situation 2014 - Czech Republic]* MRAVČÍK, V. (Ed.). Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 978-80-7440-134-3.

NAVRÁTIL, P. Sociální práce. In KALINA, K. et al.: *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2*. 1.vyd. Praha: Národní monitorovací středisko - Úřad vlády ČR, 2003, 343 s. ISBN 80-86734-05-6.

NECHANSKÁ, B., MRAVČÍK, V., POPOV, P. Máme se bát národního registru léčby uživatelů drog? *Česká a slovenská psychiatrie*. 2015, 111(3), 117-118 s. ISSN 1212-0383.

NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál, 2000, 150 s. ISBN 80-7178-432-X.

NEŠPOR, K. *Problémy s návykovými látkami v ordinaci praktického lékaře*. 1. vyd. Praha: Galén, 1999, 111 s. Folia practica. ISBN 80-7262-002-9.

NEŠPOR, K. Psychologická komorbidita a komplikace. „duální diagnózy“. In KALINA, K. et al.: *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup I*. 1.vyd. Praha: Národní monitorovací středisko - Úřad vlády ČR, 2003, 319 s. ISBN 80-86734-05-6.

NEŠPOR, K. Úvod do problémů diagnostiky a „matchingu“. In KALINA, K. et al.: *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup I*. 1.vyd. Praha: Národní monitorovací středisko - Úřad vlády ČR, 2003, 319 s. ISBN 80-86734-05-6.

ONDREJKOVIČ, P. *Sociálna patológia*. 1. Bratislava: Veda, 2000, 270 s. ISBN 80-224-0616-3.

PAVELOVÁ, Ľ. Seriousness of Relationship Problems in Families of Addicted Clients Before Entering a Resocialization Centre. *Social Work Review / Revista de Asistentia Sociala*. 2014, 13(3), 97-106 s.

PAVLOVSKÁ, A., DOLANSKÁ, P. Následná péče a sociální rehabilitace. In KALINA, K. et al.: *Klinická adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2015, 696 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4331-8.

PAVLOVSKÁ, A., MINAŘÍK, J. Substituční léčba závislosti. In Kalina, Kamil et al.: *Klinická adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2015, 696 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4331-8.

POKORNÝ, V. *Patologické závislosti*. 2. Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky, 2002, 194 s. ISBN 80-86568-02-4.

PRESTON, A., ŠEFRÁNEK, M., MALINOWSKI, A. *Průvodce léčbou v terapeutické komunitě: praktická příručka pro uživatele drog*. 1. vyd. v jazyce českém. Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2007, 59 s. Metodika (Úřad vlády České republiky). ISBN 978-80-87041-28-4.

*Problem amphetamine and methamphetamine use in Europe: selected issue 2010*. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2010, 35 s. ISBN 978-92-9168-450-2.

- RADIMECKÝ, J. *Analýza kvality sítě služeb následné péče pro uživatele legálních i nelegálních návykových látek v Libereckém kraji: Souhrnná zpráva*. Liberec, 2012, 90 s.
- ROTGERS, F. *Léčba drogových závislostí*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1999, 260 s. Psyché (Grada). ISBN 80-7169-836-9.
- RUBEŠ, J. Léčba drogových závislostí. In SKÁLA, J. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1987.
- RŮŽIČKA, M., PRACHAŘOVÁ, P. *Teorie a praxe strukturovaných doléčovacích programů v adiktologii: sborník zkušeností*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014, 300 s. ISBN 978-80-244-4171-9.
- SANANIM. *Drogy: otázky a odpovědi: [příručka pro rodinné příslušníky a pomáhající profese]*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007, 198 s. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-7367-223-2.
- ŠURÁŇOVÁ, V. *Interpretativní fenomenologická analýza*. In GULOVÁ, L. *Výzkumné metody v pedagogické praxi*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4368-4.
- URBAN, E. *Toxikománie*. Vyd. 1. Praha: Avicenum, 1973, 196 s. Život a zdraví (Avicenum).
- VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál, 2000. 522 s. 80-7178-308-0.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004, 870 s. ISBN 80-7178-802-3.
- VYMĚTAL, J. *Úvod do psychoterapie*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2003, 262 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0253-3.
- ŽIŽLAVSKÝ, M. *Metodologie pro Sociální politiku a sociální práci*. Masarykova univerzita. Brno: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2003, 144 s. ISBN 80-210-3110-7.

ŽUMÁROVÁ, M. *Základní přístupy ke zkoumání*. In. SKUTIL, M. *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-778-7.

### **Legislativa**

Trestní zákoník č. 40/2009 Sb.

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách

Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách

Zákon č. 379/2005 Sb. o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami

### **Internetové zdroje**

*EXTC.CZ* [online]. Brno: Vzdělávací centrum I.E.S. Společnost Podané ruce, o.p.s., 2009 [cit. 2016-03-09]. Dostupné z: <http://www.extc.cz/extaze.html#>.

HAVLOVÁ, K. Mýty v doléčovacím procesu. *Adiktologie*. 2009, 9 (Suppl.), 46–51 s. ISSN 1213-3841.

*Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti: www.drogy-info.cz* [online]. Úřad vlády České republiky [cit. 2016-03-09]. Dostupné z: <http://www.drogy-info.cz/publikace/protidrogova-politika/akcni-plan-realizace-narodni-strategie-protidrogove-politiky-na-obdobi-2013-az-2015/>.

*NÁVYKOVÉLÁTKY.CZ: Informační portál o drogách a návykových látkách: drogy a návykové látky* [online]. 2016 [cit. 2016-01-30]. Dostupné z: <http://navykovelatky.cz/>.

RADIMECKÝ, J. Funguje léčba uživatelů drog? *Adiktologie* [online]. 2006 [cit. 2016-01-13]. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/72/168/Funguje-lecba-uzivatele-drog->.

ŠŤASTNÁ, L. Incentivní terapie - systematický rozvoj funkčních postupů v léčbě závislosti. *Adiktologie* [online]. 2010 [cit. 2016-03-09]. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/72/1946/Incentivni-terapie-systematicky-rozvoj-funkcnich-postupu-v-lecbe-zavislosti>.



## **Seznam příloh**

Příloha A § 29 vyhlášky 505/ 2006

Příloha B Přepis rozhovoru s Pavlem

## **Příloha A**

### **§ 29 vyhlášky 505/ 2006**

#### § 29 Služby následné péče

(1) Základní činnosti při poskytování služeb následné péče se zajišťují v rozsahu těchto úkonů:

a) sociálně terapeutické činnosti: socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k trvalé abstinenci, prevenci relapsu, rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob,

b) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím: aktivity umožňující lepší orientaci ve vztazích odehrávajících se ve společenském prostředí,

c) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:

1. pomoc při vyřizování běžných záležitostí,

2. pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob,

d) poskytnutí ubytování, jde-li o pobytovou formu služby:

1. ubytování,

2. zajištění podmínek pro úklid, praní ložního prádla a žehlení,

3. zajištění podmínek pro celkovou hygienu těla,

e) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, jde-li o pobytovou formu služby:

1. vytvoření podmínek pro samostatnou přípravu stravy, nebo

2. zajištění celodenní stravy odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování.

(2) Maximální výše úhrady za poskytování následné péče činí a) 170 Kč denně celkem za úkony uvedené v odstavci 1 písm. d), včetně provozních nákladů

souvisejících s poskytnutím ubytování, b) za úkon uvedený v odstavci 1 písm. e) bodě 2  
1. 160 Kč denně za celodenní stravu v rozsahu minimálně 3 hlavních jídel, 2. 75 Kč za  
oběd, včetně provozních nákladů souvisejících s přípravou stravy.

## **Příloha B**

### **Přepis rozhovoru s Pavlem**

**V = výzkumník**

**P = Pavel**

**V:** „Tak já se pustím do první otázky, nebo otázky, spíše mi prosím povyprávějte o Vaší životní situaci před tím, než jste začal užívat“

**I:** „No tak celkově já jsem měl vlastně dokonalý život, měl jsem super rodiče, sice nevlastního otce, ale vlastního neznám a od tří let se o mě staral on. Teď mu říkám vlastní otec. Všecko fungovalo, ve škole jsem byl lajdák, nechtěl jsem se učit, ne že bych byl blbej, ale nechtěl jsem. Tvrdil jsem, že školu nepotřebuju, no, potom jsem šel vlastně na učňák, už jsem měl první zkušenosti s drogami. Marihuanou, LSD, hulil jsem crack, pak hmmm.“ (dlouze přemýšlí)

**V:** „Kolik Vám bylo, když jste takto experimentoval?“

**I:** „Ježiš (přemýšlí) Ještě před ušákem nějak, to byla nejdřív marihuana, od těch 14-ti, 15ti.“

**V:** „Co ten crack?“

**I:** „Jo ten tam byl párkrát, tak tři krát čtyřikrát. (přemýšlí) A když jsem, prvák jsem udělal úspěšně, potom jsem byl, miloval jsem vlastně tekno hudbu, jezdil jsem hodně po technách po republice, byl jsem v Polsku, Německu, prostě všechny možný fríčka. Tam jsem vlastně přišel k první zkušenosti s pervitinem. Potkal jsem tam kamaráda, kterej mě pozval do auta, že mi chce něco ukázat, tam narýsoval vlastně čáru a to jsem si poprvé dal.“

**V:** „Jaké to bylo, když jste si to dal po prvé? Jak jste se cítil?“

**I:** „Poprvé? Takové, podruhé to bylo lepší. Poprvé to byla taková novinka, že jsem nevěděl, co od toho čekat, jak se chovat vlastně, po druhé už to bylo něco jiného, to už jsem si to vlastně zamiloval, už jsem toho kámoše kontaktoval, kde to sehnat, peníze a podobné. Takže jsem ho kontaktoval, ze začátku to většinou financoval on,

pracoval, já jsem byl na tom ušáku. Potom jsem učňák nedodělal, nechodil jsem do školy, protože jsem bral pervitin a chodil jsem za školu, a když jsem jel pět, šest dní, tak jsem potom spal a pořád dokolečka. No, postupem času jsem si sehnal svoje vlastní dealery, od kterých jsem bral no a s postupem času se vše tak zkomplikovalo, že jsem začal dělat trestní činnost, kradl jsem hodně, kradl jsem ..., což vyvrcholilo několika soudama, mám tři podmínky, čtvrtý soud dopadl, takže mi dali prospěšné práce, které budu dělat tady. Od pondělka. No a pak jsem šel na první léčení, vydržel jsem tam měsíc no, a co jsem se vrátil, tak jsem si hned první den dal. To léčení bylo o ničem.“

V: „Kde jste byl v léčebně?“

I: „V Opavě, Opava. Po druhé jsem vydržel na léčení měsíc a tři, čtyři dny, taky jsem se vrátil a dal jsem si hned ten den, na třetí léčení mě odvezla sanitka. (přemýšlí). To jsem byl na uzavřeném oddělení, jedenáctce to bylo, tam už byl trošku mimoň.“ (smích)

V: „Kvůli čemu Vás odvezla sanitka?“

I: „Předávkování. Našli mě v takovém stavu, že mě sanitka odvezla. No ale ještě jsem zapomněl zmínit, že fetuju nebo fetoval jsem 7 a půl, 6 a půl, 7 a půl let a z toho poslední dva roky nitrožilně, což byl úplný konec. To už bylo, jak já jsem kradl, tak ještě než jsem vytáhl jehlu z ruky, tak už jsem přemýšlel nad tím, kde co ukradnu, abych si zas moch dát zase, takže jsem kradl fakt ve velkém. No, a abych pokračoval v tom léčení, vydržel jsem tři měsíce, absolvoval jsem to celé v Opavě, tam jsem byl i pochválen za můj přístup k tomu, že šlo vidět, že i chci přestat, tam jsem potkal bývalou přítelkyni, ta se také léčila, měl jsem jít do komunity, která trvá jeden rok a díky tomu, že ona měla tři děti, které neměla ve vlastní péči, ale chtěla je vídat a bla bla bla, tak že jde na doléčování do Ostravy...“

V: „Po tý komunitě?“

I: „Ne, s tou komunitou si to nakonec rozmyslela, že tam nemůže vidět děti nebo je navštěvovat prostě bude lepší, když půjde na ten doléčovák do Ostravy do Renarkonu a pak mi říkala, jestli nechci jít taky, já jsem měla zrovna před druhým soudem a všichni mi říkali, ať jdu do té komunity, že ta mě může zachránit před vězením, před tím nástupem trestu a já jsem byl bezhlavě zamilovanej, chtěl jsem jít za ní, tak jsem šel

nakonec na ten doléčovák. Tam jsem vydržel 14 dní, díky tomu, že jsem strávil noc s přítelkyní a v průběhu noci jsem odešel dolů na svůj byt, tam byl kamarád, který něco zapisoval do deníčku a ptal jsem se ho co dělá a už koktal a to, tak mu říkám co je? A on vytáhl flašku, tak jsme se ožrali a zavolaal jsem mezitím několika dealerům, že pošéfujem lap, to je když si na doléčování člověk jednou dá a nahlásí to, tak je to dobrý, že se to ještě promine. No nicméně přes telefon jsme nikoho nesehnali, tak jsme šli na Stodolní, na Stodolní jsme vypili pár absintů, potom že máme hlad, tak jsme šli pro hamburgery no a on se nás zeptal, jestli nechceme něco jiného, tak říkám, ty vole to je fakt všude, tak jako co, že pervitin, extáze, LSD, tak jsme si každéj oba dva vzali 5 extází, ale to nestačilo, ten stav mi prostě nenajel ještě, nebo jako najel, ale nebylo to ono. Já jsem nenažraná svině, když to tak řeknu s prominutím. (smích) To už jsem se oddělil od toho kamaráda a šel jsem si tam pro ten perník ještě, pak jsem v tom pokračoval, když jsem hrál automaty a nakonec jsem profetoval polovinu věcí co jsem měl na sobě pomalu, protože peníze jsem neměl u sebe, došly mi a nevěděl jsem kde co můžu ukrást a přišel jsem ráno na ten doléčovák, ten kamarád spal, mě už hrabalo v hlavě, už jsem přemýšlel zas, kde bych co ukradnul a prostě zpeněžil, abych moch jít zase hrát. Nicméně to přešlo, šel jsem za přítelkyní, té jsem to řekl no a tak jsme to nějak přežili a nenahlásil jsem to a za dva, tři dny přišel vedoucí toho doléčováku s tím, že bude testování a já přemýšlel, jak to obchvat, aby na to nepřišli, tak jsem teda za ním přišel, že jsem si teda dal a potom mě vlastně vyhodili. Doporučili mě, ať jedu do Opavy nebo na nějaké léčení do komunity ať jdu. Já jsem šel do Opavy, v Opavě mi zjistili, že jsem pozitivní na žloutenku typu B, teda C, tak to mě též celkem dostalo, ale řekl jsem si, že s tím budu něco dělat a zahájil jsem potom léčbu interferonem, to je taková chemoterapie dá se říct a z Opavy mě poslali do Horních Holčovic??? Opava byla takové to psychiatrické léčení, skupiny, povídání, informace a takové a v Horních Hlčovicíh se pracovalo, byla to pracovní terapie no a tam jsem zůstal 15 měsíců, díky tomu, že jsem léčil to Céčko, které jsem nakonec úspěšně vyléčil nebo zaléčil. Podal jsem si žádost sem, jsem se rozhodl, že do toho místa se nebudu vracet, jednak by mě tam nikde nevzali, mám dluhy u města, co se týče obchodů a hospod, tak tam maj moje fotky, protože jsem kradl a když mě tam uvidí, tak mě automaticky vyhodí. No tak jediná možnost změnit to město a teď mě sem přijali, tak jsem tady.“

V: „Děkuji za Váš příběh, a jaký jste viděl rozdíl oproti životu, který jste vedl před tím a rádem v léčebně?“

I: „Jasně, co se týče toho, já jsem chtěl zůstat v Opavě, kde byly ty skupiny, bylo prostě co řešit, probírat, přál jsem si to, to mi dávalo, nechtěl jsem do Holčovic, kde to je pracovní tábor, tam se ani nepracuje, tam se lidi prostě zašívaj, tam že jo seká tráva a takový, to je areál, kde se prostě stará a terapie od osmi do jedenácti, ve dvanáct hodin byl oběd, pak se spalo, do dvou hodin, do čtyř hodin, mezitím se nic nedělo. Tam se prostě nic nedělo a 15 měsíců (zdůrazněně) tam strávit, to, neuznávám ty Holčovice, i když jsem tam byl v době abstinence a po rozchodu s přítelkyní mi to nic nedalo prostě jo, takže. Musel jsem tam zůstat, i když se mi tam nelíbilo, největší fakt proč jsem tam chtěl zůstat bylo to Céčko, to jsem chtěl vyléčit.“

V: „Hm, jo, a o zdejšímu doléčováku Vám řekl kdo, nebo jak jste se o něm dověděl?“

I: „Kamarád, který tady byl, ale ještě než mi to řekl, tak jsem si projel doléčovány a přemýšlel jsem, že bych šel zpátky do Ostravy, ale říkal jsem si, že Ostravu už ne, tam jsem znal dealery, a, je to takové velkoměsto, tady nikoho z minulosti a celkově neznám.“

V: „Mám to brát jako i Vás důvod, proč jste si zvolil pobytovou formu doléčování?“

I: „Jo, přesně. Já jsem neměl ani kam jít vlastně a udělat si tu prospěšnou práci tady, najít si tu práci, bydlení“

V: „A po ukončení léčebny jste nastoupil ihned do doléčování?“

I: „Ano, ještě ten den.“

V: „Jaká byla Vaše představa o průběhu doléčování? Když budeme mluvit o tom doléčování tady?“

I: „No jasně, tak jsem věděl, že tady je to testování, dohlíží na mě s tou abstinencí, já jako, co se týče chutí, tak ty přestaly a ta vize toho, že mi tady můžou pomoci s tou brigádou, s tím bydlením, pomoc ve skupinách, srovnat si věci v hlavě a hodit mě trochu do pořádku a to se mi líbilo, proto jsem šel tady.“

V: „Jasný, tak jo. Jak byste popsal svou zkušenost změny oproti předchozímu programu v léčbě?“

I: „No ten program, ten řád tady je, ten je zajetej. No vařím si tady třeba sami. Přejde mi to tady v pohodě.“

V: „A v jakých oblastech Vám ten program nejvíce pomáhá? Jestli dokážete posoudit?“

I: „Zatím ještě nedokážu moc posoudit, neudělal jsem pro to, dostal jsem za to aj sežrané ve skupině, nedělám ještě sto procent proto abych sto procentně fungoval.“

V: „V čem to přesně spočívá?“

I: „No konkrétně v tom, že čekám na ty prospěšné práce, které můžu dělat teď od pondělka, mi přišel dopis konečně, tak jsem si mezitím moč hledat nějakou brigádu, zaměstnání, abych si finančně polepšil a abych neseděl jenom na baráku a celkově problém s tím volným časem, to je pro mě něco strašného si zorganizovat, to já skutečně nevím, já jsem 5 let hrál fotbal, 2 roky florbal, 2 roky jsem hrál basket, pak ping pong sportoval jsem a teď (přemýšlí) a pak přišli drogy a nic jsem nedělal, prostě nic nebylo.“

V: „Takže jste dřív žil aktivní sportovní život a pak.“

I: „To byl totální obrat a nevim prostě, nebaví mě číst, mě nebaví nic.“

V: „Takže stále objevujete, co by Vás mohlo bavit?“

I: „Chtěl bych to nějak dát do kupy, ale na fotbal je pozdě, ve 24 letech už, než bych dohnal fyzičku a jedno s druhým. Na tom se fakt snažím zapracovat, na tom volném čase“

V: „Takže volný čas, je Váš hlavní problém, se kterým se musíte poprat.“

I: „Jediný problém vlastně.“

V: „Jakým způsobem Vás program připravuje na život venku? Nebo jak by Vám ještě mohl pomoci?“



I: „No, je to hlavně ve mně. Oni jsou tady od toho nebo měli by být od toho, aby nás prostě nakopli k tomu životu venku. Mám to hlavně v sobě a prostě oni za mě neudělaj. Tady nám ukážou cestu a je to hlavně ve mně.“

V: „Je o ještě běh na dlouhou trať.“

I: „Přesně.“

V: „Ještě se Vás zeptám na Vaši budoucnost, kde se za pár let vidíte? Nebo jaké máte sny?“

I: „Sny? No, mým snem bylo, nebo spíš moje představa byla, že tu na doléčováku budou i ženy a že si tady najdu nějakou vysokou blondatou podnikatelku s jedním až dvěma dětma. (smích) Ne teď vážně, můj sen je začít něco dělat, mám vysoký dluhy a exekuce a najít si tu práci a bydlení, přítelkyni s postupem času.“

V: „S jakými pocity do bezdrogového života vstupujete?“

I: „To jsou spíš obavy, hlavně mám obavu, jestli to všechno zvládnu. Já jsem na léčení nebo na doléčováku po několikáté. Jak jsem už zmiňoval, ta práce s volným časem. Prostě nebudu mít žádné koníčky nic, přijde nuda nebo si zajdu na pivo. Alkohol, toho se musím taky nějak začít řešit, alkohol je můj největší spouštěč.“

V: „Takže stačí i jedno pivo?“

I: „Vypiju půl piva a už tam jsou takové myšlenky, dám si druhé třetí a už jsem tam. Pak už nemám chuť ani pít, ale už lítám a sháním pervitin. Ale přitom si nedokážu představit, každý mi řekne, tak přestaň pít, jenže to se lehce řekne. Ten alkohol prostě nevim, nejsem alkoholik, ale. S tím musím nějak zapracovat, ať si to dám do pořádku hlavně.“

V: „Chápu, teď jste mi řekl, čeho se bojíte, ale dokážete mi říct, v čem se cítíte být sebejistý?“

I: „Sebejistej?“

V: „Nebo co se ve Vašem případě zlepšilo oproti minulému životu?“

I: „Ty chutě a ta opravdová motivace, díky čemuž už opravdu nechcu a nemůžu. I kdyby ty chutě tam nebyly, tak prostě já to změnil, jak já vytáhnul tu jehlu z ruky, já už přemýšlel co kde ukradnu, dostal jsem za to tři podmínky, čtvrtý jsou ty prospěšné práce, takže neuvěřitelné štěstí. Po první podmínce, normálně to tak funguje, že dostanu podmínku a ty ty ty a po druhé prostě deš. Po druhé mi to prošlo, po třetí mi to prošlo, po čtvrté mi to prošlo, takže neuvěřitelné štěstí a ... (přemýšlí) Prostě takhle (úsměv).“

V: „Dobře, je ještě něco, co byste chtěl, aby tady zaznělo? Máte nějaké dotazy či připomínky?“

I: „Hmm, nejspíš ne.“

V: „V tom případě já Vám děkuji za Váš čas a ochotu se mnou spolupracovat a přeji úspěšnou abstinenci a šťastný život.“